

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIANA RABELLO LAIGNIER

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM FRENTE À FAMÍLIA DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA**

RIO DE JANEIRO
2016

MARIANA RABELLO LAIGNIER

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM FRENTE À FAMÍLIA DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Doutorado Interinstitucional em Enfermagem – DINTER – UFRJ/UFES, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Doutora em Enfermagem

RIO DE JANEIRO
2016

CIP - Catalogação na Publicação

L185p Laignier, Mariana Rabello
O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM FRENTE À
FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA / Mariana Rabello
Laignier. -- Rio de Janeiro, 2016.
153 f.

Orientadora: Isabel Cristina dos Santos Oliveira.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Enfermagem Pediátrica. . 2. Criança
Hospitalizada. . 3. Família.. 4. Equipe de
Enfermagem.. 5. Trabalho.. I. Oliveira, Isabel
Cristina dos Santos. orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARIANA RABELLO LAIGNIER

O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM FRENTE À FAMÍLIA DA
CRIANÇA HOSPITALIZADA

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Doutorado Interinstitucional em Enfermagem – DINTER – UFRJ/UFES, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovado em 07 de Dezembro de 2016.

Profa. Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Presidente/Orientadora

Profa. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) - 1ª Examinadora

Profa. Dra. Sônia Regina de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) - 2ª Examinadora

Profa. Dra. Sylvia Alves Cibreiros
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - 3ª Examinadora

Profa. Dra. Tânia Vignuda de Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - 4ª Examinadora

Profa. Dra. Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Suplente

Enfa. Dra. Elena Araujo Martinez
Instituto Fernandes Figueira (IFF/MS) - Suplente

Aos meus pais, Mário e Gogóia, verdadeiros exemplos de família, que com carinho, me incentivaram por todo o processo da minha formação. Sem o apoio de vocês eu não conseguiria ter chegado até aqui.

Ao Fabiano, pelo amor, companheirismo, puxões de orelha e suporte em todos os momentos.

Aos meus queridos filhos, Felipe e Lucas, pela simplicidade que me ensinam, a cada dia, o verdadeiro e mais puro sentido da palavra AMOR.

À vovó Hyla, pelos ensinamentos e doces lembranças da minha infância, adolescência e juventude.

Ao vovô Rene, por toda torcida pela minha felicidade.

AGRADECIMENTOS

Ao longo de todo trabalho que resultou nesta tese, diversas pessoas estiveram ao meu lado. Neste momento, gostaria de mostrar minha gratidão àqueles que de forma profissional ou afetiva foram importantes para mim.

A Deus que me guiou, iluminou e deu tranquilidade para que eu conseguisse chegar ao final desta pesquisa.

À minha orientadora Profa. Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira, por ter me incentivado a dar prosseguimento aos estudos iniciados no mestrado. Suas reflexões, discussões e ensinamentos sempre cuidadosos foram fundamentais para meu crescimento profissional.

À Universidade Federal do Espírito Santo, à Universidade Federal do Rio de Janeiro e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela oportunidade de cursar o Doutorado em Enfermagem.

À Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim, por toda dedicação e empenho para que o Doutorado Interinstitucional (DINTER) fosse viabilizado.

À Profa. Dra. Marcia Assunção Ferreira, pela competência com que coordenou o DINTER.

Aos professores do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/UFRJ, que com excelência conduziram a organização das disciplinas, me proporcionando aprendizado e crescimento.

Ao Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), especialmente ao diretor-geral, Dr. Nélio Almeida Santos, por mais uma vez ter me aberto as portas da Instituição para que esta pesquisa se concretizasse.

Aos profissionais da equipe de enfermagem do HINSG, que prontamente se disponibilizaram a participar deste estudo, confiando a mim suas opiniões.

À Profa. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, grande incentivadora e amiga que de forma carinhosa e significativa sempre contribuiu para o meu progresso acadêmico, pessoal e profissional. Obrigada por tudo! Sem seu incentivo eu não estaria aqui hoje.

À Profa. Dra. Tânia Vignuda de Souza, pelo acolhimento, pelas dicas e pela forma sempre educada e calma em conduzir os ensinamentos.

Aos membros da banca, que contribuíram de forma segura, apontando valiosas considerações e me fazendo refletir durante a defesa do projeto e da qualificação.

À Elena Araujo Martinez, que com seu jeitinho meigo esteve sempre disposta a dar dicas e contribuir para meu crescimento enquanto pesquisadora.

Ao Grupo de Pesquisa - Saúde da Criança/Cenário Hospitalar, pelas sugestões que me permitiram amadurecer as ideias que nortearam este estudo.

À amiga Luciana de Cássia Nunes Nascimento, pelas trocas de conhecimentos enquanto dividíamos quarto no Rio de Janeiro, pelas opiniões e colaboração em vários momentos da construção da pesquisa.

Às professoras da disciplina Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Maria Helena, Cândida, Márcia Valéria, Franciéle e Luciana, por serem mais que companheiras de trabalho, por estarem sempre prontas a me ouvir durante os momentos de aflição.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da UFES, que precisaram se reorganizar para que as ausências em virtude do DINTER não se refletissem em prejuízo aos estudantes.

Obrigada pelo incentivo e todos os esforços para a concretização deste doutorado.

Aos colegas do doutorado, pelos momentos intelectuais, pelos compartilhamentos das informações, pela companhia, pelos papos, desabafos e risadas.

Ao meu pai e minha mãe, que além de grandes incentivadores, me ajudaram a cuidar das crianças para que eu pudesse escrever, refletir e finalizar esta pesquisa.

Ao Fabiano, pelo amor, paciência, carinho e principalmente pela linda família que construímos.

Ao meus queridos filhos, Felipe e Lucas pelos sorrisos, abraços carinhosos, amor... enfim, obrigada por existirem.

À minha sogra Márcia, pelos dias passados na minha casa, pelo colinho aconchegante dado ao Felipe e agora ao Lucas, para que eu pudesse ficar tranquila, no Rio de Janeiro, durante as orientações e disciplinas obrigatórias.

Aos meus irmãos Edu e Léo e cunhadas Dani e Paula, pelo apoio, carinho e torcida em todos os momentos desta trajetória.

Aos meus sobrinhos Pedro, André, Alice e Antônio, pelo amor inocente e pelas brincadeiras descontraídas que sempre me fazem voltar a ser criança.

À Marcela e Roberto, pelo apoio e carinho.

À Tia Irene, pelo incentivo de sempre e pela disponibilidade em me ajudar, mesmo sem conhecer profundamente o tema em estudo.

Às minhas primas queridas Elisa e Luiza, pelo carinho, incentivo e amizade verdadeira.

À Tete, que não mediu esforços para me hospedar em sua casa durante minha estada no Rio de Janeiro. Obrigada pelo quartinho e pela deliciosa comidinha que sempre me esperava à mesa ao final dos dias cansativos de estudo.

À Miriam Fiorese e Lorena Barros Furieri, pelas conversas descontraídas, amizade, carinho e incentivo para que eu concluísse o quanto antes meus estudos. Lolô, obrigada também pelo auxílio com a tradução para o espanhol.

À Conceição, Clemilda, Zezé e Duda, por cuidarem com zelo dos meus meninos e da minha casa, principalmente, durante minhas ausências.

Aos verdadeiros amigos, por estarem sempre ao meu lado.

A humanidade transformou-se em uma grande família,
tanto que não podemos garantir a nossa própria prosperidade
se não garantirmos a prosperidade de todos.

Se você quer ser feliz,
precisa resignar-se a ver os outros também felizes.

Bertrand Russell

RESUMO

LAIGNIER, Mariana Rabello. **O processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada**. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O objeto do estudo foi o processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada, tendo como objetivos descrever a organização do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada; analisar o processo de trabalho da enfermagem e sua inter-relação criança-família; e, discutir as repercussões do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada. As bases conceituais foram pautadas nos conceitos de tecnologias do trabalho em saúde propostos por Merhy (1997; 2002) e no conceito de família como sistema de saúde apresentado por Elsen (1994). Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, tipo estudo de caso. O cenário foi constituído pela 1ª Enfermaria (especialidades nefrologia e hematologia), Clínica Pediátrica 2 (especialidades gástricas e endocrinológicas), Pneumologia I e Pneumologia II, de um hospital infantil de grande porte, da rede pública, do Município de Vitória/ES. Os participantes foram quatro enfermeiros, nove técnicos e dois auxiliares de enfermagem que se disponibilizaram a participar voluntariamente. Os procedimentos metodológicos foram um formulário para caracterização dos membros da equipe de enfermagem, a entrevista não diretiva em grupo e a observação participante com diário de campo. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática. As unidades temáticas foram prestação de cuidados à criança, familiar/acompanhante na enfermaria, relacionamento interpessoal, rotinas de trabalho, conhecimentos científicos, habilidades técnicas, espaço físico das enfermarias e recursos materiais. Os resultados apontaram que a comunicação, o vínculo e as relações estabelecidas por meio do compartilhamento de experiências e informações entre equipe de enfermagem, criança e família foram evidenciadas como as principais tecnologias leves presentes no processo de trabalho. As tecnologias leves-duras foram identificadas nos relatos dos saberes estruturados na medida em que os profissionais referiram implementar ações de atendimento das necessidades como: higiene corporal, sinais vitais, dieta, procedimentos invasivos, sondagem, aspiração das vias aéreas superiores e administração de medicações. As tecnologias duras estavam relacionadas à área física das enfermarias, tanto no que diz respeito ao déficit de espaço destinado à criança e sua família, bem como à equipe, além dos equipamentos como berços, bombas de infusão, oxímetros de pulso, monitores cardíaco e

carrinhos de parada cardiorrespiratória, que quando em condições precárias ou em situação de escassez, afetam o desempenho do processo de trabalho e a qualidade do serviço ofertado. O modelo de assistência do cenário do estudo é centrado na patologia, visto que predominantemente as crianças eram agrupadas nas enfermarias conforme o diagnóstico médico. Em alguns momentos, constatou-se a abordagem centrada na criança, na medida em que o profissional relatou vínculo afetivo com as crianças, com foco na assistência biopsicossocial; quando o familiar/acompanhante era solicitado a fornecer informações que podiam auxiliar no diagnóstico e/ou tratamento da criança; e o familiar/acompanhante permaneceu na enfermaria em tempo integral. Conclui-se que a enfermagem precisa refletir sua práxis, bem como a maneira de potencializar o cuidado compartilhado com a família, reorganizando seu processo de trabalho com base no cuidado integral e no estabelecimento de vínculos.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica. Criança Hospitalizada. Família. Equipe de Enfermagem. Trabalho.

ABSTRACT

LAIGNIER, Mariana Rabello. **The nursing work process in front of the hospitalized child's family**. Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Ph.D. in Nursing) – Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The object of the study was the nursing work process in relation to the family of the hospitalized child. The objective was to describe the organization of the nursing work process in relation to the family of the hospitalized child; analyze the nursing work process and its child-family relationship; and to discuss the repercussions of the nursing work process vis-à-vis the family of the hospitalized child. The conceptual bases were the concepts of health work technologies proposed by Merhy (1997; 2002) and the concept of family as a health system presented by Elsen (1994). This research is of a qualitative nature, like a case study. The setting consisted of the 1st Infirmery (nephrology and hematology specialties), Pediatric Clinic 2 (gastric and endocrinological specialties), Pneumology I and Pneumology II, of a large children's hospital in the city of Vitória/ES. Participants were four nurses, nine technicians and two nursing assistants who volunteered to participate. The methodological procedures were a form for characterization of the members of the nursing team, the non-directive group interview and the participants' observation with field diary. To analyze the data, the thematic analysis was used. The thematic units was: care of the child, family/companion in the ward, interpersonal relationship, work routines, scientific knowledge, technical skills, physical space of the wards and material resources. The results showed that the communication, the link and the relationships established through the sharing of experiences and information between nursing team, child and family were evidenced as the main light technologies present in the work process. The light-hard technologies were identified in the reports of the structured knowledge as the professionals referred to implement actions to meet the needs such as: body hygiene, vital signs, diet, invasive procedures, probing, aspiration of the upper airways and administration of medications. The hard technologies were related to the physical area of the infirmaries, both regarding the deficit of space for the child and his family, as well as the team, as well as equipment such as cribs, infusion pumps, pulse dosimeters, cardiac monitors and carts of cardiopulmonary arrest, which, when in precarious conditions or in a situation of scarcity, affect the performance of the work process and the quality of the service offered. The assistance model of the study scenario is centered on the pathology, since predominantly the children were grouped in the

wards according to the medical diagnosis. At times, the child-centered approach was verified, as the professional reported an affective bond with the children, focusing on biopsychosocial assistance; When the family member / companion was asked to provide information that could assist in the diagnosis and / or treatment of the child; and the relative / companion remained in the infirmary full time. It is concluded that nursing needs to reflect its praxis, as well as the way to enhance shared care with the family, reorganizing its work process based on integral care and the establishment of bonds.

Keywords: Pediatric Nursing. Hospitalized Child. Family. Nursing, Team. Work.

RESUMÉN

LAIGNIER, Mariana Rabello. **El proceso de trabajo en enfermería frente a la familia de niños hospitalizados**. Rio de Janeiro, 2016. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal del Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

El objeto del estudio fue el proceso de trabajo en enfermería frente a la familia del niño hospitalizado y tiene como objetivo describir la organización del proceso de trabajo de enfermería frente a la familia del niño hospitalizado; analizar el proceso de trabajo de enfermería y su interrelación familia-niño; y discutir las repercusiones del proceso de trabajo de enfermería frente a la familia del niño hospitalizado. Las bases conceptuales fueron guiadas por los conceptos de tecnología del trabajo en salud propuestos por Merhy (1997; 2002) y el concepto de la familia como un sistema de salud presentado por Elsen (1994). Se trata de una investigación cualitativa, tipo estudio de caso. El paisaje fue constituido por la primera enfermería (especialidades nefrología y hematología), Clínica Pediátrica (especialidades gástricas y endocrinología), neumología I y Neumología II, de un hospital infantil de gran porte, público, de la ciudad de Vitória/ES. Los participantes fueron cuatro enfermeros, nueve técnicos de enfermería y dos auxiliares de enfermería que han concordado en participar voluntariamente. Los procedimientos metodológicos fueron un formulario para caracterizar a los miembros del personal de enfermería, una entrevista no directiva en grupo y la observación participante con diario de campo. Para el análisis de los datos, se utilizó el análisis temático. Las unidades temáticas eran: provisión de cuidado a los niños, la familia / acompañante en la enfermería, las relaciones interpersonales, las rutinas de trabajo, el conocimiento científico, las habilidades técnicas, espacio físico de las salas y los recursos materiales. Los resultados mostraron que la comunicación, el enlace y las relaciones que se establecen a través del intercambio de experiencias e información entre el personal de enfermería, el niño y la familia se destacaron como las principales tecnologías de leves presentes en el proceso de trabajo. Las tecnologías leves-duras fueron identificadas en los relatos de los saberes estructurados en la medida que los profesionales han referido implementar acciones de atendimento de las necesidades como: higiene del cuerpo, los signos vitales, la dieta, los procedimientos invasivos, cateterismo, la aspiración de las vías aéreas superiores y administración de medicamentos. Las tecnologías duras estaban relacionadas con el área física de las salas, tanto en relación con el déficit de espacio para los niños y sus familias y los profesionales, además de las cunas, bombas de infusión, oxímetros de pulso, monitores cardíaco y carros de parada cardiorrespiratoria, que cuando en malas

condiciones o en escasez afectan el desempeño del proceso de trabajo y la calidad del servicio. El modelo de asistencia en el paisaje del estudio es centrado en la enfermedad, ya que los niños son agrupados en las salas de acuerdo con el diagnóstico médico. En algunos momentos, se ha visto un abordaje centrado en el niño, a la medida que el profesional relató vinculación afectiva con los niños, con enfoque en la asistencia biopsicosocial; cuando el familiar/ acompañante daba informaciones que auxiliaban en el diagnóstico y/o tratamiento del niño; y o familiar/acompañante permaneció en la sala en tiempo integral. Se concluyó que la enfermería debe reflejar su praxis, así como la manera de mejorar la atención compartida con la familia, reorganizando su proceso de trabajo basado en la atención integral y el establecimiento de vínculos.

Palabras-clave: Enfermería Pediátrica. Niño Hospitalizado. Familia. Grupo de Enfermería. Trabajo.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Total dos estudos segundo fonte de informações e a conjugação dos descritores	27
QUADRO 2 - Total dos estudos segundo fonte de informações, a conjugação dos descritores e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão	28
QUADRO 3 - Temas para ENDG e observação participante relacionados ao processo de trabalho da enfermagem	54
QUADRO 4 - Data, local, duração e número de participantes das ENDG	56
QUADRO 5 - Data, local, duração e horário de início das observações participantes	57
QUADRO 6 - Função, gênero, idade e estado civil dos profissionais entrevistados	58
QUADRO 7 - Tipo de vínculo, setor de trabalho, tempo de serviço no setor de trabalho, tempo de serviço na instituição, turno de trabalho, jornada de trabalho diária e segunda jornada de trabalho das entrevistadas	59
QUADRO 8 - Dados relacionados à formação profissional das técnicas e auxiliares de enfermagem e treinamento em serviço	59
QUADRO 9 - Dados relacionados à participação em eventos científicos em pediatria e curso de atualização das técnicas e auxiliares de enfermagem	60
QUADRO 10 - Dados relacionados à formação profissional das enfermeiras, participação em treinamento em serviço e eventos em pediatria	61
QUADRO 11 - Unidades e Subunidades temáticas	62

LISTA DE FIGURAS

ORGANOGRAMA 1 - Estrutura organizacional básica do HINSG	51
ORGANOGRAMA 2 - Estrutura organizacional das Unidades de Clínica Pediátrica do HINSG	51

LISTA DE TABELA

TABELA 1 - Número de funcionários de acordo com o cargo e tipo de vínculo do HINSG no mês de outubro de 2015	52
---	----

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL – Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CTI – Centro de Tratamento Intensivo
CTQ – Centro de Tratamento de Queimados
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
DINTER – Doutorado Interinstitucional
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery
ENDG – Entrevista não Diretiva em Grupo
ES – Espírito Santo
FAHUCAM – Fundação de Apoio ao Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
HINSG – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
LER – Lesão por Esforço Repetitivo
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS – Ministério da Saúde
NUPESC – Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente
OMS – Organização Mundial de Saúde
PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO – Scientific Electronic Library Online
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SESA – Secretaria de Saúde
SIPAC – Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UIP – Unidade de Internação Pediátrica

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	22
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO.....	26
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	27
1.4 PROCESSO DE TRABALHO: BASES EPISTEMOLÓGICAS	37
1.4.1 O trabalho em hospital.....	37
1.4.2 O processo de trabalho da enfermagem em pediatria.....	42
1.4.3 Enfermagem, criança e família no cenário hospitalar	43
1.5 QUESTÕES NORTEADORAS, OBJETO E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	47
1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	47
2 ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA	49
2.1 BASES CONCEITUAIS	49
2.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	50
2.2.1 Tipo de estudo	50
2.2.2 Cenário do estudo	51
2.2.3 Participantes	55
2.2.4 Procedimentos metodológicos	55
2.2.5 Coleta de dados	57
2.2.6 Aspectos éticos	63
2.2.7 Análise dos dados	64
2.2.8 Limitações do estudo	65
3 O DISCURSO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO: O CASO DO HINSG	66
3.1 TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA	66
3.2 INTERAÇÕES NO TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	84
3.3 INSTRUMENTOS PARA O TRABALHO DA ENFERMAGEM: ESPAÇO FÍSICO E RECURSOS MATERIAIS.....	111
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICE A – Formulário para a caracterização da equipe de enfermagem.....	143
APÊNDICE B – Temas da entrevista não diretiva em grupo.....	144
APÊNDICE C – Roteiro sistematizado de observação participante	145
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	146
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN	147
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HINSG.....	151
ANEXO C – Anuência para realização da pesquisa e uso do nome da Instituição.....	154

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

A intenção em focar meus estudos na área de saúde da criança, mais precisamente em ampliar os conhecimentos científicos relacionados ao processo de trabalho - assistir em pediatria, teve origem ainda na faculdade, quando, voluntariamente, após cursar a disciplina de enfermagem pediátrica, solicitei autorização da Secretaria de Saúde (SESA) do Espírito Santo para desenvolver estágio extracurricular, por um semestre, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Pediátrico de Vitória/ES. Em 2002, ao terminar o curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), ingressei como enfermeira de supervisão, do quadro permanente, do mesmo Hospital.

Nessa instituição existe uma rotina a ser seguida, em que o enfermeiro, além do seu papel de cuidador e de planejador da assistência, tem que ser também o referencial, o ponto de apoio, que, direta e indiretamente, tem sua atuação em prol da criança e de toda a equipe. O enfermeiro precisa ser um agente mediador de vínculo na relação instituição, usuários e profissionais.

No cargo de enfermeira de supervisão, desenvolve-se atividades de gestão, de assistência à paciente e administração de pessoal, além de outras funções: dar resolutividade aos problemas que porventura ocorram durante o trabalho; receber o plantão nos setores; remanejar funcionários caso seja necessário; supervisionar enfermarias onde houver ausência do enfermeiro; fazer registros pertinentes no livro de ocorrência, bem como atender a todas as intercorrências pediátricas dos diversos setores do hospital.

Esse hospital público, de grande porte, inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) atende desde recém-nascidos a adolescentes, por demanda espontânea e referenciada, procedentes de todo o estado do Espírito Santo, Leste de Minas Gerais e Sul da Bahia. Nessa instituição, pude observar que o trabalho da enfermagem exerce impacto na vida das populações como um todo, seja ela na vida das crianças e adolescentes, mas também na vida dos familiares e da própria equipe de saúde.

Rossi e Rodrigues (2010) apontam que as atitudes e ações dos profissionais de enfermagem podem suavizar os impactos adversos relacionados à hospitalização da criança, facilitar a adaptação à nova situação, bem como diminuir riscos de traumas, ajudando no

processo de recuperação. A equipe de enfermagem planeja o cuidado com base na individualidade e nas necessidades de cada indivíduo. Conhecer a criança e sua família ajudam a nortear essas ações. A assistência é pautada no cuidado físico e emocional, por meio de diálogos para esclarecer os cuidados técnicos e por meio de brincadeiras, como forma de suavizar a aproximação dentro de um ambiente que é hostil à criança. As referidas autoras deixam claro ainda, que a inserção da família no cuidado se dá visando a colaboração, sob a forma de apoio psicológico e à continuidade do tratamento no domicílio.

O trabalho para a equipe de saúde que presta cuidados está relacionado às expectativas de reconhecimento criadas pelos próprios profissionais sobre a sua atividade, reconhecimento este que nem sempre é explicitado pela instituição, gerando insatisfação e sofrimento para o trabalhador (PAGLIARI et al., 2008). Nesse sentido, Pagliari et al. (2008, p. 74) apontam que “a enfermagem busca o reconhecimento do seu trabalho nas atitudes demonstradas pela criança e sua família, suprindo assim essa necessidade”.

No ano 2003, tive a oportunidade de ingressar no Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, e aprofundar os estudos sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem em um hospital pediátrico.

O trabalho em saúde se caracteriza, predominantemente por ser coletivo, e se desenvolve por meio da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Os estudos sobre o processo de trabalho do enfermeiro apontam o cuidado como núcleo e marca desse processo que envolve duas dimensões complementares e interdependentes: a assistencial, em que o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado e tem por finalidade o cuidado integral; e a gerencial; em que o enfermeiro toma como objeto à organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidados de desempenho para os trabalhadores (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; SANTOS, J. L. G. et al., 2013; LAIGNIER, 2010).

Portanto, o enfermeiro presta cuidados, atua no planejamento da assistência, da gerência de recursos humanos e materiais, na capacitação da equipe de enfermagem, na coordenação da produção do cuidado e na avaliação das ações de enfermagem (SANTOS, J. L. G. et al., 2013).

Não se pode falar de processo de trabalho em saúde sem mencionar que esse serviço depende de um laço interpessoal entre equipe-usuário que é decisivo para a eficácia do ato (LAIGNIER, 2010). Há que se levar em consideração, ainda, que os processos de trabalho correspondem às necessidades de saúde que podem levar à mera reprodução das necessidades e do modo como os serviços se organizam para atender as demandas ou ao reconhecimento de novas necessidades, processos de trabalho e novos modelos de organização de serviços (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Na prática assistencial, pude observar que certas questões relacionadas ao trabalhador vêm se modificando com o transcorrer do tempo, como por exemplo, as diferentes maneiras de organizar cotidianamente o processo de trabalho, seus impactos e consequências nas formas de assistir solidariamente e de forma humanizada os pacientes e sua família, bem como nas relações interpessoais entre os trabalhadores e a instituição (LAIGNIER, 2010).

Ainda, observei que, de maneira geral, a enfermagem se identifica com o cuidar das crianças e com a satisfação de estar envolvido no processo da cura. A equipe de enfermagem que atua no serviço pediátrico estabelece relações de afeto com a criança e sua família, na medida em que prestam o cuidado (LAIGNIER, 2005; LAIGNIER, 2010).

Observa-se que o cuidado à criança hospitalizada transcende às finalidades técnicas das práticas em saúde, tornando-se mais complexo do que uma simples definição de papéis preestabelecidos, rígidos, prescritivos, fragmentados, pontuais e que não contemplam a intersubjetividade. Assim, a interação entre criança-família e enfermagem traz contribuições para promover a autonomia desses sujeitos por meio da construção de modos tecnológicos de operar o cuidado, tendo a integralidade e a humanização como eixos norteadores (COLLET, 2012).

Seja como for prestado o cuidado, Gomes, A. M. T. (2013) afirma que nele teremos a presença humana como resultado de dois seres que se encontram, em um determinado contexto institucional, onde o processo de trabalho possui forte carga psíquica de tensão e sofrimento. De modo geral, esse encontro é mediado por sensações de intensa alegria ou por tristeza profunda. Para tanto, o profissional de enfermagem deve estar sensível aos valores (ético, estético, hedônico, espiritual) ao cuidar da vida humana.

Ao considerar que a equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada possuem valores, crenças e atitudes distintas, que são adquiridas no ambiente em que vivem,

Souza e Oliveira (2010) acreditam que possa existir um choque entre culturas no contexto da hospitalização. Contudo, ao longo dessa interação, ocorrem trocas e, conseqüentemente, surge uma nova cultura no ambiente hospitalar.

Para Sousa, Gomes e Santos (2009), os enfermeiros demonstram atitudes favoráveis frente às possíveis situações de interferência enfrentadas com a permanência do familiar/acompanhante na unidade de internação pediátrica, salientando sempre a necessidade de uma relação dialógica para a criação de um clima favorável ao bem-estar da criança. Além disto, os autores apontam que a equipe de enfermagem procura manter um bom relacionamento com o familiar, para garantir que a criança seja assistida em suas necessidades, tendo assegurado seu direito à saúde.

Dando seqüência a trajetória profissional, em 2007, fui aprovada no concurso para professor assistente do Departamento de Enfermagem da UFES e passei a me dedicar ainda mais às questões voltadas à infância e juventude ao ministrar a disciplina “Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente” e ao orientar trabalhos de conclusão de curso sobre o tema. Tornei-me coordenadora do projeto de extensão: “Aprendendo saúde na escola” e preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) com foco de estudo em adolescentes moradores da região de Maruípe, Vitória/ES.

No mês de setembro de 2011, em um convênio firmado entre a Fundação de Apoio ao Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (FAHUCAM) e a Prefeitura de Vitória, fui inserida na Pesquisa Nacional sobre Atendimento por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde (MS). O objetivo da mesma foi coletar dados e gerar informações sobre esses agravos (em todos os ciclos de vida) para subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a essas questões. Nesse período, minha inserção se deu exclusivamente em um hospital pediátrico, um dos quatro serviços públicos selecionados como local de estudo no Município de Vitória/ES. Mais uma vez pude vivenciar não como funcionária da instituição, mas como pesquisadora, a forma de se organizar o trabalho e as relações interpessoais que se estabelecem no cuidado à criança e sua família.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO

Os resultados da minha dissertação de mestrado trazem à tona que o processo de trabalho da equipe de enfermagem no contexto Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)¹ se revela e se produz cotidianamente, a partir da mistura e intercessões de saberes e práticas dos diversos atores envolvidos. O profissional demonstra satisfação em cuidar das crianças e das mães e percebe a importância das relações entre equipe-criança-família (LAIGNIER, 2005; LAIGNIER; LIMA 2010).

A pesquisa desvela, ainda, que o trabalho no hospital pediátrico é parte de um processo de trabalho coletivo, exercido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos e outros profissionais de nível superior, desenvolvido por meio de atividades independentes e complementares para a realização do cuidado, bem como para a manutenção da estrutura organizacional da instituição. As atividades envolvem os diversos profissionais que realizam ações fragmentadas com discursos e instrumentos próprios, que são voltados às necessidades de saúde da criança (LAIGNIER, 2005; LAIGNIER; LIMA 2010).

Observou-se que o processo de cuidar na enfermagem pressupõe um trabalho em equipe com divisão técnica, em que cada categoria possui funções definidas. O trabalho do enfermeiro envolve, além da função de assistir e de intervir sobre o corpo do paciente, a de supervisionar, administrar e disciplinar o trabalho da equipe. Aos auxiliares e técnicos são reservadas as atividades assistenciais, que incluem: administração de medicamentos prescritos, prestação de cuidados de higiene e conforto, auxílio na alimentação, controle de sinais vitais etc. (LAIGNIER, 2005; LAIGNIER; LIMA 2010).

Os resultados da pesquisa apontam, também, a necessidade de incorporar as questões da assistência humanizada como parte do modelo de atenção na instituição. O acolhimento dos acompanhantes é de real importância, uma vez que o impacto emocional de uma doença em crianças gera sofrimento, dor, tensão e angústia aos pais, influenciando no aspecto psicológico das crianças. Os familiares necessitam de informações claras para aliviar suas emoções, a fim de favorecer formas de conforto físico e espiritual (LAIGNIER, 2005).

¹ O uso do nome da instituição foi autorizado para a dissertação intitulada “O processo de trabalho da enfermagem em um hospital pediátrico: relações e intercessões na produção cotidiana do cuidar” (LAIGNIER,

O modelo de assistência centrado na criança e na família (ELSEN; PATRÍCIO, 2005) tem base na assistência moderna, cujos pressupostos parecem atender a essa clientela de forma mais adequada. Porém, ao implantá-lo, surgem desafios, principalmente no que se refere à inclusão desse elemento novo (o acompanhante) no processo de cuidar, pois envolve uma complexidade de relações que se estabelecem no ambiente hospitalar (COLLET, 2004; MONTICELLI; BOEHS, 2011; DUTRA DE SOUSA et al., 2011; PIMENTA; COLLET, 2009).

Dessa forma, os profissionais de saúde passaram a vivenciar uma nova situação, a participação do acompanhante na assistência à criança. Esse fato trouxe a necessidade de adaptação da equipe de enfermagem para uma atuação conjunta nas enfermarias (CRUZ; ANGELO, 2011; DAVIES, 2010). O cuidado começa a ser compartilhado entre equipe de enfermagem, criança e família.

A participação dos familiares é vista como positiva para o tratamento da criança. A equipe de enfermagem não substitui a família em sua função, tendo em vista o aspecto psicossocial e também a responsabilidade com a assistência de todas as crianças internadas na unidade (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Contudo, a presença do acompanhante no processo de hospitalização da criança gera distintos sentimentos na equipe. Alguns profissionais destacam que a participação familiar é um recurso importante para a prevenção de efeitos traumáticos da hospitalização na vida da criança, pois o ambiente se torna familiar e o estresse se reduz. Enquanto, outros mencionam a família como interferência negativa na assistência (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Novas formas de organizar a dinâmica do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada vem sendo descritas na literatura desde a inserção da família no contexto da internação pediátrica.

Algumas famílias se adaptam à necessidade de organização do trabalho da equipe, enquanto outras sugerem a flexibilização das normas e rotinas, para que as especificidades de cada família e criança sejam favorecidas (XAVIER et al., 2014).

As relações que se estabelecem entre os profissionais de enfermagem, a criança e sua família podem diminuir traumas gerados pela hospitalização. A confiança no cuidado prestado pela enfermagem adquirida durante os momentos de interação geram segurança e tranquilidade para a família vivenciar a hospitalização da criança de forma tranquila e menos traumática, contribuindo para a construção de parcerias positivas (GOMES et al., 2015).

A justificativa do estudo está pautada na inter-relação entre os elementos constitutivos do processo de trabalho da equipe de enfermagem e a família da criança no cenário hospitalar.

Diante do exposto e tomando como base minha experiência profissional, realizei uma revisão bibliográfica, em maio e junho de 2014, com o objetivo de identificar publicações científicas nacionais e internacionais de enfermagem que abordassem o processo de trabalho da equipe de enfermagem frente à família, em uma unidade de internação pediátrica.

No primeiro momento, foram identificados os descritores que se relacionavam à temática, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): trabalho; equipe de enfermagem; enfermagem pediátrica; unidades de internação; criança hospitalizada; e, família. Esses descritores foram conjugados de dois em dois, utilizando o operador booleano *and*. O recorte temporal foi de 2004, ano de identificação da primeira publicação acerca da temática até o ano de 2014.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas seguintes fontes de informações: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Quanto aos critérios de inclusão, foi estabelecido que as publicações deveriam ser artigo de pesquisa, revisão, dissertação ou tese; estar disponível na íntegra nas línguas português, inglês, espanhol e francês; ter como cenário de estudo as unidades de internação pediátrica. Como critérios de exclusão, foram retiradas as publicações que continham apenas o resumo; que fossem relatos de experiência, pesquisas histórica, documental e estudos de caso clínico. Também ocorreu a exclusão das dissertações e teses que foram publicadas e já selecionadas como artigos.

A primeira leitura ocorreu a partir da disponibilização do resumo on-line para que fosse analisado o conteúdo do estudo. Essa aproximação permitiu identificar os elementos que apontassem para o tema processo de trabalho em unidades de internação pediátrica. Uma vez identificados, as publicações disponíveis foram analisadas na íntegra. No caso de publicações duplicadas, as mesmas foram mantidas nas fontes de informações na seguinte ordem: CINAHL, LILACS, MEDLINE, SciELO e CAPES.

Para facilitar a identificação das publicações, foi elaborado o Quadro 1 que apresenta o quantitativo dos estudos, segundo a fonte de informações e a conjugação dos descritores.

QUADRO 1

Total dos estudos segundo fonte de informações e a conjugação dos descritores

Fonte de informações	CINAHL	LILACS	MEDLINE	SCIELO	CAPES	TOTAL
Descritores						
Trabalho and equipe de enfermagem Work and nursing, team	467	1331	3.223	284	826	6131
Trabalho and família Work and family	11.764	3.831	33.488	49	5.572	54.704
Trabalho and unidades de internação Work and inpatient care units	18	171	214	22	180	605
Trabalho and criança hospitalizada Work and child, hospitalized	151	111	429	0	45	736
Trabalho and enfermagem pediátrica Work and pediatric nursing	679	210	932	2	124	1.947
Equipe de enfermagem and família Nursing, team and family	219	573	2.648	111	579	4.130
Equipe de enfermagem and unidades de internação Nursing, team and inpatient care units	9.829	115	110	24	92	10.170
Equipe de enfermagem and criança hospitalizada Nursing, team and child, hospitalized	30	94	93	15	30	262
Equipe de enfermagem and enfermagem pediátrica Nursing, team and pediatric nursing	94	185	1.046	27	84	1.436
Família and unidades de internação Family and inpatient care units	14	108	176	20	132	450
Família and criança hospitalizada Family and child, hospitalized	778	204	1.802	25	56	2.865
Família and enfermagem pediátrica Family and pediatric nursing	1.973	321	2.635	29	176	5.134
Unidades de internação and criança hospitalizada Inpatient care units and child, hospitalized	1	45	66	2	19	133
Unidades de internação and enfermagem pediátrica Inpatient care units and pediatric nursing	8	48	48	4	33	141
Criança hospitalizada and enfermagem pediátrica Child, hospitalized and pediatric nursing	724	226	1292	19	65	2.326
Total	26.749	7.573	48.202	633	8.013	91.170

FONTE: Elaborado pelo autor – Vitória, 2014.

Após a identificação do quantitativo de publicações nas fontes de informações foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão o que permitiu a identificação de publicações que contemplavam o objetivo desse levantamento bibliográfico, como apresentado no Quadro 2.

QUADRO 2

Total dos estudos segundo fonte de informações, a conjugação dos descritores e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão

Fonte de informações Descritores	CINAHL	LILACS	MEDLINE	SCIELO	CAPES	TOTAL
Trabalho and equipe de enfermagem	1	5	0	0	0	6
Trabalho and família	0	2	0	0	0	2
Trabalho and unidades de internação	0	0	0	0	0	0
Trabalho and criança hospitalizada	0	0	0	0	0	0
Trabalho and enfermagem pediátrica	0	0	0	0	0	0
Equipe de enfermagem and família	0	0	0	0	0	0
Equipe de enfermagem and unidades de internação	0	0	0	0	0	0
Equipe de enfermagem and criança hospitalizada	0	1	0	0	0	1
Equipe de enfermagem and enfermagem pediátrica	0	2	0	0	0	2
Família and unidades de internação	0	0	0	0	0	0
Família and criança hospitalizada	0	0	0	0	0	0
Família and enfermagem pediátrica	0	0	0	0	0	0
Unidades de internação and criança hospitalizada	0	1	0	0	0	1
Unidades de internação and enfermagem pediátrica	0	0	0	0	0	0
Criança hospitalizada and enfermagem pediátrica	0	0	0	0	0	0
Total	1	11	0	0	0	12

FONTE: Elaborado pelo autor – Vitória, 2014.

Para facilitar a organização dos 12 estudos selecionados, foi construído um quadro sinóptico, para cada fonte de informações, contendo os seguintes itens: referência, título, resumo/síntese, categoria das autoras, tipo de estudo, cenário, participantes, tipo de análise, procedência e observações/resultados.

Após a leitura na íntegra, constatou-se que todos os estudos tiveram como base a metodologia qualitativa e foram desenvolvidas por enfermeiros do Brasil. Oito publicações se relacionavam ao artigo de pesquisa, um artigo de revisão, duas dissertações de mestrado e uma tese de doutorado.

Do total de 12 estudos, quatro tiveram como participantes apenas os enfermeiros; dois estudos os enfermeiros e técnicos; dois artigos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem e dois artigos os enfermeiros, técnicos e auxiliares. Vale destacar que um artigo estava relacionado à observação participante e análise documental não apresentando em sua metodologia o participante do estudo.

Os artigos selecionados abordam as seguintes temáticas: organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem no cuidado a crianças hospitalizadas (QUIRINO; COLLET, 2009); assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004); dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada (PIMENTA; COLLET, 2009); processo de trabalho da enfermagem e as ações desenvolvidas para a humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (OLIVEIRA et al., 2006); vivência do processo de trabalho *cuidar* por enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva (OLIVEIRA; SPIRI, 2011); processo de trabalho da enfermagem em uma UTI neonatal (GAÍVA; SCOCHI, 2004); transformações na assistência de enfermagem à criança hospitalizada e sua influência na atual forma de organização do trabalho (THOMAZINE et al., 2008); processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná (YAMAMOTO et al., 2009); abordagem assistencial à criança hospitalizada na perspectiva da equipe de enfermagem (HOFFMANN, 2012); abordagem assistencial da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Rio de Janeiro (CARDOSO, 2009); (re)ações de uma equipe de enfermagem mediante a permanência conjunta em pediatria (VERNIER; DALL'AGNOL, 2004); e, modelo de assistência à criança em unidade de internação pediátrica na perspectiva dos enfermeiros (GOIS, 2009).

Sabe-se que, para garantir o bom funcionamento de uma instituição e prestar cuidados 24horas, os profissionais de enfermagem que atuam nos serviços hospitalares precisaram adquirir saberes assistenciais (THOMAZINE et al., 2008) e gerenciais (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

Tacsi e Vendruscolo (2004) enfatizam que a atuação do enfermeiro na Unidade de Atendimento Pediátrico da emergência de um hospital público, contribui para manter a organização e o funcionamento do setor, por meio do controle de aparelhos e materiais, da implementação de protocolos de atendimento e capacitação da equipe, com a finalidade de garantir uma assistência de qualidade, rápida e eficaz que diminua o risco de sequelas e

incapacidades da criança. Destaca-se que o enfermeiro desenvolve diferentes ações, dentre elas a de administrar os recursos humanos (técnicos e auxiliares de enfermagem) como também garantir a disponibilidade e a qualidade de recursos materiais e de infraestrutura.

Em estudo realizado sobre a organização do processo de trabalho em uma unidade de clínica pediátrica de um hospital público de Pernambuco, as autoras informam que “como sujeito que perfaz o cenário da saúde, a enfermagem vivencia as intempéries que envolvem todo e qualquer processo de trabalho, a saber, excesso de carga no trabalho e fragmentação do cuidar” (QUIRINO; COLLET, 2009, p. 683). Percebe-se, ainda, inseridos no processo de construção do projeto terapêutico e vivenciam os problemas reais que permeiam o cotidiano da assistência à criança hospitalizada. Sofrem com a superlotação e com a insuficiência de recursos humanos o que pode estar relacionado à insatisfação e desmotivação profissional (QUIRINO; COLLET, 2009).

Vernier e Dall’Agnol (2004) identificaram ainda, que o processo de trabalho da equipe de enfermagem, de uma unidade de internação pediátrica, encontra-se repleto de tensões (relacionadas ao sucateamento do serviço, redução do quadro de pessoal, superlotação das unidades, insatisfação pela não realização plena das atividades pretendidas) e influências (internas e externas) provenientes da rede de comunicação entre os diversos setores envolvidos.

Ainda, sobre o processo de trabalho, Quirino e Collet (2009) informam que o modo como está organizado na unidade de clínica pediátrica, cenário de estudo, prejudica o serviço de enfermagem, uma vez que este se torna invisível diante de uma instituição que segue os padrões taylorista, tecnicista e biologista no atendimento à saúde.

A prática de enfermagem ratifica os discursos teóricos e se assemelha a lógica taylorista na medida em que se observa a fragmentação do cuidar e o trabalho similar aos que ocorrem em linhas de montagem, pois mostram o processo de trabalho da equipe que atua no cuidado à criança hospitalizada parcelar e pormenorizado, evidenciando a visão fragmentada que os profissionais têm dos sujeitos (QUIRINO; COLLET, 2009). Essa ótica acerca da organização do trabalho da enfermagem imprime um direcionamento cada vez mais fragmentário e parcelar inviabilizando a lógica do cuidado ampliado em saúde (QUIRINO; COLLET, 2009; OLIVEIRA et al., 2006; THOMAZINE et al., 2008).

Oliveira et al. (2006) apontam que a identificação do processo de trabalho da equipe de saúde permite compreender a percepção desta em relação aos elementos constituintes do trabalho (objeto, instrumento, finalidade e produto final) e apreender, na assistência de enfermagem prestada às crianças, as medidas de humanização adotadas e os efeitos na qualidade da assistência prestada.

Quanto à relação cuidado/tecnologia, Cardoso (2009) identificou que a equipe a valoriza e a considera de suma importância para o tratamento da criança, mas reconhecem que, na maioria das vezes, esta tecnologia é usada em detrimento do cuidado humanizado, ocasionando uma assistência impessoal, fria e distante.

Complementando essas questões, vários autores como Pimenta e Collet (2009), Tacsí e Vendruscolo (2004), Gaíva e Scochi (2004), Vernier e Dall’Agnol (2004), Cardoso (2009), Hoffmann (2012) e Yamamoto et al. (2009) destacam que o trabalho realizado pela enfermagem está centrado em procedimentos e no modelo biomédico.

A hegemonia médica e a falta de autonomia da equipe de enfermagem estão presentes na unidade de internação do estudo de Cardoso (2009), gerando uma disputa de poder entre as equipes e uma (des)confiança por parte da equipe médica em relação à equipe de enfermagem no tocante à assistência prestada à criança.

Por muitos momentos, o médico tem o poder de decisão, mas, em algumas situações, o enfermeiro resiste a esse poder e à subordinação, tentando aumentar sua autonomia. As relações sociais que se estabelecem entre os diferentes agentes não estão livres de tensões e discordâncias como todas as relações, mas, por outro lado, no trabalho realizado por profissionais de enfermagem da UTIN de um hospital universitário de Cuiabá, é observado momentos de negociações entre as equipes e reconhecimento da importância do trabalho coletivo (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Considerando que o cuidar está inserido no processo de trabalho da enfermagem, Oliveira e Spiri (2011) destacam a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como prática sistemática das etapas a serem seguidas para determinar, com base nos conhecimentos científicos, as ações de cuidado, propostas de intervenção e avaliação dos pacientes da UTI.

Em contrapartida, a dinâmica de cuidar observada em três unidades de Alojamento

Conjunto Pediátrico de hospitais públicos de ensino do Paraná é semelhante, ou seja, a SAE, não é realizada de forma integral (YAMAMOTO et al., 2009).

Em uma das instituições, a prescrição de enfermagem é inexistente e as atividades realizadas são registradas no livro de ocorrências do setor. Em outra, há realização da prescrição de enfermagem e evolução (todavia, os diagnósticos de enfermagem não são registrados) sendo anotadas no livro de passagem de plantão apenas as informações julgadas importantes para a continuidade do cuidado. Na terceira unidade de alojamento conjunto pediátrico, somente a prescrição de enfermagem é realizada, mas com base na patologia (YAMAMOTO et al., 2009).

Gois (2009) constata que a prescrição de enfermagem, quando realizada, está voltada para a cura da doença e desaparecimento de sinais e sintomas por meio de ações repetitivas e mecanizadas que não respeitam a individualidade da criança. Da mesma forma, o registro de enfermagem está baseado apenas nas informações sobre o quadro de saúde e na execução dos procedimentos técnicos. Nesse sentido, a assistência de enfermagem reafirma o modelo centrado na patologia que restringe, de alguma forma, a ação da equipe de enfermagem, visto que não oferece espaço para que esta desenvolva uma assistência com maior abrangência.

Todos os 12 artigos encontrados nesse levantamento destacam que a enfermagem reconhece, de forma geral, pontos positivos do cuidado ao binômio criança-família (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004; GAÍVA; SCOCHI, 2004; VERNIER; DALL'AGNOL, 2004; OLIVEIRA et al., 2006; THOMAZINE et al., 2008; CARDOSO, 2009; PIMENTA; COLLET, 2009; YAMAMOTO et al. 2009; QUIRINO; COLLET, 2009; GOIS, 2009; HOFFMANN, 2012; OLIVEIRA; SPIRI, 2011).

Vernier e Dall'Agnol (2004) apontam que é preciso repensar criticamente sobre as condições que se planejam, organizam e efetivam o cuidado, já que não se pode alienar às nuances, enquanto processo relacional que advém da permanência conjunta, pois esta se configura em um direito inalienável amparado pela legislação.

Quando se analisa a abordagem de assistência adotada pela equipe de enfermagem da UTIP, cenário do estudo de Cardoso (2009), observa-se que grande parte das ações é centrada na patologia. Entretanto, a equipe desenvolve assistência centrada na criança quando estabelece formas de comunicação utilizando o lúdico e incentiva a família a participar do cuidado para minimizar os efeitos da hospitalização.

Em relação ao modelo centrado na criança e sua família, Gois (2009, p.119), ressalta que:

Quanto mais se aproxima do modelo centrado na criança e sua família, mais possibilidades a enfermagem tem para desenvolver sua prática, na medida que a assistência de enfermagem amplia-se através de referenciais que abrangem também as dimensões socioeconômicas, culturais e ecológicas, que propiciam vasto campo de atuação da profissão.

Ainda, com base na análise do estudo realizado por Gois (2009), com nove enfermeiras especialistas, que atuam em unidades de internação pediátrica clínica ou cirúrgica de hospitais do Rio de Janeiro, constata-se que as características das seis unidades de internação pediátrica da rede pública estudadas indicam o modelo de assistência centrado na criança, enquanto nos três hospitais da rede privada, o centrado na patologia. Na rede pública, são oferecidos alguns recursos para o atendimento das necessidades de lazer e recreação da criança. Em apenas uma unidade de internação, a assistência de enfermagem proposta tem como foco a criança, a família e a comunidade.

Na unidade de internação pediátrica, cenário do estudo de Hoffmann (2012), também predomina a abordagem centrada na criança, sendo que, em algumas situações, como na prestação dos cuidados considerados simples (relacionados a higiene e alimentação) pela equipe, estabelece-se a abordagem centrada na criança e sua família.

Nessa perspectiva, o acompanhante é considerado um ajudante ou apenas um informante da equipe de enfermagem. Assim, os cuidados prestados pelo familiar/acompanhante na unidade de internação referem-se àqueles cuidados considerados simples, que não colocam em risco a vida da criança hospitalizada e são realizados também no domicílio, como os relacionados à higiene e à alimentação, além da nebulização e administração de medicação por via oral (PIMENTA; COLLET, 2009; HOFFMANN, 2012). Vale destacar que esses cuidados são prestados pelos familiares sob supervisão direta da equipe de enfermagem (HOFFMANN, 2012).

Pimenta e Collet (2009) destacam que a interação com a criança e sua família é tangencial no processo de cuidar; e que a família tem dividido cuidados com a equipe, mas não tem sido compreendida como coparticipante, tampouco incluída na perspectiva do cuidado.

Uma das unidades de significado - Relacionamento com a família na UTI - dos

resultados da pesquisa realizada por Oliveira e Spiri (2011), expressa que a equipe deve colocar-se no lugar das famílias para compreender o sofrimento que lhe advém da gravidade da doença da criança.

A comunicação mostra-se como uma possibilidade da equipe trabalhar as necessidades desta família para fortalecer seus recursos, promover a saúde, prevenir e aliviar o sofrimento. Contudo, muitas vezes, a equipe dificulta e restringe este relacionamento, colocando barreiras ao acompanhante, por sentir-se pressionada pelos questionamentos e ansiedade das famílias (OLIVEIRA; SPIRI; 2011).

Diante dessas questões, Quirino e Collet (2009) sugerem adoção de tecnologias de cuidado pautadas pela integralidade, vínculo, responsabilização, com reorganização dos processos de trabalhos a partir do trabalho coletivo e humanizado. O cuidado humanizado considera a profundidade das relações e a comunicação como aspectos geradores de confiança (OLIVEIRA; SPIRI, 2011; OLIVEIRA et al., 2006). A permanência e participação dos familiares na assistência deve ser incentivada visando a valorização das heranças culturais dos familiares e troca de experiências entre criança, família e equipe de saúde (CARDOSO, 2009).

Para Thomazine et al. (2008, p. 151) “um movimento dessa natureza precisa, necessariamente, apreender as demandas do binômio criança-família”, cujo enfoque seja o cuidado integral, balizado pelo acolhimento, resolutividade, pelo estabelecimento de responsabilizações e vínculos, pela interação e trabalho em equipe centrado nas tecnologias leves.

Simultaneamente, faz-se necessário adotar políticas pautadas na melhoria das condições de trabalho já que estas continuam sendo realizadas de forma burocratizada, com espaços definidos, com regras e regulamentos minuciosos que regem seu funcionamento, cuja divisão define as posições hierárquicas da diversidade dos agentes envolvidos (THOMAZINE et al., 2008).

Ainda, vários autores (THOMAZINE et al., 2008; GOIS, 2009; CARDOSO, 2009) destacam a importância de criar espaços de capacitação da equipe para instrumentalizar os profissionais em suas ações em saúde; promover o debate contínuo acerca do processo de trabalho (QUIRINO; COLLET, 2009); e, envolver a família em todo o processo de cuidado, especialmente, na tomada de decisões.

1.4 PROCESSO DE TRABALHO: BASES EPISTEMOLÓGICAS

Este tópico foi subdividido em três subtópicos, no qual o primeiro contextualiza a questão do trabalho em hospital, enquanto uma unidade de sistema de cuidados, em que diferentes agentes se envolvem com distintos processos de trabalho que podem ou não acontecer simultaneamente, tendo como finalidade a ação terapêutica. Para tanto, contextualiza-se também, o trabalho em saúde e o trabalho da enfermagem, com destaque, para o processo de trabalho e seus elementos constituintes. Em seguida, o segundo aborda o processo de trabalho da enfermagem em pediatria, discutindo, principalmente, as relações interpessoais envolvidas no cuidado. O terceiro apresenta a questão da enfermagem, criança e família no cenário hospitalar, enfocando a família como unidade de cuidado.

1.4.1 O trabalho em hospital

Na teoria marxista, o trabalho pode ser compreendido, de forma geral, como uma capacidade de transformar a natureza para atender as necessidades humanas (MARX, 1993). Essas necessidades, por serem históricas, assumem especificidades no transcorrer do tempo e do espaço.

Para Almeida (apud MISHIMA et al. 2009, p. 774), o trabalho carrega em si um paradoxo, na medida em que de um lado traz uma visão negativa de sobrevivência, dor e sofrimento, por exemplo, o trabalho escravo, o trabalho explorado e de outro uma visão positivista de emancipação, de criatividade e alteridade.

Ainda com base em Marx, Faria, Werneck e Santos (2009) trazem o conceito de processo de trabalho como um conjunto de procedimentos realizados pelo homem, por intermédio de meios de produção, sobre um objeto a fim de transformá-lo para obter um produto. Os autores complementam que as diversas formas de se desenvolver/realizar uma atividade profissional podem ser chamadas de processo de trabalho.

Partindo da análise do processo de trabalho médico, Ayres (2015) revisitando a produção intelectual de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves destaca a gênese e o desenvolvimento do conceito de processo de trabalho em saúde, analisando os seus componentes: objeto, instrumentos, finalidades e agentes.

Segundo o autor, o objeto a ser transformado pode ser uma matéria-prima ou um produto de um trabalho previamente elaborado ou, ainda, em se tratando da saúde, certos estados ou condições pessoais ou sociais de saúde (MENDES GONÇALVES, 1992).

Os instrumentos ou meio de produção do trabalho podem ser materiais ou não materiais. Entre os materiais, destacam-se as máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, e, em uma visão mais ampla, os não materiais incluem saberes, conhecimentos e habilidades (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

As finalidades ou objetivos são os motivos pelos quais o trabalho é realizado. Esses motivos visam satisfazer as necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

O agente é o sujeito da ação, ou seja, aquele que de posse do objeto de trabalho é capaz de alterá-lo por meio de suas intervenções (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

Diante disto, tem-se que o processo de trabalho em saúde apresenta como finalidade a ação terapêutica; como objeto os indivíduos saudáveis, doentes ou com potencial para adoecer; como ferramenta de trabalho os instrumentos materiais e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde (SOUZA et al., 2010).

Pode-se dizer que o processo de trabalho em saúde se dá por meio de uma interseção trabalhador-usuário, que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato (ou seja, o trabalho no momento em que está sendo produzido) e ao jogo das necessidades que se definem no interior de um processo quase estruturado (MERHY, 2002). Isto é, sempre que ocorrer um encontro entre trabalhador de saúde e o usuário, estará sendo processado o trabalho vivo em ato, pois serão produzidas relações de escutas, responsabilizações, vínculos, aceitação e compromissos em projetos de intervenção que objetivam atuar sobre o controle do problema que vai ser enfrentado (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003).

Para Merhy (1998), esse processo está fundamentado numa intensa relação interpessoal, dependente de vínculo entre os envolvidos, para a eficácia do ato. Pela sua natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo de ensino-aprendizagem. Um serviço que se realiza com base numa interseção partilhada entre o usuário e o profissional, em que o primeiro deve ser visto também como sujeito, e não como objeto desse

processo. Torna-se, assim, um copartícipe do processo de trabalho e, quase sempre, um corresponsável pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica.

Destaca-se que o trabalho em saúde pode ser desenvolvido em diversos locais, como em hospitais, *homecare* (atenção domiciliar), consultórios e clínicas/instituições privadas e públicas, e, em cooperativas de profissionais (GONÇALVES, 2007).

Neste estudo, será abordado o trabalho em saúde no contexto hospitalar. A palavra hospital deriva do latim “hospes”, que significa hospede, dando origem a “hospitalis” para designar hospedaria, que na antiguidade abrigava além de enfermos, viajantes e peregrinos. Quando o estabelecimento abrigava pobres, incuráveis e insanos, era designado “hospitium”, ou seja, hospício, que, por muito tempo, foi usado para denominar hospital psiquiátrico (GONÇALVES, 1983; BORBA, 1985).

A partir do século XVIII, os hospitais tornam-se um lugar de tratamento e recuperação com a incorporação do cientificismo da Medicina (RIBEIRO, 1993). No século XIX, o indivíduo e a população passam a ser vistos simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da Medicina, graças à tecnologia hospitalar (FOUCAULT, 2004). Já na metade do século XX, ele adquire características próprias dos hospitais contemporâneos (RIBEIRO, 1993).

Campos (1995, p. 20) ressalta ao conceito de hospital definido pelo Ministério da Saúde como:

Parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico/sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Com o aumento da complexidade dos conhecimentos, a realização do modelo clínico passa a depender de uma infraestrutura, sem a qual não pode funcionar sozinho. Dessa forma, instala-se no hospital um processo de trabalho coletivo (ALMEIDA; ROCHA, 1997; GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Nesse contexto, profissões como medicina e enfermagem se destacam e têm, no hospital, um espaço legitimador privilegiado. O trabalho se constitui em um trabalho em

equipe, no qual os cuidados prestados ao doente são realizados, em geral, por profissionais de diversas áreas (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros), com suas especificidades de conhecimentos e de prática (SOUZA et al., 2010).

Embora o trabalho em equipe possa dar ideia de grupo de pessoas que se articulam para realizar uma tarefa ou determinado trabalho, do ponto de vista do cuidado em saúde, essa relação se dá de forma verticalizada, com hierarquia de funções e tarefas e com fragmentação de responsabilidades (CAMELO, 2011; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; GONÇALVES et al., 2015).

Pensar no hospital enquanto unidade de um sistema de cuidados da equipe de enfermagem, é apontar para a auto-organização, considerando aspectos como autonomia, individualidade, relações e atitudes, consideradas fundamentais para a atuação do enfermeiro nos diferentes espaços da saúde (BACKES et al., 2008; CAMELO, 2011).

A equipe de enfermagem, ao inserir-se no âmbito do trabalho hospitalar, depara-se com um trabalho que a leva a uma conduta organizada, segundo rotinas preestabelecidas (THOFEHRN et al., 2015). Gonçalves et al. (2015) revelam que este é um processo de trabalho parcelar, solitário e rotineiro. As atividades dos enfermeiros estão voltadas, principalmente, para questões burocráticas e de gestão, e as atividades dos técnicos de enfermagem são repetitivas e dão pouca ênfase ao cuidado integral do paciente.

Diante do exposto, espera-se do enfermeiro que adote regras para gerenciar o setor, bem como a própria organização do trabalho em saúde (THOFEHRN et al., 2015), visto que, existe um domínio do saber pelo enfermeiro sob os agentes que constituem a força de trabalho. Assim, ocorre uma subdivisão técnica do trabalho da enfermagem com separação das atividades de supervisão e gerenciamento do cuidado para enfermeiro e prestação dos cuidados assistenciais para a equipe de enfermagem (GOMES, 2013a).

O trabalho da enfermagem envolve uma série de ações/processos de trabalho que podem ou não ser executados concomitantemente. Entre eles, destaca-se: o processo de trabalho assistir; o administrar/gerenciar; o ensinar; o pesquisar; e, o participar politicamente. O processo de trabalho assistir em enfermagem ou cuidar em enfermagem tem como agentes de cuidado, diferentes profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira) que utilizam diferentes instrumentos (conhecimentos, habilidades e

atitudes) e possuem diferentes finalidades (promover, manter, recuperar a saúde) para o cuidado aos indivíduos, famílias e comunidades (SANNA, 2007).

Devido aos graus de formação diferenciados, os trabalhadores de Enfermagem dividem o trabalho - cuidar em duas formas: cuidados funcionais ou cuidados integrais. Na primeira modalidade, o trabalhador (técnico ou auxiliar) desenvolve um trabalho rotineiro por tarefas, sem uma visão global do paciente, dificultando o entendimento do processo de trabalho. A dinâmica da organização exige dele apenas o bom cumprimento das tarefas que lhe foram designadas (PIRES, 1999; GOMES, 2013b).

Na segunda modalidade chamada cuidados integrais, essa divisão de tarefas é em parte rompida. Os trabalhadores ficam responsáveis pelo atendimento integral ao paciente, prestando todos os cuidados necessários em cada turno de trabalho. Esse modelo possibilita uma visão global do doente, permitindo que o trabalho se torne mais criativo. Tanto nos cuidados funcionais quanto nos cuidados integrais, o gerenciamento da assistência de enfermagem é feito pelo enfermeiro (PIRES, 1999).

Nesse contexto, a função da enfermagem é cuidar, que segundo Leininger (1991), é a essência da humanidade e primordial para a sobrevivência do ser humano. Backes et al. (2008) complementam ainda, que o papel do enfermeiro envolve prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde, além de administrar, organizar, controlar e favorecer as práticas do cuidar.

O cuidar implica em uma relação de confiança na qual o ser cuidado, que encontra-se fragilizado nas mãos do cuidador, entrega o seu ser por inteiro. E este com sua presença carinhosa e atenciosa, possibilitam ao paciente reforçar seus mecanismos internos, passando a confiar no ambiente (CHIATONNE et al., 2003).

Pitta (2003) complementa que o cuidar, em termos de organização de saúde, possui exigências particulares, já que é necessário dar conta de questões complexas, com intensidades variáveis, em que homens, mulheres, crianças ou idosos, variando os níveis de seus processos saúde/doença, têm demandas próprias que exigem respostas singulares.

1.4.2 O processo de trabalho da enfermagem em pediatria

No ambiente hospitalar da pediatria, a produção de vínculos é essencial para o cuidado. O setor se caracteriza pelo constante movimento de entradas (admissão) e saídas (alta) que produzem diversas formas de interação. Cada criança/família com sua história ao ser inserida no hospital, não por escolha própria, mas por conta da doença, passa a fazer parte da história desse ambiente, ao mesmo tempo em que esse ambiente passa a fazer parte da sua história pessoal (SOUZA; PATRÍCIO, 2006).

Por opção profissional ou mesmo de vida, o trabalhador da saúde, também faz parte desta história. Segundo Souza e Patrício (2006), eles atuam em grupos que se revezam em cada turno, trazendo consigo seus ritmos pessoais. O ritmo faz parte da vida humana e caracteriza-se por movimentos de expansão e contração, de abertura e fechamento, de saída e de entrada que ocorrem de forma harmônica e complementar.

Quando se trata da população infantil, a hospitalização realiza-se, normalmente, numa atmosfera tensa e insegura para as crianças, os adolescentes e seus acompanhantes. As mudanças de horários, rotinas de exames, afastamento de casa, abandono da atividade escolar, dentre outras alterações no cotidiano de vida, podem ocasionar agitação, gritos, choros, retrocesso, regressão, depressão, ausência no controle dos esfíncteres, entre outros (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Contudo, segundo Collet e Rocha (2004) a permanência no ambiente hospitalar também pode levar a criança a estabelecer vínculos com a equipe de saúde, mantendo um relacionamento afetivo e carinhoso com os trabalhadores. Ao se relacionar com a criança, a equipe passa a compreender suas falas, entender seus gestos, bem como sua comunicação não verbal, abrindo uma prerrogativa de amplitude no relacionamento. Dessa forma, a equipe de saúde que lida com crianças deve gostar e estar preparada tecnicamente para o trabalho.

O cuidado à criança e sua família no cenário hospitalar envolve, a priori, fundamentar o conceito de família. Dentre as múltiplas definições, destaca-se a estabelecida por Patrício (1994, p. 97) que a define como:

Um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica que durante todo o seu processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de

crenças, valores e normas, estruturadas na cultura da família, na classe social à qual pertence, em outras influências e determinações do ambiente em que vivem, incluindo os valores e normas de outras culturas.

Destaca-se ainda que durante a vida, a dinâmica familiar pode apresentar mudanças situacionais ou acidentais no decorrer do desenvolvimento, originadas pelo ambiente familiar externo (PATRICIO, 1994).

Com base nas novas perspectivas de assistir a criança em seu processo saúde-doença nos hospitais, este estudo está voltado para a abordagem centrada na criança e sua família proposto por Elsen e Patrício (2005). Nesse modelo, a família representa a unidade básica dos cuidados à saúde de seus membros e ocupa a posição central. A saúde é vista pelos profissionais de forma complexa, resultante da interação de fatores biológicos, psíquicos, sociais, culturais, econômicos e ecológicos (ELSEN; PATRÍCIO, 2005).

As tomadas de decisões para assistência à criança são compartilhadas pela família e equipe de saúde. Assim, a responsabilidade é assumida igualmente e a família exerce um papel ativo na identificação de problemas e na elaboração do plano de ação (ELSEN; PATRÍCIO, 2005).

As autoras destacam vantagens decorrentes desse tipo de abordagem. Entre elas, tem-se a divisão de responsabilidades, a aprendizagem continuada a partir das expectativas da família, o relacionamento democrático, a ampliação de assistência intra-hospitalar para a comunidade e o maior compromisso por parte da família. Contudo, existem dificuldades ligadas à família (quando não desejam assumir o seu próprio cuidado à saúde e não conseguem discernir suas limitações na assistência) e à própria instituição (maior custo e a necessidade de profissional treinado) para a implementação dessa abordagem (ELSEN; PATRÍCIO, 2005).

1.4.3 Enfermagem, criança e família no cenário hospitalar

A enfermagem pediátrica é vista como pioneira na defesa da presença do familiar no contexto hospitalar. Perceber a família como unidade de cuidado implica em valorizar e entendê-la em seus diversos contextos (SOUZA, 2004).

Cada família traz consigo uma demanda de cuidado. Como seres humanos

demonstram a necessidade de ser compreendidos, valorizados em seu saber e em suas preocupações. A enfermagem desempenha um papel importante nesse cenário. Muitas vezes, se torna o mediador entre a família, a criança e os demais profissionais (SOUZA, 2004).

Silveira, Angelo e Martins (2008, p. 215) destacam que o sofrimento físico da criança, relacionado aos procedimentos terapêuticos, “interpretados ... como assustadores, agressivos, dolorosos e emocionalmente insuportáveis”, estão entre os aspectos da hospitalização que mais impactam a família. Essas questões exigem dos familiares que sejam desenvolvidas estratégias (manter-se forte ao lado da criança, transmitir segurança e revezar o acompanhamento com membros da família emocionalmente mais estáveis) para enfrentar os rituais hospitalares de diagnóstico e tratamento, bem como suportar o sofrimento da criança.

Além disso, é preciso entender como as famílias se organizam e se cuidam, pois da mesma forma elas terminam por cuidar de seus membros, e, em situações de internação, de seus filhos. Para estruturar o processo de cuidar é importante reforçar as potencialidades na capacitação das famílias para o cuidado. Por outro, a Souza (2004) destaca, ainda, que é importante conhecer como as famílias não se cuidam, pois se pode buscar soluções que alertem ou diminuam as condições de não cuidado.

Ao apresentar várias informações que orientam o pensar sobre o cuidado, Elsen (2004, p. 22) define o cuidado familiar “a partir do mundo de significados de cada família e desenvolvido ao longo de seu processo de viver”, o que lhe confere um caráter de especificidade. Visa ao bem-estar dos membros da família, assim como do grupo familiar, por meio de um movimento irradiador da promoção à saúde.

Portanto, o cuidado familiar durante a internação de um membro da família se concretiza através da convivência e das reflexões advindas do estar presente naquele momento de vida. O cuidado como presença se mostra pelo diálogo, por saber ouvir, pelo estar junto, por acompanhar, por comprometer-se e responsabilizar-se (ELSEN 2004). Collet (2012) complementa que o diálogo é a ferramenta que permite a construção de vínculos nesse processo.

Contudo, para que o cuidado ampliado, integral e humanizado realmente aconteça, tornam-se necessárias as transformações radicais nos modos de pensar e de fazer a atenção à criança hospitalizada e sua família. A interação terapêutica da equipe com a família é uma ferramenta indispensável para a criação de um projeto terapêutico singular e integral na

medida em que, nesse encontro, viabilizam-se espaços de construção de sujeitos (COLLET, 2012).

A literatura norte-americana aponta que, até 1930, a assistência de enfermagem à criança hospitalizada, tinha como meta prevenir a transmissão de infecção por meio do isolamento rigoroso (LIMA; ROCHA; SCOCHI,1999). Essa forma de cuidar afastou os familiares do envolvimento com a criança. A assistência era feita pelos profissionais da equipe de saúde e pela enfermagem que apesar de ter conhecimentos sobre o cuidado à criança, estava preparada para lidar com a doença (GOMES, 2010).

Em 1951, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a se preocupar com o crescimento e desenvolvimento da criança hospitalizada, publicando um relatório que versa sobre privação materna como fator perturbador da saúde mental (GOMES, 2010).

No início do século XX, logo após o nascimento, as crianças eram colocadas em berçários e separadas de suas mães. Durante o processo de hospitalização também permaneciam sozinhas nos hospitais. Entretanto, essas questões começam a mudar a partir da publicação, na Inglaterra, do *Relatório Platt* no ano de 1959. Esse documento destaca a preocupação com a criança hospitalizada e possui como base o cuidado de qualidade sem prejuízo psicológico ou emocional para a criança. Entre as propostas de humanizar a internação, encontra-se a permanência da mãe junto à criança no hospital (DAVIES, 2010).

No Brasil, por força da Lei nº 13.257, de 2016 que altera a Lei n.º 8.069, de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, a permanência em tempo integral dos pais ou responsáveis pela criança no hospital tornou-se mais efetiva. A lei reconhece e valoriza a importância da presença e da participação da família no processo de recuperação da saúde da criança e do adolescente e recomenda, em seu artigo 22, que "os estabelecimentos de atendimento à saúde, ... deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável ..." (BRASIL, 2016, p. 05).

Vale ressaltar que em relação à assistência à criança hospitalizada, as mudanças foram significativas desde o estabelecimento da legislação, garantindo a permanência dos familiares no hospital durante o tratamento. O cuidado antes prestado pelos médicos e enfermeiros agora é compartilhado com os pais, o que leva a equipe a modificar suas ações, delegando à família alguns cuidados como higiene, alimentação e conforto (PIMENTA; COLLET, 2009).

Diante da necessidade de proteção da criança hospitalizada, a Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou vinte itens acerca dos direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, que foram aprovados na íntegra na 27ª. Assembleia Ordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), constituído a Resolução nº 41, de 17 de outubro de 1995 (BRASIL, 1995).

Para Collet e Rocha (2004) e Lima et al. (2010), a presença dos pais no processo de hospitalização traz consigo alterações nas relações de trabalho. Torna-se indispensável que os profissionais de saúde dirijam o seu olhar para a família como objeto do cuidado, num processo de produção de relações e intervenções, para além do atendimento clínico.

Assim, Bortolote e Bretas (2008) apontam que as situações vivenciadas pela criança, os procedimentos e os inter-relacionamentos podem ser experiências benéficas ou maléficas no processo de hospitalização. Somente o conhecimento, a disposição e a especialização da equipe de enfermagem poderão tornar o ambiente estimulador, portanto favorável à alta da criança.

Os estudos indicam que os profissionais reconhecem a importância, para recuperação da criança hospitalizada, da presença do familiar como acompanhante (ANGELO et al., 2014; TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006; SOARES; LEVENTHAL, 2008).

Por outro lado, mesmo sabendo que compartilhar os cuidados com a mãe é desejável, muitas vezes, têm se observado a existência da delegação de cuidados sem coparticipação. Estudos (DUTRA DE SOUSA et al., 2011; COLLET; ROCHA, 2004) mostram que isso gera alguns conflitos entre os pais e a equipe de enfermagem, por não haver uma concordância das tarefas que cada um deverá desempenhar. O diálogo nem sempre faz parte dos instrumentos da enfermagem para negociar os cuidados com a família. Assim, ocorre uma atitude omissa da equipe de enfermagem em não explicitar os espaços e funções que são considerados parte do trabalho inerente à mãe durante a hospitalização (COLLET; ROCHA, 2004).

Nascimento et al. (2010) apontam a oportunidade de comunicação aberta, com espaço para o diálogo e a escuta como aspectos facilitadores da interação entre mãe e equipe de enfermagem com vistas a inclusão da família no cuidado. Destacam ainda que a equipe de enfermagem por permanecer longos períodos com as crianças encontra-se em vantagem para orientar os pais e mães sobre diversos aspectos que envolvem esse cuidado.

Por outro lado, Santos et al. (2015) destacam que a comunicação além de ser um bom recurso terapêutico, quando não realizada de maneira satisfatória (com atenção e respeito), pode ser nociva no contexto de assistência à saúde. Dessa maneira, a comunicação pode comprometer ainda mais a saúde física e mental da família, proporcionando momentos traumáticos e desestruturantes.

1.5 QUESTÕES NORTEADORAS, OBJETO E OBJETIVOS DO ESTUDO

Com base na revisão bibliográfica, na experiência vivenciada no mestrado e em minha atuação na disciplina de Saúde da Criança, emergiu a seguinte questão norteadora: Como se dá o processo de trabalho² da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada?

Dessa forma, delimito como objeto de estudo o processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança³ hospitalizada. Os objetivos são: descrever a organização do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada; analisar o processo de trabalho da enfermagem e sua inter-relação criança-família; discutir as repercussões do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada.

1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O conhecimento sobre a família da criança é muito importante na formação dos profissionais de saúde, principalmente para aqueles que atuam no cenário da hospitalização, situação na qual a criança, muitas vezes fragilizada, é afastada de seu ambiente familiar. Diante disso, este estudo torna-se relevante, pois servirá de base para estudantes e profissionais de saúde discutirem e aprofundarem conhecimentos na área da assistência pediátrica. Para formação do enfermeiro, proporcionará aos discentes desenvolver discussões conceituais e práticas a respeito do tema.

Para a equipe de enfermagem envolvida no cuidado, o estudo trará considerações importantes acerca da prática assistencial de enfermagem à criança hospitalizada e sua família

² Neste estudo, o processo de trabalho está pautado na dimensão assistencial, conforme descrito no tópico 1.4.

³ Neste estudo, o termo criança compreende a pessoa até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 2012).

com vistas ao aprimoramento do desempenho profissional, permitindo à enfermagem rever seus paradigmas, a fim de vincular a família ao cuidado da criança, numa perspectiva holística, sistêmica e interacional.

Na pesquisa, este estudo oferecerá subsídios para outras pesquisas sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada do Grupo de Pesquisa - Saúde da Criança/Cenário Hospitalar e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente (NUPESC) do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e também do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

2 ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

2.1 BASES CONCEITUAIS

As bases conceituais da pesquisa estão pautadas nos conceitos de tecnologias do trabalho em saúde propostos por Merhy (1997; 2002) e no conceito de família como sistema de saúde apresentado por Elsen (1994).

Para Merhy (1997, p. 127):

tecnologia não é confundida aqui exclusivamente com instrumento (equipamento) tecnológico, e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a este termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo.

O encontro entre o cliente e o trabalhador de saúde envolve um arsenal de saberes e práticas peculiares que determinam a produção do cuidado. O homem exerce um “trabalho vivo em ato” sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e de acordo com as finalidades que persegue (MERHY, 2002).

Dessa forma, o trabalho vivo interage, a todo momento, com diversas formas de tecnologias como máquinas e instrumentos, seguindo normas que geram o processo de trabalho. Merhy (2002, p. 49) ao discutir o processo de trabalho em saúde o faz por meio da representação da cartografia do trabalho vivo. Torna-se importante entender que:

... as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Em relação ao conceito de família como um sistema de saúde, Elsen (1994) afirma que toda família possui um referencial único que a torna capaz de agir em diferentes situações de saúde e doença. Esse referencial advém de interações com outras famílias, comunidades e profissionais de saúde, fazendo com que cada unidade familiar assuma modos de cuidar que envolvem ações de promoção de saúde, de prevenção e tratamento de doenças específicas.

Elsen (1994) destaca ainda, que a família desenvolve um verdadeiro processo de cuidar, na medida em que é capaz de observar as condições de saúde seus membros, identificando problemas e propondo soluções. Evidencia-se então, que a família funcione como unidade básica de saúde para seus membros não sendo apenas executora de determinações dos profissionais de saúde. Ela precisa ser ouvida, sua opinião deve ser levada em conta e sua participação deve ser incentivada.

2.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.2.1 Tipo de estudo

A pesquisa é de natureza qualitativa, tipo estudo de caso. Para Minayo (2014), na pesquisa qualitativa, o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação, e é entendido como campo. O trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa que, a rigor, não poderia ser pensada sem ele. Assim, a autora aponta como componentes do trabalho de campo duas categorias fundamentais: a entrevista e a observação participante.

Minayo (2014) afirma ainda que, na abordagem qualitativa, a ênfase é dada à coleta de informações suficientes para a reconstrução do discurso que permita uma análise aprofundada das falas, envolvendo a questão central do tema pesquisado.

Segundo Yin (2005) estudo de caso constitui uma estratégia de pesquisa utilizada quando se pretende conhecer o “como?” e o “por quê?”. É uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo num contexto da vida real.

A escolha do estudo de caso se justificou por ser um hospital infantil de referência no estado do Espírito Santo para urgência/emergência; atender à diversas especialidades pediátricas na medida em que possui Centro de Tratamento Intensivo (CTI), Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), Centro Cirúrgico, Pronto Socorro e Emergência, além de ambulatórios especializados (gastroenterologia, reumatologia, cirurgia plástica e nefrologia).

2.2.2 Cenário do estudo

O cenário de estudo foi constituído pelas enfermarias⁴ clínicas denominadas: 1ª Enfermaria (que atende as especialidades nefrologia e hematologia); Clínica Pediátrica 2 (atende as especialidades gástricas e endocrinológicas); Pneumologia I; e Pneumologia II, do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), localizado em Vitória - ES. É um hospital pediátrico, público, de grande porte, inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) que atende a crianças e adolescentes por demanda espontânea e referenciada, na faixa de zero a dezoito anos, procedentes de todo o estado do Espírito Santo, Leste de Minas Gerais e Sul da Bahia.

A história do hospital se inicia em 1932, com o médico cirurgião Moacir Ubirajara que insatisfeito por não ter onde internar crianças atendidas por ele, no ambulatório de pediatria do Departamento de Saúde Pública de Vitória, conseguiu a cessão de uma área do Colégio do Carmo, localizado no centro da capital Vitória, para instalar 20 leitos pediátricos. Na época, a manutenção do espaço era feita com o apoio financeiro da Liga Espírito-Santense de Assistência e Proteção à Infância criada para esse fim (HINSG, 1998).

Ao longo da crise do sistema cafeeiro capixaba, reflexo da crise Americana de 1929, o médico Moacir Ubirajara convenceu o interventor do Estado a estocar toneladas de café, contrariando o que acontecia na época; a queima do estoque para reduzir demanda e aumentar preço de mercado para comercializar o produto após as altas dos preços (MARTINS, 1996).

Com a verba arrecadada pela venda do café e com apoio de damas da sociedade capixaba foi possível construir novas instalações para abrigar as crianças, já que o espaço do Colégio do Carmo se tornara pequeno para a demanda de cuidados. Diante disto, em 15 de agosto de 1935, no bairro da Praia Comprida, hoje bairro Santa Lúcia, foi inaugurado o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, que recebeu esse nome em homenagem a Assunção de Nossa Senhora, festa celebrada pela igreja católica nessa data. A capacidade do hospital era de 70 leitos e contava ainda, com cinco enfermarias, uma sala para atendimentos médicos e um centro cirúrgico (TRUGILHO, 2001).

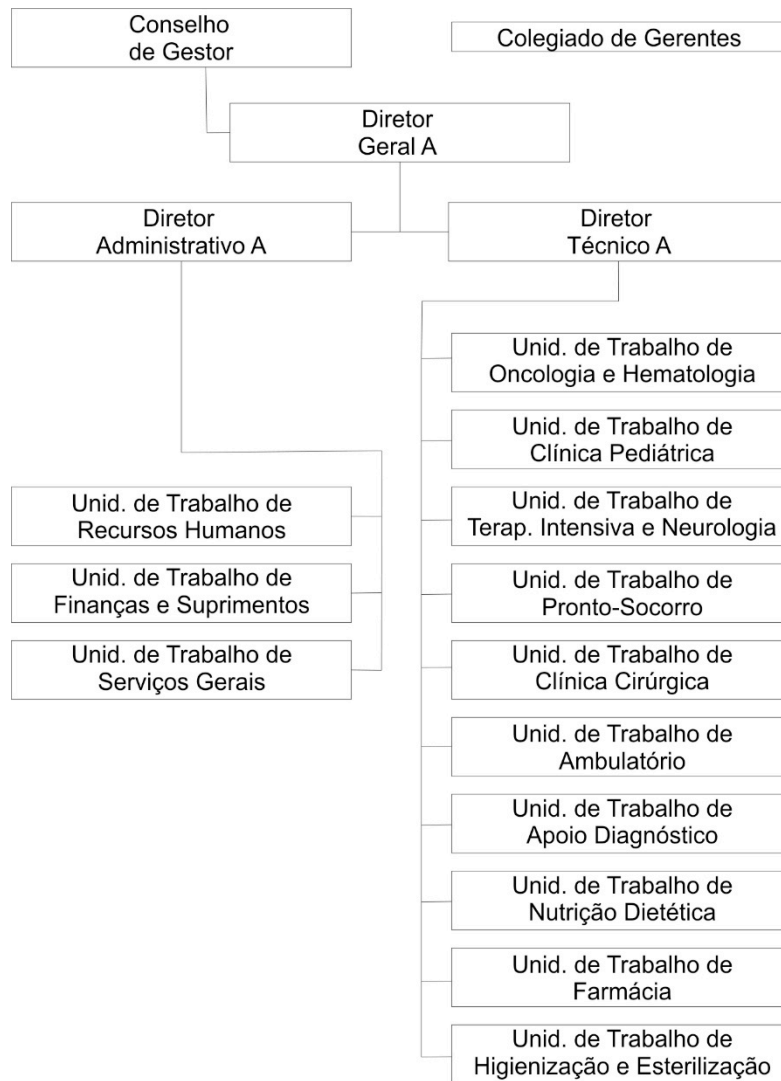
Atualmente, o HINSG possui área física de 4.700m², conta com 149 leitos de internação, oferece à população infantil serviços de urgência e emergência, procedimentos

⁴ A unidade de internação pediátrica, no cenário do estudo, é denominada de enfermaria.

eletivos e ambulatoriais nas seguintes especialidades: neurologia e neurocirurgia, infectologia, traumatologia-ortopedia, oncologia, hematologia, pediatria geral, cirurgia pediátrica, ortopedia pediátrica, clínica médica pediátrica, neonatologia/UTIN, UTI Pediátrica/UTIP, programas (asma brônquica, doenças celíaca, osteogênese imperfeita, má formações da coluna/escoliose, fibrose cística, DST/AIDS) (ESPÍRITO SANTO, 2015).

A instituição é campo de aprendizagem, funcionando como hospital de ensino na medida em que mantém o Programa de Residência Médica em Pediatria e é campo de prática de escolas de níveis técnico e superior (privadas e filantrópicas) de enfermagem. Entende-se como hospital de ensino o centro de atendimento hospitalar que colabora com universidades e faculdades, na medida em que participa das atividades de formação e de investigação no domínio do ensino dos profissionais de saúde (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

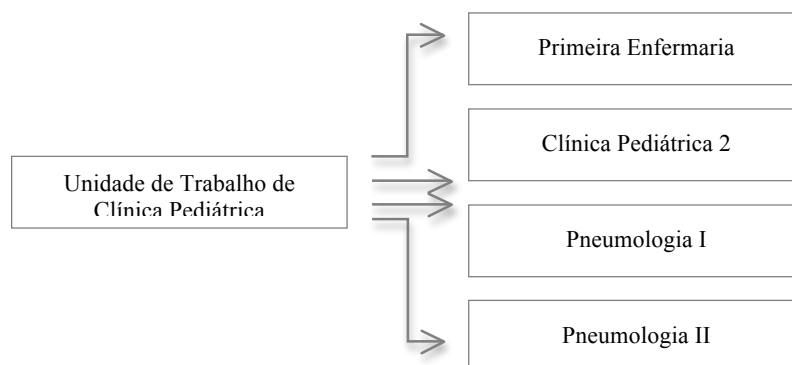
O HINSG dispõe de serviço de Urgência/Emergência e Serviço auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT). Possui Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) de referência estadual. Em relação à natureza jurídica, se enquadra em órgão público do poder executivo estadual, inclui-se na administração direta da saúde - Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e possui gestão dupla (municipal e estadual) (BRASIL, 2015). A representação da estrutura organizacional básica (Organograma 1) da qual o HINSG faz parte é a seguinte:



ORGANOGRAMA 1 - Estrutura organizacional básica do HINSG

Fonte: Diário Oficial do estado do Espírito Santo, 22 junho de 2004 (ESPÍRITO SANTO, 2004).

As enfermarias clínicas, cenário do estudo, estão ligadas à Unidade de Clínica Pediátrica, conforme organograma 2:



ORGANOGRAMA 2 - Estrutura organizacional das Unidades de Clínica Pediátrica do HINSG

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

A instituição possui um total de 976 servidores (Tabela 1). Destes, 424 desempenham suas funções no serviço de enfermagem, dos quais 57 são enfermeiros, 305 técnicos de enfermagem e 62 auxiliares de enfermagem.

TABELA 1
Número de funcionários de acordo com o cargo e tipo de vínculo do HINSG no mês de outubro de 2015

Cargo	Vínculo	Estatutário	Contratado	Total
Almoxarife		01	---	01
Artífice bombeiro hidráulico		01	---	01
Artífice eletricista		02	---	02
Assistente administrativo		02	02	04
Assistente social		05	07	12
Auxiliar administrativo		11	10	21
Auxiliar de enfermagem		44	18	62
Auxiliar de laboratório		---	01	01
Auxiliar de serviço médico		16	---	16
Auxiliar de serviços gerais		201	09	210
Cirurgião bucomaxilo		01	01	02
Cozinheiro		01	---	01
Enfermeiro		49	08	57
Farmacêutico		04	05	09
Fisioterapeuta		04	10	14
Fonoaudiólogo		04	---	04
Médico		175	16	191
Motorista		04	03	07
Nutricionista		04	---	04
Odontólogo		01	01	02
Psicólogo		08	---	08
Técnico de enfermagem		97	208	305
Técnico de laboratório		---	08	08
Técnico de radiologia		02	05	07
Técnico de segurança do trabalho		---	01	01
Técnico em administração		03	---	03
Técnico em eletrônica		01	---	01
Técnico em eletrotécnica		01	---	01
Técnico em imobilização ortopédica		04	03	07
Técnico em necrópsia		02	---	02
Técnico em nutrição		04	---	04
Telefonista		---	02	02
Vigia		06	---	06
TOTAL		658	318	976

Fonte: Recursos Humanos – HINSG, 2015.

Em relação às enfermarias clínicas, cenário do estudo, o quantitativo de profissionais da enfermagem e o número de leitos estão distribuídos da seguinte forma: 1ª Enfermaria – 12 profissionais de nível médio e 1 enfermeiro (9 leitos); Clínica Pediátrica 2 - 10 profissionais

de nível médio e 1 enfermeiro (7 leitos); Pneumologia I - 12 profissionais de nível médio e 1 enfermeiro (8 leitos); e Pneumologia II - 10 profissionais de nível médio e 1 enfermeiro (5 leitos). O horário de trabalho dos profissionais de nível médio é de 12 horas, nos plantões diurnos e noturnos. Todos os enfermeiros são diaristas, com regime de trabalho de 6h/dia ou 8h/dia.

2.2.3 Participantes

Os participantes foram quatro enfermeiras, nove técnicas de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem. Como critérios de inclusão no estudo, os participantes deveriam ser do quadro efetivo ou temporário, com no mínimo um ano de atuação em uma das enfermarias clínicas nos serviços diurno ou noturno, por entender que já possuem familiaridade com o processo de trabalho. Foram excluídos os membros da equipe que estavam de férias, licença médica, licença maternidade e nas condições de cobertura de faltas ou férias no momento da coleta de dados.

2.2.4 Procedimentos metodológicos

Os procedimentos metodológicos foram o formulário para caracterização da equipe de enfermagem, a entrevista não diretiva em grupo (ENDG) e a observação participante com diário de campo.

O formulário (Apêndice A) consta de três itens: dados de identificação; dados relacionados à atividade profissional, e dados relacionados à formação profissional, que foram preenchidos antes de iniciar a entrevista. Para Marconi e Lakatos (2008) o formulário se caracteriza por ser preenchido pelo pesquisador, durante o contato face a face entre entrevistado e informante. Dessa forma, torna-se um dos instrumentos fundamentais para a investigação social.

Em relação à entrevista não diretiva, Chizzotti (2008) destaca que a entrevista é uma técnica em que são obtidas informações diretamente do discurso livre do entrevistado, cabendo ao entrevistador a escuta ativa e a atenção receptiva das informações prestadas, bem como a atenção para a comunicação verbal e a atitude do entrevistado.

Nesta pesquisa, a entrevista não diretiva foi realizada em grupo. Essa técnica foi originária dos estudos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa “Saúde da Criança/ Cenário Hospitalar”, que a utilizam em suas pesquisas com êxito quanto à abordagem dos sujeitos e obtenção dos dados (HOFFMANN; OLIVEIRA, 2009).

Os temas orientadores da entrevista (Apêndice B) foram elaborados considerando os componentes do trabalho - objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos, produtos (Quadro 3) e de forma que atendessem aos objetivos do estudo, a saber: cuidados de enfermagem à criança e sua família/ procedimentos; relacionamento da equipe de enfermagem (entre si; criança e sua família; e, equipe de saúde); recursos materiais e equipamentos; espaço físico das enfermarias; rotinas de trabalho; conhecimentos da equipe de enfermagem; habilidades da equipe de enfermagem; ações de enfermagem com a família da criança.

QUADRO 3

Temas para ENDG e observação participante relacionados ao processo de trabalho da enfermagem

Elementos constitutivos do processo de trabalho / Técnicas	ENDG	Observação participante
Objeto	Cuidado de enfermagem à criança e sua família.	Cuidados prestados à criança e sua família pela equipe de enfermagem.
Agentes	Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem (aquele que realiza o trabalho).	Relacionamento da equipe de enfermagem (entre si; criança e sua família; equipe de saúde).
Instrumentos	Conhecimentos, habilidades e atitudes (para assistir); Materiais, equipamentos e espaço físico.	Relacionamento da equipe de enf.; Estrutura física das enfermarias; Organização do ambiente; Profissionais envolvidos.
Finalidades	Promover, manter e recuperar a saúde.	Condições de trabalho; Divisão do trabalho (cuidados funcionais ou integrais).
Métodos	Sistematização da assistência; Procedimentos de enfermagem.	Prescrições, anotações; Procedimentos (medicação, curativo, punção venosa, cuidados de higiene).
Produtos	Saúde ou morte digna.	Ações terapêuticas.
Inserção da família (eixo específico da tese)	Desenvolvimento das ações / família da criança.	Modelo assistencial (centrado na patologia, na criança, na criança e sua família).

FONTE: Elaborado pelo autor – Vitória, 2015.

A observação participante é uma técnica que consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado ou de um contexto, tornando-se parte dele. O que permite interagir com os sujeitos, partilhar o seu cotidiano para sentir o que realmente significa estar naquela situação. Essa técnica auxilia nas descrições e interpretações de situações vividas no contexto ao qual o pesquisador se insere (QUEIROZ et al., 2007).

Para o desenvolvimento da observação participante, foi elaborado um roteiro sistematizado (Apêndice C) com temas (Quadro 3) que emergiram da análise dos elementos constitutivos do processo de trabalho da enfermagem, que consiste dos itens: cuidados prestados à criança e sua família, pela equipe de enfermagem; modelo assistencial (centrado na patologia, na criança, na criança e sua família); procedimentos (medicação, curativo, punção venosa, cuidados de higiene); prescrições; anotações; ações terapêuticas; profissionais envolvidos no cuidado; divisão do trabalho (integral; por tarefas); organização do ambiente; estrutura física das enfermarias; condições de trabalho; relacionamento da equipe de enfermagem (entre si; criança e sua família; equipe de saúde). Durante as observações, foram feitos registros escritos, anotando locais, hora e duração e destacando as notas breves de forma discreta para expandi-las, posteriormente.

2.2.5 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas pela própria autora/pesquisadora, entre os meses de junho e outubro de 2015 e julho de 2016 (Quadro 4). No primeiro contato com os participantes foi explicitada a finalidade da pesquisa e solicitada à participação voluntária. A entrevista foi agendada no próprio hospital, em um local reservado (Quadro 4) e em horário compatível com a jornada de trabalho, sem prejuízo no andamento das atividades das enfermarias.

QUADRO 4

Data, local, duração e número de participantes das ENDG

Data	Local	Duração	Número de entrevistados
24 de junho de 2015	Sala de reuniões da Pneumologia	30min 36seg	3 técnicas de enfermagem (excluídas da análise)
10 de setembro de 2015	Auditório do hospital	24min 13seg	1 auxiliar de enfermagem 1 técnica de enfermagem 1 enfermeira
19 de outubro de 2015	Auditório do hospital	59min 21seg	3 técnicas de enfermagem
28 de outubro de 2015	Sala de reuniões da biblioteca	46min 30seg	1 enfermeira 2 técnicas de enfermagem
09 de junho de 2016	Sala de reuniões da residência médica	44min 13seg	1 auxiliar de enfermagem 2 técnicas de enfermagem
15 de junho de 2016	Sala de reuniões da residência médica	50min	2 enfermeiras 1 técnica de enfermagem

Após as explicações gerais sobre os objetivos da pesquisa e a técnica da entrevista não diretiva em grupo, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D). Em seguida, a pesquisadora preencheu, individualmente, o formulário para caracterização da equipe. Os participantes foram, então, posicionados de frente para a parede na qual os temas da entrevista estavam descritos em folhas de papel A4, de forma aleatória. Mais uma vez, foi ratificado como seria o desenvolvimento da entrevista, esclarecendo a não existência de uma ordem em relação aos temas a serem abordados. As falas foram gravadas por meio de um gravador de voz digital (marca Olympus WS-821) e transcritas na íntegra.

As duas primeiras entrevistas (realizadas nos dias 24 de junho de 2015 e 10 de setembro de 2015) serviram de base para validar os temas e realizar os ajustes a fim de atender aos objetivos da pesquisa. Devido as induções da pesquisadora, a primeira entrevista não foi considerada para análise. Assim, ao final dessa etapa, fez-se necessário reformular os temas relacionados aos elementos constitutivos do processo de trabalho – assistir, para que se tornassem claros para os participantes, e excluir os temas relacionados ao processo de trabalho – administrar, pois não era a proposta do objeto de estudo. Diante disto, o tema “trabalho da enfermagem (assistência e gerência)” foi substituído por “conhecimentos da equipe de enfermagem” e “habilidades da equipe de enfermagem”. O tema “cuidado de enfermagem” passou a ser “cuidados de enfermagem à criança e sua família/procedimentos”. O tema “relação profissional de enfermagem e criança até 12 anos/família” passou a ser “ações de enfermagem com a família da criança”. O tema “relação interprofissional” passou a

ser “relacionamento da equipe de enfermagem (entre si; criança e sua família; e, equipe de saúde)”. O tema “atividades prioritárias da equipe de saúde” foi excluído e, foram criados dois novos temas: “recursos materiais e equipamentos” e “espaço físico das enfermarias”.

Nesta pesquisa, o tamanho da amostra foi orientado pela saturação dos dados, isto é, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o número de participantes foi determinado pela redundância das informações, ou seja, pelo fato de não se obter nenhuma informação nova a respeito do tema.

As observações participantes foram realizadas nas enfermarias, cenário do estudo, durante os serviços diurnos e noturnos, no período de maio de 2015 a junho de 2016, em diferentes momentos, como: passagem de plantão, prestação de cuidados/procedimentos de enfermagem, admissão da criança, encaminhamento para exames e visita das famílias. Foram feitos seis momentos de observação conforme o Quadro 5.

QUADRO 5

Data, local, duração e horário de início das observações participantes

Data	Local	Hora de início	Duração
26 de maio de 2015	Pneumologia 1	8 horas	2h15min
09 de junho de 2015	Clínica pediátrica 2	15h55min	1h
24 de junho de 2015	Pneumologia 2	15h05min	55min
14 de setembro de 2015	1 ^a . Enfermaria	19h	45min
17 de novembro de 2015	Pneumologia 1	11h20min	1h
14 de junho de 2016	Clínica pediátrica 2	10h15min	1h20min

Vale destacar que o tempo de duração das observações foi diretamente relacionado às necessidades de descrição dos acontecimentos articulados aos objetivos do estudo.

Com o intuito de preservar a ética e a identidade dos participantes da pesquisa, foram utilizadas as siglas ENF (para os enfermeiros), TE (para os técnicos de enfermagem) e AE (para os auxiliares de enfermagem) e códigos numéricos (1, 2, 3... e, assim sucessivamente) durante a análise dos depoimentos das entrevistas.

Considerando três técnicas de enfermagem que foram excluídas na validação dos temas (1^a ENDG), o total dos participantes foram quinze profissionais de enfermagem (duas auxiliares, nove técnicas e quatro enfermeiras), todos do sexo feminino com idade entre 26 e

55 anos. Em relação ao estado civil, sete eram casadas, cinco solteiras, duas divorciadas e uma viúva (Quadro 6).

QUADRO 6

Função, gênero, idade e estado civil dos profissionais entrevistados

Participante	Função	Gênero	Idade (anos)	Estado civil
AE1	auxiliar	feminino	55	divorciada
AE2	auxiliar	feminino	44	casada
TE1	técnico	feminino	34	solteira
TE2	técnico	feminino	34	casada
TE3	técnico	feminino	41	viúva
TE4	técnico	feminino	40	casada
TE5	técnico	feminino	46	casada
TE6	técnico	feminino	48	solteira
TE7	técnico	feminino	39	casada
TE8	técnico	feminino	51	casada
TE9	técnico	feminino	47	casada
ENF1	enfermeiro	feminino	47	solteira
ENF2	enfermeiro	feminino	26	solteira
ENF3	enfermeiro	feminino	52	divorciada
ENF4	enfermeiro	feminino	55	solteira

Em relação ao tipo de vínculo, dos 15 participantes, nove eram estatutárias e seis possuíam contratos temporários de trabalho. Cinco profissionais estavam lotados na Clínica Pediátrica 2, cinco na 1^a. Enfermaria, três na Enfermaria Pneumologia 1 e duas na Enfermaria Pneumologia 2. O tempo de serviço das participantes nos setores de trabalho variou entre 4 meses a 8 anos e o tempo de serviço na instituição variou entre 1 ano e 09 meses a 31 anos. Oito profissionais de nível médio entrevistadas trabalhavam no período diurno em regime de plantão (12x36h/sem.), três trabalhavam no serviço noturno também em regime de plantão (12x36h/sem.), três enfermeiras trabalhavam 8h por dia e 1 enfermeira trabalhava no serviço diurno 6h/dia fazendo duas complementações por mês nos finais de semana. Apenas cinco profissionais informaram possuir segunda jornada de trabalho, destas, duas no período noturno, duas no período diurno e 1 no período vespertino (Quadro 7).

QUADRO 7

Tipo de vínculo, setor de trabalho, tempo de serviço no setor de trabalho, tempo de serviço na instituição, turno de trabalho, jornada de trabalho diária e segunda jornada de trabalho das entrevistadas

Participante	Tipo de vínculo	Setor de trabalho	Tempo de serviço no setor de trabalho	Tempo de serviço na Instituição	Turno de trabalho	Trabalho HINSG (horas/dia) (horas/sem.)	2ª jornada
AE1	estatutário	Clínica Pediátrica 2	4 meses	31 anos	diurno	12x36 h/semema	-
AE2	contrato	1ª. enfermaria	8 anos	8 anos	noturno	12x36 h/semema	sim (diu)
TE1	estatutário	Pneumologia 1	1 ano e 9 meses	1 ano e 09 meses	diurno	12x36 h/semema	-
TE2	estatutário	Pneumologia 1	1 ano e 10 meses	1 ano e 10 meses	diurno	12x36 h/semema	-
TE3	contrato	Clínica Pediátrica 2	6 meses	08 anos	diurno	12x36 h/semema	sim (not)
TE4	contrato	Pneumologia 2	1 ano e 06 meses	18 anos	diurno	12x36 h/semema	-
TE5	contrato	Clínica Pediátrica 2	4 meses	5 anos	diurno	12x36 h/semema	-
TE6	estatutário	1ª. enfermaria	3 anos	22 anos	diurno	12x36 h/semema	-
TE7	contrato	Clínica Pediátrica 2	1 ano e 06 meses	17 anos	noturno	12x36 h/semema	-
TE8	contrato	1ª. enfermaria	2 anos	16 anos	noturno	12x36 h/semema	-
TE9	estatutário	1ª. enfermaria	10 meses	24 anos	diurno	12x36 h/semema	-
ENF1	estatutário	Pneumologia 1	9 meses	17 anos	diarista	8h/dia	sim (not)
ENF2	estatutário	1ª. enfermaria	1 ano	1 ano 10 meses	diarista	8h/dia	-
ENF3	estatutário	Clínica Pediátrica 2	1 ano e 1 mês	26 anos 06 meses	diarista	8h/dia	sim (diu)
ENF4	estatutário	Pneumologia 2	3 anos	26 anos	diarista	6h/dia + 2 complementações	sim (vesp)

Legenda: diu = diurno; not = noturno; vesp = vespertino

Em relação à formação das participantes de nível médio (Quadro 8), a maioria das profissionais concluiu o curso na década de 90. Duas técnicas de enfermagem informaram possuir diploma de Enfermeira, sendo uma delas pós-graduada. Uma técnica possuía graduação em enfermagem em andamento. Quando questionadas sobre treinamento em serviço, apenas uma participante relatou não ter realizado.

QUADRO 8

Dados relacionados à formação profissional das técnicas e auxiliares de enfermagem e treinamento em serviço

Participante	Ano de conclusão do curso	Curso de graduação/ano de conclusão	Pós graduação	Treinamento em serviço	Tema do treinamento em serviço
AE1	1982	-	-	sim	Precaução de contato; curativo; manipulação de bomba de infusão; PICC
AE2	2000	-	-	sim	Prevenção de Infecção Hospitalar
TE1	2007	Enfermagem (em andamento)	-	sim	Precaução de contato; nutrição parenteral
TE2	1999	Enfermagem (2015)	-	sim	Lavagem de mãos
TE3	1996	-	-	sim	Cuidados com cateter profundo; curativo; manuseio do RN à beira do leito em UTI neonatal; feridas
TE4	1996	-	-	sim	Feridas; punção venosa
TE5	1991	-	-	não	-
TE6	1992	Enfermagem (2007)	Enfermagem do Trabalho (2010)	sim	Biossegurança
TE7	1997	-	-	sim	Prevenção de Infecção Hospitalar
TE8	1996	-	-	sim	Prevenção de Infecção Hospitalar
TE9	1992	Serviço Social	-	sim	Relacionamento com paciente; medicação

Quanto à participação em eventos científicos em pediatria, uma entrevistada afirmou ter participado como ouvinte, contudo, quando perguntado sobre o nome do evento, pode-se observar que era evento de enfermagem geral e não voltado especificamente para pediatria. A maioria das profissionais fez curso de atualização sobre diversos temas (Quadro 9).

QUADRO 9

Dados relacionados à participação em eventos científicos em pediatria e curso de atualização das técnicas e auxiliares de enfermagem

Participante	Evento científico em pediatria	Cursos de atualização	Tema do curso de atualização
AE1	não	não	-
AE2	não	não	-
TE1	sim	sim	Cuidados ao paciente pós-morte; banho no leito; acesso venoso periférico em neonatologia
TE2	não	sim	Feridas; ventilação mecânica
TE3	não	sim	Técnico em enfermagem do trabalho
TE4	não	sim	Programa Saúde da Família
TE5	não	sim	Medicação e cuidados em neonatologia
TE6	não	sim	Biossegurança
TE7	não	não	-
TE8	não	não	-
TE9	não	não	-

* O TE1 informou participação no Congresso do Conselho Federal de Enfermagem.

Em relação à formação profissional das enfermeiras, o Quadro 10 destaca o ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem (1995; 2009; 1986 e 1984), bem como de pós-graduação *lato-sensu*. Verifica-se que as profissionais não cursaram pós-graduação *stricto-sensu* e uma das entrevistadas fez outro curso superior (Direito). As quatro enfermeiras participaram como ouvintes, de treinamentos em serviço e, uma delas participou como palestrante. Apenas uma referiu participação na Jornada de Pediatria do HINSG, em 2015; e duas das quatro entrevistadas expuseram ter cursado atualização na área da saúde da criança.

QUADRO 10

Dados relacionados à formação profissional das enfermeiras, participação em treinamento em serviço e eventos em pediatria

Participante	Ano de conclusão da graduação	Pós graduação Latu-sensu	Pós graduação Stricto-sensu	Outra graduação	Curso de atualização	Tipo de participação e tema do treinamento em serviço	Evento em pediatria
ENF1	1995	Enfermagem neonatal (2003)	não	não	Cuidados de enfermagem à criança e ao adolescente	(ouvinte) Curativo; Nutrição	Jornada de Pediatria do HINSG (2015)
ENF2	2009	Gestão de PSF (2011)	não	não	Gestão em enfermagem; Saúde da criança	(ouvinte) Curativo; Biossegurança	não
ENF3	1986	Educação Profissional da Área de Saúde: Enfermagem (2003)	não	Sim (Direito)	Gestão e planejamento em saúde	(ouvinte) Lesões de pele	não
ENF4	1984	Educação Profissional da Área de Saúde: Enfermagem (2003)	não	não	Esterilização de materiais	(ouvinte) Curativo; Cuidados com Cateter Central de Inserção Periférica -PICC (palestrante) Cuidados com Port a Cath (Cateter Totalmente Implantado)	não

2.2.6 Aspectos éticos

O estudo atende às exigências éticas explicitadas na Resolução nº 466/12 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A coleta de dados foi desenvolvida após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, sob o número 816.513 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, sob o número 863.875 (Anexo B)

Nesta pesquisa ficaram firmados os seguintes compromissos éticos: a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos envolvidos; a ponderação entre riscos e benefícios; a utilização de procedimentos para assegurar o sigilo das informações, o anonimato dos participantes, a privacidade, confidencialidade e proteção da imagem; o respeito aos valores sociais, culturais, morais, religiosos e éticos; o respeito aos hábitos e costumes dos participantes; a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa, para as

pessoas envolvidas.

Vale destacar, que o uso do nome da Instituição foi autorizado para constar nos relatórios da tese, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico (Anexo C).

2.2.7 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática proposta por Minayo (2014) que é constituída de três etapas: pré-análise que consiste na leitura exaustiva e organização do material; a exploração do material que é a operação de codificação através da transformação dos dados brutos; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que o pesquisador propõe inferências e interpretações previstas no seu quadro teórico.

As unidades temáticas e subunidades que emergiram dos depoimentos são apresentadas no Quadro 11.

QUADRO 11
Unidades e Subunidades temáticas

Unidades temáticas	Subunidades temáticas
Prestação de cuidados à criança	Cuidado/equipe Cuidado/familiar Apoio à família Presença/ausência família
Familiar/Acompanhante na enfermaria	Informações/doença Informações/normas e rotinas da enfermaria Interferência/assistência Expressão de sentimentos Necessidades biopsicossociais e espirituais
Relacionamento interpessoal	Vínculo Envolvimento emocional Conflitos Desrespeito Entre si (equipe de enfermagem) Com a equipe multiprofissional
Rotinas de trabalho	Divisão por tarefas
Conhecimentos científicos	Aquisição/estudo Educação permanente Aprendizado entre os profissionais Informação pelo familiar Cuidados: administração de alimentação oral e de medicamentos, higiene corporal, oxigenoterapia
Habilidades técnicas	Iniciativa Tempo de trabalho Repetição de tarefas
Espaço físico das enfermarias	Guarda/pertences Dimensionamento/espço

	Proximidade/leitos Instalações sanitárias Conforto dos acompanhantes Patologia da criança Faixa etária da criança Equipe de enfermagem
Recursos materiais	Déficit/equipamentos Inadequação/equipamentos e mobiliário Déficit/medicamentos Atendimento /demandas

2.2.8 Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas à especificidade do cenário de pesquisa onde as internações acontecem por especialidades clínicas (patologia) e não por faixa etária; ao número de participantes e disponibilidade dos mesmos para formação dos grupos; à natureza qualitativa da pesquisa, na perspectiva dialética, que interpreta os aspectos subjetivos que envolvem os participantes inseridos num contexto socioeconômico e cultural com base na recorrência dos achados obtidos sem se preocupar com as generalizações estatísticas.

3 O DISCURSO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO: O CASO DO HINSG

Este capítulo aborda o processo de trabalho da enfermagem nas enfermarias do HINSG, analisando a prestação de cuidados à criança, as rotinas de trabalho, o espaço físico das enfermarias e os recursos materiais, bem como os conhecimentos científicos e as habilidades técnicas da equipe de enfermagem, e a inserção do familiar/acompanhante.

3.1 TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA

Este tópico analisa a prestação de cuidados à criança nas enfermarias pela equipe de enfermagem e pelo familiar/acompanhante, as rotinas de trabalho, como também os conhecimentos científicos e as habilidades técnicas da referida equipe.

Em relação aos cuidados prestados à criança, as participantes/depoentes⁵ destacaram a higiene corporal, a aferição dos sinais vitais, a administração da dieta, os procedimentos invasivos, a sondagem e a aspiração das vias aéreas superiores, entre outros:

... de manhã, é o horário do banho. Então a gente chega, verifica os sinais, a temperatura, e aí o banho, tem os cuidados, ... curativo e, no meio desse processo de banho, de curativo, tem os residentes que começam a avaliar as crianças ... (TE1).

A nossa enfermaria também tem essa rotina das dietas. Às vezes, dar banho de manhã cedo antes do novo plantão, no caso da criança que tem exame. E as 3 horas tem crianças que não tem dieta. Já melhora um pouquinho. Tem crianças que a gente tem que ficar em cima, as que estão no respirador. Que estão com soro, a gente tem que ter o maior cuidado (TE8).

... a rotina da noite ... a gente tem os horários de sinais vitais e ... dietas que sempre é o mesmo horário. A dieta de sonda enteral ... geralmente é de três em três horas... E fora a rotina, assim, vem às vezes uma temperatura, tem gente que tem que olhar, vigiar durante toda a noite (AE2).

... aí nós vamos medir, aferir todas as temperaturas, porque é através dos sinais vitais que a gente vai iniciar o nosso cuidado. Se eu vou fazer um banho mais frio, um banho mais quentinho, se o banho vai

⁵ Neste estudo, utiliza-se o termo as participantes/depoentes evidenciado pelo aspecto numérico (caracterização das entrevistadas) e pelas concepções acerca do trabalho da enfermagem.

ser no leito ou se a criança está precisando de “dextro” (teste para verificar glicemia) ou se está com hipoglicemia... Antes do banho, peso, ... logo depois vem a dieta, termina a dieta e tudo, ... agora a gente tem o NV, que é o sistema que a gente tem que fazer a anotação de enfermagem ... Enfermeiro faz a evolução e a enfermagem faz anotação. É onde a gente escreve tudo aquilo que a gente tem feito (ENF4)

A dimensão técnica ou instrumental do trabalho do enfermeiro se caracteriza por ações físicas, de atendimento das necessidades das crianças, ligadas ao cumprimento do papel profissional e social da profissão (BRAGA et al., 2015). O mesmo é observado por Gonçalves et al. (2015) que revelam a manutenção do cuidado ao usuário, seguindo normas e rotinas institucionais, o que privilegia a visão tecnicista.

A dinâmica na prestação dos cuidados à criança pela equipe de enfermagem foi mencionada por quatro depoentes, destacando que as condutas são estabelecidas à priori pela equipe médica:

... Ai eles (médicos) vão instituir as condutas, com cada criança. ... a gente vai executar as condutas que eles instituíram para cada criança depois da visita. Então, a gente põe em prática a conduta, no restante do dia, conforme eles traçaram para cada paciente ali durante a visita (ENF1).

... enfim, faz todos os cuidados que está prescrito em prescrição médica. Quando coloca cuidados gerais, aí é só a temperatura, mas se ela pede, “dextro” (teste para verificar glicemia), pressão arterial, diurese, a gente já começa ... aí a pouco encaminha primeiro o mais grave ao banho (ENF4).

... o que pede na prescrição (médica) a gente vai fazendo assim ... curativo se tiver para fazer, a gente faz, sonda, dependendo da sonda a gente passa, aspiração (TE4).

... Às vezes, o médico prescreve de seis em seis horas, mas a criança faz a febre à noite, a gente tem que olhar em seguida ... vigiar a criança (AE2).

A estrutura organizacional dos hospitais brasileiros com características burocráticas, autoritárias e centralizadoras é apontada como relevante na produção de uma assistência impessoal e fragmentada. Essas particularidades têm sido agregadas a organização do trabalho por categorias profissionais, com ação disciplinadora, de ordenamento e controle médico, dificultando o trabalho da equipe, segmentando o cuidado na lógica da unidade e fragmentando o processo de trabalho (BRASIL, 2013).

A esse respeito, a rotina no período da manhã, revelou que após a higiene corporal, troca de curativos, aspiração traqueal, verificação de sinais vitais, uma das técnicas de enfermagem se encaminhou ao posto de enfermagem para conferir as prescrições do dia anterior e atualizar os cartões de medicação (com nome da criança e medicação) instituídas pela enfermagem para facilitar o trabalho, como foi constatado num trecho de observação:

Às 9h40min, a técnica de enfermagem A separou sobre a bancada da sala de medicação, fichas individuais que continham nome da criança, medicação, horário e dose. Ela me informou que usavam esta estratégia já que as prescrições “somem” logo cedo, se referindo às médicas residentes que pegam as prescrições pela manhã para transcrevê-las em uma sala reservada só aos médicos. Após exame físico e discussão individual, a beira do leito, de cada caso, com o médico responsável pela enfermaria e os residentes, as prescrições são reavaliadas para manter ou alterar algum procedimento (Observação dia 26/05/15).

Ainda sobre essa questão, o depoimento de uma das enfermeiras destacou que por meio do cartão de medicação, a equipe consegue diluir e administrar a medicação mesmo sem ter as prescrições disponíveis.

as prescrições só saem por volta de ... meio-dia e pouco, uma hora da tarde, e a gente tira os cuidados antes, de manhã, para a gente poder estar sabendo o que a gente vai fazer ... Para cada medicação ... existe um cartão. Então, eu já sei, dentro do nosso horário padrão, quais vão ser as medicações que vão ser feitas para cada criança no horário de dez horas, no horário de meio-dia. Então a prescrição pode sair da minha mão, pode ir para a mão do residente, que não vai fazer diferença, porque nós já triamos isso na hora que nós pegamos o plantão (ENF4).

Pode-se supor que por meio de um sistema informatizado, com prescrição eletrônica, essa questão seria solucionada, promovendo acesso a informações sobre medicamentos a qualquer hora do dia, otimizando o tempo de trabalho e diminuindo a possibilidade de erros dos profissionais.

A visita da equipe de saúde à beira dos leitos evidenciou a reduzida participação e troca de experiências entre os profissionais, com destaque para a ausência dos técnicos e auxiliares de enfermagem, conforme o trecho de observação:

Às 9h50min entraram na enfermaria sete profissionais (2 médicos, 4 médicas residentes e 1 assistente social). A enfermeira e eu nos juntamos ao grupo e passamos a visita à beira do leito de cada criança. Cada médica residente apresentou o caso de uma ou duas crianças, discutiu o quadro clínico, o diagnóstico e recebeu contribuições /orientações dos médicos. Algumas mães fizeram perguntas e outras preferiram só escutar ... quando estávamos discutindo o caso da penúltima criança, chegou a fonoaudióloga e se juntou ao grupo (Observação dia 26/05/15).

Historicamente, a divisão do trabalho da enfermagem organizado em extratos funcionais, por diferentes categorias e, conseqüentemente, por diferentes competências, possibilita que o enfermeiro seja autorizado a participar de discussões com os demais profissionais de saúde ou, por vezes, realizar tarefas consideradas “mais nobres” em relação aos técnicos e auxiliares. Esse rigor da gestão clássica demarca espaços e lugares que permitem ou não, alguns profissionais, a participarem de determinadas funções e serem valorizados por elas (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011).

O depoimento da ENF4 revelou que a passagem de plantão acontece, de leito em leito, entre todos os membros da equipe de enfermagem dos serviços diurno e noturno de forma a assegurar a continuidade da assistência, por meio da transmissão de informações sobre o estado de saúde das crianças.

Pela manhã chego ao hospital às 06:40. Eu pego o plantão noturno. Pego o plantão de cada criança, leito a leito ... Todas as intercorrências que houve à noite. [...] Eu, enfermeira e a minha equipe de enfermagem do dia e da noite. E todas chegam cedo. Raramente eu tenho um que chega atrasado. Então, assim, eu marco para a gente passar o plantão exatamente tipo 06:55, 07:00 em ponto. A gente vai de berço em berço, com prancheta na mão, prescrição na mão e falando o que aconteceu com cada criança. Eu tenho cinco leitos. Terminou ali, a enfermagem vai embora, da noite, e fica a enfermagem do dia (ENF4).

Por outro lado, a referida rotina não é igual para todos os setores, como apontou a depoente ENF3:

A minha rotina de passar de plantão é diferente Eu não passo leito a leito, eu passo por criança, mas eu passo no posto. É porque, normalmente, eu chego muito cedo, coisa de 06:00 ou 06:30, eu passo

no posto que é para não acordar as crianças e a acompanhante também ... Mas, normalmente, a gente passa cada criança no posto de enfermagem (ENF3).

Nesse âmbito, estudo realizado por Gonçalves et al. (2016) corrobora com a fala da ENF4, enfatizando que durante a passagem de plantão são repassadas informações relevantes, com intuito de manter a continuidade do cuidado e garantir a segurança do paciente. Os autores destacam, ainda, que alguns fatores interferem no processo da passagem de plantão. Entre os fatores, relacionam à presença/ausência de equipes multidisciplinares, às interrupções, às conversas paralelas, os atrasos e saídas antecipadas.

Ainda, no que diz respeito aos cuidados prestados à criança hospitalizada, duas depoentes enfatizaram a assistência emocional, além do trabalho técnico centrado em tarefas:

A abordagem da criança é diferente do adolescente e do adulto. ... não pode ser igual, ... para começar ela (criança) já fica assustada ... você chega de branco e ela já fica apavorada. Então, você tem que conquistar aquela criança para você conseguir prestar um cuidado legal para ela ... porque já tem aquele apavoramento ... do branco, é o que vai furar, é injeção. Então, você desenvolve um ... é um outro tipo de abordagem carinhoso, que a gente tem que conquistar aquela confiança dela para deixar a gente fazer um cuidado legal com ela (ENF1).

... tem crianças, bebezinhos, ... crianças maiores ... você tem que ter todo um jeitinho de falar ... Porque você não pode chegar para uma criança e falar: ó, vou te passar uma sonda. Você tem que explicar, conversar, tem muitos que você tem que falar, não vai doer, vai ser dessa forma, é para você poder se alimentar, você vai ficar bom para ir embora. Você tem que ter todo um diálogo. Às vezes, você perde 1 hora ali só para preparar a criança e se não for assim, você não consegue nada. E, muitas vezes, mesmo assim, eles entram em pânico e você tem que está ali, você não pode perder a paciência de forma alguma, pelo contrário, você tem que está trabalhando isso constantemente... não tem como trabalhar mecanicamente (TE5).

Por outro lado, Vieira e Danielski (2013) apontam que o papel de assistência emocional à criança hospitalizada tem sido desconsiderado, na medida em que a equipe tem permanecido afastada da criança, com exceção aos horários de medicação ou na necessidade de algum procedimento mais complexo, deixando de lado a parte da humanização.

O cuidado hospitalar está centrado no saber fazer técnico em detrimento à interação e relação de subjetividade entre os sujeitos, entretanto existe a necessidade da equipe de enfermagem de assistir ao binômio criança-família, reconhecendo os aspectos psicológicos e sociais vivenciados no ambiente hospitalar de forma integral (RODRIGUES et al., 2013).

Ao discutir o processo de trabalho em saúde sobre a ótica do trabalho vivo, destaca-se que a presença das tecnologias leves - tecnologia das relações, podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar. Diante disto, é importante estabelecer espaços intercessores entre o trabalhador de saúde e o usuário (que portam diferentes necessidades na construção de seus espaços), com o olhar voltado para a ética do compromisso com a vida e expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a criação do vínculo, a relação de acolhimento, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia no modo das pessoas agirem (MERHY, 1997).

Quanto à participação da família na prestação de cuidados nas enfermarias, quatro depoentes destacaram a importância da comunicação entre o familiar/acompanhante e a equipe quanto as condições de saúde da criança:

... a gente não tem o hábito de ignorar queixa de mãe. Por mais que a gente pense “ah pode ser uma bobeira” ... não deixo de ir olhar e as vezes nesse ir olhar você já consegue identificar uma coisa que você não viu antes. Porque ela tem esse olhar do filho, ela sabe o que tem de diferente (ENF2).

Ela (mãe) conhece o filho, ela conhece o filho. A gente tem que dar atenção ao que ela fala, realmente (TE5).

... muitas vezes, o que passa despercebido dos nossos olhos ... não passa despercebido do olho de uma mãe cuidadosa (TE6).

... a gente tem que escutar muito a mãe, a mãe conhece mais o filho do que qualquer outra pessoa... Então, nada do que ela fala pode ser descartado. Nada. Tudo que ela fala, você tem que ir lá, “ah, ela está com dor de barriga”, ela não está com dor. Ela está chorando porque toda criança chora, porque, às vezes, quer um colinho, às vezes é uma coisa boba... (AE2).

A família no cuidado torna-se importante na medida em que os membros são ouvidos, para que a assistência seja efetiva. Assim, como os pais são excelentes observadores da condição da criança, as opiniões deles quando bem interpretadas pelo profissional podem

proporcionar uma visão mais ampla das necessidades de saúde e serem essenciais para tomada de decisão (RODRIGUES et al., 2013).

Nesta perspectiva, reconhece-se que a família assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, devendo ser ouvida, bem como ser incentivada a participar de todo o processo de cuidar (ELSEN, 1994).

Apesar disso, a relação com pacientes e sua rede sociofamiliar tem sido marcada pela baixa participação destes na definição do plano de cuidado, com restrições importantes de acesso a informações (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que a participação da família junto à criança hospitalizada apresenta uma série de vantagens, pois esta se torna fonte de informação direta sobre a evolução de saúde/doença; permite um relacionamento mais próximo e intenso entre equipe/criança/família, e estimula vínculos. As falas das participantes destacaram a proximidade entre equipe e família na prestação dos cuidados:

... Então, a mãe troca uma fralda e pesa para ver quanto deu; a mãe dá um banho, que não é um banho específico da enfermagem. Então, assim, isso ajuda muito a gente, que a gente precisa ajudar e ser ajudado. Então, é uma coisa muito em conjunto aí (ENF2).

... quando é uma criança que já está estabilizada, ela (mãe) participa do banho no leito, sim. A gente coloca ela para participar, ela vai junto, a gente esfrega de um lado, ela seca do outro e a gente coloca a mãe para ela se sentir útil também. ... às vezes, eu permito até que o pai entre na hora, junto com a mãe. Às vezes, é uma criança que está acamada, como tivemos uma última agora, que a mãe não conseguia ficar sozinha com ele lá dentro. Então, a gente deixava os dois nesse momento estar interagindo e junto com a gente. Só no momento de banho. Depois um retira e fica um só (ENF4).

Por mim, eu acho superimportante que tenha um... alguém da família do lado para ajudar (no cuidado), é muito importante (TE8).

Por outro lado, duas participantes do estudo consideraram o familiar/acompanhante como um elemento para suprir o déficit de funcionários da instituição, ou seja, mais um membro para auxiliar na assistência e não como parte do processo de trabalho:

A ajuda da mãe é muito importante para equipe de enfermagem, porque a gente tem uma equipe muito enxuta, e, às vezes, se deixar

tudo para gente, é uma carga de trabalho excessiva e o trabalho pode ficar comprometido (ENF2).

Em relação às mães, os acompanhantes, família, eles só vieram aqui para acrescentar aos cuidados ... Eles vieram bem, na hora certa, numa hora que ... a demanda de pacientes aumentou e o quantitativo de funcionários deu uma diminuída. Com essa recessão aí que está, diminuiu os funcionários. Então, a mãe veio somar isso para gente, por isso é bom a gente ter esse contato com elas, saber que ela está ali para ajudar (TE6).

O depoimento da enfermeira (ENF2) indicou em vários trechos contradições acerca da prestação dos cuidados à criança visto que em alguns momentos, o familiar/acompanhante torna-se uma fonte importante de informações sobre as condições da criança e em outros ele é apenas um substituto devido ao número reduzido de funcionários de enfermagem.

Silva et al. (2015a) ressaltam que em seu estudo foi observado um conflito entre o que era atribuição da equipe de enfermagem e o que era atribuição da família, já que para muitos profissionais, o cuidado prestado pelos acompanhantes estava ligado a sinalização de horário de medicação e, muitas vezes, administração das mesmas, supervisão de térmicos de infusões endovenosas e fechamento do gotejamento do soro.

Corroborando com os autores, um dos momentos de observação apontou que a supervisão da alimentação e a verificação de um dos sinais vitais (temperatura) estavam sendo feitos pelo familiar/acompanhante:

A técnica de enfermagem C solicitou ao pai da criança do leito 2 que colocasse o termômetro. O mesmo colocou, e quando o mesmo alarmou indicando que a medição de temperatura estava feita, se voltou à técnica de enfermagem C para entregar, apontando o resultado. A TE agradeceu e anotou o valor em um gráfico de evolução de enfermagem. Em seguida, perguntou ao pai se a criança havia aceitado o almoço. Ele respondeu que sim e ela marcou no gráfico. ... o termômetro alarmou, mostrando o término da aferição da temperatura, e a mãe o retirou da axila da criança do leito 3 e caminhou em direção a TE para entregar o termômetro (Observação dia 09/06/15).

A família possui a responsabilidade de cuidar e criar os filhos atendendo às necessidades biológicas de seus membros, incluindo a obrigação de alimentação, higiene,

vestuário e moradia (ELSEN, 1994).

As participantes do estudo destacaram que, na ausência do familiar/acompanhante, a enfermagem reorganizava sua própria rotina, prestando os cuidados básicos que consideravam atribuição da família:

... às vezes, a mãe não está porque a mãe vai em casa. A gente tem que ficar vigiando fralda, dar mamadeira ... dieta que é por sucção. e as fraldinhas, ... às vezes, a criança faz vômito ... você tem que estar ali cuidando. Você vira a mãe da criança, você substitui a mãe totalmente ali. Não tem só os cuidados de enfermagem, você tem que ser a mãe mesmo. Às vezes, a criança chora demais à noite, aí tem os cuidados gerais que você tem que fazer. A medicação que também tem que fazer ... (AE2).

Supõe-se que a equipe de enfermagem, participante do estudo, atribua estes cuidados à família, pois para a equipe, eles se parecem simples e não colocam a vida da criança em risco, contudo, durante a hospitalização, eles assumem características mais complexas devido à especificidade da enfermidade.

A enfermagem precisa compreender que a presença de sondas, cateteres, curativos, punção venosa geram insegurança à família. Dessa forma, os cuidados considerados simples, como os realizados no domicílio pela família, tornam-se complexos no hospital (PIMENTA; COLLET, 2009).

A prestação da assistência nas enfermarias, cenário do estudo, é produzida de forma parcelar, por meio da divisão de tarefas. Alguns profissionais realizavam o que eles próprios intitulavam “cuidados” e outros realizavam apenas “medicações”, como foi evidenciado nos depoimentos:

Aqui, nós trabalhamos, no meu setor, com três, sendo que uma faz a central de medicação e duas fazem cuidados (ENF4).

Tem um funcionário que é da medicação e tem um funcionário que é dos cuidados ... (TE7).

Confirmando os depoimentos, um dos trechos de observação também destacou a divisão de tarefas:

A TE informou que uma delas estava responsável pela separação, diluição e administração das medicações e duas pela execução dos cuidados. Contudo, como existiam muitas medicações prescritas, ela também auxiliava a administração das mesmas (Observação dia 14/06/16).

Estudos mostram que essa divisão técnica do trabalho para cuidar de um único paciente é corriqueira. Alguns profissionais de enfermagem ficam responsáveis pelos curativos, outros pela verificação dos sinais vitais e, outros ainda, pela administração de medicamentos (GONÇALVES et al., 2015; ORO; MATOS, 2013). Dessa forma, o trabalhador não tem a visão de cuidado integral do indivíduo o que dificulta a compreensão da globalidade do processo de cuidar (ORO; MATOS, 2013).

Acredita-se que essa divisão técnica do trabalho é útil para facilitar a organização das tarefas e dar conta da grande demanda de atividades impostas pelo ambiente hospitalar. Entretanto, o trabalho parcelar distancia a equipe do usuário, afasta os profissionais e faz com que o sentido de trabalho em equipe na enfermagem seja deixado de lado (GONÇALVES et al., 2015).

Esse modo de atuar, segundo os relatos das participantes, além de alienar o profissional a uma etapa do processo terapêutico, acarreta situações de risco para a criança e para o trabalhador. Estas podem se tornar conflituosas para instituição, na medida em que alguns técnicos não possuem habilidades para certas atribuições, como por exemplo, fracionar medicação, necessitando remanejamento de funcionários de outros setores para tal função:

... porque você tem 4 funcionários, só 2 fazendo medicação, e os outros 2 só cuidados. Eu vi acontecer isso recentemente em uma enfermaria, teve que tirar uma pessoa para fazer cuidados da enfermaria, porque dos 2, nenhum sabia fazer medicação (TE5).

... o que eu já observei no hospital infantil ... que eu acho absolutamente errado ... que alguns setores ainda fazem ... dividir cuidado e medicação entre os funcionários. Pode dividir cuidado e medicação? Pode, mas tem colegas que não cobram isso de todos os funcionários, que elegem 2 pessoas para ficar na medicação em cada plantão e o resto fica nos cuidados e esses dos cuidados ela não treina para fazer medicação ... aí o que que acontece? Quando os dois da

medicação, um adoece e o outro está de folga, quem vai fazer a medicação? O que ela faz? Ela pede de outro setor para remanejar um que saiba fazer a medicação. Então, isso eu acho o fim da picada aqui nesse hospital e ainda existe (ENF2).

Com base no referencial teórico de Merhy (1997), salienta-se que, o trabalho vivo em ato está sendo quase que inteiramente capturado por forças instituídas como as tecnologias duras, representadas pelos equipamentos, normas e estruturas organizacionais; e as leve-duras, representadas pelo saber-fazer estruturado, organizado, que normaliza e é normalizado.

Quanto aos conhecimentos científicos da equipe de enfermagem, as participantes do estudo relataram que, muitas vezes, precisavam buscar informações por meio de estudo ou com colegas para não ficarem desatualizados, já que nem sempre a instituição oferecia treinamentos:

... tem um conhecimento que é passado de um para o outro e de quem busca estudar porque eu mesma entrei sem saber muita coisa, ainda muita coisa que eu vejo a cada dia e eu busco estudar pelo menos para saber um pouquinho. Mas é uma coisa que parte de cada um, a gente não tem uma coisa estruturada para cada momento. Os enfermeiros têm uma coisa ou outra ainda de vez em quando, muito raramente eles dão (treinamento), mas é muito pouco. Os técnicos menos ainda. ... o conhecimento quem não busca por fora, acaba ficando ultrapassado porque a gente não tem isso ativo aqui no hospital (ENF2).

O conhecimento é adquirido a partir do momento em que você está estudando, que você está sendo treinado, é o que está nos faltando na equipe de enfermagem. E acaba trazendo reflexo dentro desse trabalho de equipe. O trabalho de equipe aqui, acaba, às vezes, envolvendo..., sendo negligenciado muitas das vezes, até por falta de informação (ENF4).

... nós temos a pessoa que chega e quer aprender tudo ... “Você vai fazer o que? Vou com você”. Existe essa pessoa. E existe a pessoa que quer estar quietinha no canto dela, não quer responsabilidade ... Então você tem que ... procurar colar em quem sabe e está perguntando, está lendo. Eu penso assim. ... muitos buscam se reciclar sozinhos, lendo, procurando falar com pessoas que estão vindo do curso ou da faculdade. Tem enfermeiros que chegam e tem novidades, aquele que tem vontade de aprender, vai aprendendo (TE5).

Eu acho que a equipe tem todo conhecimento necessário para atender. Quando a gente não tem, a gente procura se informar. Quando chega e tem algum paciente novo, a gente logo vai saber o que é ... pelo prontuário, pelo colega ou pelo médico (TE8).

A importância da enfermeira apoiar e auxiliar a equipe de enfermagem durante os procedimentos, sanando as dúvidas foi evidenciada por uma depoente:

... às vezes, o enfermeiro responsável, ... tem que ver aquilo ali e cobrar daquela pessoa: “fulano ... esse paciente é seu na medicação e no cuidado, vou te observar, a sua dúvida você me tira”. ... tem gente que não sabe o que é unidade (da seringa) ... então, na hora que acontece uma intercorrência, essas pessoas dá uma dor de barriga e ó! Estou te falando porque eu passei por isso (TE5).

O enfermeiro com conhecimentos científicos atualizados contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional de sua equipe de trabalho. A educação em serviço pode colaborar para o estabelecimento das relações profissionais saudáveis no ambiente de trabalho, na medida em que os objetivos comuns da equipe de enfermagem são visualizados por todos (JACONDINO et al., 2014). Dessa forma, os autores propõem que a educação em serviço é uma das alternativas para manter os trabalhadores de enfermagem atualizados, unir a equipe e identificar o potencial de cada profissional.

No entanto, os depoimentos mais uma vez destacaram que a instituição, cenário do estudo, não possui uma equipe destinada à educação em serviço:

... a gente não tem um quantitativo de profissional para dar conta de ter um exclusivo para essa educação continuada (ENF2).

... Então, eu fiquei muito preocupada com isso ... falta treinamento (ENF3).

Então, assim, nós do hospital, nós não temos educação permanente, é uma coisa que a gente briga há anos, há séculos, e que nós estamos precisando, porque engloba tudo. A educação permanente engloba a humanização, porque a gente vai estar junto com a família. Engloba treinamento de pessoal para mexer com equipamentos. Engloba o trabalho em equipe, até que eu acho que o trabalho em equipe... (ENF4).

... a educação continuada faz muita falta para o hospital, faz falta para os que já estão aqui, que tem que ter reciclagem ... E a educação continuada vem trazendo novidades, eu acho muito importante ter essa equipe da educação continuada que no momento nós não temos (TE5).

... a gente já teve o programa (educação continuada), tinha curso praticamente mensal, ou de 6 em 6 meses ... Agora pelo fato de estar entrando pessoas novas, o concurso muitos contratos, então, se perdeu

um pouco. Por que se perdeu um pouco? ... pela rotatividade dos contratos (TE6).

Diante dessas questões, uma das formas para garantir o cuidado integral é a educação em serviço. Nesse contexto, torna-se fundamental o papel das instituições para que as capacidades dos profissionais, envolvendo inteligência emocional, relações interpessoais, integralidade do cuidado, segurança deles próprios e dos usuários, e, a resolubilidade do sistema, possam ser desenvolvidas de maneira a contribuir para o processo de formação além da graduação (FALKENBERG et al., 2014).

Para tanto, destaca-se que existem duas formas de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente (FALKENBERG et al., 2014). A educação continuada segue a lógica da estrutura curricular acadêmica, com fins de atualização dos conhecimentos, por meio de estratégias descontínuas de capacitação (cursos periódicos) sem sequência constante (BRASIL, 2009).

A educação permanente tem relação com o aprender e o ensinar que se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, ou seja, pode ser compreendida como aprendizagem-trabalho a partir da problematização, considerando as demandas de formação profissional pautadas nas necessidades de saúde das populações. Tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e pressupõe a necessidade de ressignificar processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2009).

As iniciativas de educação permanente ganharam destaque, no Brasil, a partir do Sistema Único de Saúde e das Diretrizes Curriculares Nacionais, nos anos 90. Em 2004, a Portaria GM/MS nº 198 estabeleceu a Política de Educação Permanente em Saúde, como estratégia de consolidação do SUS para capacitar trabalhadores em saúde (JESUS et al., 2011). Em 2007, a Portaria GM/MS nº 1.996 definiu as novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-as às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009).

A proposta da política é de ruptura da lógica de compra e pagamento por serviços educacionais, em detrimento à educação com base nas demandas dos serviços, ressaltando as análises dos processos de trabalho, os problemas e desafios de cada instituição (BRASIL, 2009).

Vale destacar que nem todo processo de capacitação implica em educação permanente. Embora todas as formas de capacitação objetivem à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam estratégias sistemáticas de mudanças institucionais (BRASIL, 2009).

As atividades de educação em serviço podem contribuir para assegurar a manutenção das competências da equipe em relação à assistência à criança hospitalizada. As falas das participantes do estudo apontaram os saberes relacionados aos cuidados (administração de medicamentos, higiene corporal, oxigenoterapia) que estão presentes no cotidiano do trabalho da enfermagem:

... parando a bomba. Entendeu? Então, pondo drogas vasoativas não se para (bomba de infusão), sedativo não se para, mas se for uma hidratação, uma parenteral, a gente tem que parar quando está correndo alguma medicação, porque senão eu posso fazer microcalcificação ... (ENF4).

Se tem uma criança grave que está em assistência ventilatória, tem alguns setores que a deixam por último. No meu setor, o meu entendimento, ele tem que ser o primeiro a ser cuidado. Por quê? Enquanto eu estou dando banho nos outros, encaminhando o banho dos outros, ou dando banho nos outros que estão bem, que estão eupinéicos, que estão tranquilos, o outro está lá, se afogando em secreção, precisando de mudança de decúbito, todo evacuado... Então, primeiro a gente cuida daquela que está precisando ... de maior cuidado (ENF4).

A gente já sabe quando a gente pode tirar a criança do berço e levar para tomar banho de aspersão, ou se ela tem que tomar banho ali (no leito) (TE1).

... a gente faz assim, faz uma medicação, bota para lavar, faz a outra medicação, bota para lavar, assim que faz, ... era uma medicação que se misturasse com a outra precipitava. ... se tem uma coisa que você já sabe que eles (médicos) vão pedir ... exemplo, você vê que a criança está mosqueadinha, está roxinha, você já vai pegando o oxigênio, já vai colocando ... antes mesmo que eles cheguem ... A equipe é boa (TE2).

Ainda, quatro depoentes mencionaram os conhecimentos em relação à infecção hospitalar ao se mostrarem preocupadas com a contaminação cruzada:

... um pega o filho do outro, celular em cima da cama, não tem aquele respeito. Aí daí a pouco a criança está pegando infecção, “mas porque que meu filho está com infecção?”. Uai gente, porque que seu filho está com infecção, você quer saber ainda? Vou começar a enumerar as coisas que vocês estão fazendo, que a gente fala que não é para fazer e vocês estão fazendo (TE2).

... eles pegam filho dos outros ... coisa muito errada. ... colocam celular na mão da criança (TE3).

Uma coisa que a gente orienta, também, que elas não obedecem, a gente fala, “mãe, você não pode mexer naquela criança ..., em nenhuma criança de outro berço” (TE8).

... o que a gente percebe muito que eu fico assim, desesperada, é cansativo, a questão das mães com outras crianças. As vezes uma criança está no berço chorando, elas (mães) querem ir lá pegar a criança no colo, fazer uma brincadeirinha porque a criança está chorando. Você tem que falar 1 milhão de vezes que ela não pode tocar na criança do outro. Ou, então, que ela não pode deixar a criança dela que está lá andando para todos os leitos, botar a mão no brinquedo do outro, subir no leito do outro ... Até que o filho vai, adoece por uma bactéria que pegou porque ela não teve esse cuidado. E não é falta da gente falar, a gente orienta, mas é difícil de entrar na cabeça (ENF2).

Reis et al. (2015) apontam que o acompanhante possui destaque no processo de controle de disseminação das bactérias. Diante disto, pesquisa de campo realizada na unidade pediátrica de um hospital universitário do Norte do Paraná, mostrou que os acompanhantes possuem dificuldade em aderir à precaução de contato, pois as orientações fornecidas a eles e o entendimento sobre sua utilidade ainda são ineficazes.

Os autores destacam ainda, limitações na planta física da unidade que prejudicam a disposição dos leitos e, os longos períodos de hospitalização de algumas crianças, fazendo com que os acompanhantes se cansem de utilizar equipamento de proteção individual (REIS et al., 2015).

Supõe-se que a educação em saúde também tenha papel fundamental na sensibilização dos acompanhantes. Cabe a todos os profissionais da unidade pediátrica a orientação destes. Entretanto, a AE2 atribuiu essa orientação à enfermeira do setor:

Então, assim, às vezes, ela (mãe) fala que você está contaminando alguma coisa. Mas, ela fica num berço, fica no outro ... Então, ... a

gente já passa para a enfermeira do dia, para poder estar orientando, conversando com ela, explicando sobre bactéria. Para poder ver se ela entende. Mas, a enfermeira até conversa, às vezes, faz reunião com as mães. Fim de noite ou de tarde, elas vão lá de novo, o motim, tudo juntinho uma no berço da outra. É o tempo todo orientando quanto a isso, ... elas parecem que esquecem. Aí vai para um berço, fica lá conversando ... viram ... amigas (AE2).

As tecnologias das relações são capazes de propiciar por meio da comunicação, o acolhimento e o vínculo necessário para que cliente e profissional de saúde possam se beneficiar desse encontro (MERHY, 1997). Nesse caso, a análise dos dados indicou que a equipe de enfermagem utilizou, além dos procedimentos técnicos e instrumentais, as tecnologias de relações como a interação/comunicação.

Se por um lado, os familiares/acompanhantes apresentaram conhecimentos insuficientes a respeito de infecção cruzada, já que poucos faziam para evitar, por outro, eles se mostraram ótimos informantes sobre a doença das crianças.

Procuro saber também da doença. Não menosprezo o conhecimento da acompanhante. O que ela (mãe) vai falar da doença da criança. “Por que internou o seu filho?” Geralmente eles falam, dentro do que eles sabem, às vezes, estão buscando diagnóstico também (ENF3).

Hoje está aparecendo tanta coisa diferente, tantas síndromes que a gente nunca ouviu falar. Na escola, a gente não via essas coisas, não. ... eu nem ponho no Google, não ... principalmente em relação a síndromes, essas coisas assim, as mães já dão uma aula para a gente (TE7).

Ela (mãe) quando chega ... é ela que fala o que tem que ser feito com ele. Então, ela sabe tudo, tudo mesmo do filho. Eu nem pesquisei na hora que ela me falou, eu falei, “gente”. Então, até com os médicos mesmo, ... ela ... já fala o que tem que ser feito. Mas, aí tem vez também, que você tem cada mãe que não tem esclarecimento nenhum (TE8).

A mãe já sabe tudo, assim, de ponta a ponta. Então, a gente pergunta para elas, elas te respondem ... (AE2).

Ainda, uma participante apontou que, em alguns casos, a própria criança se torna informante sobre sua doença:

Tem criança que sabe, ela te conta tudinho o que tem ... (AE2).

Segundo Elsen (1994), ao se reconhecer o papel da família frente às condições de saúde de seus membros, torna-se necessário ouvi-la, em suas opiniões, já que as mesmas, por meio das experiências vividas, desenvolvem um referencial para atuar nas distintas situações de saúde/doença.

A autora complementa que a hospitalização pode alterar a dinâmica familiar, desencadeando uma crise, na medida em que o estresse permeia as relações e os papéis assumidos por cada membro precisam ser redimensionados (ELSEN, 1994). A fala da ENF4 revela conhecimento sobre o assunto:

É, a gente observa que quando a criança é crônica, há muitas separações (dos pais), existe até uma estatística, principalmente criança oncológica, ... que já se separam (ENF4).

Em relação às habilidades técnicas, uma das participantes do estudo mencionou que a equipe possui iniciativa para atender as demandas do ambiente de trabalho:

Às vezes, vamos supor, a criança tem intercorrência, aí já chama já residência e se não consegue falar pelo telefone, sai pelo hospital procurando, vai na residência, enquanto isso o outro está arrumando material para agilizar para quando chegar está mais fácil e até mesmo na atitude de ver a criança ... com intercorrência de você prestar atenção e já até tomar assim, algumas atitudes antes mesmo que eles (médicos) cheguem (TE3).

De maneira geral, os profissionais adquiriram habilidades técnicas devido ao tempo de trabalho na instituição, cenário do estudo, conforme os relatos:

... agora com relação a essas habilidades da equipe de enfermagem, a nossa equipe é uma equipe assim, que eu acho que é uma equipe boa, é bem habilidosa nas coisas que a gente faz, entendeu (TE2).

... eu percebo que de todos, dos técnicos, dos auxiliares, dos enfermeiros, todo mundo tem muita habilidade para trabalhar, muito mais que eu, por exemplo, acesso venoso, para criança eu sou uma negação, vou treinando, mas as meninas quando pedem assim “ah quem é bom?”, falo ah fulano de tal é melhor. Porque a habilidade deles, pelo próprio tempo de casa também, é muito maior que a minha, mas isso é uma coisa que vai com o tempo (ENF2).

... Você trabalhando algum tempo com a pessoa, você acaba aprendendo só com olhar ... o que o colega quer, ... você vê que o colega está em dificuldade em alguma coisa (AE2).

Pode-se supor que para atingir certo grau de experiência em relação às habilidades técnicas, não é necessário somente ter anos de experiência no trabalho hospitalar, mas também é importante conhecer a estrutura organizacional da instituição, avaliar as reais necessidades das crianças, planejar e implementar o cuidado.

Por outro lado, as depoentes apontaram que as habilidades da equipe nem sempre estão ligadas aos conhecimentos científicos, mas a repetição de tarefas que faz parte da rotina da enfermaria:

Às vezes, a enfermaria toda está com dreno de tórax. E o cuidado ... é automático? A gente já está acostumada. Por exemplo, com dreno de tórax, então a gente já consegue fazer um curativo (TE1).

É a experiência que a gente tem ... habilidade que nós já temos Agora eu já tinha tirado toda a medicação de rotina que nós temos para urgência, emergência, tipo assim, um hábito que a gente já tem. ... Ela (médica) ficou assim, boba. Até falei: “doutora, eu já tirei tudo porque bebezinho geralmente é 02, 03, o hábito que a gente já tem. Habilidade, então experiências ... (TE9).

Lá a gente recebe ... infecções respiratórias, e coisa e tal, então a ... nossa atividade ... é bem tranquila, os cuidados mesmo que não fogem a bronquiolite, asma, pneumonia, então a gente tem uma atividade quase ... igual para todo mundo. Quer dizer, é um diagnóstico quase todo igual. É muito raro ter alguma coisa diferente ... Elas (equipe de enfermagem) já dominam bem porque é bem direcionado ... (ENF1).

... aqui o pessoal tem muito essa habilidade e eles tem essa facilidade de passar (sonda de gastrostomia). E, às vezes, tem um segredinho para conseguir efetuar. ... até mesmo para você saber tamanho de cateter que você vai usar, quantidade que você vai encher um balonete que é totalmente diferente no adulto. Então, assim, ... tem muitos (equipe de enfermagem) bem informados aqui (ENF2).

As participantes do estudo estavam focadas no cuidado técnico, por meio do uso de materiais, equipamentos e seguindo rotinas institucionais, e nenhuma delas abordou as

relações de escuta ativa, o acolhimento e o vínculo com a criança e sua família como habilidades da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, buscar ferramentas para atuar sobre relações institucionais (tecnologia leve) é uma tarefa um pouco mais árdua do que realizar uma conduta definida e normatizada (tecnologia dura),

pois ele vem impregnado de uma quase igual importância tanto do seu lado de instrumentalizar a ação humana de intervir na realidade, como em um processo de trabalho, quanto do seu lado de estar revelando “o mundo” e seus sentidos e significados para os “operadores /interventores”. Afinal, estamos diante de uma situação muito parecida com a dinâmica do trabalho vivo na saúde, que nos põe diante de uma realidade operatória que é sempre um “em processo”, um “dando”, no qual os homens são ao mesmo tempo operadores, sujeitos e objetos dos trabalhos intervenções (MERHY et al., 1997, p. 120).

Os avanços tecnológicos transformaram o fazer humano num ato extremamente técnico, com forte valorização do procedimento em detrimento a abordagem humanista. As relações interpessoais na enfermagem são alcançadas por meio da confiança, da ética, da responsabilidade, da cooperação, da colaboração, do engajamento, da iniciativa e da criatividade. Assim, transpor o foco “recurso” humano máquina para humano subjetivo é passar do “saber-fazer”, para o “saber-ser” (THOFEHRN et al., 2011).

Ainda, Thofehr et al. (2011, p. 194) ressaltam que:

Ao referir o “saber-fazer” no processo de trabalho refere-se à dimensão do material, do racional, no qual as coisas são percebidas a partir do visível, do concreto, daquilo que ocupa um determinado espaço, cujo foco encontra-se no individualismo, nas particularidades, nas especialidades altamente desenvolvidas, ocasionando e direcionando a compreensão do todo. Já o “saber-ser” refere-se à dimensão da subjetividade relacionada ao aperfeiçoamento da emocionalidade das pessoas através do aprimoramento do autoconhecimento, da autopercepção, do autocontrole favorecendo a diversidade e riqueza dos talentos contidos em todos os seres humanos.

3.2 INTERAÇÕES NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Este tópico enfoca os aspectos inerentes a presença do familiar/acompanhante nas enfermarias, cenário do estudo, e o relacionamento interpessoal entre equipe, criança e família.

A maioria das crianças internadas estava acompanhada pelas mães, seguidas dos pais e em menor escala pelas avós e tias:

Havia sete crianças internadas ... Entre os acompanhantes, cinco eram mães, uma avó e um pai (Observação 26/05/15).

Havia sete crianças internadas ... Entre os acompanhantes, cinco eram mães, uma avó e um pai (Observação 09/06/15).

Havia cinco crianças internadas, que estavam acompanhadas pelas mães (Observação 24/06/15).

Entre as nove crianças acompanhadas, duas estavam acompanhadas pela tia, uma pelo pai, uma pela avó e as outras cinco pelas mães (Observação 14/09/15).

Havia um leito vazio, sete crianças internadas (seis bebês e uma criança de 3 anos) com mães acompanhantes (Observação 17/11/15).

Havia um leito vazio e seis crianças internadas (2 bebês e 4 crianças) ... Entre os acompanhantes, quatro eram mães, uma avó e um pai (Observação 14/06/16).

Ressalta-se que dentre os membros da família, a mãe foi a presença mais constante durante o período de internação da criança. Estudos têm demonstrado o predomínio da mãe em situações como essa, relacionando à capacidade feminina em dedicar-se à criança, suprindo-lhe as demandas de alimentação, higiene e conforto. Além do contato mãe-filho que possibilita o aumento do vínculo afetivo (MENEZES; MORÉ; BARROS, 2016; MOREIRA; GOMES, 2015; OLIVEIRA et al., 2014; SANTOS L. F. et al., 2013).

No que se refere às informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico da criança transmitidas ao familiar/acompanhante, cinco depoentes destacaram essa conduta como atribuição da equipe médica:

... A gente já fala logo, quando o médico passar, você tira suas dúvidas, na hora que o médico passar não fica quietinho ... Porque eles passam aqui de berço em berço já para isso mesmo. Eles estão falando aqui na sua frente o que a criança tem, o que a criança está tomando ... Então, presta bastante atenção no que ele está falando e o que você quiser perguntar, você pergunta por que eles vão te esclarecer (TE2).

... eu falei assim: “mas quando os médicos passarem, o que você tiver de dúvida, você pergunta para eles, que eles vão te responder, não fica

com dúvida na sua cabeça não, pergunta”. Aí quando foi no outro plantão, eu perguntei para ela, e aí, o exame? Você soube do resultado, saiu o resultado? Aí ela falou assim: “saiu, eles falaram assim que ele está com uma doença que é crônica, mas que tem como ser resolvida com fisioterapia” (TE4).

... eles esperam o médico passar a visita para te falar alguma coisa, para te perguntar alguma coisa. Sempre assim. Aí toda vez eu falo: “ó agora vai passar ...” se o residente está lá ainda, eu falo, “vai lá e pergunta a ela”, porque tem coisa que é direto do médico. Então, a gente direciona elas a perguntar a pessoa certa e o que é nosso a gente procura responder, mas eu falo sempre com elas: você tem dúvida, pergunta, porque aqui ninguém vai te esconder nada (ENF2).

... Eu digo: “mãe, por que você não perguntou ao pediatra? ... toda vez que o pediatra chegar perto de você, pergunte tudo. Tire todas as suas dúvidas ... (ENF3).

Mas tem muita mãe que precisa do cuidado médico ali, que é o psicólogo e até mesmo um pediatra se puder parar e sentar, conversar com ela, porque eles querem muito assim, “chama o médico”. E você pode falar mil coisas, mas se o médico chegar e falar uma palavrinha, pronto, está resolvido (AE2).

O estabelecimento de vínculos entre equipe de enfermagem e família, desde o início da internação, pode atenuar o estresse provocado pela hospitalização (MARQUES et al., 2014).

Estudo de revisão de literatura sobre a presença do familiar na unidade de internação pediátrica realizado por Albuquerque et al. (2013) revelou que dos 15 artigos selecionados, seis abordavam o tema a interação da família com a equipe de enfermagem. Dentre os principais entraves no relacionamento equipe-família, estava a falta de comunicação.

Do ponto de vista de duas médicas pediatras que atuam no cenário hospitalar, para diminuir os problemas de comunicação em saúde é indispensável romper as barreiras de poder e assumir, desde a etapa da anamnese, uma postura ativa. As pediatras sugerem, ainda, estratégias como fornecer esclarecimentos contínuos às famílias, incluir brincadeiras e entretenimentos à criança (CRISTO; ARAUJO, 2013).

O ambiente hospitalar pode, por inúmeras vezes, fazer com que o familiar/acompanhante se sinta impotente diante da fragilidade do estado de saúde da criança.

Assim, os familiares/acompanhantes buscam informações capazes de deixar-lhes mais confortáveis com a equipe de enfermagem, conforme os relatos:

... plantão passado eu fui levar o neném para fazer uma tomografia ... ela (mãe) me perguntou assim: “enfermeira, meu filho vai fazer esse exame aí para que?”, aí eu falei assim: bom, ele vai fazer porque é um exame mais detalhado, porque ele está com esse esforço respiratório e pelo que eu estou vendo eles estão investigando para ver o que está causando isso aí. Aí ela falou assim: “ah tá” (TE4).

... quando a gente vai fazer algum procedimento com a criança, às vezes, a mãe questiona, fala “para que é isso? Por que você está dando isso? Por que você está dando aquilo?”, então, a gente tem que explicar para ela, ... com todo o cuidado que a gente tem e falar é bom, porque assim mesmo você complica, ... falando alguma coisa que você não tem certeza do que é, e que te atrapalha, às vezes (TE8).

... eu gosto muito de explicar tudo que eu estou fazendo, deixo bem claro ... Elas têm muita dúvida, elas querem saber para que é a sonda, elas querem saber para que é a veia, porque que tem que fazer o antibiótico, quanto tempo vai ficar no antibiótico. Então, tudo assim que é da competência da enfermagem, a gente tenta transparecer muito para mãe (ENF2).

O olhar e a escuta possibilitam que o cotidiano de vida dos usuários seja compreendido pelos profissionais, o que implica em colocar o usuário na posição de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores (MERHY, 2002).

Menezes, Moré e Barros (2016) destacam que entre a equipe de saúde, os enfermeiros são mencionados como os profissionais mais próximos e significativos aos familiares/acompanhantes, que os consideram atenciosos, carinhosos e disponíveis quando solicitados.

Diante disto, pode-se supor que o vínculo estabelecido com esta equipe seja maior do que com profissionais de outras categorias em virtude da enfermagem se fazer presente junto à criança e sua família em todos os turnos de trabalho.

A participação da família em todo processo profissional de cuidar/curar deve ser incentivada de forma que cada contato com os profissionais de saúde resulte em subsídios utilizados por essa família para ampliar seu referencial sobre o processo de cuidar (ELSEN, 1994).

Por outro lado, os depoimentos de familiares de crianças hospitalizadas apontam insatisfação acerca das orientações fornecidas pela equipe de enfermagem, relacionadas à medicação, procedimentos invasivos e estado geral da criança (RODRIGUES, et al., 2013).

Com relação às informações acerca das rotinas da enfermaria, destaca-se que a instituição, cenário do estudo, possui uma “Cartilha para Acompanhantes” elaborada pelo serviço social, em 2009, que apresenta a missão do hospital, as orientações para internação e alta, os direitos e deveres do acompanhante (incluindo alimentação, cuidados de higiene, lavagem de roupas) e horários de visitas. Por outro lado, uma das depoentes mencionou que a cartilha não tem sido entregue para os familiares/acompanhantes no momento da internação.

A assistente social distribuiu há um tempo atrás uma cartilha (normas institucionais), mas parou (TE6).

Essa situação também foi evidenciada no trecho de observação:

... o assistente social além de me disponibilizar uma cópia da cartilha para os acompanhantes, fez algumas ponderações sobre o trabalho da sua categoria no hospital. Informou que ... a cartilha com as orientações aos familiares não era distribuída e muito menos explicada aos acompanhantes (Observação 14/06/16).

Nessa perspectiva, a Cartilha para Acompanhantes, por ser estruturada em uma série de “passos”, com direitos, deveres e regras que podem contribuir para a eficiência do cotidiano do cuidado, que representa, segundo Merhy (2002), uma tecnologia leve-dura. Contudo, vale ressaltar, que a cartilha não deve ser vista como algo estanque, na medida em que pode sofrer adaptações de acordo com as necessidades dos profissionais, crianças e famílias. Dessa forma, também pode ser considerada uma tecnologia leve.

Dois depoimentos destacaram as rotinas da enfermaria que deveriam ser informadas ao familiar/acompanhante, apontando as informações de forma impositiva:

Se a gente tivesse, ... uma pessoa que encaminhasse esse paciente para enfermaria, educasse essa mãe, passasse a cartilha para aquela mãe, lesse a cartilha e falasse: lá você pode isso, pode aquilo, você tem que lavar as mãos, nunca mexer na outra criança, você tem que ficar no seu cantinho, se você for almoçar, tem que falar que vai almoçar,

levanta a grade do berço, isso é a sua cartilha, isso daqui você tem que cumprir. Isso aqui você pode... que maravilha seria (TE5).

Aí eu acho que seria o caso de pegar todos os acompanhantes, e levar para a sala individual... Enfermeiro e serviço social, vamos ter uma conversa aqui ... O que é uma rotina hospitalar? Por que é que existe rotina? Por que é que existe o serviço do técnico? Por que é que existe o serviço do enfermeiro? Qual é a função de cada um, e qual a dificuldade de respeitar o profissional? Seja ele técnico, enfermeiro ou médico? Qual a dificuldade? Eu acho que está faltando, falta um pouco disso (TE1).

Compartilhar responsabilidades não é um caminho fácil para o profissional acostumado a tomar todas as decisões relativas ao processo saúde-doença. Com a mudança das estruturas e dos papéis familiares, mudaram também, as exigências por parte daqueles que procuram os serviços de saúde. Isto significa que as atitudes profissionais devem ser diversificadas com enfoque teórico e prático nas áreas do conhecimento humano, para que o reconhecimento e compreensão das diferenças culturais possibilitem um cuidado congruente com as reais necessidades de cada indivíduo ou de sua família (MARCON; ELSSEN, 1999).

Ainda, a depoente enfermeira acrescentou que a rotina do seu setor de trabalho foi elaborada por ela:

Eu fiz uma rotina, um guia de rotinas de normas da enfermagem para os pais e acompanhantes, a gente entrega isso por escrito, faz um termo que ela foi orientada, ... além de entregar, a gente passa tudo com ela ... (ENF2).

Dois depoentes relataram que procuram orientar verbalmente os acompanhantes sobre o funcionamento do setor no momento da internação:

A gente sempre toma o cuidado de estar inserindo a família, o acompanhante que subiu com a criança, como que é o setor, a rotina, onde guarda os pertences, onde tem que ficar. A rotina, assim, a parte de banho, já encaminho esse acompanhante para fazer o cartão no serviço social. Então, eu tento fazer um contexto para ela, como que funciona, onde ... é o banho, e até falo “Se você tiver alguma dúvida, você pode perguntar a uma outra pessoa ou vem até mim.” A rotina da alimentação, aonde que ela tem que estar se dirigindo. Então, eu procuro inseri-la (ENF3).

Sempre que chega a criança no setor, a gente orienta a mãe trocar, onde guardar as coisas, o que não pode colocar no berço. A gente dá toda a orientação para que ela, também, não fique muito perdida. Orienta que ela tem que procurar a assistente social, para ela poder pegar o cartãozinho, almoço, café da manhã. E que qualquer coisa, ela pode estar falando com a gente (AE2).

Os profissionais de enfermagem destacaram a necessidade do estabelecimento de normas e rotinas hospitalares para o familiar acompanhante no sentido de orientá-los quanto aos direitos e deveres. Contudo, os depoimentos apontam que a não divulgação da cartilha, com as normas voltadas aos familiares, muitas vezes, leva os profissionais a estabelecerem suas próprias normas e rotinas.

A falta de uma rotina hospitalar instituída provoca (des)entendimentos entre os familiares/acompanhantes e a equipe de saúde, conforme evidenciado nos depoimentos:

A mãe não quer dar banho no filho naquele horário, a gente diz: “não aqui a gente segue uma rotina ... só tem esse horário” ... de manhã ... até às 9 horas. E a gente não abre mão porque senão vira bagunça (TE3).

Então, assim, a gente tem que dar ouvido à família e tentar explicar sempre, orientar sempre a família. Ela tem que estar a par de tudo mesmo, para poder ver se ... sobre o tratamento ... ela estando a par, pode ser que ela atrapalhe menos. Se ela tiver atenção, ela vai ver que a gente quer ajudar, que a gente não quer fazer o mal para o filho dela. Mas, assim mesmo, ela ainda vai de vez em quando, pensar ((acha graça)) que a gente ... não está fazendo tudo que tem que ser feito (AE2).

Nesse caso, a abordagem da assistência à criança hospitalizada, segundo Elsen e Patrício (2005), é a centrada na criança, pois embora os familiares não participem das tomadas de decisões, os profissionais procuram mantê-los atualizados quanto aos resultados esperados com o tratamento.

Algumas profissionais destacaram que a presença do familiar/acompanhante interfere na assistência prestada às crianças principalmente em situações relacionadas à procedimento invasivos como punção venosa, passagem de sonda nasogástrica e administração de medicamentos.

Tem mãe que atrapalha. Não deixa ser feito o que tem que ser feito na criança ... Eu tenho uma mãe, que ela é assim, tipo, “ah, a doutora quer que faça uma sonda nasogástrica na criança”, “não, não vai passar”, entendeu? Ela fala que não e acabou ... Então, ela acha que aquilo ali é uma agressão, nunca pensa que é para o bem da criança. Então, às vezes, “ah “, você vai puncionar, ela te atrapalha também, porque não quer que fure o filho. “Não, na cabeça não pode furar”. Então, às vezes, ela atrapalha nisso, atrapalha o seu serviço, atrapalha a ... a criança receber a medicação que tem que ser feita, o cuidado que tem que ser feito ... (AE2).

... às vezes, a gente vai fazer determinado cuidado com a criança e tem pai que tende a falar, “ah está fazendo maldade com você” ... quando o pai fala isso, eu fico meio brava. Eu não estou fazendo maldade ... eu estou fazendo bondade ... porque você está passando mal e o que eu estou fazendo é para ajudar você a melhorar... (TE2).

... eu acho que se fosse o cuidado só com a criança, ... tudo seria mais fácil, o problema todo é ... a família ... você vai fazer alguma coisa, vamos supor, quando você vai puncionar uma veia e aí se furou umas duas veias, aí já começa ... aquela confusão toda (TE4).

... com a mãe então, muitas vezes, você tem que ter sabedoria porque elas viram uma fera. Elas querem saber porque perdeu (punção venosa), elas acham que a falha é nossa, que não soube talvez fixar a veia ou fez mal feito e fica rebelde, pega a criança e fala que não vai deixar (TE5).

Mas, assim, dependendo de como você trate o filho ou paciente, a mãe está olhando, ela está vendo. Então, dependendo de como você pega ... você está maltratando seu filho. Aí começa a arrumar confusão, vai na direção e dá aquela maior polêmica. Eu não tive nenhum problema, não. Graças a Deus, até hoje não arrumei guerra com ninguém. Mas, isso acontece direto (TE8).

... tem mães que já chegam armadas, então você tem que ter todo um jogo de cintura para aquela mãe colaborar com o seu serviço porque senão ela não vai deixar você fazer nada no filho (ENF2).

Durante os procedimentos, muitas vezes, o familiar/acompanhante impede que a criança se alimente, por não permitir a passagem de sonda; ou, não receba medicações por via endovenosa, por não autorizar que a punção seja realizada em locais onde a enfermagem avaliou como mais adequado, entre outras.

Reconhece-se que a família constitui uma unidade que presta cuidado, entretanto, nem sempre é eficiente no desempenho desse papel. É possível que uma família seja um sistema de

saúde mais eficiente em certas situações do que em outras, assim como existem famílias que cuidam melhor de seus membros que outras (ELSEN, 1994).

Diante da possibilidade da presença do acompanhante durante a hospitalização da criança, uma nova dinâmica de trabalho foi estabelecida. Este contexto abriu caminho para o surgimento de momentos de dificuldades e conflitos nas relações. Estudo mostrou que, muitas vezes, não há o esclarecimento dos procedimentos que serão realizados nas crianças, por parte dos profissionais. Por este motivo, surgem relatos de que os profissionais estão machucando ou maltratando a criança, por exemplo, durante uma punção venosa (SILVA et al., 2015a).

Por outro lado, a pesquisa realizada por Santos et al. (2014, p. 353) identifica que a vulnerabilidade das mães de crianças hospitalizadas se intensifica quando a criança é submetida a algum processo invasivo e doloroso, “despertando nelas sentimentos ambíguos, pois mesmo sofrendo diante do tratamento da criança, as mães demonstram ter consciência que o procedimento é necessário para o restabelecimento da saúde”.

As depoentes também mencionaram que o familiar/acompanhante interfere no cotidiano do trabalho da enfermagem quanto às informações sobre as crianças transmitidas para a equipe médica e as situações ocorridas no plantão.

... a médica chega e nos pergunta: “teve alta?”, “tem vaga?”. “Ah tem! Saiu uma menina daqui agora ...”, passam (acompanhantes) na sua frente para responder (TE4).

Sabem (acompanhantes) da vida de todo mundo. As vezes fala assim:” aconteceu isso, isso e isso com essa criança”, aí a mãe de lá grita: “vai fazer isso, isso e isso amanhã, ...”. Uai gente, seu filho está lá... (TE2).

... olha só o que aconteceu, eu tinha duas funcionárias no setor que seriam para aquele dia, uma delas trocou o plantão ... a outra pessoa ficou doente e não foi. Aí demorou a ser feito ... remanejamento, porque não poderia ficar uma funcionária sozinha ... Duas acompanhantes vieram me falar “Ficou sem enfermeiro o final de semana”. Eu já sabia do caso ... Aí eu falei: “olha, era para ficar duas, ficaram duas pessoas”, “Ah, mas não eram as meninas do setor” ... Não deixei muita conversa, aí eu falei “Mãe, às vezes é necessário remanejar, e aconteceu o remanejamento, pronto, só isso”. Eu não dei muita atenção no que ela falou, e cortei logo para evitar até comentário a mais no setor. Mas elas vieram me passar... (ENF3).

A internação pediátrica é permeada por diversos sentimentos dos

familiares/acompanhantes. Portanto, torna-se necessário o acolhimento, a transmissão de informações claras sobre normas e rotinas hospitalares, bem como sobre o estado de saúde da criança.

... e também é uma pessoa (mãe) que sofre, a mãe chega, cheia de dores, preocupação com o filho, se o filho vai ficar bem, se não vai (TE5).

... a gente volta naquela questão, ela (família) já vem de fora, já vem armada, já vem achando que vai ser totalmente cobrada, aí, às vezes o pai fala “poxa, mas aqui é a cidade do que não pode”, então eles já vem ... sofridos (TE6).

... a gente tem muita criança crônica, que a gente diz “morador” ... E quanto maior a internação, mais estressada a família fica, lógico, porque nós aqui não temos condição de dar um acolhimento ideal que ela necessita. Separação de família, o marido separa da esposa – sabe? – então, ela acaba se sentindo sozinha ... (ENF4).

Ela (mãe) está ali ... precisado de amor ... A gente também é mãe, a gente sabe. A gente ... não quer ver um filho da gente passando mal, então, talvez, a gente não saiba o que é. Mas, elas sentem um desespero muito grande. O medo de perder é tamanho, porque a mãe ama bastante o seu filho. Então, é complicado (AE2).

As manifestações de sentimentos negativos pelos acompanhantes são frequentes. A falta de apoio por parte de alguns membros da família gera sofrimento e realça o isolamento social a que são submetidas às mães (SANTOS et al., 2013b).

O medo iminente de perder o filho e a falta de controle da situação de crise faz com que a família permaneça em constante alerta e se mostre preocupada frente a qualquer alteração no estado de saúde do filho. Trata-se de processos acompanhados de dor que geram sentimentos de prejuízos sucessivos, inconstantes, angústia, sofrimento, incerteza e, principalmente, impotência. Atitudes que não valorizam esses sentimentos e negligenciam os respectivos cuidados precisam ser combatidas para o alcance da integralidade da assistência (COLESANTE, et al., 2015).

Para Elsen e Patrício (2005), o papel da família na promoção e manutenção da saúde da criança é incontestável. Assim, de acordo com o modelo de assistência mais recente, contudo, menos encontrado nas instituições, que é a abordagem centrada na criança e sua família. Nessa abordagem, a família passa a ser foco da assistência devendo ser vista em seu

contexto físico, sociocultural e econômico.

Por outro lado, o estudo realizado por Rodrigues et al. (2013) retrata que a família não tem sido contemplada no ponto de vista do cuidado durante a hospitalização do filho. A escuta nem sempre é usada como forma de identificar as demandas da família, bem como os sentimentos, as angústias e dores do acompanhante têm sido negligenciadas.

Os depoimentos da equipe de enfermagem destacaram que quando mais tempo o familiar/acompanhante permanece no hospital, mais eles se tornam emocionalmente fragilizados, em virtude de noites mal dormidas, barulho de pessoas e dos equipamentos, cumprimento de normas e rotinas.

... as pessoas, ... acompanhantes, ... vêm para dentro do hospital e com o passar dos dias, quanto mais eles vão ficando, menos eles vão gostando da rotina. Pelo fato de você ouvir muito barulho, pelo fato de você ter um horário para tudo (TE1).

Às vezes, a família fica ali estressada, o pai ou a mãe que está ali acompanhando fica ali estressada porque querendo ou não, você não dorme direito, tem uma cadeira que é do papai, mas, às vezes, está toda estragada, ... ele está deitado ali mas os pés estão pendurados no lugar de apoiar os pés, e tem que estar acordando por conta de medicação de madrugada, nebulização de madrugada. Então, assim, não é aquele sono igual a gente tem casa, ... Então, às vezes, eles ficam assim, muito estressados porque não tem com quem revezar, aí acaba ficando estressado e vem descontar em cima da gente (TE2).

Observa-se que ao mesmo tempo em que a Instituição permite a presença do familiar/acompanhante na unidade hospitalar, não oferece condições ideais para a manutenção das suas condições vitais.

Os familiares de crianças hospitalizadas revelam que acompanhar a criança durante o tratamento, prejudica o sono e o repouso, gerando implicações físicas que podem comprometer a saúde (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2011; SANTOS et al., 2013b). Eles afirmam ainda, sentir cansaço e ter falta de tempo para o cuidado de si (SANTOS et al., 2013b).

Estudo sobre as necessidades dos acompanhantes de criança hospitalizada aponta que o barulho da enfermaria está relacionado ao tom de voz dos profissionais de enfermagem

(principalmente durante as trocas de plantão), e ao choro de crianças, o que prejudica o descanso de outras crianças e dos acompanhantes (MORAIS; SOUZA; OLIVEIRA, 2015).

No que tange as necessidades biopsicossociais do familiar/acompanhante na enfermagem, três participantes destacaram a importância de dar suporte às mães para o cuidado compartilhado à criança hospitalizada:

... às vezes, eu percebo ... que a família precisa de um cuidado, eu já falo logo, “ó, conversa com um psicólogo para conversar com a mãe, porque ela precisa de uma boa conversa”. Então, a família também precisa de um cuidado ... até mesmo ajudar a gente a cuidar, ... (AE2).

O nosso objetivo é cuidar da criança, mas a gente tem que manter a mãe em pé, porque se ela adoecer ou se ela não puder ficar com a criança, ... a equipe é pequena, não dá para ficar com uma criança só (TE5).

Então, assim, a gente tem que trabalhar muito em conjunto ... a saúde mãe e filho porque se a mãe cai, a criança fica sem assistência da mãe. ... então, assim, a gente tenta trazer bastante elas (mães) para o nosso lado para isso facilitar o nosso trabalho também (ENF2).

Pode-se supor, que esses depoimentos representam um ensaio para a abordagem da assistência centrada na criança e sua família, pois, segundo Elsen e Patrício (2005), além de atender o indivíduo hospitalizado, nesse tipo de assistência a enfermagem também considera a família, com seus problemas, interesses, potencialidades e expectativas para a efetividade do cuidado.

Uma participante destacou os cuidados de higiene e de vestuário da criança e sua família e duas participantes informaram buscar solucionar ou minimizar os problemas de saúde da familiar/acompanhante durante a hospitalização.

... uma criança chega no setor, interna, daquelas famílias bem paupérrimas, às vezes, vem de longe, não tem uma roupa para vestir, não tem nada, a questão da higiene precária também. Aí além da gente se preocupar no bem estar da criança, correr atrás de uma roupinha para ele vestir, o material de higiene que ele não trouxe de casa porque ele não tem ou não sei porque que não trouxe, além disso a gente ainda se preocupa com o pai ou a mãe que está acompanhando ele e que também não tem nada disso. Aí vai a assistente social, pede para ver se tem alguma coisa de roupa, por exemplo, que cabe no pai ou na mãe, material de higiene também para eles (TE3).

... às vezes ... além da gente cuidar da criança, a gente está cuidando dos pais. Igual, às vezes, tem muito pai ... que tem 16 anos que está ali acompanhando a criança, aí vai passa mal... (TE2).

... vezes a gente tem também que prestar um socorro ... a família. Por exemplo, a gente já teve lá na enfermaria uma mãe que estava com um furúnculozinho. Era um processo infeccioso que a gente não pode deixar passar despercebido porque pode trazer prejuízo também para criança. Então, isso foi tratado, apesar de não ser um hospital para adulto, a equipe médica se importou em tratar aquilo ali, a gente faz curativo. Então, tudo visando a criança e o próprio bem estar da mãe ... (ENF2).

Para Pimenta e Colett (2009), quando o acompanhante passa vários dias seguidos no ambiente hospitalar, além das necessidades fisiológicas e naturais, como cólica menstrual, indisposição gástrica, ele também se torna mais suscetível a adoecer, tendo em vista a falta de condições oferecidas ao mesmo pela instituição. Desse modo, a equipe deve buscar soluções para minimizar as dificuldades da família ao longo da hospitalização infantil.

Entretanto, estudos mostram dificuldades acerca de atendimento médico para os acompanhantes de crianças hospitalizadas, visto que o sistema de saúde não prevê assistência a essa clientela por se tratar de instituições voltadas ao atendimento das crianças (MORAIS; SOUZA; OLIVEIRA, 2015; WEGNER; PEDRO, 2009).

Diante da não aceitação da doença da criança pela família, uma depoente mencionou que procura conversar e dar apoio espiritual aos mesmos.

... às vezes, a gente acaba se envolvendo, nesse negócio de ... igual tem uma criança, que fica lá, que está com a doença, você sabe que não tem mais jeito, que está morrendo mesmo e os pais ficam tristes, você acaba se envolvendo, conversando, assim, até espiritualmente, tentando dar um conforto, porque você vê que a pessoa está sofrendo, que a pessoa não está entendendo que a criança não tem mais jeito e ela não quer aceitar (TE2).

Ainda, uma entrevistada destacou que a rotina de fazer orações diárias no setor, contribuiu para melhorar o relacionamento entre os acompanhantes e a equipe.

... a gente faz um momento de oração ... todos os dias de manhã ... e no final da tarde E assim, deu uma melhorada ... no relacionamento com as mães, que a parte espiritual ela é bem trabalhada, então, isso dá muita força, elas se apegam bastante com a equipe ... (ENF2).

A espiritualidade não deve ser desconsiderada ou afastada do cuidado. A equipe de saúde proporciona conforto emocional, possibilitando a ampliação de sentimentos de esperança ao oferecer o cuidado pautado na religiosidade (COLESANTE, et al., 2015).

Estudo de Morais, Souza e Oliveira (2015) ressalta que o apoio espiritual durante a internação da criança no hospital, foi apontado pelos participantes como forma de fornecer força e esperança aos acompanhantes independentemente da religião.

Supõe-se que a espiritualidade tenha um papel importante na vida das famílias ao longo da hospitalização, pois traz conforto e esperança para a cura da enfermidade.

A prática religiosa da família tem contribuído para o manejo das situações de crise, bem como para o processo de adaptação da mãe que encontra a paz desejada no divino e no transcendental. A espiritualidade não pode ser desconsiderada ou separada do cuidado. A equipe de saúde proporciona conforto emocional, ampliando a possibilidade de sentimentos de esperança ao oferecer um cuidado pautado na religiosidade (COLESANTE, et al., 2015).

Pode-se supor que a prática religiosa fique restrita ao período de hospitalização, pois a permanência do familiar/acompanhante em tempo integral na unidade de internação pediátrica o impede de realizar atividades cotidianas.

Corroborando com a informação, Almeida e Ferreira (2014) destacam que o desgaste emocional e psicológico dos pais ao acompanhar o filho doente é muito grande, principalmente, quando enfrentam esses momentos sozinhos. Assim, buscam estratégias de motivação na religião, na família e na esperança da cura, pois os sentimentos otimistas parecem ajudá-los a enfrentar de maneira positiva o tratamento do filho.

Em se tratando de relacionamento interpessoal, os relatos apontaram que o estabelecimento de vínculo fortalece as relações humanas entre equipe de enfermagem e família.

... o que eu observei nesse tempo que eu estou aqui é que tem que o tempo todo trazer a mãe para o seu lado ... (ENF2).

Se a família vê você com segurança, eles confiam (ENF3).

Eu acho que de uma escala, se a gente for fazer uma estatística, de zero a cem, a relação com a família é 90 por cento boa (ENF4).

O que eu acho importante é que a gente tem que respeitar todo mundo, seja pai, seja mãe, seja colega. Evitar atrito entre as pessoas, entre os pais, principalmente ... Então, a nossa ação é ouvir as mães com paciência, com amor, com atenção. Às vezes, a gente nem precisa dizer uma palavra, só ouvir (TE8).

A noção de vínculo possibilita a reflexão sobre a responsabilidade e o compromisso (MERHY, 1994). Assim sendo, o autor (1994, p. 138) afirma:

criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

A interação e o vínculo são importantes ferramentas para o fortalecimento das relações humanas nas unidades de internação pediátrica. As atitudes de empatia na relação com a criança e sua família, bem como a escuta atenta, podem tornar a assistência humanizada. O diálogo aberto possibilita espaços para perguntas reflexivas sobre as demandas de cuidado da família, auxilia no entendimento do momento existencial vivido, assim como permite discussão de estratégias para o enfrentamento da situação de doença e hospitalização da criança (RODRIGUES et al., 2013).

Por outro lado, os relatos evidenciaram que diante do sofrimento dos filhos, os pais tendem a se tornar impacientes e, frequentemente, se desentendem com a equipe de enfermagem por quererem prioridade no atendimento da criança.

A criança traqueostomizada, é um exemplo, que está com muita secreção. ... eu ... estou cuidando de uma outra criança, o dele está precisando, eu acabo me chocando com aquela família porque eu quero fazer o cuidado bem feito, mas eu não tenho tempo hábil de estar assistindo no momento que a família quer. Então, acaba a relação ficando enfraquecida como se nós tivéssemos culpa, mas só que nós não estamos de braços cruzados. Nós estamos trabalhando, nós estamos cuidando do outro, mas as pessoas, a família, nunca pensam, infelizmente, quando tem o seu filho internado, e outro, “Eu quero o meu. Porque eu não quero perder o meu”. Então, muitas das vezes, o choque vem por aí (ENF4).

Uma técnica de enfermagem acrescentou:

... o jeito delas nos tratarem, tem um... como é que fala? Tem um fundo, é o desespero de ver o filho doente. Elas querem a coisa para ontem, para ontem. A cura tem que ser ontem. A gente faz o que a gente pode, o nosso possível. Porque o impossível, só Deus mesmo, não tem como (TE8).

Segundo Elsen (1994), a família como uma unidade de saúde para seus membros é capaz de identificar, de acordo com seus referenciais, questões de saúde e doença a fim de solicitar ajuda profissional quando necessária.

Ainda, o estabelecimento de vínculo entre equipe de enfermagem e o familiar/acompanhante propiciou o envolvimento emocional:

Aí, às vezes, assim, se é um pai mais fácil de lidar, você acaba conversando, às vezes, acaba até chorando junto ... Se envolvendo ... com a família, com a criança. ... às vezes, a gente estava em casa e ficava ligando, como que está fulano? (TE2).

... Algumas pessoas da minha equipe de enfermagem, ... tiveram uma interação tão grande com essa criança, e depois com a família para a qual ele foi encaminhado, que chegaram ir à casa dele para visitá-lo. Ligam para saber como é que está o fulano. Então, assim, a gente tem uma interação boa (ENF3).

Partindo do pressuposto de que o profissional é um ser humano e comporta as dimensões afetiva, subjetiva e existencial, o envolvimento emocional pode estar presente nas relações de cuidado à criança hospitalizada em condição crônica. Entretanto, adverte-se para a necessidade de limites nesse envolvimento emocional, a fim de evitar futuros desgastes mental, emocional, psicológico, dificultando o exercício profissional (SILVA et al., 2015b).

A esse respeito, uma participante destacou que o estreitamento de vínculo pode levar o profissional a passar por situações difíceis:

... tem certas situações, ... que a gente ... acaba se envolvendo, mesmo sem a gente querer. ... os pais acabaram se separando ... eles foram para juiz e tudo. ... então, assim, porque a gente trata bem, além de tratar o menino bem, a gente trata eles bem, conversa e tudo, eles acham assim, “ah, vou chamar”. Aí veio para mim: “Ah, você vai lá testemunhar no dia lá no negócio de divórcio?” eu falei, eu não vou

não, aí foi e chamou outra colega ... Então assim, às vezes, eles confundem também, a gente trata bem ... (TE2).

Supõe-se que a boa relação dos familiares/acompanhantes com os profissionais de enfermagem, faz com que os mesmos apresentem dificuldades em estabelecer limites no relacionamento.

No que diz respeito ao relacionamento da equipe de enfermagem com a criança e sua família, as entrevistadas mencionaram de forma distinta o relacionamento com a criança e com o familiar/acompanhante, informando que para executar o cuidado à criança precisavam estabelecer uma relação de confiança.

Para deixar pegar uma veia, ela (criança) tem que ganhar a confiança da gente. Às vezes, a criança sorri para a gente quando vai embora (AE1).

A criança, o início sempre é difícil para ela, depois ela vai se soltando um sorriso, ela já vai, depois de dias, já vai se familiarizando com você... (AE2).

É igual aquela criança ... eu, no início, não podia nem chegar perto dela. E aí eu comecei ... lavar aquele tórax dela, para chegar perto dela, foi... meu Deus... foi... um sacrifício. No final ela já ... pedia. Ela mesmo já levantava o braço. Confiou, não é? Pegou uma confiança tão grande que no final ela, ela já aguardava ansiosa, minha chegada para fazer o negócio, para fazer o procedimento, entendeu? Então, você tem que aprender a conquistar mesmo (ENF1).

... o primeiro filho dele (pai) nasceu com fibrose cística Ficou aqui seis meses ... cuidei daquele menino, como se fosse meu filho ... ficou entre a vida e a morte ... (TE4).

A respeito da interação da equipe de enfermagem com a criança hospitalizada em condição crônica, há relatos que expressam sentimentos de solicitude e desvelo dos profissionais para com a criança. No entanto, alguns discursos refletem, também, dificuldades em estabelecer limites nos relacionamentos afetivos com a criança, fazendo com que o profissional sinta necessidade de se proteger, mantendo distância (SILVA et al, 2015b).

Por outro lado, os relatos dos profissionais de enfermagem apontaram também conflitos desencadeados pelos encontros e as relações face a face:

E aí é difícil. E em geral os acompanhantes ... são mães que gostam de arrumar confusão, ou pais que gostam de arrumar confusão (TE1).

Às vezes, ... tem um pai lá com a gente que ele é de uma grosseria ... tudo que você vai fazer na criança ele reclama (TE2).

... na verdade acho que também ele (pai) não queria ser incomodado, ele queria ficar quieto ... hoje eles querem ficar ali quietinho e folgado. Porque na hora que você vai fazer algum procedimento, alguma coisa, eles não gostam (TE4).

... tem momentos que a gente não aguenta, que a agressão é muito forte ... que já aconteceu no meu setor (TE5).

Tem hora que ... tem que manter a distância (da família) porque se não fica complicado (ENF1).

Já tivemos alguns embates com acompanhante, mas, no geral, a gente evita esse embate... (ENF3).

De uma forma consensual, o ser humano considera o conflito como algo ruim ou mesmo desagradável, que deve ser evitado. Na década de 30, caracterizada por uma perspectiva tradicional, o conflito era visto como disfuncional, negativo, que deveria de ser evitado. Nesse sentido, o conflito deveria de ser eliminado de imediato, “pela autoridade e poder, sendo a inexistência de conflitos vista como um elemento de competência”. Durante as décadas de 40-70, o conflito passou a ser visualizado como um fenômeno inevitável nas relações entre seres humanos, podendo inclusive ser benéfico ao desempenho de um grupo (NASCIMENTO, 2016, p. 202).

Nessa conjuntura, um estudo mostrou que o despreparo da equipe de enfermagem em lidar com as constantes intervenções do familiar nos cuidados também gera situações de desordens relacionais entre os mesmos. Os profissionais referem grandes dificuldades em interagir com o acompanhante (SILVA et al., 2015b).

O tempo de permanência do familiar/acompanhante nas enfermarias, cenário do estudo, foi mencionado por três depoentes como fator favorável ao desencadeamento de conflitos.

... eles (acompanhantes) vão interferir na rotina. ... a relação também vai ficando complicada porque dependendo do tempo que a pessoa está, ela vai tomar uma certa liberdade. E se a equipe não tiver cuidado ele começa a tomar conta do setor ... a mandar no setor. E aí

começa os problemas (ENF1).

Eu acho que o grande problema vem quando a criança fica um tempo mais prolongado, que a mãe começa a ter mais liberdade. Ela já está cansada, – sabe? – ela saiu do lar dela, aí é que começa a gerar os conflitos, porque tudo o que você fala ... Ela já começa a querer aprender por osmose ... (ENF4).

Então, assim, às vezes, o relacionamento fica meio complicado, porque esses pais assim, são ... difíceis ... Tem uns que ... porque já tão ali já há muito tempo e já sabe, assim, alguma coisinha, já fica se metendo: “ah não quero que faz assim”, “não quero que faz assado”. Então, acaba se metendo no serviço da gente (TE2).

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário, no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se, entre eles, um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, nesses encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, representações e conhecimentos), que torna o agente consumidor parte objeto do ato produtivo, bem como agente que interfere no processo (MERHY, 1997).

Três depoentes relataram a situação de conflito relacionada a comparação do trabalho entre profissionais:

... outro dia ele (pai) brigou comigo porque eu estava fazendo a medicação de um jeito e a menina (técnica de enfermagem), ele achou que a menina tinha feito de um outro jeito. Eu fui fazer a medicação, a criança tem dois antibióticos, fiz um, botei lavar, fui lá fazer o outro: “ah, toda hora você vem aqui e joga um pouquinho de soro aqui dentro. Porque a outra menina foi e botou os dois remédios logo junto e botou logo 100ml de soro aí e ficou correndo aí ... (TE2).

E elas (mães) relacionam muito o dia com a noite ... “Nossa... À noite, as meninas dormem a noite toda. De dia não faz isso”. Tipo assim, ela não é? “De dia é assim, à noite é assim”. ... tem umas mães ali que elas implicaram com o plantão da noite. Tem as mães que implicam, aí falam assim “Ah, vem a rasteirinha” (TE9).

... ela começa a avaliar o cuidado de um técnico com o outro. “Ah, porque fulano faz dessa forma, você está fazendo dessa”. Às vezes, tem um remanejamento. Na falta de pessoal, é remanejado para o setor, aí se ela está lá há mais tempo “Não. Você está fazendo errado, porque a menina que trabalha aqui trabalha dessa forma”. Aí começa a gerar os conflitos. É aonde a gente tem que intervir, o serviço social

tem que intervir. Mas, de um modo geral, eu acho que ele é satisfatório ... (ENF4).

O cumprimento de normas e rotinas das enfermarias, cenário do estudo, por parte dos familiares/acompanhantes, também foram apontados como fatores desencadeantes de conflitos.

E quando as crianças são menores – bebês – é pior ainda. Porque tem todo um problema do barulho. Acha que está fazendo barulho, a minha criança não vai dormir. Ah, porque você está conversando, a criança não vai dormir. Ah, não vou acordar ele para dar banho, não. Porque não dormiu de noite, ele dormiu agora às seis horas da manhã. Então, assim, às vezes, o conflito estressa muito mais o profissional que está trabalhando do que o próprio serviço (TE1).

Na rotina o processo não é estressante. O que estressa são os acompanhantes (ENF1).

Hoje por exemplo, na clínica pediátrica ... uma mãe criou confusão porque a gente falou: “mãe, está na hora de dar banho. Vamos colocar água na banheira para dar banho”. Não quis. ... Então, eu falei “mãe ... a partir do momento que ele (criança) entrou para a enfermaria ... ele está internado”. Você tem que seguir as rotinas da enfermaria. ... Ninguém aceita a rotina. Você chega de manhã, a gente coloca um plástico, na veia, para não molhar. Eles não aceitam, porque isso não é hora de dar banho. Aí eu falei: “mãe, nós temos horário, oito horas, nove horas para dar o banho” (AE1).

... algumas (mães) aceitam muito bem, outras querem te matar porque você está falando o tempo inteiro que ela não pode colocar bolsa no berço. E aí quer argumentar com você “não, porque isso aqui a gente pode passar álcool”, mas não pode. Elas não entendem ou não querem entender. Então, às vezes, a gente tem muito esse problema a CCIH cobra da gente e a gente cobra das mães. Mas, às vezes, não é falta de cobrança é falta de vontade de colaborar, que é o que acontece também (ENF2).

... quando começa a criar problema, o que é que a gente faz? ... Vamos conversar pouco com esse acompanhante”. Essa normalmente é a rotina. A mãe que começa a criar problema... Problema, eu digo, assim, infringir a norma do setor (ENF3).

... igual colocar uma criança em isolamento na própria enfermaria. Aí você coloca lá a plaquinha: em isolamento. Aí a mãe da criança que está em isolamento se revolta porque ela acha que aquilo ali tá prejudicando o filho dela, está discriminando o filho dela. Parece que

isso dá uma revolta, aí que ela começa, põe a mão aqui, põe a mão ali, aí você vai conversa, conversa... (TE5).

Um depoimento apontou que os conflitos também podem ser desencadeados devido falta de privacidade relacionada à estrutura física da enfermaria:

... quando iniciava a visita no setor dos médicos, ela (mãe) parava tudo o que ela estava fazendo, pedia para a gente (equipe de enfermagem) diminuir o volume da televisão ... porque ela queria ouvir o que o médico ia falar da vizinha do lado. Chegou uma vez a dizer que a gente estava punccionando a criança sem necessidade. E a própria enfermeira estava lá junto com a gente, sabia que não era assim (TE1).

Se por um lado a enfermaria conjunta favorece a interação, por outro reduz a privacidade acústica para discussão de informações confidenciais com a equipe de saúde (ROLLINS, 2009).

Estudo aborda que a equipe de saúde realizava, em voz alta, comentários sobre assuntos que diziam respeito somente ao paciente, mencionando procedimentos realizados, diagnósticos e estado geral. Os diálogos, por muitas vezes, podiam ser ouvidos por quem circulava na unidade, como profissionais alheios ao cuidado, outros pacientes, familiares e visitantes. Destaca-se que é responsabilidade da equipe de enfermagem, especialmente, do enfermeiro gestor da equipe, adotar estratégias que garantam a privacidade e confidencialidade dessas informações (SOARES; DALL'AGNOL, 2011).

A participação do familiar/acompanhante no serviço noturno é uma estratégia para minimizar os conflitos gerados entre a família e a equipe quanto à realização dos cuidados prestados à criança.

Agora nós temos mães também que são temperamentais, são mães que são difíceis de a gente lidar, que às vezes, no madrugada, elas dormem a noite inteira, aí ela fala “Não foi vista a temperatura do meu filho à noite.” Bom, então aí eu falo com os meus funcionários “Essa mãe precisa ser acordada durante a noite para mostrar que vocês estão atuando, e que ela precisa participar.” Então, eu falo para ela “Mãe, eu sei que você está cansada, mas eu quero que as fraldas, das noites, a senhora troque, e todas, às vezes, que a enfermagem for verificar a temperatura, que é a cada seis horas, a enfermagem vai te acordar.

Para você estar junto conosco, para você verificar que realmente nós estamos atuando.” Então assim, às vezes, elas aceitam, às vezes, elas ficam bravas (ENF4).

Diante dos conflitos, cinco depoentes apontaram a necessidade de solicitar apoio do serviço social da instituição, cenário do estudo:

E ela (mãe) diz que a gente que passou bactéria para a criança. Deu a maior confusão. Teve que chamar a assistente social para conversar com ela. Nossa, está uma confusão, lá (AE1).

... esses dias, o serviço social daqui e a enfermeira do nosso setor, foram lá para direção com ele (pai) ... Porque a gente ia fazer uma medicação, ele reclamava; a gente ia fazer não sei o que, ele reclamava; não podia chegar perto da menina (falando da criança hospitalizada) e estava ele tirando as coisas, metendo a mão nas coisas, soro essas coisas, ele mesmo tirava por conta dele (TE2).

Igual eu já passei lá na enfermaria, ... a mãe estava batendo num neném de 1 ano e 6 meses ... no rosto dele, ele estava queimando de febre e a gente (equipe de enfermagem) não concordou. “Poxa, porque que você está fazendo isso com ele?”, é cansativo ficar no hospital? é. Ele estava num processo que estava arrastado? Estava, mas é uma criança. ... nisso a gente falou com o serviço social, a assistente social veio, conversou com ela, aí depois ela começou a agredir a gente. Falou que ia agarrar no pescoço da gente, que ia bater, que ia fazer isso, que ia fazer aquilo. E isso tudo porque ela estava agredindo o filho dela. E não só dessa vez, como várias vezes a gente está convivendo com esse tipo de situação (TE4).

... tem momentos que a gente não aguenta, que a agressão é muito forte, que já aconteceu no meu setor, de pessoas usarem palavras com o funcionário, palavras que talvez seria fato até de chamar alguém até para poder falar com ele. A gente procura a assistente social ... (TE5).

Então, existem mães que são realmente descompensadas, mas esse tipo de mãe, a gente pede para o serviço social, para o psicólogo conversar ... mas vai ser uma mãe que vai ser problema sempre. Melhor “desospitalizar”, quanto mais cedo melhor, porque a gente já viu que ela vai ser uma mãe problema (ENF4).

Ainda, a técnica de enfermagem (TE5) destacou que a agressão pode ser consequência da insatisfação com o sistema de saúde:

Muitas vezes, ela é agressiva com a gente. Muita gente pensa assim: está me agredindo! Mas ela não está agredindo você, ela está agredindo o sistema, ela está revoltada com o sistema. Ela está revoltada porque veio de outro hospital ou então que ela foi várias vezes até ser atendida em algum Pronto Atendimento ... que mandou para casa, pois não era nada e de repente a criança se agrava e vem para cá, é uma meningite, é uma dengue, aí ela já chega pronta para brigar com você, porque você está de frente, mas o alvo dela não é você, o alvo dela é o sistema que não funciona bem, infelizmente (TE5).

Estudo evidenciou que a falta de comunicação entre o profissional técnico e o familiar/ acompanhante trouxe como consequência conflitos entre esses elementos. Na maioria dos casos, parte da comunicação necessária para um bom relacionamento também foi delegada a outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos e/ou assistentes sociais (SILVA et al., 2015a).

Por isso, se faz necessário que a equipe de enfermagem estabeleça um espaço de interação baseada na escuta atenta e troca de experiências e conhecimentos que pode proporcionar um ambiente harmonioso que reverterá em um cuidado integral à criança, estabelecendo, ainda, relação criança/ família/ equipe de enfermagem.

Três técnicas de enfermagem mencionaram que, muitas vezes, se sentem desrespeitadas pelos familiares/acompanhantes.

... em geral, eles (familiares) não têm muito respeito com o pessoal técnico e auxiliar. Eles não têm. Sabe? Eles acham que ... porque a gente é nível médio, que a gente não pode falar certas coisas (TE1).

... Tinha um outro aí (acompanhante) que foi embora, um grosseirão, que vinha gritar com a gente, eu falei: olha você respeita, não é desse jeito. “Ah porque eu estou falando, vocês tem que entender que é minha filha”. Eu entendo perfeitamente que é sua filha, agora o que eu não entendo é que por mais que a gente faça o melhor, você vem tratar a gente dessa forma (TE4).

... ele (pai) fica com a criança desde setembro ... ele é muito ignorante com a gente. Você chega perto da criança para fazer alguma coisa, ele arruma confusão com você. Aí todo mundo já está, assim, de saco cheio com ele ... (TE2).

Eu acho que pode ser, também, um pouco de estresse dela, de estar lá há muito tempo ... Tem várias situações ... tem umas que é estresse. ... Então, assim, é um pouco de educação de cada um, também. Tem uns

que não tem essa educação, tem uns que já tem. Não me interessa quanto você tem no bolso, é educação mesmo. Não é uma mais pobre, uma mais rica. Que tem um mais rico que é sem educação, que te trata mal e a mais pobre te trata bem. Ou vice-versa. ... a pessoa é boa, é boa. A pessoa é chata, é chata (AE2).

Quanto ao relacionamento da equipe de enfermagem entre si, quatro participantes destacaram que as relações são harmoniosas e conciliatórias acerca da prestação dos cuidados.

Entre si eu acho que é um relacionamento, assim, tranquilo, entre aspas, cada um tem seu jeito de ser, ou você se entende ou então muda de setor (AE2).

Em relação ao ... relacionamento entre a gente... bom lá na minha enfermaria agora está tranquilo ... pelo menos eu e as meninas que estão agora tá mais tranquilo, um relacionamento bom. Esses dias tinha uma outra pessoa que entrou (técnica de enfermagem), que assim, ela já entrou causando e foi um pouco complicado para gente. Ela ficou um mês com a gente, mas foi um mês bem conturbado (TE2).

Na minha enfermaria, a gente tem um relacionamento muito bom, eu e as outras colegas, no nosso plantão. Às vezes, a gente se chateia com os outros plantões que ... não prestam atenção ou deixam algumas coisas sem fazer ou algumas coisinhas assim em relação a criança mesmo, paciente (TE3).

O nosso trabalho é em equipe. É conjunto, enfermeiro e técnico de enfermagem. E a nossa relação, em relação ao contexto geral de equipe, é muito boa (ENF4).

Ainda, uma enfermeira acrescentou a sua disponibilidade para estabelecer e/ou aceitar mudanças no cotidiano do trabalho da enfermagem.

... eu enquanto enfermeira lá no meu setor sou muito aberta para mudança de rotina desde que seja para o benefício da equipe. Eu nunca vou determinar que aquilo ali seja cumprido, vendo que os funcionários estão sendo massacrados por aquela rotina. Então eu não gosto de trabalhar assim. Se eu vi que funcionou, que não deixou nada perdido, enfim, seja a rotina que for, que foi o melhor para o serviço e para os funcionários, eu procuro trabalhar dessa maneira. Mas ainda tem colegas que querem impor uma coisa e não pensa que o funcionário está cansado, que o funcionário está desenvolvendo uma LER (Lesão por Esforço Repetitivo) de tanto ficar lá fazendo

medicação. Então, tem muita gente que ainda tem essa visão muito fechada (ENF2).

Para o bom andamento do trabalho, faz-se necessário atitudes que favoreçam o bem-estar do profissional, o bom relacionamento com a equipe, a formação e capacitação profissional, além do trabalho reconhecido e valorizado (RODRIGUES; CALEGARI, 2016).

As depoentes destacaram que o uso dos *smartphones* prejudica o relacionamento da equipe de enfermagem durante as atividades laborais:

... tem gente (equipe de enfermagem) que esquece da vida para ficar no telefone (ENF2).

o que me incomoda muito, já até falei no meu setor, é um desabafo ... que o servidor vem para o hospital, ... agarrado no zap zap, no celular e no fone de ouvido. Acho que se você é um profissional de enfermagem, você não tem que estar com fone de ouvido ... A criança chegou do CTI, a pessoa estava sentada, eu tive que chamar, fulana me ajuda, fulana me ajuda, eu tive que falar umas três vezes ... você não precisa passar 50% do seu dia, do seu plantão no celular ... eu já vi gente agarrado no celular e ali no paciente olhando soro, isso é falta de respeito com o paciente (TE6).

Todo paciente cirúrgico que chega ou toda criança que chega, ele (colega de trabalho) nunca está pronto para te ajudar porque ele está ocupado ali jogando (no celular) ou fazendo alguma coisa. ... Muitas vezes, você fica até assim, vai lá para fora, respira fundo, conta até dez e volta para enfermaria. Que é coisa que acontece direto. Entendeu? ... Teve gente tirando medicação e o celular está aqui aberto no whatsapp (TE5).

A participação de grupos de um aplicativo de celular é importante para o bom andamento das atividades laborais, conforme o relato:

....existe o tal do whatsapp corporativo, tem até gente fazendo estudo sobre isso já. Aqui eu tenho dois grupos que são de fundamental importância para eu utilizar no momento de trabalho, que é o grupo da enfermaria, que, às vezes, tem alguma observação da enfermaria que eu paro o que eu estou fazendo, vou mandar no grupo porque pode ser que alguém vá esquecer na passagem do plantão, então, pode ser uma garantia. E tem o grupo dos enfermeiros. Então... é o momento que você precisa... a proibição, até que ponto seria válida ou não. A pessoa tem que ter bom senso (ENF2).

Diante dos relatos, pode-se supor que se por um lado, as redes sociais digitais acessadas por meio dos *smartphones*, podem ser consideradas motivo de desagrado entre profissionais, quando usadas durante as atividades laborais, por outro, elas se tornam dispositivos eficientes de comunicação na medida em que seu uso pode contribuir de forma rápida para solução de problemas.

No que diz respeito ao relacionamento entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional, quatro depoentes mencionaram a relação de confiança entre os profissionais:

lá na enfermaria também, com os médicos, fisioterapeuta, tudo tem um bom relacionamento. Até porque os médicos de lá, confiam bem até nos técnicos de enfermagem, às vezes, você vai lá e fala, ah é isso, isso e isso, às vezes, uma coisa que você já está acostumada, que você já está vendo todo dia, eles aceitam bem, às vezes, eles fazem do jeito que a gente fala para poder fazer o que é melhor, entendeu (TE2).

A gente trabalha em equipe. Com a médica, fisioterapeuta... também é muito bom, graças a Deus a enfermaria que eu trabalho, tem um relacionamento muito bom todo mundo (TE3).

E seguindo esse raciocínio de relacionamento, a gente tem um relacionamento muito bom com a equipe multidisciplinar. A gente tem acesso à fisioterapia ... a mesma coisa a fono ... psicóloga, enfim, com o próprio médico ... eu acho que aqui, eu vejo essa coisa da equipe multidisciplinar, um relacionamento muito bom, as pessoas são muito parceiras em prol da saúde da criança. Então, eu vejo isso de uma maneira muito legal aqui (ENF2).

... tenho uma boa interação com o serviço social ... Hoje a gente está bem... talvez não seja a palavra certa, abastecido, mas hoje nós temos um serviço social bem atuante na minha enfermaria, coisa que eu não tinha há muito tempo (ENF3).

Corroborando com os achados, estudo realizado na pediatria de um hospital Universitário público mostra que a maioria dos profissionais percebem uma boa cooperação profissional em relação aos integrantes da equipe. Esse estudo evidencia ainda, que as ações coletivas facilitam e contribuem para o desenvolvimento e qualidade do trabalho prestado pela equipe aos usuários da clínica pediátrica (NUNES; WOVST; COSTA NETO, 2014).

Diante disso, para que o trabalho em equipe seja realizado, faz-se necessário a cooperação dos vários sujeitos envolvidos nos processos de trabalho hospitalar. Essa

cooperação é ferramenta fundamental para a articulação das ações e interação entre os agentes (ROTHEBARTH, 2016).

Apesar disso, duas depoentes destacaram que o relacionamento, principalmente, entre a equipe de enfermagem e os médicos residentes necessita ser respeitoso:

Uma coisa que está acontecendo, assim, até erro nosso, da enfermagem, o residente fala assim “Faz uma dipirona na criança” ... A gente faz. Ele falou verbalmente. Depois falamos “Doutor, prescreve isso aqui que o senhor pediu para fazer.” “Eu não mandei, não.” Aconteceu muito isso com a gente ... Ainda bem que a enfermeira estava perto e viu ... Então, tem muito conflito entre enfermagem e médico (TE9).

Por exemplo, eu acho que ainda está faltando um pouco de respeito de médico com técnico de enfermagem e com enfermeiro. Eu, por exemplo, eu sou muito respeitada – sabe? – mas eu vejo ... residentes novinhos ... com um pouco de agressividade ... menosprezando o trabalho daquele que tem tanto tempo ... aqui, que tem um conhecimento vasto, inclusive para passar para ele (ENF4).

Os conflitos surgem entre as diversas categorias profissionais. No trabalho em saúde não é diferente. É comum vivenciar, no ambiente hospitalar, desentendimentos entre enfermeiros e médicos. Os conflitos interpessoais entre essas categorias costumam interferir no andamento do trabalho em saúde (AMESTOY et al., 2014).

Já os conflitos entre a equipe multiprofissional, envolvendo principalmente o médico, tornam-se um desafio para o enfermeiro. Diante disso, faz-se necessário desvelar a causa, para que soluções e estratégias de enfrentamento possam ser criadas, pois em ambientes onde os conflitos estão presentes, o rendimento profissional é menor, há baixa motivação e a qualidade da assistência é afetada (AMESTOY et al., 2014).

A enfermeira ENF4 evidencia que os conflitos aconteçam devido a insegurança dos médicos residentes em atuar na pediatria.

... eu acho que é insegurança que eles (residentes) têm em relação à pediatria, é o medo de eu estar, até mesmo intervindo num procedimento deles, porque se deixar, a gente que tem muito mais tempo, a gente intervém ... Ele ainda se sente o dono da equipe. Ele se sente o dono do plantão, ele se sente como só ele soubesse ... Eu estudei, eu tenho conhecimento também. Não é minha função

prescrever, mas eu sei como é que prescreve. Eu sei como que ele vai prescrever. De repente, eu não sei o que ele pode usar, mas com o meu tempo, eu sei que vai entrar uma oxi quem tiver um abscesso ... Está me entendendo? (ENF4).

Estudo sobre a realidade do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás, constata que, na visão médica, não há conflito consolidado entre médicos e enfermeiros, ou mesmo entre médicos e equipe multiprofissional envolvida no cuidado ao paciente. Ainda, destaca, que os fatores geradores de conflitos estavam relacionados às condições de trabalho e ao fato da instituição ser um hospital-escola. Em contrapartida, os fatores que se configuraram preventivos de conflitos estavam relacionados à comunicação interprofissional; à autonomia da equipe, com divisão de função entre as partes; e à compreensão da importância da boa relação profissional para o cuidado do paciente (OLIVEIRA et al., 2010).

3.3 INSTRUMENTOS PARA O TRABALHO DA ENFERMAGEM: ESPAÇO FÍSICO E RECURSOS MATERIAIS

Este tópico descreve as diferentes nuances do espaço físico das enfermarias frente à permanência do familiar/acompanhante, o próprio espaço destinado a equipe de enfermagem, bem como os recursos materiais disponíveis nas enfermarias.

Quatro participantes mencionaram a disponibilidade de local para a guarda dos pertences dos familiares/acompanhantes:

Na minha (enfermaria) tem um armário estreito para quem fica muito tempo e aí, geralmente, acaba indo para cima do armário, em outros cantos, ... porque não cabe (AE2).

A família foi inserida ... dentro da enfermaria, só que não arrumaram esse espaço também para família. ... não existe um armário apropriado para a família ... hoje temos moradores no hospital, que é o caso de uma paciente ... que tem dois anos que está aqui no hospital. Então, teria que ter um espaço melhor para esse pessoal. ... as coisas ficam lá em cima de... uma bancadinha, ou na mesinha mesmo de curativos, ... armário mesmo não tem (TE7).

... a gente não tem um armário amplo, ... essas mães, às vezes, querem trazer a casa inteira, elas não são de Vitória, elas são de outro

município ou de outro estado, não tem onde colocar, elas vão e colocam no canto do berço ou vão e colocam no chão ... (ENF2).

... temos um armário para o acompanhante guardar os pertences quando interna... mas, é um armário único... Então, a bolsa dela fica ali (ENF3).

Os relatos evidenciaram a inexistência de um espaço para que os familiares/acompanhantes organizem seus pertences de maneira adequada e segura enquanto permanecem com as crianças na unidade de internação.

Corroborando com isto, o estudo realizado por Oliveira (2012) ressalta que não há armários na enfermaria, apenas escaninhos junto à recepção geral do hospital. Isto faz com que os objetos pessoais dos pacientes e acompanhantes fiquem espalhados pelo setor, gerando desordem e até mesmo incomodando os outros pacientes internados.

A inadequação do espaço físico para a acomodação do leito da criança e da poltrona do familiar/acompanhante também foi apontada pelas depoentes:

Lá na nossa enfermaria, com relação ao espaço físico, tem alguns problemas relacionados a muita criança e pouco espaço, que fica um pouco apertado, até mesmo para família também fica assim. ... antes eram sete leitos e agora eles colocaram mais um leito ... e tem criança que fica no respirador... (TE2).

Na minha enfermaria também o espaço é muito ruim, a enfermaria é pequena, também com sete leitos e fica muito grudadinho também ... os pacientes, os acompanhantes (TE3)

Nosso espaço físico é muito prejudicado ... o espaço de um metro até existe de um leito para o outro, mas nesse um metro tem a poltrona do papai que ocupa espaço ... É muito complicado, é muito prejudicado essa questão de espaço físico aqui (ENF2).

Os nossos berços, a gente não tem como respeitar um metro de cada um (ENF4).

Modificações na estrutura das enfermarias podem melhorar a alocação dos pacientes e de seus acompanhantes, além de facilitar a assistência prestada pela equipe de saúde. A redução do número de leitos por enfermaria pode oferecer melhores condições para a

permanência do acompanhante possibilitando a instalação de uma poltrona ao lado da cama da criança (BOSQUEROLLI, 2011).

No que se refere ao repouso dos acompanhantes, estudo de Morais, Souza e Oliveira (2015) enfoca que o uso de poltrona reclinável é desconfortável, pois o estofamento é rígido, além da superfície não ser retilínea. Por permanecerem longos períodos no hospital e o fato do mobiliário para descanso não ser uma cama, o desconforto sempre será uma queixa.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde destaca que, nas unidades de internação, as enfermarias de criança devem ter espaços para poltrona de acompanhante ao lado do leito. A RDC 50 estabelece ainda, que o número máximo de crianças por enfermaria é 12 e que a distância entre os berços deve ser de 1 metro (BRASIL, 2002).

A proximidade entre os leitos nas enfermarias, cenário do estudo, favorecendo o risco de infecção foi destacada pelas participantes do estudo:

Também, em relação ao espaço físico de uma criança para outra, que tem uma precaução de contato, é pouca... Não é o espaço exigido pela... eu acho que CCIH. ... não tem um espaço adequado (AE2).

... criança com precaução de contato, não tem nem como fazer precaução de contato porque não tem espaço, para o material mesmo e para a gente ... para gente atender a criança assim, nesse estado de precaução (TE3).

Nós temos quatro crianças de contato ali, imagina, uma do lado da outra (TE9).

E em relação a ... espaço físico de enfermaria, é uma coisa que esse hospital, ... trabalha com puxadinho. ... a gente está pedindo até redução de leito, porque a gente trabalha fazendo milagre. É fazendo milagre. Não tem. E eu acho até que o nosso índice de infecção é pequeno em relação ao do aglomerado. Sabe, então o nosso espaço físico, ele é deficiente. Mas dentro do nosso espaço físico, nós ainda temos qualidade de assistência (ENF4).

A infecção hospitalar ou Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) além de frequente, é um grave problema que os hospitais enfrentam em seu dia a dia e pode contribuir

para o aumento do tempo de internação, da morbidade, da letalidade, dos custos, além da iminência constante da disseminação de bactérias multirresistentes (SÃO PAULO, 2010).

A adoção de medidas preventivas torna-se necessária para reduzir o risco de infecções provocadas pela exposição e contato dos profissionais a materiais biológicos. Essas medidas incluem as Precauções Padrão e as Precauções Baseadas na Transmissão (LACERDA, 2014).

Entende-se por Precauções Padrão, os procedimentos - lavagem das mãos; uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) como máscara, luvas, protetor de olhos, avental; manejo e descarte corretos de resíduos e materiais perfuro/cortantes e imunização dos profissionais para a assistência a qualquer paciente com suspeita de contaminação ou processo infeccioso, objetivando diminuir o risco de transmissão de microrganismos de fontes de infecção. As Precauções Baseadas na Transmissão são subdivididas em três categorias: precauções por gotículas; contato; e aerossóis. Estas devem ser estipuladas de acordo com o mecanismo de transmissão das patologias e designadas aos pacientes suspeitos ou infectados (LACERDA, 2014).

Para evitar infecção cruzada, não basta que a distância entre os leitos seja respeitada, é necessário, também, que os profissionais e os familiares/acompanhantes respeitem as medidas preventivas de proteção.

Em relação as instalações sanitárias, existe inadequações quanto à dimensão dos banheiros das crianças e a distância entre os banheiros dos familiares/acompanhantes e as enfermarias, como foi evidenciado nos depoimentos:

... não tem um banheiro para família está indo de noite, tem que vir aqui longe para poder ir no banheiro... Para as crianças até que tem assim, com relação as crianças até que é bom porque tem o banheirinho para as crianças, tem um lugarzinho de tomar banho (TE2).

... para os pais também não tem banheiro, um banheiro de banho para criança e um sanitário, muito apertado. Criança grande mesmo para se locomover nesse banheiro é terrível porque é muito apertado mesmo (TE3).

Os familiares/acompanhantes da criança hospitalizada possuem necessidades relacionadas ao primeiro nível hierárquico das necessidades humanas básicas, ou seja, as

necessidades fisiológicas. O estudo de Morais, Souza e Oliveira (2015) constata que os acompanhantes apresentam dificuldades de suprir as necessidades de higiene corporal e eliminações fisiológicas, devido ao número insuficiente de banheiros destinados a esta clientela na enfermaria.

A RDC nº 50 de 2002, especifica que como ambiente de apoio deve haver “banheiro para acompanhante na pediatria (quando existir enfermaria)” (BRASIL, 2002, p. 45). Vale ressaltar que o quantitativo de banheiros e as dimensões para número de acompanhantes não são estipulados na referida resolução.

As condições mínimas de conforto não são garantidas para os familiares/acompanhantes permanecerem nas enfermarias durante o período de hospitalização das crianças, conforme os relatos:

... até para família está ruim porque fica ... um sofá coladinho no outro, uma mãe aqui, um pai lá, agarradinho, tudo grudadinho um no outro (TE2).

... e focando nessa questão do acompanhante presente, o que me incomoda muito é saber que ela está ali do lado ... que ela não tem uma condição boa para descansar. ... aquela cadeira que ela fica sentada ... quebra toda hora e a gente ... conserta, porque pede o serviço externo de manutenção para ajudar e, às vezes, por falta de material, falta equipamentos, ... não tem como fazer exatamente naquele momento ... e a gente sofre com isso, a gente sente (TE6).

A condição de permanência do acompanhante na enfermaria é bastante insatisfatória. Os mobiliários existentes não apresentam nenhum conforto e acabam interferindo até mesmo no psicológico dos pais e pacientes que, além de lidarem com a doença, acabam tendo ainda mais estresse em decorrência da falta de humanização proposta por tais acomodações (OLIVEIRA, 2012).

Para os acompanhantes, a mudança de rotina de vida, o afastamento das atividades cotidianas, incluindo o trabalho, o fato de estarem no ambiente hospitalar por um longo período de tempo e a exposição à situações adversas são fatores que tornam a estadia estressante e cansativa (SILVA, BALLARIN, OLIVEIRA, 2015).

Ao investigar como o ambiente construído pode contribuir para a humanização de espaços de saúde, em particular, de enfermarias pediátricas, Oliveira (2012) identificou solicitações de melhorias na infraestrutura de apoio ao acompanhante. Os desejos da equipe de saúde em relação aos acompanhantes apontam para acomodações mais confortáveis, além da disponibilidade de banheiros em todas as alas.

Corroborando com a situação, Silveira e Oliveira (2011) também constataam que os locais disponíveis para o descanso dos familiares/acompanhantes de crianças hospitalizadas, não ofereciam conforto ou estavam em mal estado de conservação.

Considerando que a abordagem da assistência de enfermagem com base no modelo centrado na criança e sua família é o ideal, evidências mostram, que esse modelo ainda não se disseminou no país devido à dificuldade de empoderamento da família frente à hospitalização da criança, à (des)estrutura organizacional e física de algumas instituições hospitalares e a não aplicação e fiscalização de políticas públicas de saúde (CRUZ; ANGELO, 2011).

Ainda, uma enfermeira complementou que as enfermarias eram divididas de acordo com a patologia da criança, contudo, atualmente, devido a superlotação, elas estão perdendo esta característica:

... as enfermarias não tem espaço para gente enfiar as crianças que vão aparecendo. Então, lá na nossa clínica que era nefrologia até um tempo atrás, agora interna anemia falciforme, tem hemato, mas não dá conta, porque os oncológicos estão ocupando os leitos lá também ... erro inato de metabolismo até não querer mais, interna de tudo e mais um pouco porque não tem onde colocar. Então, o hospital infantil, ele meio que perdeu o perfil das enfermarias, não tem uma enfermaria específica para cada coisa, acho que a única coisa que mantém ainda, é a oncologia e a ortopedia. Quando ainda está muito cheio, se precisar eles colocam lá ... e os isolamentos porque não tem como você misturar infecto com outra coisa (ENF2).

Ao considerar a doença como foco, o cuidado se direciona à patologia, seus sinais e sintomas. Elsen e Patricio (2005) destacam que nessa abordagem assistencial a área física em geral existe para atender as necessidades dos profissionais e o ambiente é pobre ou desprovido de caracterizações infantis.

Cabe destacar, também, que na realidade do hospital infantil, cenário do estudo, as

enfermarias não são separadas por faixa etária ou por sexo, o que pode gerar desconforto e falta de privacidade como observado no trecho que se segue:

O pai da criança (menino) do leito cinco se dirigiu a varanda do setor, onde estavam alguns materiais guardados, e buscou um biombo. O abriu entre o leito de seu filho e de outra criança (menina) para trocar sua fralda (Observação dia 14/06/16).

Em estudo realizado com pacientes, acompanhantes e funcionários, Oliveira (2012) ressalta as recomendações sugeridas pelos depoentes quanto a adequações às necessidades dos pacientes, como separação dos leitos por faixa etária, tamanho de mobiliário e também tipo de atividades de recreação.

O trecho da observação evidenciou que na enfermaria, cenário do estudo, também existe grande diferença de faixa etária entre as crianças internadas, quando na enfermaria “Clínica Pediátrica 2”, o bebê do leito três possui apenas 2 meses e a criança do leito cinco possui 8 anos.

Para facilitar a descrição, identifiquei as crianças pelo número do leito. Leito 1 – bebê de 7 meses ... Leito 2 – criança de 3 anos; ... Leito 3 – criança de 2 meses, em capuz de O2; ... Leito 4 – criança de 2 anos ... Leito 5 – criança de 8 anos ... Leito 6 – criança de 1 ano ... Leito 7 – bebê de 1 mês, em Capuz de O2 (Observação dia 09/06/15).

A larga abrangência de faixas etárias nas enfermarias pediátricas pode fazer com que crianças mais velhas se sintam deslocadas e até mesmo fragilizadas devido ao fato dos setores, geralmente, possuírem espaços infantilizados que agradam sobretudo os pacientes mais novos. Agregado a isto, os elementos lúdicos também devem ser coerentes com a idade de seus pacientes, ou então os objetivos não serão alcançados, podendo gerar reações opostas às almejadas (OLIVEIRA, 2012).

Se por um lado, há déficit de espaço físico e condições ideais para a criança e sua família na instituição, por outro o depoimento da enfermeira destacou que as mães se tranquilizam por terem conseguido vaga de internação para a criança na enfermaria.

Uma coisa que eu percebo muito claro ... geralmente ... quando elas (mães) entram, olham a enfermaria, elas sentem alívio. Porque normalmente elas estão no Pronto Socorro ... em condições subumanas... um monte de gente ... não tem como ir ao banheiro para urinar, para tomar um banho, então condições muito ruins ... Mesmo

que a gente não tenha as melhores condições na enfermaria, mas tenho uma cama que, muitas vezes, está amarrada à grade com atadura, que eu tenho vergonha até de colocar a criança ali ... Então, normalmente elas não reclamam. Tudo que você vai falando ela diz: “está bom, está bom, está bom” (ENF3).

Vale destacar que as condições identificadas no relato representam a negação do que o Merhy (2002) defende como fundamental para produção de tecnologias leves (respeito, vínculo, acolhimento, reconhecimento, solidariedade), que deveriam existir cotidianamente nos modos como o trabalho é produzido pela a equipe de enfermagem.

No que tange a essa questão, estudo realizado por Oliveira (2012) apontou que os acompanhantes não reclamam das condições oferecidas nas enfermarias, uma vez que seus filhos estão sendo tratados e se sentem gratos pela vaga conseguida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe ressaltar que é direito da criança ter acompanhante ao longo da hospitalização, contudo, supõe-se que o acompanhante não é visto como parte integrante da assistência à saúde, devido ao fato do cenário do estudo ser especializado em pediatria (MORAIS; SOUZA; OLIVEIRA, 2015).

Em relação ao espaço físico destinado à equipe de enfermagem, os depoimentos apontaram que também não é o ideal, pois faltam banheiros, local ideal para descanso e acondicionamento dos pertences:

... não tem banheiro para funcionário, não tem um lugarzinho para poder o funcionário descansar, fazer um horariozinho de almoço que seja (TE2).

Para enfermagem, o postinho da gente é apertado também, não tem lugar para gente descansar, nem fazer o horário de almoço, nem descansar a noite (TE3).

Eu também concordo com o que elas falaram, também a mesma coisa lá da enfermaria, a situação de espaço físico também é complicada (TE4).

... Falta mais espaço (físico) que a gente não tem (ENF2).

Espaço físico a gente tem, só que ... não estão aproveitando o que tem (TE6).

É que assim, para os acompanhantes teve uma melhora, porque igual quando a gente entrou, todas nós temos mais de 15 anos aqui, era bem ruim, era uma cadeira de plástico, e hoje em dia já tem uma poltrona do papai para todos os acompanhantes descansar, só que infelizmente não lembraram da enfermagem ... Lembraram dos acompanhantes com essa mordomiazinha, mas a gente acaba ficando esquecido, e tem muitos lugares que assim, descanso é uma negação (TE7).

A falta de um local próprio para o conforto dos funcionários também é evidenciada no estudo de Oliveira (2012), visto que constantemente estes não conseguiam relaxar e voltar ao trabalho descansados após seu horário de direito. Atrelado a isto, foi observado que a pausa para o café era realizada na sala da chefia de enfermagem, local inadequado, já que combinava funções administrativas e de bem-estar, bem como ausência de mobiliários e equipamentos adequados à conservação e consumo de alimentos.

Em relação aos recursos materiais disponíveis nas enfermarias, oito depoentes relataram o déficit de equipamentos como berço, bomba de infusão, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, carrinho de parada cardiorrespiratória, entre outros.

...podia melhorar um pouquinho o equipamento, ... Tipo, faltar um oxímetro! A maioria das vezes para as crianças não tem... O respirador, ele tem que ser mais ... testado, porque, às vezes, a gente vê e não está funcionando, e aí você corre atrás de outro e, assim, vai ... (AE2).

... com relação a esse negócio de equipamento, eles querem olhar um lado que é internar a criança, mas eles não olham se realmente tem aquele recurso para poder a gente usar na criança. ... você chega lá e não tem o hood, ... ou então um oxímetro, que é o maior problema de todos aí é esse oxímetro ... (TE2).

Agora, equipamentos, precisa de um oxímetro, nossa você roda o hospital inteiro, é muito difícil ... berço, bomba de infusão é muito complicado porque não tem disponível a quantidade que tinha que ter. Aí a gente acaba sendo prejudicado nisso daí para trabalhar (TE3).

o paciente está ali faz 2 meses e, às vezes, só tira para fazer a desinfecção e põe a mesma bomba porque não tem outra para colocar no mesmo lugar ... (TE5).

... agora em equipamento nós estamos com necessidade de saturímetros. Procura um saturímetro nesse hospital infantil! Você não consegue encontrar ... monitor cardíaco você não consegue encontrar

... bomba de infusão. As bombas a gente coloca para funcionar, aí fica ali funcionando, daí a pouco a bomba para do nada (TE6).

Conseguimos um carrinho de parada ... eles providenciaram, mas acho que todas as enfermarias deveriam ter e não tem (TE7).

monitor cardíaco, ... isso realmente é o problema do hospital infantil. Não tem. A gente tem um saturímetro lá na enfermaria que a gente vai revezando de quem está ruim, de quem está pior. Aí tira do ruim para botar no pior (ENF2).

... está faltando ... equipamentos. Está faltando oxímetro (ENF4).

A gestão de materiais (processo no qual se planeja, executa e controla o fluxo de materiais) influencia de forma significativa no processo de trabalho dos profissionais que atuam diretamente na assistência. Porém, essa questão só se torna perceptível quando ocorre algum evento negativo, como qualidade e quantidade insuficiente de materiais, bem como a falta de manutenção preventiva de equipamentos, não obtendo a valorização necessária dos profissionais envolvidos (GARCIA et al., 2012).

O estudo que analisa o processo de trabalho da equipe de enfermagem no cuidado de crianças em situação de emergência evidencia que a escassez de recursos materiais e problemas relacionados ao mobiliário dos setores em um hospital geral, dificultava a implementação de ações de enfermagem, repercutindo diretamente no cuidado (NEVES, et al., 2016).

Diante dessas questões, pode-se supor que as tecnologias duras (ambiente, materiais e equipamentos) quando em condições precárias ou em situação de escassez, afetam o desempenho do processo de trabalho da equipe de enfermagem e a qualidade do serviço ofertado.

No que se refere às dificuldades encontradas para o trabalho em equipe na pediatria de um hospital universitário público, o estudo expõe problemas relacionados ao espaço físico e recursos materiais como relevantes. Com isso, pode-se inferir que os recursos materiais e equipamentos, muitas vezes, sucateados, interferem no bom funcionamento da equipe, imprimindo à mesma um desgaste profissional, aumento do estresse e a necessidade de improvisos frequentes, principalmente em situações de emergência (NUNES; WOVST; COSTA NETO, 2014).

As tecnologias duras que permeiam o cuidado à criança e sua família envolvem infraestrutura física e material (MERHY, 2002). Em relação às tecnologias duras, as participantes apontaram a preocupação com a limitação e disponibilidade desses recursos necessários para implementar com qualidade e responsabilidade os cuidados de enfermagem.

Duas depoentes mencionaram os acessórios inadequados para os equipamentos e o déficit de medicamentos:

... tem um equipo que não encaixa na bomba, ... você acaba tendo que fazer uma gambiarra (TE4).

... Só que como todo SUS, tem muita coisa que acaba faltando, você precisa dar uma medicação e não tem na farmácia (ENF2).

Em um estudo que objetivou identificar a percepção sobre a gestão de material médico-hospitalar no processo de trabalho de profissionais em hospital público de média complexidade, a escassez de equipamentos necessários e específicos também foi referida como aspecto negativo para a execução do trabalho (GARCIA et al., 2012).

O cuidado e o zelo com os materiais permanentes nas organizações de saúde, é essencial para que o patrimônio seja preservado e obtenha durabilidade, já que foram projetados para serem usados por um tempo prolongado (GARCIA, et al., 2012).

A esse respeito, uma técnica de enfermagem acrescentou:

Às vezes, o berço também, ... eles ficam caçando berço em tudo que é lugar, porque tem que internar ... vem um berço todo quebrado, que você tem que ficar se virando. Ou você encosta a parte quebrada na parede ou você amarra com alguma coisa ... com atadura, com esparadrapo (TE2).

Estudo realizado em um hospital público, de média complexidade, localizado no Paraná, aponta que um dos principais problemas enfrentados na instituição é o mau uso dos equipamentos e a falta de manutenção, influenciando diretamente a qualidade da assistência. Os participantes expressaram que é moroso o processo de manutenção corretiva e ausente o preventivo, sendo que os consertos dos materiais permanentes são realizados apenas quando não há condições de uso (GARCIA et al., 2012).

As depoentes mencionaram as condições das poltronas dos familiares/acompanhantes que foram adquiridas há aproximadamente dois anos.

... essas cadeiras (dos acompanhantes) chegaram em outubro do ano passado, vai fazer 1 ano, qualidade ruim ... porque essa cadeira nova só teve beleza, mas não durou nem 3 meses porque começou a quebrar aqui, quebrar ali, tem locais (enfermarias) que já estão até desprezando. ... esses dias eu até me machuquei numa cadeira daquelas, que eu fui tentar ajudar e pegou na minha perna e machucou bastante. Não sei na enfermaria das colegas, mas na minha enfermaria as cadeiras estão todas quebradas (TE5).

... fora que a CCIH tem implicância com a poltrona, mas não sei nem como eles aprovaram essa daí, entra lixo, tudo lá dentro. Você olha, ela está cheia de lixo. Então é complicado (ENF2).

Corroborando com os relatos, estudo realizado em uma enfermaria pediátrica de um hospital geral do Rio de Janeiro, aponta que especificamente quando se trata de bens duráveis, as cadeiras destinadas aos acompanhantes também foram apontadas como ruins além de desconfortáveis, não atendendo, portanto a necessidade individual de conforto para dormir (NEVES, et al., 2016).

Por outro lado, cinco entrevistadas destacaram que as demandas são atendidas para o desempenho das atividades:

... de outra experiência de SUS que eu já tive, aqui falta pouca coisa (falando de materiais). Não tem o que reclamar. Tem material para trabalho ... (AE2).

No meu setor, materiais, graças a Deus eu não tenho do que reclamar ... Assim, sempre tem. Falta uma coisinha ou outra de vez em quando mas é raro. (TE3).

... material a gente está bem, ... (TE6).

Até que não tenho o que reclamar disso (materiais e equipamentos) não, a gente tem ... (TE7)

... a gente tem recursos materiais ... em demasia, fantástico (ENF 4)

Pode-se supor que a satisfação dos participantes em relação à disponibilidade de material, reflete o adequado planejamento do enfermeiro do setor e dos gestores da

instituição. Ou seja, em se tratando de processo de trabalho em saúde, os instrumentos indispensáveis para transformar o objeto (produção do cuidado) em um produto (cura/saúde) na instituição pesquisada são, em sua maioria, considerados suficientes e apropriados.

O trecho de observação mostra que quando os equipamentos como berços são novos ou estão em bom estado, os profissionais fazem questão de guardá-los no setor para não correrem o risco de ter que permanecer com os danificados, demonstrando zelo pelos equipamentos da enfermaria.

As duas técnicas de enfermagem afastaram três berços com o intuito de colocar no setor uma cama hospitalar para internar uma criança de 8 anos, com dreno de tórax bilateral, de alta do Centro de tratamento intensivo (CTI). ... Após tudo pronto, uma das técnicas comentou com a outra que o colchão da cama tinha exatamente o mesmo tamanho do colchão do berço. Ela questionou se não era melhor retornarem com o berço para o setor, já que mesmo estava em ótimo estado de conservação e elas correram o risco de ficar sem ele. Após concluírem que cama e berço realmente tinham o mesmo tamanho e que diante disto, a criança de 8 anos provavelmente caberia no berço, retornaram com ele para o setor (Observação dia 17/11/15).

Ainda, uma enfermeira destacou a comissão de compras de materiais da instituição que reconhece e acata o parecer dos profissionais quando algum material é desaprovado por eles. Ela acrescentou ainda satisfação em relação aos materiais para curativo disponíveis no hospital e mencionou o trabalho em equipe que desenvolve junto com os profissionais da farmácia.

Por exemplo, a gente teve recentemente “transofix”, muito ruim para perfurar o soro, a gente se machucava. Então a gente faz uma cartinha para comissão de parecer e eles reprovam e não pedem mais. E a gente está com coisas muito boas, por exemplo, para curativo, a gente tem dos melhores no hospital que, às vezes, não são manipulados diretamente pela enfermagem, mas a gente chama a cirurgia plástica e eles fazem o que tem que ser feito ... Às vezes, a gente trabalha muito em conjunto com a farmácia, para pedir solicitação de compras de medicação ou de material não padronizado, a gente consegue isso aí (ENF2).

A participação do enfermeiro nas compras de materiais tem se tornado notável, na medida em que há melhora na qualidade dos produtos. Contudo, mesmo não atuando

diretamente da escolha dos materiais, pode-se utilizar como apoio uma ficha de avaliação da qualidade do produto antes do mesmo ser aceito na unidade, o que auxilia na intenção de evitar um produto de qualidade inferior (GARCIA, 2012).

Vale ressaltar que não é possível oferecer assistência de qualidade se não houver uma integração entre as ações assistenciais e gerenciais. O enfermeiro necessita atualizar-se em relação aos aspectos essenciais de uma unidade de internação, como a escolha do material hospitalar (GARCIA, 2012).

Diante dessas questões, vale ressaltar, que o modelo assistencial proposto por Merhy (2003), deve ofertar todas as tecnologias (leve, leve-dura, dura) indispensáveis aos cuidados dos usuários. O autor afirma que mesmo necessitando de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho precisa, ainda, ter no seu núcleo de cuidado, a hegemonia do trabalho vivo, sustentado pela integralidade da atenção. Ou seja, a rede assistencial ao usuário, deve ser acompanhada em todo seu percurso, pelo profissional ou equipe com a qual se formou o vínculo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As participantes destacaram as ações de enfermagem nas dimensões técnica ou instrumental do trabalho como atendimento das necessidades de higiene corporal, aferição dos sinais vitais, administração da dieta, procedimentos invasivos, bem como sondagem e aspiração das vias aéreas superiores.

As condutas para assistência à criança eram estabelecidas, à priori, pela equipe médica. Com o intuito de dinamizar o trabalho, a equipe de enfermagem criou o cartão de medicação, que tornou possível a checagem dos medicamentos e da dosagem, mesmo quando não estão disponíveis as prescrições médicas do dia.

A visita da equipe de saúde à beira dos leitos evidenciou a reduzida participação e troca de experiências entre os profissionais, com destaque, para a ausência dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

A passagem de plantão da equipe de enfermagem não foi semelhante nas enfermarias, cenário do estudo. Enquanto, numa enfermaria, os profissionais dos serviços diurno e noturno passam de leito em leito, de forma a assegurar a transmissão de informações sobre as condições de saúde das crianças, em outras, passam verbalmente, no posto de enfermagem, sem a presença das crianças. Tal fato foi justificado pela intencionalidade de não acordar as crianças e os familiares/acompanhantes, já que o horário desta passagem de plantão ocorria entre 6h às 6h30min da manhã.

O trabalho nas enfermarias, cenário do estudo, era produzido de forma parcelar, por meio da divisão de tarefas. Algumas profissionais prestavam cuidados técnicos às crianças, e outras eram responsáveis pela administração das medicações.

Quanto à participação da família na prestação de cuidados às crianças, constatou-se a importância da comunicação entre o familiar/acompanhante e a equipe, na medida em que os membros da família eram ouvidos e as suas opiniões eram levadas em conta. Por outro lado, evidenciou-se o familiar/acompanhante como um elemento para suprir o déficit de funcionários da instituição. Desse modo, os cuidados relacionados à alimentação e à verificação da temperatura eram atribuídos a ele.

Considerando que os conhecimentos científicos são alguns dos instrumentos base,

para um agir com competência, o estudo apontou que a equipe de enfermagem buscava informações/atualizações por meio de estudo ou com colegas, já que nem sempre a instituição oferecia treinamentos, bem como não possuía uma equipe destinada à educação em serviço.

Os depoimentos apontaram saberes da equipe de enfermagem relacionados aos cuidados como administração de medicamentos, higiene corporal, oxigenoterapia, bem como a transmissão de infecção hospitalar.

A iniciativa para atender as demandas do ambiente de trabalho foi mencionada pelas participantes. Os depoimentos revelaram que, de maneira geral, as profissionais adquiriram habilidades, por meio da repetição de tarefas, em virtude do tempo de trabalho na instituição. Mais uma vez, as depoentes estavam focadas no cuidado técnico, seguindo rotinas institucionais, e não abordaram as relações de escuta ativa, acolhimento e vínculo com a criança e sua família como habilidades da equipe de enfermagem.

Em relação aos aspectos inerentes à presença do familiar/acompanhante nas enfermarias, cenário do estudo, constatou-se que a maioria das crianças estava acompanhada pelas mães, seguidas dos pais e em menor escala pelas avós e tias.

As informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico da criança transmitidas ao familiar/acompanhante, foram destacadas como atribuição da equipe médica. Contudo, em busca de conforto, os acompanhantes procuravam informações com a equipe de enfermagem.

Com relação às informações acerca das rotinas da enfermaria, destaca-se que a instituição possui uma “Cartilha para Acompanhantes” que não tem sido entregue no momento da internação. Contudo, as participantes destacaram a necessidade dessas rotinas para que o familiar/acompanhante tivesse conhecimentos dos seus direitos e deveres. Dessa forma, não há uniformidade de normas no cenário do estudo, já que cada enfermeiro, responsável pela enfermaria, estabelece suas próprias condutas. Essa situação acaba por gerar (des)entendimentos entre os familiares/acompanhantes e a equipe de saúde sobre horários de banho, alimentação, administração de medicamentos, entre outros.

O estudo evidenciou que a longa permanência do familiar/acompanhante na enfermaria, faz com que eles se tornem emocionalmente fragilizados, em virtude de noites mal dormidas, barulho de pessoas e dos equipamentos, e cumprimento de normas e rotinas.

A equipe abordou a importância de dar suporte ao familiar/acompanhante no que tange as necessidades físicas e espirituais para assegurar que o cuidado à criança continuasse sendo compartilhado com a família. Assim, as depoentes citaram os cuidados de higiene e de vestuário da criança e sua família, bem como a tentativa de resolução dos problemas de saúde do familiar/acompanhante durante a hospitalização das crianças.

Em se tratando de relacionamento interpessoal entre equipe de enfermagem, criança e família, a criação de vínculo fortaleceu as relações humanas entre equipe e família. Contudo, os profissionais de enfermagem revelaram dificuldades em estabelecer limites ao relacionamento.

Os relatos dos profissionais de enfermagem indicaram que a presença do familiar/acompanhante beneficiou o cuidado à criança, contudo, apontaram também, os conflitos e as dificuldades desencadeados pelos encontros e as relações face a face. Entre os conflitos destaca-se: a interferência do familiar/acompanhante na assistência prestada às crianças principalmente durante procedimentos invasivos como punção venosa, passagem de sonda nasogástrica e administração de medicamentos, que impedem, em alguns momentos, que a criança receba os cuidados prescritos; a falta de privacidade, relacionada a estrutura física da enfermaria, que possibilita que o familiar/acompanhante responda a perguntas feitas pela equipe médica aos profissionais da enfermagem, informe o estado de saúde de outras crianças hospitalizadas, e descreva os fatos ocorridos nos fins de semana durante a ausência do enfermeiro; a impaciência de alguns familiares/acompanhantes que frequentemente se desentendem com a equipe de enfermagem por quererem prioridade no atendimento da criança.

No que diz respeito ao relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem, as depoentes destacaram que o uso dos *smartphones* prejudica as relações durante as atividades laborais. Se por um lado as redes sociais digitais, acessadas por meio dos *smartphones*, se mostraram motivos de desagrado, por outro, foram descritos como dispositivos eficientes de comunicação, na medida em que seu uso pode contribuir de forma rápida para solução de problemas surgidos no transcorrer do trabalho.

Quanto ao relacionamento entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional as depoentes mencionaram a relação de confiança entre os profissionais, contudo, a relação entre elas e os médicos residentes necessitava ser mais respeitosa.

No tocante ao espaço físico, as enfermarias são divididas por patologia e que há déficit importante de espaço destinado à criança e sua família, como falta de local para o acondicionamento dos pertences ou o mesmo não é adequado; as cadeiras para descanso não favorecem o repouso, além de estarem dispostas a uma distância muito próxima ao leito/berço vizinho, e os banheiros para familiares/acompanhantes ficam distante das enfermarias, bem como são em número insuficiente. O espaço físico destinado à equipe de enfermagem, também não é adequado, pois faltam banheiros, local para descanso e acondicionamento dos pertences.

A maioria das depoentes relatou o déficit de equipamentos como berços, bombas de infusão, oxímetros de pulso, monitores cardíaco e carrinhos de parada cardiorrespiratória, entre outros. Destacaram ainda, que as cadeiras dos familiares/acompanhantes não eram de boa qualidade.

Diante do exposto, ao analisar o processo de trabalho da enfermagem e sua inter-relação criança-família, evidencia-se a implementação das tecnologias leves, leve-duras e duras na prática assistencial.

A comunicação e o vínculo estabelecidos, por meio do compartilhamento de experiências e de informações entre equipe de enfermagem, criança e família foram evidenciadas como as principais tecnologias leves presentes no processo de trabalho da enfermagem do hospital pediátrico. Destaca-se que a tecnologia das relações é indispensável para a realização do cuidado.

As tecnologias leves-duras foram identificadas nos relatos dos saberes estruturados, na medida em que os profissionais referiram implementar ações de atendimento das necessidades como higiene corporal, sinais vitais, dieta, procedimentos invasivos, sondagem e aspiração das vias aéreas superiores, bem como administração de medicações. Outra característica identificada em relação às tecnologias leves-duras foi à necessidade da busca de informações e saberes, entre os profissionais da equipe de enfermagem, no sentido de aprimorar os conhecimentos para proporcionar um cuidado de qualidade, já que a instituição atualmente não oferece treinamentos constantes.

Em relação às tecnologias duras, as participantes destacaram preocupação com a área física das enfermarias, tanto no que diz respeito ao déficit de espaço destinado à criança e sua família quanto à equipe. Constatou-se também, que as tecnologias duras como berços,

bombas de infusão, oxímetros de pulso, monitores cardíaco e carrinhos de parada cardiorrespiratória, quando em condições precárias ou em situação de escassez, afetam o desempenho do processo de trabalho da equipe de enfermagem e a qualidade do serviço ofertado.

O modelo de assistência do cenário do estudo é centrado na patologia, visto que predominantemente as crianças são agrupadas nas enfermarias conforme o diagnóstico médico. Em alguns momentos, constatou-se a abordagem centrada na criança, na medida em que o profissional relatou o vínculo afetivo com as crianças, com foco na assistência biopsicossocial; quando o familiar/acompanhante era solicitado a fornecer informações que podiam auxiliar no diagnóstico e/ou tratamento da criança; e o familiar/acompanhante permaneceu na unidade em tempo integral.

Considera-se que existe uma lacuna no processo de trabalho da enfermagem, na medida em que o cuidado é instituído de forma hierarquizada e a família apesar de inserida na instituição, não é valorizada como parte integrante desse cuidado.

Diante disso, se faz necessário que a equipe de enfermagem estabeleça espaços de interação, com enfoque na escuta atenta, troca de experiências e conhecimentos para construção de um ambiente harmonioso que reverterá em um cuidado integral à criança, estabelecendo, ainda, relação criança/ família/ equipe de enfermagem.

Vale ressaltar, que a equipe de enfermagem reconheceu as vantagens em relação à presença do familiar/acompanhante no ambiente hospitalar, contudo, evidenciou-se pouca compreensão do real conceito do cuidado centrado na família. Assim, a equipe precisa entender que família é de fato, um sistema de saúde para seus membros na medida em que seus conhecimentos e práticas são imprescindíveis para atuação frente às situações de doença/hospitalização dos filhos, auxiliando a equipe de enfermagem na supervisão, avaliação e cuidados, estando continuamente atenta e disponível.

O estudo apontou fragmentações na forma de se produzir o trabalho, mas também identificou implicações que geraram parcerias e solidariedade entre os próprios profissionais, na medida em que o conhecimento científico, bem como as habilidades e as experiências foram segundo os relatos, compartilhadas entre a equipe. No entanto, a família, muitas vezes, não tinha seu conforto priorizado na enfermaria.

Diante dessas questões, a enfermagem precisa refletir sua práxis, bem como a maneira de potencializar o cuidado compartilhado com a família, reorganizando seu processo de trabalho com base no cuidado integral e no estabelecimento de vínculos.

O estudo possibilitou um novo olhar sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem com a inserção do familiar/acompanhante no contexto das enfermarias, cenário do estudo. Com base nas mudanças decorrentes da promulgação da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente, e a Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995, que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, as formas de organização do trabalho precisaram se adequar para a garantia dos direitos da criança hospitalizada.

Assim, por se tratar de um estudo de caso, que caracteriza um cenário, novas pesquisas são necessárias para sustentar a importância da prática assistencial de enfermagem à criança hospitalizada e sua família com vistas ao aprimoramento do desempenho profissional, permitindo à enfermagem rever seus paradigmas a fim de vincular a família ao cuidado da criança, numa perspectiva holística, sistêmica e interacional.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D. B. et al. A família no cenário hospitalar pediátrico a partir da década de 1990: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** v. 18, n. 4, p. 789-95, out./dez. 2013.

ALMEIDA, F. A.; FERREIRA, D. Acompanhando o filho na realização de procedimento cirúrgico - A experiência vivenciada pelos pais. 3 Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa em Saúde. **CIAIQ2014**, v. 2, 2015. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/555>>. Acesso em: 13 set. 2016.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.37, p. 351-61, abr./jun. 2011.

AMESTOY, S. C. et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 79-85, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200079&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2016.

ANGELO, M. et al., Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. Esp. p. 75-81, 2014.

AYRES, J. R. de C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 905-912, mar. 2015.

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set. 2008.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

BEZERRA, F. D. et al. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 33-37, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jan. 2016.

BORBA, V. R. **Administração Hospitalar**: princípios básicos. São Paulo: Centro São Camilo de desenvolvimento em administração, 1985.

BORTOLOTE, G. S.; BRETAS, J. R. da S. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Mar. 2013.

BOSQUEROLI, C.T. **Estrutura e funcionalidade de unidades hospitalares para crianças e adolescentes**: as compreensões dos enfermeiros. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35963/000816265.pdf?sequence=1>>.

Acesso em: 29 set. 2016.

BRAGA et al. Demandas de atenção do enfermeiro em unidade de terapia intensiva pediátrica: uma investigação qualitativa. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 4, p. 52-57, out./dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente (BR). Resolução no 41, 13 de outubro de 1995. **Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil Seção I, p. 16319-20, 17 de outubro de 1995.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. **Mantém a obrigatoriedade da instituição e manutenção de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nos hospitais e define competências para a CCIH**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC no 50, de 21 de Fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Série B. Textos Básicos de Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 07 Jan. 2016.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente (1990)**: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 207 p. (Série legislação; n. 83).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** online. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 6 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Normalização. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 3, 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 268 p.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS - **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2015. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3205300011800>. Acesso em: 25 de out. 2015.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Portal do Governo do Estado do Espírito Santo. **Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória**. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp?pagina=19623>>. Acesso em: 25 de out. 2015.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente (2016)**: lei nº 13.257, de 2016, que altera a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm>. Acesso em: 25 de abr. 2016.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 4, p. 734-40, out./dez. 2011.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar**. São Paulo: EPU, 1995.

CARDOSO, S. B. **Perspectiva da enfermagem acerca da abordagem assistencial**: O caso da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. 2009, 120f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CHIATONNE, H. B. C. A criança e a hospitalização. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.;

CHIATONNE, H. B. C.; MELLETTI, M. R. (Orgs.). **A psicologia no hospital**. São Paulo: Thompson, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 9. ed., São Paulo: Cortez, 2008.

COLESANTE, M. F. L. et al. Impacto na vida de mães cuidadoras de crianças com doença crônica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 501-506, jul./ago. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/4966/14241>>. Acesso em: 23 set. 2016.

COLLET, N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a enfermagem Pediátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 7-8, jan./fev. 2012.

COLLET, N.; ROCHA S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 191-7, mar./abr. 2004.

CRISTO, L. M. de O. de; ARAUJO, T. C. C. F. de. Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 59-68, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2016.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinido os relacionamentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 861-865, out./dez. 2011.

DAVIES, R. Marking the 50th anniversary of Platt Report: from exclusion, to toleration and parental participation in the care of the hospitalized child. **Journal of Child Health Care**, v. 14, n. 1, p. 6-23, 2010.

DUTRA DE SOUSA, L. et al. A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. **Cienc. enferm.** Concepción: online, v. 17, n. 2, p. 87-95, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2014.

ELSEN I. Desafios da Enfermagem no cuidado à saúde. In: Bub L. I. R., coordenador. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994. p. 61-77.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I., MARCON, S. S.; SILVA, M. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2. ed., 2004. p. 11-24.

ELSEN, I.; PATRÍCIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Lei complementar nº 288, de 22 de junho de 2004. Reorganiza a estrutura organizacional básica do Instituto Estadual de Saúde Pública e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo**. Vitória, p. 8, 22 de jun. 2004.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Fev. 2016.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. dos. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-134.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-76, maio/jun. 2004.

GARCIA, Simone Domingues et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 339-346, Abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2016.

GELBCKE, F. L.; LEOPARDI, M. T. Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho da enfermagem, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p.193-197, mar./abr. 2004.

GOIS, J. R. de. **Modelo de assistência à criança em unidade de internação pediátrica: perspectiva da enfermeira pediatra**. 2009. 140 p. Dissertação (Mestrado) Escola de

Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GOMES, A. M. T. Entre Agostinho de Hipona e Florence Nightingale: o cuidado de enfermagem entrelaçado com o belo. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. esp. 2, p. 703-4, dez. 2013 a.

GOMES, G. C. et al. Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 951-957, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600951&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2016.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L.; BUSANELLO, J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 143-7, jan./mar. 2010.

GOMES, L. T. S. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6557-8, nov. 2013b.

GONÇALVES, B. H. F. et al. O fazer dos trabalhadores de enfermagem e as repercussões no cuidado aos usuários. **Nurs. Health**. Pelotas, v. 5, n. 1, p. 14-26. 2015.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

GONÇALVES, L. **Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem nas unidades de internação**; 2007. 298 p. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GONCALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2310014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Ago. 2016.

HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-65, abr./jun. 2009.

HINSG. Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória 66 anos. **Consultando: HINSG**, Vitória, ano 1, n. 5, p. 1, jul. 1998.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong fundamentos da enfermagem pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HOFFMANN, M. V. **Abordagem assistencial à criança hospitalizada: perspectiva da equipe de enfermagem Rio de Janeiro**; 2012. 106 p. ilus. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

HOFFMANN, M. V.; OLIVEIRA, I. C. S. Entrevista não-diretiva: uma possibilidade de abordagem em grupo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 923-927, nov./dez. 2009.

JACONDINO, M. B. et al. Vínculos profissionais no trabalho da enfermagem: elemento importante para o cuidado. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 13, n. 34, p. 160-171, abr. 2014.

JESUS, M. C. P. et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-36, out. 2011.

LACERDA, M. K. S. et al. Precauções padrão e precauções baseadas na transmissão de doenças: revisão de literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 4, abr. 2015. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4952/3985>>. Acesso em: 28 set. 2016.

LAIGNIER, M. R.; LIMA, R. de C. D. O processo de trabalho e as implicações na saúde dos profissionais de enfermagem em um hospital pediátrico de Vitória: relações e intercessões na produção cotidiana do cuidar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 504-514, jul./set. 2010.

LAIGNIER, M. R.; **O processo de trabalho da enfermagem em um hospital pediátrico: relações e intercessões na produção cotidiana do cuidar**. 2005. 159f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

LANZONI, G. M. M. et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistenciais e gerenciais. **Rev. Eletr. Enf. Internet**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 322-32, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.29570>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.

LIMA, A. S. et al. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto e Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 700-708, Dez. 2010.

LIMA, R. A. G; ROCHA, S. M. M; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. Latino- Americana Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 33-39, abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691999000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2014.

MARCON, S. S. ELSÉN, I. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez. 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed, São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, J. A pediatria no Espírito Santo. In: AGUIAR, A; MARTINS, R. M. **História da pediatria brasileira**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1996. p. 235-245.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v. I.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

MENEZES, M.; MORÉ, C. L. O. O.; BARROS, L. As Redes Sociais dos Familiares Acompanhantes durante Internação Hospitalar de Crianças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, p. 107-113, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/117416/115172>>. Acesso em: 04 out. 2016.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113 – 160.

MERHY, E. E.; Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY et al., “**O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2014.

MISHIMA, S. M. et al. Maria Cecília Puntel de Almeida: a trajetória de uma protagonista da enfermagem brasileira. **Texto e Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 773- 780, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Out. 2015.

MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E. Enfermagem à família no hospital. In: ELSSEN, I; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. **Enfermagem à família**: dimensões e perspectivas. Maringá: Eduem, 2011. Unidade II. p. 65-72.

MORAIS, R. C. M.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S. A (in)satisfação dos acompanhantes acerca da sua condição de permanência na enfermaria pediátrica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 401-408, set. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2016.

NASCIMENTO, D. Mediação de Conflitos na Área da Saúde: experiência portuguesa e brasileira. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 201-211, jul./set. 2016.

NASCIMENTO, L. C. et al. Mothers' View on Late Postoperative Pain Management by the Nursing Team in Children After Cardiac Surgery. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. 4, p. 709-715, jul./ago. 2010.

NEVES, F. G. et al. O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160063.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

NUNES, M. F.; WOVST, L. R.; COSTA NETO, S. B. da. Trabalho em equipe: percepção interprofissional de uma clínica pediátrica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 2, p. 72-84, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2016.

OLIVEIRA, A. M. et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 2, p. s433-s439, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2016.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto e Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp, p. 105-13. 2006.

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. O significado do processo de trabalho cuidar para o enfermeiro da UTI. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 482-489, jul./set. 2011.

OLIVEIRA, J. S. **Humanização em Saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ambiente Construído) – Universidade Federal de Juiz de fora, Juiz de Fora, 2012.

OLIVEIRA, M. da G. M. et al. Conhecimentos e expectativas do acompanhante acerca do adoecimento e da internação do recém-nascido. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 6, p. 964-972, nov./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/10911>>. Acesso em: 05 de out. 2016.

ORO, J.; MATOS, E. Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais em instituição hospitalar. **Texto e Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 500-508, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jan. 2016.

PAGLIARI, J. et al. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança

hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem** Internet, Goiânia, v. 10, n. 1. p. 63-76, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a06.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: BUB, L. I. R. et al. (Org.) **Marcos para a prática de Enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 622-629, set. 2009.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. cap. 2.1, p. 25-48.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Annablume / Hucitec, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2004. 487 p.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun. 2007.

QUIRINO, D. D., COLLET, N. Fácies do trabalho de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 681-72, 2009.

REIS T. B. et al. Precaução de contato: percepção dos acompanhantes de crianças internadas em unidade pediátrica. **Cienc Cuid Saúde**, v. 14, n. 3, p. 1315-1322, jul./set. 2015.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RODRIGUES, P. F. et al. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 781-787, out./dez. 2013.

RODRIGUES A. C.; CALEGARI, T. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de Enfermagem. **REME - Rev Min Enferm.** n. 20, p. e933. 2016. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1067>>. Acesso em: 13 set. 2016.

ROLLINS, J. A. The Influence of Two Hospitals' Designs and Policies on Social Interaction and Privacy as Coping Factors for Children With Cancer and Their Families. **J Pediatr Oncol Nurs** [Internet], v.26, n.6, p.340–353, 2009. Disponível em: <<http://jpo.sagepub.com/content/26/6/340.full.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

ROSSI, C. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 640-5, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2015.

ROTHERBARTH, A. de P. et al. O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 521-534, mar. 2016. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1464>>. Acesso em: 26 set. 2016.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, abr. 2013 a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2014.

SANTOS, L. F. et al. Quando a comunicação é nociva no encontro entre profissional e família da criança hospitalizada. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 14, n. 37, p. 204-215, jan. 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2015.

SANTOS, L. F. et al. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 473-478, ago. 2013 b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

SANTOS, L. M. et al. Vivências de mães acompanhantes de crianças hospitalizadas na unidade de clínica pediátrica. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 5, n. 2, p. pag. 346-360, abr. 2014. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/228>>. Acesso em: 29 set. 2016.

SÃO PAULO. Ministério Público do Estado de São Paulo. **O controle da infecção hospitalar no Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Saude_Publica/infeccao_hospitalar_2010.pdf>. Acesso em: 28 set. 2016. 164 p.

SILVA, F. R.; BALLARIN, M. L. G. S.; OLIVEIRA, J. C. Grupo de acompanhantes de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 871-877, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1148/674>>. Acesso em: 26 set. 2016.

SILVA, J. L. et al. Organização do trabalho de Enfermagem diante da inserção dos cuidados familiares com a criança hospitalizada. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 226-232, mar./abr. 2015 a.

SILVA, T. P. et al. Gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança em condição crônica hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 641-648, ago. 2015b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400641&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2016.

SILVEIRA, A. O.; ANGELO, M.; MARTINS, S. R. Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 212-217, abr./jun. 2008.

SILVEIRA, R. A.; OLIVEIRA, I. C. S. O cotidiano do familiar/acompanhante junto da criança com doença oncológica durante a hospitalização. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 532-9, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/259/pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

SOARES, M. de F.; LEVENTHAL, L. C. A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante de criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 327-332, jul./set. 2008.

SOARES, N. V. A.; DALL'AGNOL; C. M. Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerências do cuidado em enfermagem. **Acta Paul Enferm** [Internet]. v. 24, n. 5, p. 683-8. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/14v24n5.pdf>. Acesso em: 01 out. 2016.

SOUSA, L. D. de, GOMES, G. C., SANTOS, C. P. dos. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 394-399, jul./set. 2009.

SOUZA, A. I. J. de. Cuidando de famílias: identificando ações de cuidado e não cuidado nos familiares. In: ELSEN, I., MARCON, S. S.; SILVA, M. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2. ed., 2004. p. 313-325.

SOUZA, S. P. S.; PATRÍCIO, Z. M. O ambiente hospitalar de pediatria: um ritmo de movimento, polaridade e tempo. In: GAÍVA, M. A. M. (Org.). **Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros(as)**. Cuiabá: EdUFMT, 2006. p.143-167.

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 449-455, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>>. Acesso em: 15 de jun. 2015.

SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S. Interação familiar acompanhante equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 551-559, jul./set. 2010.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 477-484, maio./jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2014.

TAVARES A. S., QUEIROZ, M. V. O. Q, JORGE, M. S. B. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 5, n. 2, p. 193-203, maio/ago. 2006.

THOFEHRN, M. B. et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, n. 1, v.1, p. 190-198, jan./mar., 2011.

THOFEHRN, M. B. et al. Processo de trabalho dos enfermeiros na produção de saúde em um hospital universitário de Múrcia/Espanha. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 924-932, jan./mar. 2015.

THOMAZINE, A. M. et al. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, n. 7, supl.1, p. 145-152, maio. 2008.

TRUGILHO, S. M. A escola chega ao hospital: aspectos sócio-históricos da implantação de uma proposta de atendimento escolar no hospital. **Pró-discente: Caderno de Produções Acadêmico-Científicas do Programa de Pós-Graduação em Educação**, Vitória, v. 7, n. 1, p. 26-39, 2001.

VERNIER, E. T. N.; DALL'AGNOL, C. M. (Re)ações de uma equipe de enfermagem mediante a permanência conjunta em pediatria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 172-180, abr./jun. 2004.

VIEIRA, P. B; DANIELSKI, K. O compartilhamento do cuidado entre a equipe de enfermagem e os pais de crianças hospitalizadas. **Revista Científica CENSUPEG**, Joinville, n. 2, p. 110-119, 2013.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Concepções de saúde sob a ótica de mulheres cuidadoras-leigas, acompanhantes de crianças hospitalizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 88-93, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2016.

XAVIER, D. M. et al . A família na Unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 181-186, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200181&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2016.

YAMAMOTO, D. M. O. et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 224-32, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman Companhia, 2005.

APÊNDICE A – Formulário para a caracterização da equipe de enfermagem

1. Dados de identificação:

- a) Código: _____
- b) Sexo: () feminino () masculino
- c) Idade: ___ anos
- d) Estado civil: _____

2. Dados relacionados à atividade profissional:

- a) Vínculo institucional: () estatutário () CLT () Outro: _____
- b) Cargo/função que ocupa na instituição: _____
- c) Unidade de internação pediátrica/enfermaria: _____
- d) Tempo de serviço na Unidade de Internação Pediátrica/Enfermaria: _____
- e) Tempo de serviço no Hospital Infantil: _____
- f) Jornada de trabalho: () 12hx36h () 12hX60h () 24hx48h () 6h dia () 8h dia
() Outra: _____
- g) Turno de trabalho: () serviço diurno () serviço noturno () diarista () plantonista
- h) Outros empregos: () sim Quantos? _____ Qual turno? _____ () não

3. Dados relacionados à formação:

- a) Graduação: _____ Ano de conclusão: ___ () não se aplica
- b) Outra graduação: _____ () não se aplica
- c) Ano de conclusão do curso Técnico em Enfermagem: ___ () não se aplica
- d) Ano de conclusão do curso Auxiliar em Enfermagem: ___ () não se aplica
- e) Treinamento em serviço: () sim () não Temática: _____
Em caso positivo: () ouvinte () palestrante
- f) Eventos científicos em pediatria nos últimos anos: () sim () não
Em caso positivo, quais? _____
- g) Cursos de atualização nos últimos anos: () sim () não () não se aplica
Em caso positivo, quais? _____
- h) Pós-graduação Lato-sensu: () sim () não () não se aplica
Em caso positivo, qual? _____ Ano de conclusão: ___
- i) Pós-graduação Stricto-sensu: () não se aplica
Mestrado () sim () não Área temática: _____ Ano de conclusão: ___
Doutorado () sim () não Área temática: _____ Ano de conclusão: ___

APÊNDICE B – Temas da entrevista não diretiva em grupo

- Cuidados de enfermagem à criança e sua família/ procedimentos
- Relacionamento da equipe de enfermagem:
 - entre si
 - criança e sua família
 - equipe de saúde
- Recursos materiais e equipamentos
- Espaço físico das enfermarias
- Rotinas de trabalho
- Conhecimentos da equipe de enfermagem
- Habilidades da equipe de enfermagem
- Ações de enfermagem com a família da criança

APÊNDICE C – Roteiro sistematizado de observação participante

Enfermaria / Unidade de Internação Pediátrica: _____

Data: _____

Hora (início): _____ **(término):** _____

CUIDADOS

- Cuidados prestados à criança e sua família, pela equipe de enfermagem
- Modelo assistencial (centrado na patologia, na criança, na criança e sua família)
- Procedimentos (medicação, curativo, punção venosa, cuidados de higiene)
- Prescrições; anotações
- Ações terapêuticas

RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

- entre si
- criança e sua família
- equipe de saúde

OUTRAS OBSERVAÇÕES RELEVANTES

- Profissionais envolvidos no cuidado
- Divisão do trabalho (integral; por tarefas)
- Organização do ambiente
- Estrutura física das enfermarias
- Condições de trabalho

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

A/o Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “O processo de trabalho da enfermagem frente a família da criança hospitalizada”, que tem como objetivos: descrever a organização do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada; analisar o processo de trabalho da enfermagem e sua inter-relação entre criança-família; discutir as repercussões do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada.

Este é um estudo de abordagem qualitativa, utilizando a entrevista não diretiva em grupo.

A pesquisa terá duração de 3 anos, com o término previsto para julho de 2016.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, 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 o Sr(a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos temas da entrevista não diretiva em grupo. A entrevista será gravada em Mp4 para posterior transcrição e será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

O Sr(a) não terá custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos envolvendo esta pesquisa podem estar relacionados aos sentimentos do(a) senhor(a) ao falar sobre seu processo de trabalho. Determinadas situações vivenciadas pelo(a) senhor(a) poderão lhe causar algum desconforto emocional, e com isto a pesquisadora garantirá acesso ao psicólogo, caso seja necessário. O benefício relacionado a sua participação será o aprofundamento dos conhecimentos científicos da enfermagem pediátrica.

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradeço!

Mariana Rabello Laignier
Doutoranda
e-mail: marianarl2000@hotmail.com
celular: (27) 99989-3452

Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Professora Orientadora
e-mail: chabucris@ig.com.br
celular: (21) 98160-0917

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ
Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze
Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

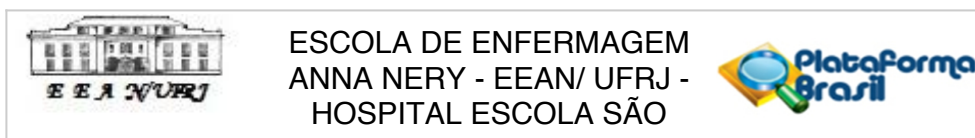
Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 20__.

Participante da Pesquisa: _____

(Assinatura)

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança no espaço hospitalar

Pesquisador: Mariana Rabello Laignier

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36057614.3.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 816.513

Data da Relatoria: 30/09/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de natureza qualitativa, tipo estudo de caso. A escolha do estudo de caso se justifica por ser um hospital infantil de referência no Espírito Santo para urgência/emergência que conta com enfermarias de diversas especialidades, Centro de Tratamento Intensivo (CTI), Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), centro cirúrgico, Pronto Socorro e Emergência, além dos

ambulatórios de diversas especialidades. O cenário será composto pelas enfermarias clínicas de nefrologia, hematologia, pneumologia I e II e enfermarias cirúrgicas de neurologia e ortopedia de um hospital infantil público, de grande porte, do município de Vitória/ES. Os participantes serão aproximadamente 28 membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que se disponibilizarem a participar

voluntariamente, respeitando os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa. Os procedimentos metodológicos serão um formulário para caracterização da equipe de enfermagem, a entrevista não diretiva em grupo e a observação participante com diário de campo. Para a análise dos dados, será utilizada a análise temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 816.513

Descrever a organização do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada;
Analisar o processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada; Discutir o processo de trabalho da enfermagem e sua inter-relação entre equipe-criança-família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Nesta pesquisa ficarão firmados os seguintes compromissos éticos: a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos envolvidos; a ponderação entre riscos e benefícios; a utilização de procedimentos para assegurar o sigilo das informações, o anonimato, a privacidade, confidencialidade e proteção da imagem; o respeito aos valores sociais, culturais, morais, religiosos e éticos; o respeito aos hábitos e costumes dos participantes; a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa, para as pessoas envolvidas. O participante não terá custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos envolvendo esta pesquisa podem estar relacionados aos sentimentos do(a) participante ao falar sobre seu processo de trabalho. Determinadas situações vivenciadas poderão lhe causar algum desconforto emocional, e com isto a pesquisadora garantirá acesso ao psicólogo, caso seja necessário.

Benefícios:

Do ponto de vista dos benefícios, não serão individuais, mas coletivos, pois servirá de base para estudantes e profissionais discutirem e aprofundarem conhecimentos na área da assistência pediátrica; poderá subsidiar o planejamento e implementação de estratégias efetivas para mudanças nas condições da prática assistencial de enfermagem à criança hospitalizada e sua família com vistas ao aprimoramento do desempenho profissional; e oferecerá subsídios para outras pesquisas sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é factível, apenas frente à afirmativa: "...com isto a pesquisadora garantirá acesso ao psicólogo, caso seja necessário." Questiono: Os psicólogos estão informados sobre a possível demanda? Ou haverá apenas encaminhamento sem garantia de atendimento? Há necessidade de explicar isso, ou apenas garantir que o depoente poderá, em caso de desconforto ou expressão da vontade de abandonar o estudo, fazê-lo sem prejuízos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Carta ao CEP EEAN/HESFA - adequada

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 816.513

2. Carta de Anuência -adequada.
3. Folha de Rosto - adequada
4. Projeto completo - adequado
5. Cronograma - adequado
6. TCLE - adequado

Recomendações:

Explicar sobre os psicólogos estarem informados sobre a possível demanda ou apenas garantir que, caso haja desconforto ou expressão da vontade de abandonar o estudo, esse direito lhe será garantido sem prejuízos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações, solicita-se atender a recomendação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 30 de setembro de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeannesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 816.513

RIO DE JANEIRO, 02 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

HOSPITAL INFANTIL NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - HINSG
- ES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança no espaço hospitalar

Pesquisador: Mariana Rabello Laignier

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36057614.3.3001.5069

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 863.875

Data da Relatoria: 05/11/2014

Apresentação do Projeto:

objeto de estudo o processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada. Os objetivos são descrever a organização do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada; analisar o processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada; discutir o processo de trabalho da enfermagem e a sua inter-relação equipe-criança-família. Abordagem metodológica: Trata-se uma pesquisa de natureza qualitativa, tipo estudo de caso. O cenário será composto pelas enfermarias clínicas de nefrologia, hematologia, pneumologia I e II e enfermarias cirúrgicas de neurologia e ortopedia de um hospital infantil público, de grande porte, do município de Vitória/ES. Os participantes serão aproximadamente 28 membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que se disponibilizarem a participar voluntariamente, respeitando os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa. Os procedimentos metodológicos serão um formulário para caracterização da equipe de enfermagem, a entrevista não diretiva em grupo e a observação participante com diário de campo. Para a análise dos dados, será utilizada a análise temática.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a organização do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança

Endereço: Rua Mary Ubirajara, 205

Bairro: Santa Lúcia

CEP: 29.065-030

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3636-7588

Fax: (27)3636-7588

E-mail: cep@saude.es.gov.br

HOSPITAL INFANTIL NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - HINSG
- ES



Continuação do Parecer: 863.875

hospitalizada; Analisar o processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada;
Discutir o processo de trabalho da enfermagem e sua inter-relação entre equipe-criança/família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

entre riscos e benefícios; a utilização de procedimentos para assegurar o sigilo das informações, o anonimato, a privacidade, confidencialidade e proteção da imagem; o respeito aos valores sociais, culturais, morais, religiosos e éticos; o respeito aos hábitos e costumes dos participantes; a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa, para as pessoas envolvidas. O participante não terá custo ou quaisquer

compensações financeiras. Os riscos envolvendo esta pesquisa podem estar relacionados aos sentimentos do(a) participante ao falar sobre seu processo de trabalho. Determinadas situações vivenciadas poderão lhe causar algum desconforto emocional, e com isto a pesquisadora garantirá acesso ao psicólogo, caso seja necessário.

Benefícios:

Do ponto de vista dos benefícios, não serão individuais, mas coletivos, pois servirá de base para estudantes e profissionais discutirem e aprofundarem conhecimentos na área da assistência pediátrica; poderá subsidiar o planejamento e implementação de estratégias efetivas para mudanças nas condições da prática assistencial de enfermagem à criança hospitalizada e sua família com vistas ao aprimoramento do desempenho profissional; e, oferecerá subsídios para outras pesquisas sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, uma vez que poucos pesquisadores buscam entender o processo de trabalho da enfermagem frente ao paciente pediátrico oncológico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados segundo a resolução 466

Recomendações:

Recomendamos que os resultados da pesquisa sejam retornados para o serviço.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Endereço: Rua Mary Ubirajara, 205

Bairro: Santa Lúcia

CEP: 29.065-030

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3636-7588

Fax: (27)3636-7588

E-mail: cep@saude.es.gov.br

HOSPITAL INFANTIL NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - HINSG
- ES



Continuação do Parecer: 863.875

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicito ao pesquisador que seja enviado ao CEP/HINSG os relatórios parciais (caso haja necessidade) e final conforme recomendação da portaria 466/12

VITORIA, 10 de Novembro de 2014

Assinado por:
Silvia Moreira Trugilho
(Coordenador)

Endereço: Rua Mary Ubirajara, 205

Bairro: Santa Lúcia

CEP: 29.065-030

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3636-7588

Fax: (27)3636-7588

E-mail: cep@saude.es.gov.br

ANEXO C – Anuência para realização da pesquisa e uso do nome da Instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO



CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NO HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

Ilma. Sra. Dra. Rachel Lacourt Costa
Diretora Técnica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “**Processo de trabalho da enfermagem frente a família da criança hospitalizada**” a ser realizada no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), pela aluna de Pós-graduação Stricto Sensu - Doutorado em Enfermagem, Mariana Rabello Laignier, sob orientação do Profa. Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira, com os seguintes objetivos: descrever a organização do processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada; analisar o processo de trabalho da enfermagem frente à família da criança hospitalizada; discutir o processo de trabalho da enfermagem e as relações entre equipe-criança-família, necessitando portanto, colher dados por meio de observação participante e da entrevista não diretiva em grupo, realizada com profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) das enfermarias clínicas de nefrologia / hematologia, pneumologia I e II e enfermarias cirúrgicas de neurologia e ortopedia desta Instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome da Instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Vitória, 01 de Setembro de 2014.

Mariana Rabello Laignier

Doutoranda Pesquisadora Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Dra. Rachel Lacourt Costa
Direção Técnica - HINSG
Nº Funcional 1571370
CRM-ES 6430

Dra. Rachel Lacourt Costa

Diretora Técnica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória