

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Maria Vitória Hoffmann

**ABORDAGEM ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA:
perspectiva da equipe de enfermagem**

Rio de Janeiro
2012

HOFFMANN, MARIA VITÓRIA

Abordagem assistencial à criança hospitalizada: Perspectiva da equipe de enfermagem.

Hoffmann, MariaVitória. Rio de Janeiro: “UFRJ/EEAN”, 2012.

viii, 106 f. il.

Orientadora: Isabel Cristina dos Santos Oliveira

Tese (Doutorado em Enfermagem) - UFRJ, EEAN. 2012.

1. Enfermagem, 2. Criança Hospitalizada, 3. Família, 4. Equipe de Enfermagem – I.

Oliveira, Isabel Cristina dos Santos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem

Anna Nery. III. Abordagem assistencial à criança hospitalizada: perspectiva da equipe de enfermagem

CDD: 610.73

Maria Vitória Hoffmann

ABORDAGEM ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA:
perspectiva da equipe de enfermagem

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

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

Rio de Janeiro,
2012

Maria Vitória Hoffmann

**ABORDAGEM ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA:
perspectiva da equipe de enfermagem**

Tese submetida à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de _____ por:

Dr.^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira -Orientadora/Presidente
Doutora em Enfermagem - EEAN/UFRJ

Dr.^a Conceição Vieira da Silva Ohara -1^a Examinadora
Doutora em Enfermagem - EPE/UNIFESP

Dr.^a Zuleyce Maria Lessa Pacheco- 2^a Examinadora
Doutora em Enfermagem - FACENF/UFJF

Dr.^a Sônia Regina de Souza - 3^a Examinadora
Doutora em Enfermagem - EEAP/UNIRIO

Dr.^a Tania Vignuda de Souza - 4^a Examinadora
Doutora em Enfermagem - EEAN/UFRJ

Dr.^a Marialda Moreira Christoffel- – Suplente
Doutora em Enfermagem – EEAN/UFRJ

Dr.^a Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues– Suplente
Doutora em Enfermagem - FENF/UFRJ

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a minha família
fonte de renovação de todas
as minhas energias nos momentos difíceis.

Alexander, meu companheiro e amigo. Pelo seu amor, seu
apoio, seu olhar carregado de admiração
e incentivo. Jamais teria chegado aqui sem você.
Essa conquista é sua também.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar minha gratidão a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo:

À minha orientadora Prof^a. Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira, minha imensa gratidão pelo aprendizado que me proporcionou, pelo incentivo e por acreditar nas minhas possibilidades. Pela orientação cuidadosa durante toda a elaboração desta Tese de Doutorado.

Pela parceria na pesquisa, construída desde a dissertação. MUITÍSSIMO obrigada por toda a atenção, preocupação e acolhimento, minha mãe intelectual!

À equipe de enfermagem, sujeitos do meu estudo, pela disponibilidade, compreensão e, sobretudo, pelos preciosos depoimentos. Este estudo só foi possível graças à participação de cada uma de vocês.

Às professoras Sônia Regina de Souza, Marialda Moreira Christoffel, Tania Vignuda de Souza e Maria Benedita Deusdará, pelo aceite em participar da banca examinadora desde a defesa do meu projeto de pesquisa e pelas valiosas considerações e reflexões.

Ao Grupo de Pesquisa - Saúde da Criança/Cenário Hospitalar, pelo apoio desde o tempo do mestrado minha gratidão pelo tempo compartilhado e amizade.

Ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Criança, pela contribuição no amadurecimento das idéias que nortearam este estudo.

Aos professores do Curso de Doutorado em Enfermagem da EEAN/UFRJ, pelas discussões e críticas, sempre construtivas.

A equipe de saúde em destaque a enfermagem, funcionários e colaboradores do hospital onde foi realizada a pesquisa ,por possibilitarem que este trabalho se concretizasse.

Aos meus familiares, em especial minha mãe Lúcia Helena, meus irmãos José Henrique e Daniela, Celso e Carla, Edward e Juliana, minha irmã Karolina e Voldemar. Aos meus sobrinhos Gabriel, Pedro, André e minhas sobrinhas Larissa e Helena.

À Sônia Xavier e ao Jorge Anselmo, da Secretaria da Pós-Graduação da EEAN/UFRJ, pelo atendimento às minhas solicitações durante a realização do curso.

RESUMO

ABORDAGEM ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA: perspectiva da equipe de enfermagem

Maria Vitória Hoffmann

Orientadora: Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira

Resumo da Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

O estudo tem como objeto a abordagem assistencial adotada pela equipe de enfermagem à criança e sua família na unidade de internação pediátrica. Os objetivos são: descrever as características da assistência prestada à criança na unidade de internação pediátrica; analisar a abordagem assistencial adotada pela equipe de enfermagem e discutir as implicações da abordagem adotada pela equipe de enfermagem para a criança na unidade de internação pediátrica. O referencial está vinculado aos estudos de Elsen e Patrício (2005) que identificaram três tipos de abordagens de assistência à criança hospitalizada: centrada na patologia da criança; centrada na criança e centrada na criança e sua família. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, tipo estudo de caso. O cenário do estudo foi a unidade de internação pediátrica (UIP) de um hospital universitário público, do Município de Juiz de Fora do Estado de Minas Gerais. Os sujeitos foram quatro enfermeiros e quatorze técnicos de enfermagem, que atuam na (UIP) nos plantões diurno e noturno. Os procedimentos metodológicos foram um formulário para caracterização dos sujeitos, a entrevista não diretiva em grupo e a observação participante com diário de campo. Com base na análise temática, constatou-se que as crianças são distribuídas de acordo com a faixa etária e sexo ou pela disponibilidade de leito, o que caracteriza a abordagem centrada na criança. Nessa perspectiva, o familiar/acompanhante é considerado um ajudante ou informante da equipe de enfermagem. Os cuidados considerados mais simples devem ser realizados por ele, como higiene corporal, troca de fraldas e alimentação e os cuidados mais complexos realizados pela equipe de enfermagem como administração de medicamentos e procedimentos invasivos. As interações entre a equipe de enfermagem e os familiares/acompanhantes é precedida de conflitos de ambas as partes durante a internação, resultante da dificuldade de aceitação da família da criança no espaço hospitalar. A equipe de enfermagem sente-se fiscalizada pelo familiar/acompanhante em relação aos cuidados prestados à criança. A tomada de decisão está centralizada na equipe de saúde, não sendo compartilhada com a criança e sua família. Conclui-se que na UIP, cenário do estudo, predomina a abordagem centrada na criança, sendo que em algumas situações, como na prestação dos cuidados, estabelece-se a abordagem centrada na criança e sua família. Desta forma, torna-se necessário a capacitação dos membros da equipe de enfermagem com vistas a inserção da família da criança no cotidiano da prática assistencial de enfermagem.

Palavras chave: Enfermagem, Criança Hospitalizada, Equipe de Enfermagem

ABSTRACT

ASSISTANCE APPROACH TO THE CHILD HOSPITALIZED:**The perspective from a nursing team**

Maria Vitória Hoffmann

Advisor: Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira

Summary of PhD thesis submitted to the Post-Graduate Program in Nursing, Escola de Enfermagem (Nursing School) Anna Nery, from Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (State University in Rio de Janeiro), as part of the necessary requirements to obtain the title of Doctor in Nursing.

The study focuses on the assistance approach used by the nursing team to the children and their families at the pediatric unit in a hospital. The goals are: describe the characteristics of the care provided to children in the pediatric unit; analyze the assistance approach used by the nursing team and discuss the implications of the approach adopted by the nursing team to the child in a pediatric unit. The referential is tied to the studies from Elsen and Patricio (2005), which identified three types of approaches to the care of hospitalized children: focused on child's pathology, centered on the child and centered on the child and the family. This is a qualitative study, case study type. The study scenario was a pediatric inpatient unit (IPU) of a public university hospital, in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. The subjects were four nurses and fourteen nursing technicians, who work at (IPU) in day and night shifts. The methodological procedures were a form to characterize the subjects, the non-directive group interview and participant observation with field diary. Based on thematic analysis, it was found that the children are distributed according to the age and sex or the availability of bed, which characterizes a child-centered approach. Under this perspective, families / caregivers are considered as an assistant or informer of the nursing staff. The care considered simple, should be performed by him, such as hygiene, diapering and feeding, and the most complex care performed by nursing staff, as medication administration and invasive procedures. The interactions between the nursing staff and family members / caregivers, are preceded by conflicts from both parties during the hospitalization, resulting from the difficulty of acceptance by the child's family in a hospital environment. The nursing staff feels monitored by families / caregivers regarding the care provided to the child. The decision making is centralized in the health team, not being shared with the child and his family. We conclude that at the IPU, study scenario, the centered approach is predominant in the child, and in some situation, such as in the provision of care, sets up the centered approach in the child and his family. In this way, it is necessary to train the members of the nursing team in order to insert the child's family in the daily nursing care practice.

Keywords: Nursing, Hospitalized Child, Nursing Team.

RESUMEN

ABORDAJE ASISTENCIAL AL NIÑO HOSPITALIZADO: perspectiva del equipo de enfermería

Maria Vitória Hoffmann

Orientadora: Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira

Resumen de la Tesis de doctorado sometida al Programa de Posgrado en Enfermería, Escola de Enfermagem Anna Nery, de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte de los requisitos necesarios a la obtención del título de Doctora en Enfermería.

Este estudio objetiva el abordaje asistencial adoptado por el equipo de enfermería al niño y su familia en una unidad de internación pediátrica. Los objetivos son: describir las características de la asistencia prestada al niño en una unidad de internación pediátrica; analizar el abordaje asistencial adoptado por el equipo de enfermería y discutir las implicaciones del abordaje adoptado por el equipo de enfermería para el niño en una unidad de internación pediátrica. El referencial está vinculado a los estudios de Elsen y Patrício (2005), que identificaron tres tipos de abordajes de asistencia al niño hospitalizado: centrada en la patología del niño; centrada en el niño y centrada en el niño y su familia. Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, tipo estudio de caso. El escenario del estudio fue la unidad de internación pediátrica (UIP) de un hospital universitario público, del Municipio de Juiz de Fora, en el Estado de Minas Gerais. Los personajes fueron cuatro enfermeros y catorce técnicos de enfermería, que actúan en la UIP, en los plantones diurno y nocturno. Los procedimientos metodológicos fueron un cuestionario para caracterización de los sujetos, la entrevista no directiva en grupo y la observación participante con diario de campo. Basado en el análisis temático, se constató que los niños son distribuidos de acuerdo con la franja etaria y género o por la disponibilidad de cama, lo que caracteriza el abordaje centrado en el niño. En esa perspectiva, el familiar/acompañante es considerado un ayudante o informante del equipo de enfermería. Los cuidados considerados más sencillos deben ser realizados por la familia, tales como higiene corporal, cambio de los pañales y alimentación, además de los cuidados más complejos realizados por el equipo de enfermería, como la administración de las medicinas y los procedimientos invasivos. Las interacciones entre el equipo de enfermería y los familiares/acompañantes son precedidas de conflictos de ambas partes durante la internación, resultado de la dificultad de aceptación de la familia del niño en el espacio hospitalario. El equipo de enfermería se siente fiscalizado por el familiar/acompañante en relación a los cuidados prestados al niño. La toma de decisión está centralizada en el equipo de salud, no siendo compartida con el niño y su familia. Se concluye que en la UIP, escenario del estudio, predomina el abordaje centrado en el niño, a pesar de, en algunas situaciones, como en la prestación de los cuidados, se establecer el abordaje centrado en el niño y su familia. De esta manera, se hace necesaria la capacitación de los miembros del equipo de enfermería con vistas a la inserción de la familia en el cotidiano de la práctica asistencial de enfermería.

Palabras clave: Enfermería; Niño Hospitalizado; Equipo de Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
Objeto e Objetivos do Estudo	16
Contribuições do Estudo	17
2 ABORDAGEM TEÓRICO – METODOLÓGICA	18
2.1 Bases Conceituais	18
2.2 Considerações Metodológicas.	20
3 CENÁRIO DO ESTUDO	28
4. A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA NO ESPAÇO HOSPITALAR: PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM	36
5. ASSISTÊNCIA À CRIANÇA: ABORDAGEM DA ENFERMAGEM NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	42
5.1 Unidade de Internação Pediátrica: Particularidades do Cenário	42
5.2 Equipes de Saúde e de Enfermagem: (Im)Possibilidades da Prática Assistencial	58
5.3 Cuidado de Enfermagem à Criança e sua Família: O Cotidiano da UIP	67
5.4 A criança e sua Família na Unidade de Internação	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A – Formulário	100
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
APÊNDICE C – Roteiro de Observação Sistemática	103
ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF	105

1-INTRODUÇÃO

A intenção de estudar a temática voltada para a assistência à criança no cenário hospitalar teve início em 1989, durante o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no qual observei que as mães não permaneciam com os filhos durante a internação por falta de atendimento das suas necessidades básicas como: higiene corporal, alimentação, sono, entre outras.

Em 1999, iniciei o Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica com ênfase na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pediatria Geral. Durante o referido curso, fiz estágio no hospital pediátrico, cenário de prática do curso de graduação, e observei mudanças devido aos marcos da assistência à criança no contexto hospitalar, que foram o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990) e os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995).

O artigo 12 do ECA dispõe que *“os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”*, e o item 4 da referida resolução destaca que o *“direito de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas”* (BRASIL, 2005a).

Por outro lado, o referido hospital pediátrico, assim como outras instituições, não tiveram condições de se organizar para receber o acompanhante, pois haviam dificuldades relacionadas à área física com vistas ao acolhimento do familiar.

Em 2003, comecei a lecionar na Escola de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES (EMESCAM) e, em 2005, com minha inserção no Projeto de Extensão¹, constatei a utilização de plantas medicinais na comunidade, onde as experiências dos familiares eram permeadas pelo saber popular, transmitido pelas gerações anteriores para diferentes problemas de saúde das crianças relacionados com os sistemas: tegumentar, respiratório e intestinal, o que me levou

¹ Projeto de Extensão Universitária denominado “Saúde na Foz do Rio Doce”, cujo objetivo era “desenvolver ações de saúde para realização de atividades que contribuam com a melhoria da qualidade de vida da população menos favorecidas”.

a refletir sobre a atenção à saúde da criança e decidir-me em relação ao tema da dissertação, a qual concluí em 2007.

Na referida dissertação sobre conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos numa comunidade ribeirinha, evidenciou-se que os familiares utilizavam a sabedoria popular para solucionar os problemas de saúde da criança, sustentada na herança cultural-familiar que perpassa as gerações. Por outro lado, eles também mencionaram a necessidade de buscar recursos hospitalares. As práticas populares ocorrem de forma dinâmica e interligada, não somente entre aquelas pessoas da comunidade, mas também com os profissionais de saúde (HOFFMANN, 2007).

Segundo Geertz (1989), o comportamento ou a prática social estabelece articulação com as diferentes formas de cultura. O olhar referente às coisas do ponto de vista do outro possibilita a compreensão aproximada da realidade do indivíduo.

Em 2010, fui aprovada no concurso público para professor assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Minas Gerais, iniciando as atividades teóricas e práticas na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) no Hospital Universitário(HU) da UFJF, o qual escolhi como cenário de estudo para desenvolvimento da tese.

A enfermagem brasileira tem demonstrado uma preocupação com a assistência de enfermagem à criança hospitalizada e sua família. Na minha vivência profissional, entendo que o enfermeiro, bem como toda a equipe de enfermagem, vem buscando esta assistência na qual a criança não deve ser fragmentada.

Elsen, Althoff e Marques (1993) entendem a família como uma unidade básica do cuidado da saúde dos seus membros e a equipe de saúde estimula as práticas de saúde no hospital e no domicílio.

Com a inclusão da família, os profissionais de saúde enfrentam dificuldades resultantes da dicotomia entre o pensar e o fazer. O cuidado não é vinculado apenas às inadequadas condições físicas e falta de recursos humanos e financeiros dos hospitais, mas na vivência compartilhada entre equipe de saúde, criança e família.

A participação dos familiares é positiva para o tratamento da criança. A equipe de enfermagem não substitui a mãe em sua função, tendo em vista o aspecto psicossocial e também a responsabilidade com a assistência de todas as crianças internadas na unidade (SOUZA e OLIVEIRA, 2003).

Segundo Collet e Oliveira (1999), algumas experiências indicam uma melhor evolução no tratamento da criança hospitalizada quando acompanhada de um familiar com benefícios para ambos, como segurança e conforto. Para isso, tornam-se necessárias negociações entre os familiares e a equipe de enfermagem com delimitação dos cuidados efetuados pela família e pela equipe, a qual tem a aceitação da criança quando desenvolve os cuidados de enfermagem.

Dessa forma, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica com a finalidade de aprofundar a temática sobre a abordagem da equipe de enfermagem frente à criança hospitalizada. A busca ocorreu no período de janeiro a setembro de 2010. O recorte inicial foi determinado em 2003 pela busca eletrônica.

Para o desenvolvimento da revisão, foi utilizada como fonte para o levantamento da produção científica a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizados os seguintes bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library On-line (SCIELO).

Para nortear a busca, utilizaram-se os seguintes descritores: criança hospitalizada, equipe de enfermagem, unidade de internação, abordagem assistencial que foram conjugadas em pares. Para a seleção dos artigos, foi estabelecido como critério de inclusão que os estudos tivessem a equipe de enfermagem como sujeitos de pesquisa. Inicialmente, após leitura dos resumos, foram identificados 119 artigos, excluídos 69 estudos, restando 50 artigos. Após a leitura dos artigos na íntegra, sobraram 30. Com a aplicação do critério de inclusão, restaram 13 artigos que abordavam as seguintes temáticas: delegação de cuidados, reações da equipe de enfermagem frente à família, informações transmitidas pelas enfermeiras, envolvimento da família no processo de cuidar e reorganização do processo de trabalho.

A participação da mãe nos cuidados durante a internação de seu filho gera conforto, segurança, receptividade por parte da equipe de enfermagem, que considera esta participação como positiva (SOUZA e OLIVEIRA, 2003).

Para Wernet e Angelo (2003), as enfermeiras pediatras estão ligadas à dimensão moral e compartilham vivências humanas difíceis com base no conhecimento científico.

Segundo Collet e Rocha (2004), compartilhar os cuidados com a mãe é desejável, porém se observa a existência da delegação de cuidados sem coparticipação. A enfermagem delegou tarefas e responsabilidades à mãe e se

eximiu de seu principal papel. A fragmentação da assistência, não mais entre os profissionais de enfermagem, mas entre eles e as mães, dá indício de desprestígio para a profissão. O diálogo não faz parte dos instrumentos da enfermagem para negociar os cuidados com a família. Por outro lado, ocorre uma atitude omissa da equipe de enfermagem em delimitar os cuidados inerentes à mãe durante a hospitalização devido à dificuldade em fazer esse reconhecimento e lidar com essa interseção entre os âmbitos domésticos e hospitalar terapêutico.

As reações da equipe de enfermagem frente à família geram tensões devido à organização dos serviços. Para a equipe, este aspecto interfere no relacionamento com a família da criança hospitalizada (VERNIER e DALL'AGNOL, 2004).

Segundo Pinto, Ribeiro e Silva (2005), os enfermeiros sensibilizados pela questão da família enfrentam a busca da qualidade do cuidado à criança e sua família. Manter o equilíbrio para atender as demandas e cuidar da criança indica que, apesar das limitações e sofrimento enfrentados durante a hospitalização, a família mantém a iniciativa da resolução de seus problemas. Mesmo que as normas hospitalares não contemplem as necessidades da família, essa aciona os profissionais, buscando satisfazer suas necessidades.

O estudo de Sabatés e Borba (2005), realizado com pais de crianças hospitalizadas e enfermeiras que trabalham em unidades de internação pediátrica de um hospital público de ensino, evidenciou que os pais não estão totalmente satisfeitos com as informações recebidas durante a hospitalização do filho. Para os pais, os médicos informam os motivos da internação, estado de saúde, doença e tratamento do filho. Os pais solicitam das enfermeiras informações sobre o tempo de hospitalização, evolução da doença, medicação e tratamento do filho. No entanto, elas informam mais a respeito das regras, rotinas e motivo dos procedimentos, direitos e deveres e a participação dos pais no cuidado com o filho hospitalizado.

De acordo com Lichteneker e Ferrari (2005), torna-se necessário buscar meios para inserir o acompanhante na participação do cuidado para que sua presença não resulte em conflito com a equipe de enfermagem na prática dos procedimentos, mas uma forma de colaborar na recuperação da criança.

Os significados que a equipe de enfermagem atribui aos elementos constituintes do foco do cuidado da criança e família auxiliam na compreensão do hospital, com as relações complexas e delicadas da tríade criança, família e equipe; a troca de informações; a orientação ao familiar, entre outras. A enfermagem

compartilha os saberes, compreende, percebe e respeita as ações que ocorrem no dia a dia de permanência da criança hospitalizada e sua família na unidade pediátrica (DIAS e MOTTA, 2006).

A revisão bibliográfica desenvolvida por Pinto e Barbosa (2007) aponta que o foco da assistência é a participação da mãe como fundamental para dar sentido às experiências vivenciadas pela criança que aprende a reconhecer o outro e adquire confiança. A sua participação no procedimento torna-se indispensável para este processo.

Com base no estudo de Silva, Kirschbaum e Oliveira (2007), constata-se que a dificuldade em lidar com a assistência hospitalar está caracterizada fundamentalmente pela especialização e fragmentação voltada às necessidades do corpo biológico. Os agentes não conhecem o processo de trabalho, o que desfavorece o cuidado centrado nas necessidades da criança e não apenas na doença, com o envolvimento também da família nesse processo de cuidar.

Nessa forma de produção de cuidados com o foco na doença, as enfermeiras, enquanto equipe de enfermagem, atendem na lógica de funcionamento da instituição hospitalar, que implica a reorganização do processo de trabalho em níveis teórico e prático, e submetem a criança e sua família às normas e rotinas do hospital em detrimento de necessidades particulares destas. Contudo, a enfermeira deve buscar aprimorar seu conhecimento, ter seu papel definido para poder atuar e intervir ativamente (SILVA, KIRSCHBAUM e OLIVEIRA, 2007).

A identificação do cuidar para a equipe de enfermagem significa envolvimento, respeito, ética, satisfação, negociação, realização das atividades de acordo com normas e rotinas institucionais preestabelecidas. Assim, a equipe deve compreender e auxiliar a família a se reorganizar com a hospitalização da criança para manter o equilíbrio neste momento de vida (PINTO et al ,2009).

A dimensão e o modo de participação da família no cuidado à criança hospitalizada apontam que o cuidado realizado pela enfermagem está centrado em procedimentos e a interação com a criança e sua família é tangencial no processo de cuidar. A família tem dividido cuidados com a equipe, mas não tem sido compreendida como coparticipante, tampouco incluída na perspectiva do cuidado. A equipe tem dificuldade de lidar com a criança e a família no cotidiano do hospital(PINTO et al ,2009).

A criação de vínculo, estabelecendo processos efetivos de diálogo, pode promover uma lógica do processo de trabalho, na perspectiva da integralidade e resgate da dimensão cuidadora da enfermagem, delineando o que a família realiza de cuidados, e a enfermagem reorganiza sua prática assistencial a partir do cuidado negociado e compartilhado em cada situação (PIMENTA e COLLET, 2009).

A assistência da equipe de enfermagem continua tendo o enfoque centrado na patologia, não contemplando a assistência à criança e sua família. A dificuldade ocorre porque a equipe de enfermagem não reflete sobre seu fazer cotidiano, não visualiza a finalidade de seu trabalho e não consegue levantar as necessidades que devem gerar atitudes e ações para o seu fazer profissional (COLLET, OLIVEIRA e YAMAMOTO, 2009).

Em nosso meio, Elsen et al. (1994) ressaltam que a assistência prestada à criança e sua família ainda se dá de acordo com o modelo biologicista, no qual a ênfase é a doença da criança e seu tratamento e os pais são obrigados a seguir determinações dos serviços. Embora destaquem a família como sendo o primeiro sistema de cuidado, ainda é um processo difícil compartilhar responsabilidades para o profissional da equipe de saúde, que decide o que precisa ser identificado, realizado, orientado e avaliado na criança e como abordar a família.

Elsen e Patrício (2005) identificaram três tipos de abordagens de assistência à criança² hospitalizada: centrada na patologia da criança; centrada na criança e centrada na criança e sua família. As autoras deixam claro que estas abordagens não são as únicas existentes e que a conjugação dessas perspectivas talvez seja mais comum.

A abordagem centrada na patologia ocorre quando a criança é vista apenas em sua dimensão biológica e a tomada de decisão centrada na equipe de saúde. A comunicação estabelecida entre a equipe, criança e familiar tende a ser vertical, cabendo ao profissional de saúde dar informações à família quando e sobre o que julgar necessário (ELSEN E PATRÍCIO, 2005).

Na abordagem centrada na criança, esta passa a ser considerada um ser em crescimento e desenvolvimento, que apresenta necessidades e vulnerabilidades. A internação é considerada um evento estressante, levando a equipe a incentivar a

² As autoras não mencionam a faixa etária das crianças na descrição dos tipos de abordagens.

permanência de acompanhantes na unidade e sua participação nos cuidados (ELSEN E PATRÍCIO, 2005).

A abordagem centrada na criança e em sua família caracteriza-se por ter como foco a criança em um determinado estágio de desenvolvimento, como membro de uma família, e que está inserida em um determinado ambiente ecológico, socioeconômico e cultural. Nesse caso, a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, e a internação é vista não apenas como um agravo psicológico à criança, mas também como um trauma para a família que necessita de apoio da equipe de saúde. Essa abordagem se difere ainda das demais porque enfatiza a continuidade da assistência em nível domiciliar (ELSEN E PATRÍCIO, 2005).

Elsen e Patrício (2005) destacam ainda que todo hospital dispõe, na rotina diária, de uma abordagem de assistência à criança hospitalizada, mesmo que isso não esteja descritos em seus regimentos e manuais.

Vale destacar que, neste estudo, a abordagem tem um enfoque de um grupo, ou seja, está voltada para a assistência prestada pelos membros da equipe de saúde, em destaque de enfermagem.

Dessa forma, elaborei como questões norteadoras: qual a abordagem de assistência desenvolvida pela equipe de enfermagem na unidade de internação pediátrica? Como a equipe de enfermagem atua com a criança e sua família na unidade de internação pediátrica?

Com base no exposto, delimito como objeto de estudo a abordagem assistencial adotada pela equipe de enfermagem à criança³ e sua família na unidade de internação pediátrica.

Os objetivos são: descrever as características da assistência prestada à criança na unidade de internação pediátrica; analisar a abordagem assistencial adotada pela equipe de enfermagem; discutir as implicações da abordagem adotada pela equipe de enfermagem para a criança na unidade de internação pediátrica.

³ Neste estudo, a faixa etária da criança compreende 28 dias a 18 anos incompletos, de acordo com o cenário do estudo.

Contribuições do Estudo

Quanto ao ensino, o estudo poderá contribuir para que os professores e os estudantes de enfermagem estejam atentos na assistência à criança e sua família num ambiente hospitalar, proporcionando uma reflexão crítica acerca da prática assistencial.

Cabe ressaltar que este estudo contribuirá na identificação da abordagem assistencial à criança e ao adolescente hospitalizados na UIP/HU da UFJF.

O estudo contribuirá para a assistência, propiciando uma reflexão crítica da equipe de enfermagem acerca da abordagem adotada na assistência à criança e sua família na unidade de internação pediátrica, como também apontando os diferentes aspectos que envolvem a participação efetiva da família durante a hospitalização infantil.

Esta pesquisa oferecerá subsídios para outras pesquisas sobre a abordagem assistencial à criança hospitalizada no 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.

Vale destacar que este estudo está inserido no Projeto Integrado de Pesquisa/CNPq – Modelos Assistenciais à Criança Hospitalizada: implicações para a Enfermagem Pediátrica, sob a coordenação / autoria da Prof^a. Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira.

2. ABORDAGEM TEÓRICO – METODOLÓGICA

2.1. Bases Conceituais

O referencial teórico está vinculado aos três tipos de abordagens na assistência à criança hospitalizada que são centrada na patologia; centrada na criança e centrada na criança e sua família(ELSEN E PATRÍCIO, 2005).

A diferenciação entre essas abordagens deu-se com base nos estudos desenvolvidos nas áreas das ciências médicas, humanas e sociais, que contribuíram para desenvolver diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo saúde-doença, interferindo na visão dos profissionais de saúde sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade os tipos de problemas a serem identificados, entre outras. A escolha de uma determinada abordagem por uma instituição decorre dos valores e crenças pessoais e dos profissionais que compõem a equipe de saúde e administrativa.

2.1.1. Abordagem centrada na patologia da criança

Nessa abordagem, a equipe e a administração hospitalar adotam como valores e crenças que a criança é um ser limitado, dependente e sem poder de decisão. A prática pediátrica consiste fundamentalmente no diagnóstico e cura da doença. O foco da assistência está centrado na doença da criança e o objetivo é recuperar a saúde através de medidas terapêuticas.

A caracterização da unidade de internação está baseada na organização e no funcionamento. A área física comporta as necessidades dos profissionais, e o ambiente tem pouca ou nenhuma caracterização infantil.

A comunicação estabelecida entre a equipe, criança e familiar tende a ser vertical, cabendo ao profissional de saúde dar informações à família quando e sobre o que julgar necessário. O papel da família é periférico e passivo. A equipe de saúde identifica os problemas de saúde e suas funções estão voltadas para o planejamento, execução e avaliação do tratamento.

A tomada de decisão é vertical e centrada no médico. A avaliação da assistência baseia-se nos seguintes critérios objetivos: desaparecimento de sinais e sintomas, tempo de permanência hospitalar, associação com outras patologias e números de óbitos.

2.1.2. Abordagem centrada na criança:

O foco da assistência passa a ser a criança em sua unidade biopsicoespiritual, considerada um ser em desenvolvimento com necessidades e vulnerabilidades decorrentes desta situação.

O objetivo da assistência é recuperar a saúde e minimizar as repercussões psicológicas provenientes da hospitalização. Nessa abordagem, a criança necessita manter vínculos afetivos com pessoas, ambientes e objetos. A família é incentivada a participar do cuidado, buscando a satisfação das necessidades biopsicoespirituais da criança, como colaboradora na assistência planejada e organizada, de forma mais flexível.

As decisões são compartilhadas entre os membros da equipe de saúde e a família não participa da tomada de decisões, apenas se mantém atualizada dos resultados esperados.

2.1.3. Abordagem centrada na criança e em sua família:

Neste modelo, a família ocupa a posição central, sendo vista como uma unidade básica dos cuidados à saúde de seus membros. A saúde é vista pelos profissionais como complexa e resultante da interação de diferentes fatores: biológicos, psíquicos, sociais, culturais, econômicos e ecológicos.

As tomadas de decisões são partilhadas entre a família e a equipe de saúde. A avaliação da assistência baseia-se em critérios objetivos e subjetivos como indicadores de morbidade e mortalidade; a integração da família e sua funcionalidade e a utilização de recursos disponíveis na família e na comunidade para resolução dos problemas de saúde.

2.2 Considerações Metodológicas

O estudo é de natureza qualitativa, tipo estudo de caso. Segundo Minayo (2008, p.10), os estudos qualitativos:

São aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo nestas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construção humana significativa.

Minayo (2008) enfoca ainda que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação. A realidade vai além dos nossos órgãos de percepção, e os dados subjetivos transparentes e não ditos também fazem parte do mundo real. A inter-relação de significados, sentimentos, atos, crenças, valores e conhecimentos torna-se relevante para a abordagem qualitativa, que implica considerar o sujeito de estudo o indivíduo que pertence a determinado grupo social.

Segundo Yin (2005, p. 20):

o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real tais como: os ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas e a maturação de setores econômicos.

O cenário do estudo foi a unidade de internação pediátrica (UIP) de um Hospital Universitário do Município de Juiz de Fora do Estado de Minas Gerais⁴. Os sujeitos foram quatro enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, que atuam no referido cenário, e que desejaram participar de forma espontânea. Os sujeitos estavam no serviço nos dias das entrevistas e foram escolhidos aleatoriamente. Os pseudônimos, foram previamente escolhidos pelos sujeitos de modo a garantir o anonimato dos participantes. Com base nos dados do formulário, foi elaborado o Quadro I com a caracterização dos sujeitos.

Os depoentes foram, na maioria, do gênero feminino; a faixa etária variou entre 23 e 51 anos; o tempo de formação profissional foi de dois anos e meio a 25 anos e o tempo de serviço na unidade variou de um mês a 25 anos. Quanto à função, foram quatro enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem. Os sujeitos

⁴ Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa (Anexo A)

atuavam na UIP nos plantões diurno e noturno, sendo um enfermeiro gerente, três enfermeiras/plantonistas, três técnicos de enfermagem/diaristas e 11 técnicas de enfermagem/plantonistas.

A maioria dos depoentes não participou de eventos científicos. Quanto aos cursos de atualização, destaca-se que nove fizeram o curso de reanimação neonatal e duas cursaram o Proenf – Saúde da Criança. Em relação aos cursos de pós-graduação, três fizeram o curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e dois estão cursando o Mestrado.

Quadro I: Caracterização dos Sujeitos

'Pseudônimos	Idade	Tempo de Formado	Função	Turno de Trabalho	Tempo de Serviço na Unidade	Área de Atuação	Treinamento em Serviço	Participação em Eventos científicos	Cursos de Atualização	Curso de Pós-Graduação
Anjinho	37 anos	11 anos	Enfermeira	12 x 36	6 anos	Assistencial	-	Não	Reanimação Neonatal	-
Azaleia	23 anos	5 anos	Técnica de Enfermagem	12 x 36	6 anos	Assistencial	Ouvinte	Não	Não	Não
Flor	47 anos	23 anos	Técnica de Enfermagem	12 x 60	7 anos	Assistencial	-	Não	Reanimação Neonatal	-
Rosa	27 anos	9 anos	Técnica de Enfermagem	12 x 60	25 anos	Assistencial	-	Não	Reanimação Neonatal	-
Anjinho A	33 anos	5 anos	Técnica de Enfermagem*	Diarista	4 anos	Assistencial	Ouvinte	Sim	Portal da educação	Esp. em UTI e neonatal
Docinho 1	26 anos	4 anos	Enfermeira	12 x 36	1 ano	Assistencial	Ouvinte	Não	Urgência e Emergência	-
Flor-de-lis	32 anos	4 anos	Técnica de Enfermagem*	12 x 36	1 mês	Supervisão	-	Sim	Portal da Educação	Esp. em UTI e neonatal
Florzinha	34 anos	8 anos	Técnica de Enfermagem	Diarista	1 mês	Assistencial	Ouvinte	Não	-	-
Tchutchuca	40 anos	10 anos	Técnica de Enfermagem	12 x 36	1 mês	Assistencial	Ouvinte	Sim	Vacinação	-
Anjo	39 anos	15 anos	Técnica de Enfermagem*	Diarista	15 anos	Assistencial	Ouvinte	Não	Reanimação Neonatal	Esp. em UTI e neonatal
Anjinho B	33 anos	10 anos	Técnica de Enfermagem	12 x 36	6 anos	Assistencial	Ouvinte	Não	Reanimação Neonatal	-
Girassol do Araguaia	44 anos	10 anos	Enfermeiro Gerente	Diarista	7 anos	Assistencial e administrativo	-	Protocolo de Anemia Falciforme	Proenf.Saúde da Criança	Mestrado
Marinex	44 anos	5 anos	Técnica de Enfermagem	12 x 60	2 anos e 7 meses	Assistencial	Ouvinte	Não	Reanimação Neonatal	-
Violeta	51 anos	8 anos	Técnica de Enfermagem	12x60	2 meses	Assistencial	-	Não	Não	-
Docinho	43 anos	2 anos e Meio	Enfermeira	12 x 36	1 ano e meio	Assistencial	Ouvinte	Não	Proenf.Saúde da Criança	Mestrado
Anjinho C	30 anos	5 anos	Técnica de Enfermagem	12 x 36	7 anos	Assistencial	Ouvinte	Não	Reanimação Neonatal	-
Pássaro	25 anos	25 anos	Técnica de Enfermagem	12 x 60	25 anos	Assistencial	-	Não	Reanimação Neonatal	-
Flor A	32 anos	9 anos	Técnica de Enfermagem	12 x 60	4 anos	Assistencial	-	Não	Reanimação Neonatal	-

*As técnicas de Enfermagem são enfermeiros

Os procedimentos metodológicos são um formulário para caracterização dos sujeitos, a entrevista não diretiva em grupo e a observação participante com diário de campo. O formulário (Apêndice A) consta de dois itens: dados de identificação e relacionados com a atividade profissional, que foram articulados com os depoimentos.

Marconi e Lakatos (2002, p. 112) destacam que *“o formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado”*.

A entrevista não diretiva é uma forma de obter informações baseadas no discurso livre do entrevistado. Para proceder a essa entrevista, alguns cuidados devem ser observados, como assegurar a cientificidade da técnica; a qualidade e o registro das informações; e a redução do volume de dados a elementos passíveis de análise (CHIZZOTTI, 2005).

A entrevista não diretiva em grupo possibilita ao pesquisador articular teoria e prática em torno de uma proposta de estudo, demandando esforço, leitura e experiência e também implica um olhar para captar sinais, recolher indícios, descrever práticas, atribuir sentido a gestos e palavras, entrelaçando fontes teóricas e materiais empíricos durante o desenvolvimento da entrevista (HOFFMANN E OLIVEIRA, 2009).

Segundo as autoras, as dificuldades aparecem seja no âmbito hospitalar ou na comunidade, mas há possibilidade de adaptações por parte do entrevistador, tornando necessário saber olhar, escutar e, principalmente, que a subjetividade precisa estar incorporada ao processo do conhecimento, buscando formas adequadas para utilizar essa abordagem metodológica.

Chizzotti (2005) ressalta que a entrevista não diretiva deve ser feita individualmente, porém, neste estudo, a mesma será aplicada em grupo, que tem sua origem nos estudos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa “Saúde da Criança/Cenário Hospitalar”⁵, a saber: Santos (1996), Couto (2004), Cardoso (2006), Hoffmann (2007) e Souza (2007), que utilizaram essa técnica em suas pesquisas e alcançaram êxito quanto à abordagem dos sujeitos e obtenção de dados

Os temas da entrevista não diretiva em grupo foram elaborados com base na literatura e nos objetivos do estudo, a saber: a caracterização da unidade de

⁵ Esse grupo de pesquisa está cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil/CNPq.

internação, criança hospitalizada, família, equipe de saúde (funções e tomada de decisão), plano de assistência (elaboração e execução) e critérios para avaliação da assistência.

Vale destacar que foi realizada a validação dos temas após o encontro do primeiro grupo com vistas aos possíveis ajustes a fim de atender aos objetivos. Após esse encontro, verificou-se que não houve necessidade de alterações dos temas.

Em observância à Resolução nº 196/96, a coleta de dados foi desenvolvida após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, cenário do estudo (Anexo A) (BRASIL, 2000).

Após a explicação acerca da entrevista, os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), que contém as informações prévias sobre o desenvolvimento do estudo.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) e escolha dos pseudônimos, os sujeitos foram posicionados de frente para uma cartolina na qual os temas estavam descritos de forma aleatória conforme quadro II. Foi explicado como seria o desenvolvimento da entrevista, esclarecendo que não existia ordem em relação aos temas a serem abordados.

Quadro II – Cartaz com os Temas



Foram realizadas quatro entrevistas conforme quadro III.

Quadro III – Entrevistas

	Data	Duração	Nº de Entrevistados
1ª entrevista	09/02/2011	60'	1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem
2ª entrevista	03/05/2011	47' 26''	1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem
3ª entrevista	04/05/2011	65' 17''	1 enfermeiro e 4 técnicos de enfermagem
4ª entrevista	24/05/2011	45'	1 enfermeiro e 4 técnicos de enfermagem

Com o objetivo de manter o entrosamento entre os profissionais, foram oferecidos bombons, que ficaram à disposição durante a entrevista. As entrevistas foram gravadas em gravador digital (MP4) e transcritas integralmente pela pesquisadora.

Para o desenvolvimento da observação participante, foi elaborado um roteiro sistematizado (Apêndice C). Durante as observações, foram feitos registros escritos, anotando locais, hora e duração e destacando as notas breves de forma discreta para expandi-las posteriormente.

Chizzotti (2005) enfoca que a observação direta ou participante é obtida por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista.

A observação participante foi feita com a equipe de enfermagem em diferentes momentos como: atividades administrativas, passagem de plantão, admissão da criança na unidade de internação pediátrica, prestação de cuidados, procedimentos invasivos e visita da família. Foram feitos oito momentos de observação, conforme quadro IV

Quadro IV – Observações

	Data	Período	Duração
1ª observação	06/01/2011	Manhã	4h
2ª observação	08/02/2011	Manhã	1h
3ª observação	09/02/2011	Tarde	20'
4ª observação	09/02/2011	Tarde	2h30'
5ª observação	09/02/2011	Noite	2h
6ª observação	10/02/2011	Manhã	30'
7ª observação	10/02/2011	Manhã	15'
8ª observação	10/02/2011	Tarde	15'

O tempo de duração das observações está diretamente relacionado com a necessidade de descrever os acontecimentos que estavam articulados com os objetivos do estudo.

Para analisar os depoimentos, foi utilizada a análise temática de Minayo (2008) ressalta as etapas da análise temática, a saber: a pré-análise, quando será feita a leitura flutuante do material coletado; a exploração do material que se inicia com a delimitação das unidades temáticas através de recortes no texto; e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação a fim de colocar em relevo as informações obtidas, propondo interpretações, previstas no quadro teórico.

As unidades temáticas e as subunidades que emergiram dos depoimentos são apresentadas no Quadro V a seguir.

Quadro V - Unidades e Subunidades Temáticas.

Unidades Temáticas	Subunidades
Caracterização da Unidade de Internação Pediátrica (UIP).	<ul style="list-style-type: none"> -ambiente da UIP -sala de procedimentos -campo de estágio -número de leitos (enfermarias e quartos de isolamento) -normas para presença do familiar/acompanhante -distribuição das crianças (faixa etária e disponibilidade de leito) -tamanho das camas -recursos materiais (equipamentos e roupas). -brinquedoteca e parquinho. -classe escolar.
Equipe de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> -composição da equipe -tomada de decisão -orientações ao familiar / acompanhante
Equipe de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> -descanso da equipe -relacionamento interpessoal -interação equipe com o familiar -conflitos entre a equipe e a família -eminência de morte/conflitos -administração de medicação -delegação de cuidados básicos -rotinas hospitalares -observação da equipe -admissão, planos de cuidados e assistencial, nível de satisfação e avaliação da UIP
Familiar/acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> -grau de parentesco -nível socioeconômico -administração de medicação -sentimentos do familiar -vigilância do familiar -permanência na UIP -visitas da família -auxílio da equipe

3. CENÁRIO DO ESTUDO⁶

Em 8 de abril de 1963, a Universidade Federal de Juiz de Fora assinou convênio com a Santa Casa de Misericórdia, para utilização das enfermarias, ambulatórios e outras instalações para fins de atividade de ensino das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia da UFJF. O ato do convênio foi assinado pelo Reitor, Professor Moacyr Borges de Matos, e pelo provedor da Santa Casa, Dr. José Procópio Teixeira Filho.

O HU/UFJF (foto 01) foi inaugurado no dia 8 de agosto de 1966, com o nome de Hospital-Escola, atendendo pacientes internados nas áreas clínicas. As atividades foram instaladas inicialmente na área física do antigo sanatório Dr. Hermenegildo Rodrigues Villaça, situado ao lado da Santa Casa de Misericórdia.



Foto 01 - HU-UFJF no bairro Santa Catarina⁷

Em 1970, o Hospital-Escola foi transferido para o Bairro Santa Catarina, atendendo aos pacientes de baixa renda, do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em níveis ambulatorial e hospitalar.

A partir de 1994, ocorreu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o HU-UFJF incorporado ao sistema e se tornando o hospital universitário de

⁶ Os dados deste capítulo foram extraídos da dissertação de mestrado intitulada Humanização em Saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas(OLIVEIRA ,2012).

⁷As fotos foram retiradas com a permissão da Instituição. Fonte: <http://www.ufjf.br> .Acesso em 3 de julho de 2012.

referência da região. A área de abrangência engloba mais de 94 municípios da Zona da Mata Mineira e do Estado do Rio de Janeiro, atendendo em níveis primário, secundário e terciário, além de conjugar atividades de ensino, pesquisa e extensão (HU-UFJF, *s/d*). O HU/UFJF é um dos hospitais mais modernos do país, com exames pouco comuns no SUS e um diferencial no atendimento ao paciente, através do Acolhimento Integrado – um olhar multiprofissional que privilegia o paciente.

Devido à necessidade de um novo ambiente hospitalar, iniciou-se a construção do Centro de Atenção à Saúde (CAS), no bairro Dom Bosco, próximo à entrada sul do Campus Universitário (foto 02). O referido centro teve seu primeiro módulo inaugurado em 24 de agosto de 2006, fazendo com que parte dos serviços mudasse de local. Em um primeiro momento, permanecem no HU-UFJF (unidade Santa Catarina) as cirurgias, internações – inclusive pediátricas – e unidade de terapia intensiva (UTI), que serão transferidas para o HU-UFJF (unidade Dom Bosco) após a construção dos outros módulos (HU-UFJF, *s/d*).



Foto 02 - HU-UFJF no bairro Dom Bosco

Sob a administração do Reitor da UFJF, professor Dr. Henrique Duque de Miranda Chaves Filho, e do Diretor Geral do HU-UFJF, Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo, o Centro de Atenção à Saúde iniciou, em 2007, as atividades de atendimento à saúde.

Em 28 de maio de 2007, ocorreu uma mudança, sendo transferido o serviço ambulatorial de diagnóstico e terapêutico (clínicas, consultórios, central de diagnóstico, farmácia, leitos para internação-dia e salas de aula) do HU/UFJF (Unidade Santa Catarina) para o HU/CAS (Unidade Dom Bosco).

O primeiro pavimento do bloco A, em que estão localizadas as enfermarias pediátricas, articula-se com o térreo através de rampa e um lance de escadas ou

também por elevador. Seu acesso se faz de maneira direta, sem corredores, já que está próximo à recepção principal do hospital.

Antes da entrada na pediatria, existe uma sala de espera decorada com temas infantis e com um banco único em madeira (foto 03).



Foto 03-Entrada da Pediatria no HU.

Com relação aos aspectos de humanização, não são observadas cores nas paredes e só há alguns detalhes no piso. Existem, porém, murais de fotografias (foto 04) e alguns desenhos nas paredes (foto 05), alegrando o ambiente e fazendo com este seja um pouco mais familiar ao universo da criança.



Foto 04 - Quadro de fotos.



Foto 05 - Quadro de desenhos e pinturas.

O setor de pediatria do HU é composto de cinco enfermarias coletivas, em formato retangular, que variam entre três e quatro leitos. Existem ainda três quartos de isolamento, sendo dois deles com dois leitos. Nas enfermarias, são atendidas as crianças e os adolescentes na faixa etária de 28 dias a 18 anos incompletos.



Foto 06 - Enfermaria.

As enfermarias atendem à demanda de internações do SUS. A demanda não é planejada e acarreta constantes rearranjos de mobiliários, de acordo com o perfil das crianças no momento. Desta maneira, não há separação por faixa etária ou por sexo. A única enfermaria que permanece sem alterações é a com os berços, pois o banheiro já possui infraestrutura com banheira e bancada para troca de fraldas.

Em cada leito, há uma móvel, a saber: uma cama ou berço de ferro pintado, com grades laterais removíveis e manivelas articuláveis para movimentos do dorso e dos pés; uma mesinha de apoio, em ferro e com gaveta e uma cadeira para acompanhante, para permanência dos pais em período integral (foto 06).

Corroborando com as orientações sobre o funcionamento do serviço de pediatria HU-UFJF, foi confeccionada uma cartilha que é fornecida para o familiar/acompanhante quando é realizada a admissão da criança/adolescente. As visitas são permitidas todos os dias, de segunda a sexta-feira, das 18h30 às 19h30. Nos sábados, domingos e feriados, o horário é das 14h30 às 16h30. A troca de acompanhantes foi estabelecida para os horários das 7h às 8h; 14h às 14h30 e 19h30 às 20h.

Observa-se também a existência de armários na recepção geral do hospital. Em todos os quartos, há um lavatório suspenso para higienização com suporte de sabonete, papel-toalha e álcool gel.

As enfermarias receberam um “nome fantasia” (Terra Encantada, Algodão-Doce, Florescer, Ursinhos Carinhosos, Cantinho Dourado e Arco-Íris.) em vez de numerações.

Cada enfermaria de três ou quatro leitos é atendida por um banheiro que pode ser usado somente pelas crianças e adolescentes. Os acompanhantes utilizam

um sanitário específico localizado ao final do corredor. Na enfermaria para bebês, o banheiro é diferenciado. Existe uma bancada em mármore para troca de fraldas e uma banheira em inox embutida na pedra. Em todos os banheiros, existem barras de apoio.

A brinquedoteca tem uma televisão com aparelho de DVD, além de armários e prateleiras com jogos, brinquedos e desenhos das crianças (foto 07). Esta sala de televisão permanece em funcionamento até as 22h. Existe ainda uma brinquedoteca móvel, que visa a atender as crianças que não podem se locomover até o local.



Foto 07 - Brinquedoteca

A brinquedoteca abre diariamente para 1 hora de atividades, no período das 10h às 11h da manhã. Contudo, em alguns dias, no período da tarde, há recreação também na área do refeitório (foto 08), realizada com o auxílio de profissionais.

O refeitório da ala, além da função primordial a que se destina – a refeição –, tem em vista atender também às necessidades de distração tanto dos acompanhantes quanto dos próprios pacientes.

No local, há uma televisão de LCD na parede, que funciona como distração, principalmente para os acompanhantes, já que não há TVs nas enfermarias. Existem, no local, mesas retangulares e hexagonais, sendo que estas últimas podem se juntar como “colmeias” para atividades com as crianças (foto 09). Há ainda armários onde são guardados jogos e materiais para recreação das crianças.



Foto 08 - Sala de refeição



Foto 09 - Sala de estudo

Além desses espaços, o HU conta ainda com um solário descoberto para recreação, sendo seu acesso realizado através do refeitório. Os muros e paredes são pintados com temática infantil. Há ainda no local alguns brinquedos de *playground*, como casinha e balanço (foto 10). Apesar de se destinar à recreação dos pacientes, o espaço é utilizado também para a colocação de varais para a secagem de roupas, já que muitos pacientes não residem na cidade (foto 11). O solário é aberto às 8h da manhã, sendo fechado ao anoitecer. Não existe atividade dirigida no local, sendo o acompanhante o responsável pela criança.



Foto-10 Solário



Foto-11 Solário

O posto de enfermagem (foto 12) faz divisão com a sala de prescrição de enfermagem e a sala de serviços.



Foto 12 - Posto de enfermagem

A sala de procedimentos é utilizada também como sala de curativos (fotos 13 e 14) e sala de reunião dos professores com os estudantes de medicina.



Foto 13 - Sala de curativo e procedimentos.



Foto 14 - Sala de curativo e procedimentos.

O lactário é subdividido em três partes: antessala, expurgo (foto 15) e preparo (foto 16). Neste local, são preparadas fórmulas lácteas supervisionadas por nutricionistas, fazendo com que haja alimentação para as crianças em horários diferenciados do restante do hospital.



Foto 15 - Sala de expurgo



Foto 16 - Sala de preparo

A equipe de enfermagem é composta de enfermeiros e técnicos de enfermagem com plantões diurno e noturno. Para os funcionários, existem dois ambientes, sendo eles: copa, que se destina às refeições rápidas, e o conforto, que é um local de descanso para os funcionários, com cadeiras, poltronas e armários de ferro com cobertores e travesseiros.

Cabe ainda ressaltar que, além desses ambientes especificados, o setor das enfermarias pediátricas conta com uma sala para a direção médica, uma sala para a chefia de enfermagem, uma sala para a guarda de equipamentos, depósito de materiais de limpeza, uma sala de utilidades e uma rouparia.

4. A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA NO ESPAÇO HOSPITALAR: PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

Este capítulo aborda as transformações da prática assistencial de enfermagem a partir da segunda metade do século XX com ênfase na inserção da família no espaço hospitalar e as repercussões para a saúde da criança.

A partir dos anos 50, predominava o modelo hospitalocêntrico na prestação de saúde da criança e do adolescente, apoiado pelas especialidades e pelo emprego de equipamentos, procedimentos invasivos e cirurgias. A enfermeira pediatra demonstrava uma crescente preocupação com a assistência prestada à criança. A presença da mãe e da família constituía-se ainda como uma polêmica no espaço hospitalar, sendo a criança separada de sua família, permanecendo sozinha e isolada, o que ocasionava sérios danos de ordem emocional e psicossocial ao seu desenvolvimento.

A partir da década de 80, surgem pesquisas referentes à presença das famílias nas instituições de saúde, embora ainda existissem hospitais que autorizavam a visita dos pais em dias e horas determinadas. Havia um movimento da enfermagem pediátrica pelo alojamento conjunto e a participação da mãe nos cuidados da criança hospitalizada (ELSEN et al,1994).

Ainda, na década de 80, os efeitos maléficos à saúde física e mental da criança decorrentes da separação da família, especialmente da mãe, determinavam sofrimento e desencadeavam mudanças no comportamento infantil, não só durante a hospitalização como também após a alta.

A partir da segunda metade da década de 80, deram-se os benefícios da presença da mãe para a criança, bem como a redução do tempo de hospitalização, melhora do comportamento após a alta e o aumento do senso de segurança por não haver mais a ansiedade da separação. No final dessa década, quando a família começou a participar do cuidado à criança hospitalizada, o Estado de São Paulo foi o primeiro a iniciar o programa mãe-participante em todos os estabelecimentos hospitalares, mas ainda não era uma realidade em muitas instituições do país.

Durante a hospitalização, a criança e sua família passam a fazer parte de um contexto hospitalar. Novos papéis são assumidos pela família e, quando ela é orientada sobre o diagnóstico, tratamento e quadro clínico da criança, estabelece-se

a possibilidade de a família ter autonomia para as atividades que possa desempenhar a partir das informações recebidas pela equipe de saúde (GOMES e ERDMANN, 2005).

Na década de 90, ocorrem mudanças políticas e jurídicas relacionadas à criança e ao adolescente com a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamentava o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no qual o artigo 12 preconiza a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável pela criança (BRASIL, 2005a). Em 1995, a Resolução n. 41/1995, que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, reforça a presença dos pais durante a hospitalização.

As mudanças ocorridas na assistência à criança hospitalizada foram muitas e significativas desde o estabelecimento da legislação, garantindo a permanência dos familiares no hospital durante o tratamento, o que alterou o trabalho da equipe de enfermagem, que permanece mais tempo com a criança e a família. O cuidado antes prestado pela equipe agora é compartilhado com os pais, o que leva a equipe a modificar suas ações, delegando à família cuidados antes realizados pela equipe como higiene, alimentação, conforto e não assumindo a responsabilidade por determinadas ações delegadas à família (PIMENTA e COLLET, 2009).

A atuação com a criança e sua família nas unidades pediátricas requer mais tempo para adaptação, disponibilidade e preparo da equipe para que ocorra um enfrentamento mais eficaz entre os pais e/ou familiar responsável acompanhado de um profissional com orientação técnica que se fundamente também no conhecimento da experiência de ter um filho hospitalizado. Neste processo, pode ocorrer a interação com a equipe multidisciplinar, na qual a família vai ter vivências úteis para o período de permanência junto com seu filho hospitalizado (ISSI et al, 2007).

Os profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, estão vivenciando um momento de transição na busca de uma identidade profissional na Unidade de Pediatria. Como profissão interativa, a enfermagem necessita repensar seus valores e suas atitudes na relação com a criança e com a própria equipe. O cuidado à criança e suas interações apresenta-se como algo novo para a enfermagem. Além de executar técnicas e procedimentos, a enfermagem procura assessorar as famílias quanto a suas dúvidas e estimular a prática dos cuidados. No entanto, as mudanças ocorridas na forma da organização da assistência à criança

não estão bem definidas, estando ainda num processo de reconstrução e reorganização desta prática assistencial (GOMES e ERDMANN, 2005).

Apesar da interação da equipe de enfermagem com o familiar dentro da unidade pediátrica, as enfermeiras passam por um processo dinâmico de reflexões inerentes ao pensar e ao agir, mostrando no planejar e no executar o cuidado em relação à tríade criança, família e equipe. Esta tríade revela as atribuições, limitações, conduta troca de informações entre equipe e familiar. O estudo de Dias e Motta (2006), ressalta o conhecimento pessoal e empírico da enfermeira como mola mestra para o cuidado efetivo, resgatando valores, crenças e formas de adaptação para que ocorram vivências compartilhadas nas diversas situações na unidade pediátrica.

Segundo Collet e Rocha (2004), a equipe de enfermagem, após a implantação do ECA, vem sofrendo um processo de reorganização de suas práticas. A inserção da família no contexto hospitalar modifica o processo de trabalho da equipe, que não adquiriu um preparo para lidar com essas mudanças, sendo que alguns destes profissionais não as entendem, o que gera conflito. As autoras relatam ainda que a família, muitas vezes, tem que estar atenta para os cuidados aparentemente comuns realizados no domicílio como conforto, alimentação e higiene, mas que, no hospital, apresentam novas características, como sondas, drenos, infusões, os quais, antes simples, se tornam complexos e nem sempre a família tem condições de realizá-los. Nesse sentido, a enfermagem deve reorganizar a prática assistencial a partir de um cuidado negociado e compartilhado em cada situação, respeitando as demandas de cuidado da família.

Na pesquisa realizada por Souza e Oliveira (2003), a participação da mãe diminui o trabalho da equipe de enfermagem, ficando apenas com os cuidados mais complexos, portanto, neste contexto, a família atua suprimindo a falta de pessoal que, muitas vezes, é clara, sendo um técnico para cada enfermagem. Neste caso, a equipe deve estar atenta no sentido de que esse cuidado delegado à mãe não pode ser confundido com obrigação, por isso a necessidade de uma delimitação de cuidados a serem prestados pelas mães ou pela equipe de enfermagem, que pode ser facilitada com programas de acompanhamento familiar na instituição.

Collet e Rocha (2000) concordam que o ambiente hospitalar é o território do enfermeiro que nele trabalha, onde se encontra o maior controle. Porém, as autoras afirmam que as negociações do cuidado só podem ser realizadas pelo enfermeiro,

entendendo que se deve levar em consideração a situação vivenciada como um todo, o contexto em que está inserida. Devido à fragilidade da própria família, a qual fica à mercê das decisões tomadas pelos profissionais, a negociação visa envolver os pais no processo saúde-doença-cuidado, buscando a humanização da assistência à criança hospitalizada.

Cardoso (2009), em sua dissertação, ressalta que a equipe de enfermagem apresenta uma dificuldade de comunicação com a família em situações de conflito, tais como: iminência de morte, parada cardiorrespiratória, cirurgia, entre outros. Isso acontece devido a limitações pessoais, uma vez que eles se deparam com as próprias questões emocionais.

Com base no estudo de Lima, Rocha e Scochi (1999), constata-se que a dificuldade em lidar com a assistência hospitalar está centrada nas necessidades da criança doente e não apenas na doença. Quando é permitido aos pais participarem do cuidado, eles se sentem mais tranquilos e confiantes, mas trazer este familiar implica a reorganização do processo de trabalho em níveis teórico e prático. Um fato a se considerar é que a permanência dos pais neste processo não permite desenvolver neles apenas habilidades técnicas, mas também conhecer o cotidiano do hospital e da terapêutica, o que faz com que os pais, lentamente, reivindiquem participação na assistência para além dos cuidados básicos como alimentação e higiene.

As consequências da hospitalização para a criança vão depender de diversos fatores: a idade por ocasião da internação, duração da hospitalização, tipo de doença, orientações recebidas durante a hospitalização, entre outros. O modo de a criança reagir à hospitalização depende da sua idade, da preparação para a internação, das experiências anteriores com doenças, do apoio da família e da equipe médica e das suas condições emocionais.

Outros fatores, muito importantes, dizem respeito à família em sua situação socioeconômica, forma como está estruturada, relacionamento prévio com a criança, forma como costuma lidar com a ansiedade, recursos que lhe são oferecidos para encarar a doença e a hospitalização.

Com a implementação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e da Gestão da Saúde em 2003, mudanças ocorreram nas propostas da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) como: a humanização deixou de ser vista como um programa, mas como política que

atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Passou a ser chamada de Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde. Seus objetivos são: valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomentar a autonomia e o protagonismo desses sujeitos; aumentar o grau de corresponsabilidade na produção da saúde e do sujeito; estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificar as necessidades sociais de saúde; mudar os modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; comprometer-se com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. O público-alvo seria: unidades de saúde da atenção básica; urgência e emergência; atenção hospitalar; atenção especializada e outros (BRASIL, 2006b).

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. Seu objetivo fundamental é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão se tornar organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

O outro objetivo do PNHAH é criar uma cultura de humanização que implica dar espaço à palavra do usuário como também do profissional de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética das relações humanas.

O PNHAH oferece uma diretriz global que contempla os projetos de caráter humanizado desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulando a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade.

Desta forma, pode-se garantir a execução dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) através da modernização das relações de trabalho no âmbito

dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições na comunidade.

A humanização da assistência visa dar apoio psicológico à criança e sua família e, assim, diminuir o tempo de internação, reduzir o número de reinternações e orientar as mães durante o período da hospitalização. Como consequência de tudo isso, pretende-se preservar o binômio mãe/filho, reduzir os custos da internação e aumentar a colaboração entre a equipe de saúde e a família (COLLET e OLIVEIRA, 1999).

O cuidado prestado por meio das ações de enfermagem se realiza na medida em que oferece conforto e mantém a dignidade humana, o que propicia às pessoas o melhor enfrentamento do sofrimento e da dor causados pela doença, tendo o sentido de promover e resgatar a saúde.

O Projeto Humaniza SUS entende humanização por valorização da autonomia e protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de saúde, estabelecendo corresponsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva, o que contribui para a identificação das necessidades coletivas, sociais e subjetivas de saúde, promovendo a troca e construção de saberes entre os sujeitos.

Estes são conceitos e pressupostos gerais de cuidado que se aplicam a todos os clientes, sem distinguir marcadores como sexo, idade e condições de vida e saúde. Porém, no que se refere às crianças, deve-se considerar sua especificidade, uma vez que, nesta fase da vida, o ser tem maior dificuldade em lidar com o desconhecido e de enfrentar seus medos, tornando-se inseguro e ansioso. Mesmo hospitalizada, a criança não perde suas características infantis, como a vontade de brincar e receber afeto.

Nesse sentido, o carinho, o contato físico e a percepção, que são estímulos fundamentais para a saúde das crianças de todas as idades, contribuem para a manutenção do equilíbrio físico e emocional tanto quanto os alimentos e os remédios. A falta destes cuidados pode até impedir a recuperação da criança, mesmo com todo o tratamento especializado oferecido (ALMEIDA et al, 2003).

5- ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA: ABORDAGEM DA ENFERMAGEM NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Este capítulo enfoca a abordagem assistencial à criança adotada na unidade de internação pediátrica, descrevendo as características da unidade de internação pediátrica, a equipe de saúde, em destaque a de enfermagem, o cuidado de enfermagem à criança e sua família e as particularidades da família da criança hospitalizada.

5.1 Unidade de Internação Pediátrica: Particularidades do Cenário

Esse tópico descreve as características da unidade de internação pediátrica, quanto ao ambiente, número de leitos (enfermarias, isolamento e disponibilidade de leito), tamanho das camas, distribuição das crianças por faixa etária, normas quanto à presença do familiar, recursos materiais (equipamentos e vestuário), bem como a existência da brinquedoteca, parquinho e classe escolar.

Em relação ao ambiente da unidade de internação, seis depoentes mencionam esse aspecto:

[...] bem distribuído, é falta melhorar sim alguns aspectos [...] Anjo (técnica de enfermagem)

[...] ela (a enfermaria) é bem decoradinha com os bichinhos, palhacinhos, pássaros [...] os quartos são decorados [...] Flor A (técnica de enfermagem)

[...] Maneira harmoniosa [...] conforto para mãe e crianças [...] Anjinho A (técnica de enfermagem)

[...] Ambiente alegre e leve [...] Rosa (técnica de enfermagem)

[...] são identificados com os nomes das enfermarias [...] Flor-de-lis (técnica de enfermagem)

[...] ambiente que possa assim lembra ela assim da casa dela, então tudo é diferente até o estetoscópio tem bichinho, a roupa tem um anjinho [...] Flor (técnica de enfermagem)

Na abordagem centrada na criança, a UIP é caracterizada pelas cores, decoração dos leitos, paredes, tetos, as roupas da criança, recursos humanos e materiais. O ambiente proporciona bem-estar, presença de brinquedos apropriados trazidos de casa ou pertencentes à instituição. Este ambiente apresenta-se mais aconchegante para a criança (ELSEN e PATRÍCIO, 2005).

De acordo com Bortolote e Bretas (2008), o ambiente hospitalar tem sua importância quanto à área física, objetos, som, imagem, colaborando para a estimulação da criança frente à doença e transformando o cuidado em uma experiência significativa e de colaboração. A UIP deve oferecer à criança um ambiente estimulador com pessoas que tenham conhecimento sobre o desenvolvimento da criança. A equipe de enfermagem precisa estabelecer um plano de cuidados como base na estimulação, observando as etapas do desenvolvimento psicomotor, psicossocial e cognitivo.

Com base nas observações, evidenciou-se a nomenclatura usada com caracterizações infantis da UIP:

A auxiliar de enfermagem informa a outra auxiliar de enfermagem que seria admitida uma criança na enfermaria “Ursinhos Carinhosos”.

Uma técnica de enfermagem vai para a enfermaria “Algodão-Doce”

A técnica de enfermagem se dirige para a enfermaria “Terra Encantada”

A sala “Arco-Íris” para realizar o procedimento

A enfermaria “Cantinho Dourado”

O uso das cores pode representar não só o lúdico para as crianças, mas também uma forma de fazer com que elas não se sintam hospitalizadas e tenham rápida recuperação. As condições ambientais influenciam diretamente os profissionais e também os pacientes que convivem com a dor, solidão e angústia (BEUREN, 2008).

No ambiente hospitalar, podem-se utilizar cores tranquilizantes, com alguns toques de cores vibrantes para que as crianças tenham um ambiente lúdico, contudo não se deve fazer algo muito colorido para que não gere excitação (BEUREN, 2008).

Uma técnica de enfermagem destaca a área física para atender o procedimento técnico de punção venosa:

[...] tem a sala de procedimento importante para puncionar veia, fazer um curativo [...] Flor-de-lis (técnica de enfermagem)

De acordo com a abordagem centrada na criança, a UIP é um setor onde suas dependências têm um único objetivo: de assistir a criança (ELSEN e PATRÍCIO, 2005). No cenário do estudo, a UIP tem uma sala de procedimento, onde as crianças são encaminhadas para a realização de todos os exames. Esta conduta deve-se ao fato de ser um hospital universitário com a finalidade de oferecer experiências práticas para os estudantes de diferentes áreas da saúde.

Um depoente destaca que o ambiente é utilizado como campo de estágio e de ensino.

[...] setor acolhedor [...] cuida da criança, cuida da família [...]. é um campo de estágio, de pesquisa [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro)

Os estudantes de enfermagem se revezam durante os dias da semana para visitar as crianças internadas, e os encontros têm uma hora de duração. Com o intuito de se diferenciarem do traje de toda equipe hospitalar, cada estudante usa nas visitas um jaleco colorido com botões e adereços de temas infantis e leva brinquedos da brinquedoteca, que foram escolhidos de acordo com a preferência das crianças para elas brincarem nas enfermarias.

As depoentes⁸ relatam que a unidade de internação possui 22 leitos que estão dispostos em enfermarias ou em quartos individuais (isolamento), para atender diferentes faixas etárias (recém-nascidos até adolescentes):

[...] Leitos divididos conforme a idade da criança [...] Anjinho (enfermeira)

[...] é organizado, tem 20 leitos e dois isolamentos [...] tem quarto para recém-nascido que precisa de fototerapia. Flor-de-lis (técnica de enfermagem)

[...] é, tem crianças com idades diferentes na mesma enfermaria, sexo diferente [...] Docinho1 (enfermeira)

[...] adolescentes no mesmo quarto [...] Florzinha (técnica de enfermagem)

[...] ficando até adolescente, ficava até quase 12 anos, 11 meses e 29 dias, mas agora a gente tem recebido pacientes até 14, 15 anos [...] Flor A (técnica de enfermagem)

⁸ Neste estudo, utilizam-se a expressão as depoentes tendo em vista que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino.

A unidade de internação é definida pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 50, de 21/02/2002, como o local de prestação do atendimento à saúde para “*pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas*”. Segundo esta resolução, as atividades desenvolvidas nesta unidade são: proporcionar condições de internar pacientes em ambientes individuais ou coletivos, conforme faixa etária, patologia, sexo e cuidados (BRASIL, 2002b).

Segundo a RDC n. 50, de 21/02/2002, que dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde, as faixas etárias estão distribuídas da seguinte forma: recém-nascidos (0 a 28 dias); lactentes (29 dias a 1 ano e 11 meses); crianças (2 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos) (BRASIL, 2002b).

Duas depoentes destacam a inadequação do tamanho das camas/leitos para atender as diferentes faixas etárias:

[...] camas pequenas para adolescentes [...] Docinho1 (enfermeira)

[...] as camas são pequenas, não são apropriadas [...] eu vejo que os leitos não são apropriados, são meninos e meninas de 4 a 5 anos [...] Florzinha (técnica de enfermagem)

A unidade de internação pediátrica, cenário do estudo, está organizada segundo a faixa etária das crianças, reforçando a abordagem centrada na criança. O mobiliário da enfermaria é constituído por camas, cadeiras para acompanhantes, móvel auxiliar para cada leito, armários para guarda de pertences da criança e suporte metálico para soro.

Conforme as exigências das normas de estabelecimentos assistenciais de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), observa-se que os referidos itens estão relacionados aos aspectos de funcionalidade, segurança e humanização. Os ambientes de pediatria devem ter características específicas de acordo com cada faixa etária, respeitando as atividades exercidas em cada uma das fases (BRASIL, 2006a).

Quanto à dimensão física e à idade da criança, a Resolução n. 50, de 21/02/2002, recomenda parâmetros mínimos para disponibilidade de leitos em enfermarias de crianças. Em relação às dimensões, são recomendados 5m² por leito e quanto à idade e ao número máximo de crianças é até 2 anos por enfermaria, sendo o limite de 12 crianças. Acima de 2 anos, o número máximo de leitos por

enfermaria é de seis, sendo a distância entre leitos paralelos igual a 1m² (BRASIL, 2002a).

Em relação ao sexo/gênero, o ideal é reservar enfermarias femininas e masculinas, banheiros independentes e os leitos devem ser separados por divisórias e/ou portas sanfonadas para garantir a privacidade do adolescente (BRASIL, 2002a).

As unidades de internação pediátrica caracterizam-se pela arquitetura cada vez mais voltada para o atendimento das necessidades biopsicossociais da criança e de sua família. A planta física compreende um posto de enfermagem, sala de preparo de medicações, sala de equipe multiprofissional, unidade de internação do usuário/cliente (cama, berço, cômoda, poltrona reclinável/sofá-cama para acompanhante), sala de recreação, brinquedoteca, classe hospitalar, banheiros (crianças e adultos), refeitório para crianças, sala de procedimentos, rouparia/expurgo, refeitório e repouso para profissionais de plantão, unidade de internação para atendimentos das precauções, com banheiro privativo (CUNHA et al, 2009).

Os enfermeiros que atuam nas unidades de internação pediátrica devem participar e conhecer a composição arquitetônica do ambiente físico e dimensionamento mínimo que deve ter uma unidade de internação hospitalar que atenda a criança e sua família, bem como ter como princípio a humanização do atendimento e a segurança dessa clientela (CUNHA et al, 2009).

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de uma investigação criteriosa para identificar as características do espaço físico, especialmente nos seus detalhes construtivos, que promovam a melhoria das condições ambientais e permitam o seu funcionamento adequado a fim de tornar o ambiente mais seguro e mais agradável para as crianças.

Por outro lado, a distribuição das crianças ocorre de acordo com a disponibilidade de leito, conforme o depoimento:

[...] a criança chega, ela é admitida encaminhada ao leito, conforme internação da central de vagas [...] Anjinho (enfermeira)

Constata-se que a admissão da criança na unidade está diretamente relacionada com o número de leitos, independentemente da faixa etária e do sexo. Este aspecto foi considerado para alocação das crianças visto que, por vezes, não

são oferecidas outras opções em função da falta de disponibilidade de leitos adequados e da excessiva demanda de internação.

Esse depoimento retrata a realidade de muitos hospitais da rede pública que, apesar de possuir uma das maiores redes hospitalares do país, com hospitais municipais, estaduais e federais, e uma oferta de leitos que seria suficiente para sua população, apresenta uma superlotação das unidades por atenderem a demanda dos municípios do Estado de Minas Gerais devido à carência de serviços oferecidos nesses locais.

Duas depoentes destacam que a UIP necessita de normas quanto à presença dos familiares junto às crianças:

[...] precisa estabelecer normas por escrito no ato da admissão... esclarecer aos pais o que eles podem fazer [...].Anjinho A (técnica de enfermagem)

[...] o setor que eu trabalhava antes tinha norma, todo o pessoal sabia o que deveria fazer, aqui é confuso, não tem norma. Um dia a gente vem, faz as tarefas certas, explica para os pais; no plantão seguinte, muda tudo. Isso desanima [...] Flor-de-lis (técnica de enfermagem)

Dias e Motta (2006) ressaltam a importância de se estabelecerem discussões e reflexões acerca das regras, com o intuito de aprimorar o cuidado mediante uma reavaliação constante, e chamam a atenção para a importância da flexibilidade e da reflexão nas exceções, desde que bem avaliadas.

A prática de enfermagem, muitas vezes, está imbuída de regras preestabelecidas que definem a melhor maneira para que as famílias cuidem de seus filhos, contudo é preciso mais que emoções e regras para trabalhar com elas. As regras e rotinas que aparecem como estratégias para o cuidado são necessárias para o funcionamento da unidade e devem estar claras tanto para os cuidadores quanto para as famílias (DIAS e MOTTA, 2006).

Três depoentes mencionam a utilização do quarto de isolamento:

[...] a rotina do isolamento depende da patologia, tem uma pessoa exclusiva só para questão da patologia para não ter contato com outras crianças [...] Anjinho (enfermeira)

[...] o isolamento já está ocupado, e só tem dois na enfermaria [...] Florzinha (técnica de enfermagem)

[...] no isolamento [...] são as crianças que têm feridas, Marsa, pseudomonas que deveriam estar no isolamento, mas está na mesma enfermaria [...] Tchutchuca (técnica de enfermagem)

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), todas as medidas de precaução e isolamento têm como característica evitar a transmissão nosocomial de doenças. O isolamento deve ser prescrito pelo médico e aplicado pela enfermeira do setor, seguindo as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). O quarto privativo⁹ é importante para prevenir a transmissão por contato quando a família não consegue compreender as medidas de controle de infecção (BRASIL, 2006a).

Os quartos recomendados pela vigilância sanitária, no caso de pacientes portadores de doenças transmitidas pelo ar, devem permitir ventilação especial e pressão negativa e são recomendados para pacientes que têm possibilidade de transmitir microrganismos por via aérea, bem como devem ser usados, juntamente com precauções padrão, ou seja, portas e janelas devem permanecer fechadas; uso de máscara ao entrar no quarto; pacientes com a mesma doença podem compartilhar o mesmo quarto, exceção feita para pacientes com tuberculose multirresistente (BRASIL, 2002c e 2006a).

Na enfermaria pediátrica, as infecções hospitalares mais frequentes são: pneumonias, infecções da corrente sanguínea, infecções da cavidade oral, infecções da pele e tecidos moles. A abordagem das infecções hospitalares em pediatria inclui recomendações gerais de prevenção de medidas específicas relacionadas às doenças infecciosas comuns à criança e requer que os profissionais estejam em número adequado para o cuidado com a criança, bem como sejam periodicamente treinados para que existam constante motivação e orientação técnica (BRASIL, 2006b).

Para o controle de infecção hospitalar, a UIP, cenário do estudo, tem como rotina a solicitação de *swab* do local infectado para identificação de bactérias resistentes aos antibióticos de uso no hospital. Caso o resultado de exame seja positivo, a criança é colocada em precaução de contato devido estar colonizada.

Esta terminologia é utilizada pelos profissionais da saúde para se referirem à criança que tem resultado positivo quanto às bactérias multirresistentes (BRASIL, 2002c, 2005d e 2006b).

⁹ De acordo com o MS (2006), o quarto privativo é recomendado nos casos de microrganismos altamente transmissíveis ou epidemiologicamente importantes.

No estudo de Rabelo e Souza (2009), as bactérias mais comuns encontradas são a Mult Resistent Staphilococcus aureus (MRSA) ou bactérias Gram-negativas *Klebsiella Acinetobacter*, entre outros bactérias resistentes aos antibióticos do grupo dos betalactâmicos (BGN-ESBL).

A equipe de enfermagem informa acerca da precaução de contato para os familiares/acompanhantes, mas nem todos são orientados sobre essa precaução quando se tem o resultado positivo do laboratório de bacteriologia (RABELO e SOUZA, 2009).

A necessidade do isolamento foi constatada no trecho da observação:

O enfermeiro gerente diz à mãe que estava na porta que iria mudar seu filho de quarto para que ele não adquirisse infecção. Então o enfermeiro gerente sai com a mãe para dar a chave do armário da recepção para ela colocar suas roupas, que não podiam permanecer no quarto. A mãe entra na enfermaria pega duas sacolas de roupa e leva para o armário.

Os quartos destinados ao isolamento, algumas vezes, não atendem a demanda, o que faz com que crianças acometidas por doenças infectocontagiosas sejam internadas nas enfermarias. Para a enfermaria de lactentes, a enfermaria e os quartos de crianças, é definido que se reserve o percentual mínimo de 15% dos leitos do estabelecimento e que deve haver, no mínimo, um quarto de isolamento a cada 30 leitos (BRASIL, 2002c).

As infecções hospitalares (IH) em pediatria são consideradas como importantes fatores complicadores do tratamento da criança hospitalizada, pois aumentam a morbidade, mortalidade, tempo de permanência hospitalar, custos e o sofrimento para a criança e sua família (BRASIL, 2006a).

Os quartos destinados ao isolamento não atendem, algumas vezes, a demanda, necessitando que as crianças acometidas por doenças infectocontagiosas sejam internadas nas enfermarias.

Na observação, evidenciou-se que a enfermaria e a técnica de enfermagem utilizam as medidas de precaução padrão para proceder a suas atividades laborais no isolamento (quarto privativo).

[...] outra técnica de enfermagem retoma a verificação dos sinais vitais, iniciando pelo isolamento, faz a lavagem das mãos e se paramenta para realizar os cuidados e as medicações daquela hora naquelas crianças [...] A enfermeira volta ao quarto, calça uma luva na mão esquerda e pega a cuba rim para medir e desprezar a urina.

As medidas como pias, sabão, papéis-toalha devem estar disponíveis em todas as enfermarias, e os quartos privativos devem contar com uma antessala para lavagem das mãos e paramentação. Os materiais utilizados no isolamento como perfuro cortantes, depois de utilizados, devem ser transportados ou descartados com cuidado para prevenir acidentes e transferências de microrganismos para o ambiente e outros pacientes.

Os equipamentos utilizados em crianças em isolamento sobre precauções de contato devem ser desinfetados depois do uso, por exemplo, estetoscópios, termômetros, esfigmomanômetros, entre outros (BRASIL 2005c).

Segundo o MS, as precauções padrão com sangue e líquidos corporais são medidas recomendadas para serem utilizadas com todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou da doença, e compreendem: lavagem/higienização correta das mãos; uso de luvas e aventais; máscaras ou proteção facial para evitar o contato do profissional com material biológico do paciente (sangue, líquidos corporais, secreções e excretas, exceto suor), entre outros (BRASIL 2005c).

Por outro lado, uma das depoentes relata que o quarto de isolamento é, em alguns momentos, utilizado para as crianças com o familiar/acompanhante do sexo masculino:

[...] uma criança internada é menina e não tem como ficar alguém do mesmo sexo feminino acompanhando, como mãe, avó, tia, amiga, vizinha [...] fica acompanhante de outro sexo como pai e, às vezes, por isso vai para o isolamento [...] Florzinha (técnica de enfermagem)

A admissão hospitalar é algo que modifica o cotidiano da criança, interferindo na sua unidade familiar, e, como reflexo, envolve aqueles que fazem parte de seu dia a dia como parentes externos ao seu lar, amigos, colegas de trabalho e vizinhos (AZEVEDO et al, 2007).

O familiar /acompanhante da criança frequentemente é uma figura feminina. Em algumas situações, o pai ou o avô está presente e a atenção e o cuidado não são diferentes para com a criança pela presença da figura masculina.

Apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente determinar que o pai também pode ser acompanhante da criança durante a sua internação hospitalar, pouco tem sido feito para facilitar-lhe a presença nestes locais, principalmente em

unidades compostas por enfermarias coletivas, onde é preciso dividir o mesmo espaço com as mães ou acompanhantes do sexo feminino de outras crianças.

O estudo realizado por Gomes et al (2008) enfoca que o conhecimento acerca da participação do homem como cuidador no hospital ainda é escasso. Torna-se necessário o estudo do papel do pai no cuidado da criança em situação tanto de saúde como de doença. A enfermagem é uma profissão universal, o pai faz parte deste universo e, nessa perspectiva, precisa ser aceito e auxiliado a aprender a cuidar para exercer este papel.

Ainda, uma depoente menciona a recusa do familiar/acompanhante quanto à internação de crianças de sexos diferentes na mesma enfermaria:

[...] a mãe de uma criança não aceita outra criança na enfermaria de outro sexo que tem 10 anos [...] Docinho 1 (enfermeira)

Durante o processo de hospitalização da criança, a presença dos pais, além de ser uma necessidade para minimizar os efeitos da separação entre pais e filhos, é legislada pelo artigo 12 do ECA, que garante a “[...] permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990).

A presença dos pais dentro do hospital traz consigo alterações nas relações de trabalho estabelecidas no ambiente hospitalar. É necessário 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. Os acompanhantes devem ser encorajados a ficar com os filhos durante a hospitalização (COLLET e ROCHA, 2004).

Quanto aos recursos materiais, duas depoentes mencionam a falta de equipamentos e de roupas para as crianças:

[...] está faltando muito material para trabalhar, bomba de infusão [...]. Flor-de-lis (técnica de enfermagem)

[...] falta roupas, roupas não são adequadas para os tamanhos das crianças, as famílias não têm roupas [...] Docinho1 (enfermeira)

O hospital deve proporcionar recursos físicos, tecnológicos e humanos para os trabalhadores com vistas à promoção de um atendimento de qualidade (BACKES; LUNARDI FILHO e LUNARDI, 2006; BECK et al., 2007). As roupas são

encaminhadas a um serviço de lavanderia em outro estado, conforme mostram os trechos das observações:

A técnica de enfermagem retira o aparelho de pressão e faz as anotações, se encaminha à pia novamente, lava as mãos e conversa com a mãe dizendo que está faltando roupa de cama e só serão trocadas as roupas molhadas, a mãe disse que chegaram muitas crianças. A técnica de enfermagem ainda conta que a roupa vem lavada do Rio de Janeiro.

A enfermeira entra na enfermaria e a técnica de enfermagem justifica por que não trocou todas as peças da cama.

A lavanderia é considerada um setor de apoio dos serviços de saúde que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde. Ela exerce uma atividade especializada, que pode ser própria ou, às vezes, pode ser terceirizada, intra ou extrasserviço de saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e à continuidade da assistência. As roupas utilizadas nos serviços da unidade de internação pediátrica incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, roupas de crianças, aventais, gorros (BRASIL, 2009).

No decorrer da observação, presenciei uma auxiliar de enfermagem com necessidade de equipamentos em condições para o uso, tendo sido necessária a troca de material durante o procedimento:

Então, ela pega o aparelho de pressão e verifica que ele está com problema e sai para trocar, enquanto isso, os pais fazem carinhos na criança. A auxiliar de enfermagem volta com o novo aparelho [...]

O estudo realizado por Yamamoto et al (2009) ressalta que a falta de materiais e medicamentos é frequente nas instituições no Estado do Paraná e a quantidade enviada para a reposição não é suficiente para a realização das atividades previstas ou que a qualidade dos materiais compromete a assistência, levando à desmotivação no trabalho. Essa desmotivação leva o trabalhador a fazer o mínimo necessário para a assistência da criança e sua família na busca pela integralidade.

Durante o período noturno, ocorre a preocupação com o tempo de permanência da criança na UIP, quando a enfermeira informou que havia falta de equipamento hospitalar:

A técnica de enfermagem menciona que, se houver necessidade de uma lâmpada de fototerapia, deve-se pedir emprestado ao Hospital.

Na descrição das características da unidade de internação, também foram mencionados a brinquedoteca e o parquinho¹⁰:

[...] tem a brinquedoteca para elas brincarem, assistir vídeo, tem os profissionais que acompanham essa criança [...]. Chama atenção da criança [...]. Flor (técnica de enfermagem)

[...] brinquedoteca que também eles adoram marcam horário com o pessoal da psicologia para atendimento [...]. Anjinho B (técnica de enfermagem)

[...] parquinho podia ser maior. [...] mais brinquedo [...] .Rosa (técnica de enfermagem)

[...] procura fazer com que o ambiente da criança como se ela se sentisse em casa [...] ver televisão. [...] colocar no quarto para ela, tem a brinquedoteca. [...] sinta à vontade, segura mesmo com todos os procedimentos com todas as coisas ela se sinta bem e feliz [...]. Anjo (técnica de enfermagem)

Na UIP, cenário do estudo, as crianças que conseguiam andar, quando percebiam a chegada dos acadêmicos de enfermagem e de psicologia, se dirigiam à brinquedoteca e aquelas que permaneciam no leito em função das patologias, solicitavam aos acadêmicos que trouxessem os seus brinquedos preferidos às enfermarias.

O parquinho onde ocorre a exposição solar, que é uma prática indicada a estimular o crescimento infantil, uma vez que, pela luminosidade solar, o organismo produz a vitamina D que facilita absorção de cálcio, resultando no crescimento ósseo, evitando o raquitismo (HOCKENBERY, WILSON, WINKELSTEIN, 2006).

Constata-se a existência de local próprio para recreação. Conforme o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (RDC n. 50/2002), deve haver uma área de recreação infantil e de terapia ocupacional para cada unidade de internação pediátrica (BRASIL, 2002a).

Cintra, Silva e Ribeiro (2006) ressaltam que a atividade lúdica possibilita a diminuição da ansiedade da criança gerada por experiências atípicas de sua idade,

¹⁰ O parquinho é o local onde estão dispostos brinquedos como: escorregador, casinha, brinquedos de plásticos, entre outros.

podendo ser feita pelo enfermeiro, através de um brinquedo estruturado de acordo com o procedimento a ser realizado.

A brinquedoteca é o espaço no qual ocorrem às ações lúdicas cotidianas. No seu estudo, os autores ressaltam que as crianças aguardam o horário e ocorrem modificações nos seus padrões comportamentais, principalmente na questão do movimento e da afetividade (PAULA e FOLTRAN, 2008).

A brinquedoteca hospitalar tornou-se uma realidade devido à Lei n 11. 104, de 24 de março de 2005, segundo a qual se obriga a instalação de brinquedoteca em unidades de saúde que atendam crianças em regime de internação (BRASIL, 2005).

A referida lei surgiu a partir dos movimentos de humanização nos hospitais e simboliza que a inclusão do brinquedo neste ambiente tem sido concebida como parte da assistência e da terapêutica às crianças e aos adolescentes hospitalizados. Neste processo, está ocorrendo o reconhecimento das necessidades infanto-juvenis e do papel da brincadeira para promoção do bem-estar físico e social no ambiente hospitalar.

A existência da brinquedoteca e do parquinho aponta para a abordagem centrada na criança. Para Elsen e Patrício (2005), na área física da unidade de internação, deve estar incluído o atendimento das necessidades de recreação da criança. Esta unidade deve ser um ambiente mais aconchegante, com músicas infantis, presença de brinquedos da instituição hospitalar, ou da própria criança trazidos pelos seus familiares.

A brinquedoteca da UIP, cenário do estudo, foi inaugurada em abril de 2010 e foi implementado o projeto de Treinamento Profissional denominado: “Brinquedoteca: o direito de brincar”. A interação entre os profissionais da saúde, os familiares e os recreacionistas como a Trupe do Sorriso¹¹ e Doutores do Amor ocorre nos corredores da unidade; o espaço lúdico é dedicado às crianças internadas, acompanhadas por profissional ou acadêmico.

O referido projeto atende a Lei n. 11.104/2005, que assegura a existência de uma brinquedoteca em instituições hospitalares. O projeto ainda propõe, a partir de um trabalho prévio por parte da equipe de saúde, grupos de estudo sobre a função do brinquedo e a função ética do brincar, entre outros temas. O projeto é realizado com crianças de 0 a 12 anos internadas nas enfermarias de pediatria do hospital,

¹¹ O projeto de extensão tem como objetivo inserir atividades lúdicas na UIP do HU da UFJF e Centro de Atenção Primária (CAS)

cenário do estudo. A sala é equipada com mobiliário e brinquedos adequados às crianças. As atividades são desenvolvidas em horários previamente definidos pela equipe de saúde (BRASIL, 2005c).

As atividades envolvidas no projeto são brincadeiras, em geral, com jogos recreativos e educativos: música, filmes, leitura, escrita, desenho, recorte, colagem, bem como a leitura de histórias, realização de trabalhos artísticos com canetas, lápis, tintas e de desenhos. Para os adolescentes, existem jogos como domínio, dama, jogo da velha, quebra-cabeças e videogame.

De acordo com Rodrigues, Culau e Nunes (2007), as crianças conseguem esquecer o desconforto do tratamento enquanto brincam; o divertimento traz alegria, o qual demonstra o outro lado da vida; o de não sentir a dor, o lado que ensina que a doença não as impede de viver, que as torna muito mais fortes e capazes de superar as dificuldades.

A hospitalização da criança desencadeia uma ruptura inevitável em sua vida cotidiana. A brinquedoteca surge como um espaço estruturado que visa oferecer experiências positivas durante a internação e resgatar o lado mais forte e saudável do paciente pediátrico (CARDOSO, CORREIA e MEDEIROS, 2005).

Outro aspecto destacado pelas depoentes refere-se aos brinquedos como recurso lúdico:

[...].A criança começa a brincar com brinquedo e [...] dali a 5 minutos enjoo.
[...] (Flor1)

[...].Facilita esse período que ela está aqui para ela não sentir que está no hospital. [...]. (Anjinho1)

Este aspecto está em acordo com o item IV do artigo 16 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que garante: “o direito da criança à liberdade, sendo um de seus aspectos: brincar, praticar esportes e divertir-se” (BRASIL, 1990).

No que se refere às atividades recreativas, a equipe de enfermagem, muitas vezes, entra em contato com os grupos responsáveis pelas atividades de leitura, teatro e brinquedoteca da instituição. Na UIP, existe uma peculiaridade referente à sala de recreação e ao uso de brinquedos: uma depoente relata não ter presenciado a higienização dos brinquedos.

[...] criança não traz brinquedo de casa, usa o do hospital. Eu não vejo quando eles lavam, nem o tapete da brinquedoteca [...]. Docinho1 (enfermeiro)

Segundo Cardoso, Correa e Medeiros (2005), a interação entre as crianças na unidade pediátrica é frequente, especialmente quando há áreas comuns, tais como a brinquedoteca, que é um espaço provido de brinquedos destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, onde os brinquedos e jogos são compartilhados e pode ocorrer a contaminação com secreções.

A higienização dos brinquedos busca a diminuição da presença de microrganismos nos brinquedos, impedindo a transmissão cruzada dessas infecções. Os brinquedos que não podem passar pelo processo de lavagem não devem ser usados nas instituições hospitalares, e se deve ter uma rotina de higienização dos brinquedos e da brinquedoteca (AZEVEDO et al, 2007).

Os brinquedos de uso comum são potenciais fontes de contaminação. Assim é necessário que estes sejam separados por diferentes grupos de crianças. Todos os brinquedos usados por lactentes e pré-escolares que os tenham colocado na boca devem ser lavados imediatamente após o uso conforme rotinas de descontaminação periódica (BRASIL, 2005c).

A utilização do brinquedo é um potencial agente disseminador de infecção cruzada, ou ainda, a limpeza/desinfecção do brinquedo realizada de maneira incorreta. Desta forma, deve-se propor a limpeza dos materiais, brinquedos e jogos envolvidos na distração das crianças (AZEVEDO et al, 2007).

A ANVISA recomenda que o espaço destinado à recreação seja arejado e limpo e os brinquedos e demais objetos devem ser adequados ao uso hospitalar com limpeza e desinfecção rotineira (BRASIL,2006a).

Com relação à classe escolar, um depoente relata o acompanhamento do serviço de pedagogia para auxiliar o desenvolvimento da criança:

[...] a necessidade do acompanhamento do nível cognitivo de aprendizagem, onde a criança hospitalizada tem um acompanhamento pedagógico, já tivemos criança aqui com um tempo de permanência [...] acabava por desaprender certos conhecimentos adquiridos na escola. [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro).

De acordo com a RDC n. 50/2002, as atividades desenvolvidas nesta unidade são de proporcionar condições de prestar assistência pedagógica infantil (de 1º grau) quando o período de internação for superior a 30 dias (BRASIL, 2002b).

Desse modo, com o intuito de evitar a interrupção da escolaridade dessas crianças em função das internações, a partir da década de 1990, o ECA e a

Resolução 41/95 dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Hospitalizados começaram a conceber as crianças e adolescentes hospitalizados como sujeitos de direitos, iniciando um processo de debate de políticas públicas para esses cidadãos.

Assim, em 1994, o Ministério da Educação e Cultura (MEC), por intermédio da Secretaria Nacional de Educação Especial, definiu responsabilidades quanto à execução do direito das crianças e adolescentes hospitalizados à educação, por meio da formulação da Política Nacional de Educação Especial, que instituiu legalmente o serviço de classes hospitalares (BRASIL, 2002a).

Para Ohara, Borba e Carneiro (2008), os profissionais de saúde podem assegurar o funcionamento efetivo da classe hospitalar na unidade de internação pediátrica, transcendendo o tratamento biológico e assumindo o papel facilitador, para que a criança enfrente de forma menos traumatizante possível seu processo de adoecimento e hospitalização.

Na brinquedoteca, no parquinho, nas enfermarias ou nos corredores, os acompanhantes, as crianças, os recreacionistas, acadêmicos e os demais profissionais transitam e interagem, todos com o objetivo de melhor assistir a criança. Assim, o mesmo depoente acrescenta:

[...] uma criança, quando esteve internada, ela escrevia cartinha para os residentes de medicina e profissionais de enfermagem; com esse tempo prolongado de internação, 30 dias, 60 dias, a gente percebia que ela perdia um pouco desse cognitivo que ela já tinha trazido para internação como hora de aprender é um projeto do serviço de psicologia, pedagogia a criança a gente busca fornecer essa continuidade, então nós temos hora de aprender. [...]. ela tem condição de ir a um espaço reservado e tem um acompanhamento pedagógico. Então ela continua fazendo as continha, escrevendo textos, se manifestando através da arte do desenho onde ela tem como se ela saísse do leito para ir a escolinha [...].Girassol do Araguaia (enfermeiro)

Conforme a descrição no capítulo do cenário, podem-se observar as fotos 4 e 5, que mostram esse espaço com os desenhos e cartinhas afixadas no quadro do corredor da UIP.

Schmitz et al (2005) acrescentam que a criança requer, para a garantia do seu processo de crescimento e higidez mental, a satisfação de suas necessidades afetivo-emocionais e que, durante a hospitalização, a família pode participar ativamente da vida da criança, desenvolvendo uma relação de carinho e afeto muito íntima através da comunicação de afeto, do cuidado amoroso e da expressão do sentimento de segurança e confiança.

As classes hospitalares devem elaborar ações que ajudem no acompanhamento do processo de escolarização de crianças e de adolescentes matriculados ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da educação básica, e que se encontram impossibilitados de frequentar a escola, em virtude da situação de internamento hospitalar para garantir o vínculo com as escolas, por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado, favorecendo o ingresso, o retorno ou a adequada integração ao grupo escolar correspondente (OHARA, BORBA E CARNEIRO, 2008).

A presença dos familiares durante a hospitalização, bem como a preparação da criança para a mesma, aprimorando a formação profissional das equipes de saúde com a existência de professores e terapeutas disponíveis nas unidades para atenderem as crianças hospitalizadas é uma forma de humanização (GOMES e ERDMANN, 2005).

5.2 Equipes de Saúde e de Enfermagem: (Im) possibilidades da Prática Assistencial

Esse tópico descreve a composição da equipe de saúde, em destaque a de enfermagem; tomada de decisão da equipe de saúde; orientações ao familiar/acompanhante e também enfoca o descanso da equipe de enfermagem, relacionamento interpessoal e a interação equipe/família.

Em relação à composição da equipe de saúde, três depoentes destacam os diferentes integrantes dessa equipe:

[...] tem funcionário da brinquedoteca. [...] tem pessoal da pedagogia que dá continuidade no que a criança está aprendendo na escola. [...].Anjinho (enfermeira)

[...] os acadêmicos de enfermagem, de medicina, fisioterapia, psicologia entendendo que somos um hospital de ensino. [...] a equipe multidisciplinar é composta por todos os profissionais da saúde, é a equipe de saúde, assistente social, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutrição. [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro).

[...] a equipe de saúde é composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, médicos. Docinho1 (enfermeira)

Constata-se que a equipe de saúde na UIP, cenário do estudo, é formada pelas equipes médica e de enfermagem, como também de assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e pedagogo.

Os profissionais da brinquedoteca, da pedagogia, acadêmicos de medicina, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia atuam de uma forma direta com as crianças e a família delas. Enquanto que o assistente social, farmacêutico e nutricionista atuam de uma forma mais indireta. A unidade pediátrica é um ambiente com diferentes grupos de agentes, com diferentes formações, posições hierárquicas e localizações na divisão do trabalho (COLLET e ROCHA, 2004).

Fontes (2005) enfoca a importância de práticas pedagógicas desenvolvidas em hospitais pediátricos como alternativas de atendimento educacional diferenciado que privilegiam a expressão verbal e emocional de crianças e adolescentes internados.

Na RDC n. 50/2002, as atividades desenvolvidas na unidade são de executar e registrar a assistência médica diária; executar e registrar a prestação da assistência psicológica e social; realizar atividades de recreação infantil e de terapia ocupacional e prestar assistência pedagógica infantil (BRASIL,2002b).

Três depoentes relatam que as decisões são tomadas de acordo com a hierarquia da equipe de saúde e a especificidade de atuação de cada profissional:

[...]a gente trabalha equipe multidisciplinar. [...] todo mundo entra com pouco de conhecimento e, no final, cada um toma a decisão dentro da hierarquia. [...] Anjinho (enfermeira)

[...]a gente sempre, quando tem alguma dúvida, vai a enfermeira, conversa com ela e, quando ela não tem o poder de decidir, ela vai ao superior. [...] Flor (técnica de enfermagem)

[...] todo mundo tem o poder de tomar decisão, o médico no diagnóstico, o auxiliar de enfermagem como ele administra e executa o procedimento, o gerente de enfermagem determina as atribuições, distribuição da escala, o enfermeiro assistencial ele toma decisão quando ele determina que procedimento deve ser acompanhado dessa ou daquela forma, o psicólogo toma decisão, cada um toma decisão dentro de sua complexidade de atuação, mas todos respeitam a unicidade das decisões todos é [...].se a tomada de decisão trouxe transtornos para a equipe, para a família, para o cliente ou para equipe multidisciplinar, a gente conversa a gente, remodela a situação, mas a gente respeita a situação de cada um. [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro gerente)

Constata-se que a tomada de decisão está centralizada na equipe de saúde, não sendo compartilhada com a criança e sua família. Elsen e Patrício (2005) destacam que a enfermagem ainda tem dificuldades de trabalhar com o familiar no que tange aos cuidados com a criança hospitalizada. A equipe ainda está focada na doença, em que a tomada de decisões é centrada no profissional médico por direito, no que detém parte do conhecimento sobre as patologias e medidas terapêuticas.

A equipe de enfermagem destaca também as limitações pessoais em situações de atendimento a condutas médicas, ocorrendo a necessidade de intervenção. Isso está evidenciado no trecho da observação:

Começa a passagem de visita médica no corredor, uma criança que estava ao lado na mesma enfermaria começa a ter episódio de vômito, a técnica de enfermagem sai da enfermaria e pergunta ao médico qual é o procedimento com a sonda nasoentérica devido aos episódios de vômito. Quando ela retorna, a enfermaria fala para a enfermeira suspender a dieta por sonda nasoentérica.

O profissional enfermeiro não tem autonomia de discutir, questionar e deliberar junto ao médico, ou seja, a enfermagem não tem poder de decisão. Isso é evidenciado nos procedimentos invasivos e, principalmente, em relação ao cumprimento de normas e rotinas da unidade cenário do estudo.

Para Albuquerque e Bushatsky (2005), o princípio da autonomia deve nortear a relação que existe entre os profissionais de saúde e os pacientes e contribuir para uma relação harmoniosa, na qual cada um ocupa seu espaço em uma interação entre sentir, pensar e agir.

Autonomia profissional da enfermagem não é uma questão individual, mas técnico-científica, social, política, legal e, primordialmente, pelo desenvolvimento de uma prática cidadã. Não existe autonomia absoluta, ela é uma construção social de cada área de atuação profissional (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) no contexto das relações vigentes na grande área saúde e na sociedade (SILVA, KIRSCHBAUM E OLIVEIRA, 2007).

Vale destacar que, entre os sujeitos da pesquisa, quatro são enfermeiras com a titulação de mestre, das quais se esperava maior capacidade de argumentação crítica quanto ao atendimento à criança hospitalizada.

A administração de dieta por sondas é um procedimento complexo. A criança doente crônica pode, por exemplo, apresentar problema neurológico, fazer uso de

traqueostomia, fatores que por si podem levar a complicações, como maior risco para bronco aspiração, por exemplo, o que, por sua vez, pode acarretar uma série de outras complicações, como a instalação de uma pneumonia aspirativa, podendo haver agravamento de seu quadro respiratório.

A alimentação é administrada através de sondas: nasogástrica, nasojejunal e gastrostomia. A alimentação por sondas responde a finalidades específicas como: fornecer alimentação às crianças que estão impossibilitadas de receber alimento pela boca, por motivos que podem ser diversos, como a ausência de reflexo de sucção e deglutição. A mensuração do resíduo gástrico da criança antes da administração da dieta auxilia na prevenção de sobrecarga e sinais precoces de intolerância alimentar, visto que os resíduos podem estar elevados devido ao retardo no esvaziamento gástrico, sepse ou doença gastrointestinal.

Duas técnicas de enfermagem destacam as orientações transmitidas ao familiar/acompanhante quanto aos cuidados à criança:

*[...] a enfermagem procura orientar a respeito dos cuidados com a criança.
[...] Flor (técnica de enfermagem).*

[...] quando a criança precisa de um cuidado mais especial, o médico sempre deixa aqui o tempo que levar para orientar, às vezes [...] Rosa (técnica de enfermagem).

O familiar/acompanhante necessita de orientações acerca do diagnóstico, tratamento, prognóstico, medicamentos e exames, bem como conhecer o motivo da hospitalização e tudo que será feito com criança durante sua internação. É um dever da enfermeira fornecer informação completa, apurada, correta e clara sobre as condições e reações à doença, tratamento da criança e a compreensão da situação pelo familiar/acompanhante (SABATÉS e BORBA, 2005).

A permanência dos pais tem como significado a garantia de participação nos cuidados básicos da criança, e sua operacionalização implica o desenvolvimento de ações pelos profissionais de saúde, como a orientação e apoio psicológico aos pais quanto ao tratamento, medicação e cuidados especiais com a criança e adolescentes, além de orientação quanto à participação nos cuidados básicos (GOMES et al, 2010).

A Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, que foram apresentados e aprovados por unanimidade

na 27ª Assembleia Ordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), transformando-se na Resolução n. 41, de 17 de outubro de 1995. Esta Resolução se compõe de 20 itens, todos direcionados a proteger a criança e o adolescente hospitalizado, tanto no sentido de serem atendidos no sistema de saúde como de serem tratados dignamente (BRASIL, 1995).

Vale ressaltar que o item 4 da referida resolução destaca o direito da criança de ser acompanhada por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas e o item 10 dispõe que os pais ou responsáveis têm o direito de “*participarem ativamente do diagnóstico, tratamento e prognóstico da criança, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida*” (BRASIL, 1995). Isso implica que o acompanhante/familiar precisa receber informações a respeito do diagnóstico, tratamento, prognóstico, medicamentos, exames; conhecer o motivo da hospitalização e tudo o que é feito com e para a criança.

Corroborando com os depoimentos, a psicologia também orienta o adolescente e seu familiar/acompanhante, conforme o trecho da observação:

A pesquisadora segue o adolescente, enquanto a mãe está sentada ao lado de uma acadêmica de psicologia; o adolescente desce as escadas, a pesquisadora diz a ela para a mãe apanhar seu filho, a acadêmica de psicologia espera sentada e a mãe retorna com o filho que começa a chorar e fala da colocação da sonda. A acadêmica de psicologia fala da necessidade de colocar a sonda, como o adolescente não para de chorar e dizia que nunca mais iria fazer isso, a acadêmica de psicologia convida o adolescente a ver televisão. Os três vão para a brinquedoteca.

Na UIP, existe um acompanhamento constante do profissional da área da psicologia, as ansiedades e dificuldades oriundas das relações com as famílias são resolvidas em parceria e com menor dificuldade.

A atuação do psicólogo com as crianças hospitalizadas tem como objetivo fundamental a diminuição do sofrimento inerente ao processo do adoecer e hospitalização. Neste sentido, ele procura fazer com que a hospitalização e a doença sejam mais bem compreendidas pela criança e pela família dela, bem como evitar situações difíceis e traumáticas.

Para Dias e Motta (2006), a rede de apoio para a equipe decorre das vivências com as famílias, permitindo que se trabalhem e se discutam aspectos inerentes às relações com essas famílias durante a prática de cuidado. Além disso, a

enfermeira necessita de apoio da psicologia para lidar com as situações que ocorrem na hospitalização.

Em relação ao descanso da equipe de enfermagem, dois depoentes mencionam:

[...] falta local de descanso para o funcionário; não tem cama, a gente deita no chão, na cadeira, eles batem na porta o tempo todo. [...]. Às vezes, o médico está no nosso local, eles devem ter o lugar para eles. [...] Flor-de-lis (técnico de enfermagem)

[...] Às vezes, coincide o horário e não tem como descansar [...]. Docinho 1 (enfermeira)

O hospital é um local onde os funcionários permanecem grande parte do seu tempo, passando a ser considerado como a sua segunda casa/família. Logo, quanto mais aconchegantes e acolhedores os múltiplos ambientes coletivos se constituírem, tanto mais próximas poderão ser as relações afetivas e humanas.

A UIP, cenário de estudo, não tem infraestrutura que contemple as necessidades dos funcionários como local com condições dignas de descanso. Neste ambiente, onde as pessoas dão algo de si mesmas e esperam algo em troca, influencia significativamente a qualidade de vida e a satisfação dos trabalhadores que podem afetar diretamente o modo de prestar assistência à criança hospitalizada.

O ambiente deve ser aconchegante, acolhedor, tornando as relações mais afetivas e humanas, bem como deve proporcionar qualidade nas condições de respeito; atendimento das necessidades básicas do ser humano; atenção às opiniões e clareza na definição de papéis. Assim, o profissional se sentirá atendido e capacitado para tornar sua produção de trabalho viável e satisfatória (BACKES, LUNARDI FILHO e LUNARDI, 2006).

Entre as inúmeras manifestações proferidas pelos trabalhadores, algumas alertam que humanização significa melhorar a aparência do refeitório, do vestiário e da sala de descanso dos trabalhadores, para tornar o ambiente mais descontraído e agradável (HOGA, 2004).

Ainda, para Bettinelli, Waskiewicz e Erdamnn (2004), humanizar significa também colocar uma estante de livros na sala de descanso. A humanização assume o caráter de um ambiente de cuidado, através da capacidade de combinar o valor

técnico e estrutural com o valor ético e estético, no sentido de fortalecer os laços e as qualidades humanas e melhorar a qualidade de vida.

A humanização no âmbito hospitalar não resulta de uma percepção isolada, mas é constituída de muitas percepções, vivências e intervenções com princípios humanos e éticos. Resulta, sobretudo, no encontro da realidade concreta com quem a constitui, pacientes, familiares, trabalhadores e administração, buscando novas descobertas, questionamentos e respostas para as necessidades emergentes (BACKES, LUNARDI FILHO, LUNARDI, 2006).

Dois depoentes mencionam o relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem:

[...] técnico e auxiliar um ajuda o outro. [...] uma equipe mesmo ainda falta alguma coisa. [...]. Às vezes, a gente precisa ficar cobrando. [...] a gente precisa ter mais apoio, acolhimento do superior. [...] Flor (técnica de enfermagem)

[...] interação com as pessoas, conversando, orientando [...]. a gente faz a contratação, a capacitação, mas o dia a dia, função do enfermeiro, e o enfermeiro, na minha opinião, está cada vez mais distante da sua equipe [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro)

Na perspectiva holística do cuidado, acredita-se na necessidade de buscar outras estratégias como coadjuvantes da alegria e do bem-estar no ambiente hospitalar, as transformações nos pensamentos, percepções, valores e atitudes dos profissionais e das instituições de saúde. Desta forma, torna-se necessário ouvir, olhar e ousar mais (SILVA et al, 2010).

A fala de uma técnica de enfermagem aponta para a interação da equipe de enfermagem com o familiar/acompanhante:

[...] Às vezes, você fala assim, o acompanhante está meio estressado, mas a gente tem que ver o lado emocional dela também por que, às vezes, ela está tão preocupada com a criança que ela quer. [...]. é direito dela saber tudo então, assim, ah, está estressado a gente tem que ver o lado emocional, o que ela está passando eu acho que, se a gente tiver no mesmo lugar desse, a gente vai ter a mesma conduta, a mesma preocupação, então a gente tem que tentar entender isso [...]. Marinex (técnica de enfermagem)

A família da criança, também ocupa uma posição fundamental na promoção da saúde e, por isso, torna-se imprescindível que o profissional de saúde ouça suas

dúvidas, valorize sua opinião e incentive sua participação em todo o processo de cuidar durante a hospitalização (MURAKAMI e CAMPOS, 2011).

Segundo Silva (2010), o processo de adoecimento de uma criança gera em seus familiares ansiedade e expectativas, pois, geralmente, quando uma criança adoce, toda a família se envolve neste processo e, dependendo do potencial de agravamento da doença, existirá sempre a necessidade de adaptações na dinâmica do modo de viver desta família.

Vale destacar que o acompanhante é definido pelo Ministério da Saúde como uma pessoa significativa para a criança, que representa sua rede social e que vai acompanhá-la durante a permanência no ambiente hospitalar (BRASIL, 2004). O familiar/acompanhante precisa ser foco de assistência do enfermeiro, pois ele também tem necessidade de cuidados durante a hospitalização, já que é obrigado a lidar com o sofrimento da criança (ELSEN e PATRÍCIO, 2005).

Cabe aos profissionais envolvidos na assistência à criança hospitalizada tentar compreender a vivência da família nos diversos contextos, buscando intervir para auxiliá-la a lidar com as necessidades que surgem a partir da internação (PINTO, RIBEIRO, SILVA, 2005).

Na abordagem centrada na família, Elsen e Patrício (2005) descrevem que a família ocupa uma posição central, ela é o foco da assistência e é estimulada a ser a unidade básica dos cuidados à saúde de seus membros. Os profissionais compartilham com ela a identificação dos problemas e recursos disponíveis e elaboram o plano de ação a partir de objetivos definidos em conjunto.

Dois membros da equipe de enfermagem destacam os conflitos entre equipe de enfermagem e a família da criança:

[...] o enfermeiro hoje falta conviver com a família, não percebe a reação da criança dentro do hospital; da mesma forma que acontece com o enfermeiro, acontece com o técnico. [...]. A família me reclama muito de alguns profissionais, e a reclamação é principalmente da equipe de enfermagem. [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro).

[...] banho no recém-nascido a mãe sumiu, é foi bem complicado sem a mãe. É que a família não tem iniciativa, lembra a mãe saiu [...] lembra o pai não queria dar banho na criança, isso prejudica o tratamento, ele tem que tomar banho, depois ele acabou aceitando. [...] Até a criança acostumar com a gente, depende como o pai lida com a criança, ela grita, esperneia durante o curativo, às vezes, tem pai que é calmo e a criança também, durante o procedimento, depende da educação de casa. [...] Florzinha (técnica de enfermagem)

A permanência da criança e do familiar/ acompanhante no hospital gera ansiedade e estresse, bem como o acúmulo de trabalho do profissional de saúde, seu cansaço físico, jornadas duplas ou triplas de trabalho, entre outros. Independentemente da causa, produzem estremecimentos ou desgastes na relação familiar/acompanhante e a equipe de enfermagem e podem ocasionar vários conflitos.

O relacionamento entre a equipe de enfermagem e a família/criança deve ser baseado no diálogo, toque carinhoso e humano, de modo que o profissional se torne disponível à família tanto para tirar as dúvidas como para aceitar compartilhar os cuidados, respeitando a escolha da família (GOMES e ERDMANN, 2005).

Os pais estão assumindo um papel mais ativo no cuidado e criação de seus filhos, porém o cuidado direto ainda se dá de forma limitada. Nesse sentido, o envolvimento entre pai e filho é diferente quando comparado à mãe. As atividades de lazer são ligadas ao pai, enquanto que o trabalho acerca da alimentação, higiene corporal e vestimenta das crianças é conferido à mãe (BRITO e OLIVEIRA, 2006).

Essa conduta deve ser discutida a fim de garantir o envolvimento da família no processo de cuidar, mas sem perder de vista o papel dos enfermeiros, no interior do processo de trabalho em enfermagem.

A enfermagem apresenta dificuldade em lidar com o familiar crítico. Uma possível explicação para isso é a relação de dominação-subordinação existente entre a equipe de enfermagem e os familiares/acompanhantes, quando o desejado seria uma relação de cooperação e parceria entre os mesmos, no entanto qualquer questionamento do familiar sobre o cuidado prestado à criança pode não ser visto pela equipe de saúde como algo favorável à sua realização (SILVA, KIRSCHBAUM e OLIVEIRA, 2007).

O domínio da tecnologia e de procedimentos mais específicos tem sido mais valorizado pelas enfermeiras, que têm colocado em segundo plano os cuidados considerados menos complexos, como a oferta de alimentação, a realização de banho e a promoção de conforto (SILVA, KIRSCHBAUM e OLIVEIRA, 2007). A ausência de delimitação concreta entre os cuidados que cabem ao familiar/acompanhante e os de responsabilidade da equipe de enfermagem pode prejudicar o relacionamento (SOUZA e OLIVEIRA, 2004).

Collet e Pimenta (2009) ressaltam que os familiares foram inseridos no hospital, mas os profissionais não obtiveram acompanhamento para exercer estes cuidados com a criança hospitalizada e sua família, gerando muitos conflitos. Os profissionais precisam entender que os cuidados com a criança não devem ser desvinculados do cuidado com o familiar/acompanhante.

A negociação entre o familiar/acompanhante e a equipe de enfermagem, em relação aos cuidados a serem prestados à criança, durante seu período de internação, não tem sido uma tarefa fácil nem para a equipe, que não tem claro o seu novo papel neste processo, nem para o familiar/ acompanhante, pois não se sabe o que dele é esperado na unidade de internação pediátrica (COLLET e ROCHA, 2004).

No estudo realizado por Vernier e Dall' Agnol (2004), constatou-se que o cotidiano da equipe de enfermagem na unidade de internação pediátrica encontra-se repleto de tensões e influências internas e externas provenientes, na grande maioria, das questões referentes à organização do processo de trabalho.

5.3. Cuidado de Enfermagem à Criança e sua Família: O cotidiano da UIP

Esse tópico aborda o cuidado da equipe de enfermagem à criança hospitalizada e sua família, destacando a admissão, rotinas hospitalares, observação da equipe de enfermagem, administração de medicações, delegação dos cuidados, como também os planos de cuidados e assistencial, avaliação de satisfação e avaliação da UIP.

A admissão na UIP, cenário do estudo, compreende a verificação do peso e da estatura, e a coleta de informações para o histórico da criança, conforme dois trechos de observação:

[...] Uma técnica de enfermagem sai da sala acompanhada para ver a chegada de uma criança e verifica o peso e a altura. A mãe com a criança de 2 anos e 3 meses no colo ajuda a retirar a roupa da criança. A auxiliar de enfermagem coloca papel-toalha para a criança subir na balança e fazer as aferições. Ao término, pede à mãe para pegar a criança e retornar à enfermaria; chegando à enfermaria "Cantinho Dourado", começa a colher o histórico da criança. A auxiliar de enfermagem retorna ao posto de enfermagem e faz as anotações no prontuário.

A auxiliar de enfermagem dirige-se à enfermaria, onde se apresenta aos pais da criança, informando que os procedimentos a serem realizados eram os de rotina; solicita a mãe para acompanhar seu filho até uma sala para pesar a criança. Durante o trajeto no corredor, a auxiliar de enfermagem dirige-se à mãe perguntando a idade de seu filho e se trouxe roupa para a criança; os pais caminham junto e a mãe responde que trouxe, chegando à sala, a auxiliar de enfermagem pede à mãe que retire os sapatos da criança e fala para a criança subir na balança e relata o valor aferido, o pai se manteve calado e observando todo o processo. A criança retorna à enfermaria, acompanhada dos pais. Retomando a conversa com os pais, solicita a idade e o nome todo da criança, realiza as aferições, a auxiliar de enfermagem escreve os dados.

O primeiro contato entre a família e a equipe de enfermagem se dá no momento da chegada da família ao hospital, na admissão da criança, ocasião na qual são coletados dados sociais e informações acerca do estado geral da criança.

Doca, Costa e Junior (2007) destacam que o modo como se processa a admissão hospitalar pode constituir o modo como a criança e o familiar/acompanhante vão enfrentar o período de hospitalização e o tratamento.

Na abordagem centrada na criança e em sua família, ainda pouco praticada, o cliente se apresenta como a criança hospitalizada e também a sua família. O papel da enfermagem, além de executar técnicas e procedimentos, inclui assessoramento às famílias em suas dúvidas, apoio às suas iniciativas e, constante, estímulo às suas práticas de cuidado (ELSEN e PATRÍCIO, 2005).

Dentre os diversos problemas nutricionais que acometem a população, por exigirem análise laboratorial (como deficiências de vitaminas e minerais); enquanto os problemas de desnutrição e sobrepeso/obesidade são prioritários para investigação em nível nacional, porque a sua identificação se dá por meio do acompanhamento do crescimento, utilizando procedimentos simples, como a aferição do peso e da estatura (BATISTA e RISSIN, 2003).

Por outro lado, durante a admissão, ocorrem apenas informações relevantes à patologia da criança hospitalizada, conforme a observação:

Sobre a cirurgia, a auxiliar de enfermagem diz que hipospádia é simples e a internação é curta. A auxiliar de enfermagem retira o termômetro, dizendo que a temperatura é 36,8°C.

Em outro trecho de observação, constata-se que, na unidade de internação pediátrica, cenário do estudo, ocorre o atendimento às crianças que estiveram internadas e retornam para procedimentos técnicos de enfermagem.

Uma técnica de enfermagem pergunta para a enfermeira sobre a passagem de sonda nasoentérica de uma criança que não estava internada, mas veio para colocar a sonda no hospital.

A admissão da criança na UIP é considerada um momento difícil tanto para a criança como para seus familiares, na maioria das vezes, impondo uma ruptura de vínculo com a família e o ambiente domiciliar.

Na admissão, o profissional de saúde precisa dar assistência à criança, atender aos pais e suas necessidades e criar um clima de confiança, segurança, diminuindo a ansiedade e ajudando a minimizar o estresse decorrente deste processo, reconhecendo suas necessidades e respeito pessoal (SABATES e BORBA, 2005).

O enfermeiro está mais próximo à criança e à família e possui uma visão mais ampla das necessidades de saúde da criança. A família da criança facilita a promoção da saúde e, por isso, o profissional de saúde deve ouvir a família, as suas dúvidas, inquietações para que valorize sua opinião e incentive sua participação em todo o processo de cuidar na unidade de internação pediátrica (MURAKAMI e CAMPOS, 2011).

A orientação fornecida aos pais e à criança deve ser avaliada pelo profissional de saúde, certificando-se de que eles receberam orientações prévias e informações sobre a hospitalização, ambientes e procedimentos hospitalares (SABATES e BORBA, 2005).

As rotinas hospitalares são transmitidas ao familiar/acompanhante pelo auxiliar de enfermagem de acordo com o trecho da observação:

A auxiliar de enfermagem explicou sobre a entrada do pai no setor, a utilização do parquinho, a localização do banheiro para o acompanhante e o direito à alimentação.

Para a inserção de um familiar/acompanhante e seu envolvimento no processo terapêutico, torna-se fundamental a compreensão da dinâmica da relação entre os agentes que prestam o cuidado, no caso, a equipe de enfermagem e a família da criança.

A admissão é o momento em que a família é orientada pela equipe de enfermagem quanto às normas e rotinas do setor, no entanto, é provável que a família pouco assimile as informações recebidas nesse período, devido à existência

do estresse vivenciado em relação à doença do filho, pelo processo de hospitalização e por estar em um ambiente desconhecido (LIMA et al, 2010).

Por outro lado, a rotina hospitalar, muitas vezes, precisa ser modificada levando em conta a participação ativa do adolescente, conforme a observação:

A enfermeira separa o material para o cateterismo de alívio de um adolescente (14 anos) internado na enfermaria “Terra Encantada” e traz um biombo para sua privacidade, já que o adolescente se recusou a permitir que fosse feito na sala de procedimento chamada “Arco-Íris”

Um aspecto relatado pelo depoente é a observação da equipe de enfermagem durante a hospitalização da criança:

[...] a criança hospitalizada ela é muito vulnerável, a gente precisa ter um olhar muito atento para esta vulnerabilidade porque a criança responde ao tratamento positivamente [...] negativamente. [...] é preciso que a enfermagem esteja atenta. [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro)

O enfermeiro deve possuir conhecimentos sobre quem é esse ser criança; como ela se desenvolve; quais são suas necessidades e como variam de acordo com a idade e o contexto familiar e social no qual está inserida. E, principalmente, um envolver-se, um comprometer-se com a causa da criança, do adolescente, da família e comunidade dele (SILVA, 2005).

A criança possuiu uma maneira particular de participar e de reagir aos diferentes contextos sociais, o que a torna mais ou menos vulnerável. Contudo, não se pode deixar de considerar a personalidade dela enquanto fator de vulnerabilidade (SIERRA e MESQUITA, 2006).

Nesse sentido, Anjos (2006) contribui com a reflexão sobre a vulnerabilidade da criança, sua influência no trabalho exercido pelo enfermeiro, na dimensão do cuidar e nas responsabilidades dos profissionais na execução do processo de enfermagem.

Quando ocorre a internação, a criança e sua família se veem retiradas do ambiente que lhes era familiar, privadas de dar continuidade a aspectos vitais do seu cotidiano, sobretudo o convívio de pessoas queridas, o andar, o passear, o conversar, o comer, entre outros, e tudo isso faz com que o seu sofrimento seja

exacerbado, até porque, frequentemente, é concentrada a atenção daqueles que cuidam no hospital, na tecnologia utilizada (GOMES e ERDMANN, 2005).

A administração de medicação é controlada através de cartões de variadas cores, conforme os depoimentos:

[...] Aqui a gente trabalha com cartãozinho de medicação, porque a gente reforça a prescrição e também o cartão [...] Anjinho (enfermeira)

[...] Nós usamos cartões de diferenciadas cores e atividades, mais acho vulnerável por que está escrito a lápis às vezes suspende medicação e demora a chegar a prescrição médica. [...] Flor-de-lis (técnica de enfermagem)

[...] Tomar cinco dias [...]. Tendo o cartão, a gente consegue até lembrar. [...] é uma coisa que fica duas vezes a certeza de que aquela medicação vai ser feita. [...] uma pela prescrição e outra pelo cartão [...].Anjinho (enfermeira)

Corroborando com os relatos, constata-se que os cartões de medicação e cuidados são utilizados pela equipe de enfermagem, como foi evidenciado na observação:

[...] a técnica de enfermagem chega ao plantão e pega os cartões de cuidados de medicações e se acomoda em uma cadeira ao lado do telefone [...]. Ela continua a conferir as prescrições médicas e transcreve para os cartões de medicação e cuidados.

Os sistemas de atendimento que visam à segurança do paciente constituem prioridade, apresentam gestão fundamentada na segurança e no gerenciamento de riscos. A estrutura e processos baseados em evidências; o desenvolvimento de atitudes proativas e de liderança por parte dos profissionais no contexto da segurança do paciente constituem premissas essenciais no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes pediátricos (PEDREIRA e HARADA, 2006).

Na UIP, cenário do estudo, utiliza-se a medicação de sedação para a execução de procedimentos invasivos. Dois depoentes destacam essa situação, sendo que uma técnica de enfermagem questiona a conduta:

[...] Aqui neste setor, eles fazem sedação. Para curativo, punção venosa, troca de curativo. [...] Flor-de-lis (técnico de enfermagem)

[...] Eu tenho medo de fazer sedação e se dar uma parada respiratória, a gente não deve fazer medicação sem prescrição ou no caso de sedação [...]. Florzinha (técnico de enfermagem)

Considerando que a UIP, cenário do estudo, é campo de estágio para os estudantes, acredita-se que essa conduta tem a finalidade de tornar mais fácil a realização dos procedimentos.

A equipe de enfermagem delega os cuidados considerados básicos que são prestados pela família no domicílio e assume os cuidados às crianças mais debilitadas ou em estado grave, conforme os depoimentos:

[...] Os familiares acham que temos que trocar fraldas, dar comida, dar banho. [...]. é isso mesmo, eles acham que devemos fazer tudo, mas a gente é técnica e é para fazer as atividades de enfermagem. E, quando é uma criança grave que precisa de mais cuidados, aí sim, nós fazemos [...]. Docinho 1 (enfermeira)

[...] Isso é a família que realiza, trocar fraldas. [...]. o acompanhante é para auxiliar, não tem obrigação de executar no paciente restrito, debilitado, mas, naquele que não tem restrição, ele tem que fazer. [...]. Flor-de-lis (técnica de enfermagem)

Nessa perspectiva do cuidado direto com foco na doença, o familiar acompanhante é considerado um ajudante ou informante da equipe de enfermagem. Para algumas entrevistadas, os cuidados considerados mais simples, como os relacionados com higiene e alimentação, muitas vezes devem ser realizados pelo familiar acompanhante durante a internação.

A família pode ajudar a equipe de enfermagem, prestando esses cuidados simples, que não põem em risco a vida da criança hospitalizada, mais isso não deve ser visto como uma obrigação, ou norma da instituição para o familiar/acompanhante.

Corroborando com os relatos, o familiar/acompanhante é responsável pelo banho da criança, como evidenciado na observação:

Então, fechou a dieta e orientou a mãe que levasse a criança para o banho. Enquanto isso, verifica as roupas molhadas para trocar, justificando novamente a falta de roupa de cama no setor. A mãe pega a criança no colo e a leva para o banheiro, colocando-a na banheira para realizar a higienização.

Supõe-se que a execução do banho da criança pelo familiar/acompanhante seja um momento para a equipe de enfermagem identificar as dificuldades e dúvidas

do familiar e compartilhar os conhecimentos, além de ser um momento de inspeção corporal, sem precisar expor a criança tantas vezes para o exame físico.

A inserção da família na assistência à criança hospitalizada desencadeia nova forma de organização do trabalho de enfermagem, tendo em vista que a mãe passa a realizar muitos cuidados ao filho antes de competência da enfermagem, especialmente aqueles relacionados à higiene, alimentação e apoio emocional à criança (COLLET e ROCHA, 2004).

O cuidado, que antes era prestado pela equipe de enfermagem, hoje é compartilhado com a família ou, muitas vezes, delegado a esta, caracterizando um processo de desresponsabilização da equipe com cuidados que, às vezes, são menos valorizados pela enfermagem, como o banho, a alimentação e o conforto, evidenciando uma divisão de tarefas pautada no saber científico, operado pela enfermagem, e no saber popular, operado pela família (YAMAMOTO et al, 2009).

Os cuidados considerados mais domésticos, sem exigências de conhecimentos mais elaborados para desenvolvê-los, são transferidos para o familiar/acompanhante. Essa prática está relacionada à hierarquia do poder, na resistência à mudança em direção à construção de espaços que possibilitem uma conciliação entre familiar/acompanhante e enfermagem (COLLET e ROCHA, 2004).

A divisão das tarefas é previamente determinada pela instituição e pelos profissionais de saúde e de enfermagem, cabendo ao familiar/acompanhante cumprir o que lhe é determinado, pois está inserido num território que foge ao seu controle, ficando à mercê das decisões tomadas pelos outros (COLLET e ROCHA, 2004).

Com a permanência de um acompanhante em período integral com a criança, a unidade de internação pediátrica sofre um processo de reorganização de suas práticas cotidianas, modificando a estrutura da organização hospitalar. O cuidado continua sendo realizado numa instituição burocratizada, com espaços definidos, com regras e regulamentos minuciosos, que regem seu funcionamento, cuja divisão do trabalho define as posições hierárquicas dos agentes. Esta relação de negociação do cuidado entre a equipe de enfermagem e a família é reconstruída por meio de regras informais, criadas nas negociações, veladas ou explícitas que vão sendo estabelecidas em situações singulares (COLLET e ROCHA, 2004).

Por outro lado, uma técnica de enfermagem destaca que a administração de medicação, por via oral, também é delegada ao familiar/acompanhante:

[...] às vezes, pedir à mãe para fazer a medicação e a gente ficar perto, quando é via oral [...].Flor (técnica de enfermagem).

Quanto à administração de medicamentos por via oral, não era permitido que o familiar/acompanhante a fizesse, uma vez que este era um cuidado prestado somente pela equipe de enfermagem. Nos dias atuais, o familiar/acompanhante pode administrar a medicação via oral sob a supervisão da equipe de enfermagem. Dessa forma, independentemente de o familiar estar preparado ou não para alguns cuidados, a equipe de enfermagem tem delegado cuidados que requerem conhecimentos técnico-científicos.

Na abordagem centrada na criança e em sua família, as funções da equipe de saúde compreendem a execução dos cuidados de acordo com as atribuições dos profissionais, assessoria à família nos cuidados assumidos por ela e avaliação da assistência prestada em conjunto com a família (ELSEN e PATRICIO, 2005).

A equipe de enfermagem destaca também as limitações pessoais em situações de conflito, iminência de morte. Isso está evidenciado nos três depoimentos:

[...] diversas famílias eu não vou te mentir que essa semana fiquei muito aborrecida com uma pessoa que estava acompanhando uma criança [...].às vezes, prejudica até o paciente [...].eu ouvi de um familiar perto da criança ela falou eu sei que essa criança vai a óbito ela vai morrer perto do menino e aquilo eu fiquei tão angustiada, tão triste. [...] (Flor - técnico de enfermagem)

[...] É difícil ter um óbito quando tem um paciente já meio crônico (Flor - técnico de enfermagem)

[...] Óbito aqui é quase zero. [...] (Anjinho A - técnico de enfermagem)

Segundo Azevedo et al, (2007), a internação hospitalar pode desenvolver sentimentos confusos e dicotômicos na criança e sua família, como, por exemplo, cura e morte, alegria e tristeza, medo e confiança, caracterizando o hospital como um ambiente de experiências dolorosas e significativas para toda a vida.

Cinco depoentes destacam o plano de cuidados de enfermagem implementado na unidade de internação:

. [...] A gente vê criança que a gente fala não vai ter solução [...]. a gente nem acredita no tratamento. [...] mas está indo devagar, depois vai passando, tem um bom resultado. [...] Rosa (técnica de enfermagem)

[...] A criança hospitalizada ela fica um pouco traumatizada. [...] da casa dela para um ambiente estranho. [...] Sentido dor, tá com febre, não esta alimentando, chegam aqui, a enfermagem com a medicação, a criança não quer tomar, vai puncionar. [...] a criança chora, nunca aconteceu [...] ela fica um pouco deprimida. [...]. Ela tem um traumazinho. [...]. Flor (técnica de enfermagem)

[...] A criança confia nos pais [...]. Flor-de-lis (técnica de enfermagem)

[...] A família tem uma relação com a criança, porque, até então, nós somos pessoas que estão chegando até a criança e, assim, o acompanhante ela já conhece, já convive com ela e a gente está chegando nesse meio, a gente chega perto e ela olha para mim e chora sem eu fazer nada. [...] Florzinha (técnica de enfermagem)

[...] A gente a criança está conhecendo agora, mas os pais eles tem confiança. A idade da criança é difícil uma aceita outra não [...] Docinho1 (enfermeiro)

Considerando a importância do plano de cuidados, acredita-se num despertar reflexivo por parte dos profissionais da enfermagem, com vistas a inserir também as mães no plano de cuidados. Os depoentes mencionam que o plano assistencial é desenvolvido de forma empírica, tendo em vista que os instrumentos/protocolos estão em fase de elaboração:

[...] o plano assistencial ele já vem quando a gente assume o plantão... internalizando, quando eu recebo uma criança com pneumonia. [...] pela prática, eu já sei o que a criança precisa, mudar de decúbito, nebulizar, aspirar, medir a temperatura. [...] são processos burocráticos. [...] instituída aqui no hospital. [...] um instrumento. Existem protocolos sim em construção. [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro)

[...] plano de assistência. [...] as condutas predeterminadas. [...] sendo atendida de forma diferenciada porque a gente vai dando cuidados conforme sua patologia e necessidade [...]. Anjo (técnica de enfermagem)

A enfermagem utiliza-se de um instrumento ainda em fase de construção, sendo um modelo de processo de trabalho que sistematiza a assistência e direciona o cuidado, permitindo segurança ao usuário do sistema de saúde e dos profissionais: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que tem como objetivo a identificação das necessidades do paciente (criança hospitalizada) apresentando uma proposta de atendimento e cuidado, direcionando as ações a serem realizadas pela equipe de enfermagem.

Ainda a depoente exemplifica que, para desenvolver as etapas da SAE, o cuidado à criança hospitalizada necessita de um profissional que tenha base

científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do outro.

A implantação do Processo de enfermagem (PE) nas unidades de saúde começa com a iniciativa institucional até a utilização de uma taxonomia clara e eficiente, passando por um processo de sensibilização e capacitação dos profissionais (LUNARDI FILHO, VAGHETTI, LUNARDI, 2010).

Ao longo dos anos, diversas linguagens foram desenvolvidas pela Enfermagem para dar expressão à prática profissional, tais como: as taxonomias I e II da NANDA, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e outras; porém estas classificações foram desenvolvidas em nível regional e apresentam importantes diferenças estruturais entre si, algumas das quais fragmentam o PE, pois se referem a uma fase específica do processo (PIMPÃO, NÓBREGA e GARCIA, 2005).

Brandalize e Kalinowski (2005) observaram que os enfermeiros visualizam a SAE como um meio para aplicarem seus conhecimentos técnico-científicos, que caracteriza sua prática profissional e conduz a sua autonomia profissional a conquistar o reconhecimento pela qualidade do cuidado prestado ao paciente, tanto na instituição como junto à família, refletindo seu papel na sociedade e na responsabilidade profissional.

A Resolução COFEN n. 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a Implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

De acordo com o artigo 2º, o Processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados de enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

O Diagnóstico de Enfermagem é um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado

momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

O planejamento de enfermagem refere-se à determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

A realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem caracteriza-se como um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

No artigo 3º, o processo de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

No artigo 4º, observadas as disposições da Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, ao enfermeiro cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

No entanto, a Lei 7.498/86 e o Decreto n. 94.406/87 incumbem a liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem de acordo com as respostas relatadas pelos sujeitos de cada pesquisa, corroborando com a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas de acordo com essas respostas (BRASIL, 2007).

Na especificidade do trabalho do profissional enfermeiro, segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é dever da categoria registrar as informações inerentes ao processo de cuidar no prontuário do paciente.

Nesta perspectiva, está inserida a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual inclui o registro de diagnósticos, das ações e dos resultados de enfermagem (SANTOS E NÓBREGA, 2004). Assim, a SAE possibilita aos enfermeiros, inseridos em instituições de saúde, adotar o processo de enfermagem direcionado ao alcance de metas preestabelecidas, nas quais a qualidade do cuidado será essencial.

A SAE, atualmente, tem despertado especial interesse entre os enfermeiros, tendo em vista o polêmico “Ato Médico”. A SAE representa a busca de um *novo referencial*, a delimitação de sua área de conhecimento e a consolidação do domínio da enfermagem e da identidade profissional. A SAE constitui um instrumento fundamental no trabalho do enfermeiro, que possibilita visualizar a prática assistencial do profissional, viabilizando-se a valorização do seu fazer (REPPETTO e SOUZA, 2005).

Segundo Menezes, Priel e Pereira (2011), o fazer da enfermagem está centrado em um cuidar do ser humano alinhado com uma metodologia científica, numa visão do humano existencial e filosófico ou, por outro lado, na realização de um trabalho fragmentado, reducionista, mecânico e despersonalizado. A implantação/implementação da SAE, além da conscientização da equipe e envolvimento do enfermeiro para elaborar estratégias, permite a participação da equipe, construção de instrumentos e aplicação das etapas embasadas nas Teorias de Enfermagem.

Dois depoimentos relatam a avaliação de satisfação referente à equipe de enfermagem:

[...] O resultado que a gente tem visto é bom, a gente só recebe elogios, assim o nível de satisfação é bem grande. [...]. Anjinho (enfermeira)

[...] E, no momento da alta, ela tem o requerimento onde ela coloca seu nível de satisfação. [...] Anjinho A (técnico de enfermagem)

A avaliação de satisfação ocorre no momento da alta da criança, como foi evidenciado na observação:

Entrou o enfermeiro gerente, com um formulário de avaliação de satisfação do usuário para a acompanhante de outra criança que estava de alta, informa que o motorista da ambulância a aguardava e saiu do quarto.

Quanto à avaliação da UIP pelo familiar/acompanhante, os depoentes destacam a preferência pela internação da criança na unidade e o relacionamento com a equipe de saúde:

[...] Sempre que as mães internam em outro hospital e vem para cá, falam como aqui é bom, tem preferências de estar internado aqui. [...] Anjinho (enfermeira)

[...] O pessoal daqui é muito carinhoso. [...]. O pessoal daqui são muito carinhosos. [...] Flor-de-lis (técnico de enfermagem)

[...] Se precisar de um retorno, o primeiro lugar de referência é aqui [...]. A criança complicada que foi acompanhada por muito tempo aqui, a doutora fala: Você está de alta, mas, se tiver algum problema, ligam para o residente. [...] A mãe esta bem amparada. [...] Rosa (técnica de enfermagem)

O relacionamento entre o profissional e a família/criança deve ser empático, com diálogo, toque carinhoso e humano, de modo que o profissional se torne disponível à família tanto para tirar as dúvidas como para aceitar compartilhar os cuidados, respeitando sua escolha (GOMES e ERDMANN, 2005).

5.4 - A Criança e sua Família na Unidade de Internação

Esse tópico aborda o grau de parentesco, necessidades básicas do familiar/acompanhante, nível socioeconômico das crianças, sentimentos dos familiares, auxílio da equipe de enfermagem, vigilância do familiar, permanência do familiar na UIP, visitas da família.

No que se refere ao familiar/acompanhante da criança, seis depoentes destacam o grau de parentesco:

[...] Aqui o acompanhante quando há um pai, ou uma avó. [...] Flor (técnico de enfermagem)

[...] Às vezes, fica a mãe e o pai. [...] Quando a mãe é muito jovem, tem sempre o acompanhante de outra pessoa da família. [...] Rosa (técnica de enfermagem)

[...] Tendo a família, a gente já fica assegurada que a criança fica mais tranquila com o pai ou a mãe. Ela se recupera melhor. [...] Anjinho (enfermeira)

[...] *Os pais que acompanham são mães junto com os pais. [...] Docinho 1 (enfermeira)*

[...] *Muitas famílias diferentes, não aquela tradicional que o pai, mãe, são pais muito novos que a avó tem que dar um suporte. [...] São madrastas, padrastos, às vezes a mãe não quer vim ver a criança e o pai acaba acompanhando, a gente nem chega a conhecer a mãe, porque ela não quer vir e assim vai de encontro com todos os paradigmas que a gente tem que é a mãe que cuida, fica acompanhando a criança. [...]. São vários tipos de família que a gente consegue perceber aqui [...]. Docinho (enfermeiro)*

[...] *ela que comentou isso, não era pai, mãe, avó, era madrasta. [...] Flor A (técnica de enfermagem)*

Durante a internação hospitalar de uma criança, na maioria das vezes, as mães tomam conta de seus filhos, porém o pai se faz presente, empenhando-se no cuidado do filho doente, contrariando a ideia de que o papel do homem na família é o de provedor e o da mulher é o de educadora dos filhos. Contudo, já se percebe uma mudança nestes papéis, quando o homem quer participar mais ativamente dos cuidados com os filhos e verbaliza o prazer de ser pai (RODRIGUES, CULAU e NUNES, 2007).

Quanto às necessidades básicas do familiar/ acompanhante, uma técnica de enfermagem destaca:

[...] *a comida do acompanhante agora voltou ser no quarto, as roupas do acompanhante eles deixam no varal no parquinho, mas também fica na beirada no berço, no banheiro da criança [...]. Tchuthuca (técnica de enfermagem)*

A UIP possui um local de alimentação destinado aos familiares/acompanhantes, mas ocorreram mudanças, retornando a ser distribuída em marmitas nas enfermarias, diminuindo assim os gastos da família em longas internações na unidade. Por outro lado, esta mudança trouxe alguns problemas porque a alimentação é feita na presença das crianças em jejum ou com restrições alimentares.

A inserção da família no ambiente hospitalar, considerando-se seus direitos e deveres, apresenta novas formas de organização na dinâmica da assistência de enfermagem, na qual, além do cuidado integral à criança, torna-se imprescindível também, voltar a atenção às necessidades da família, desenvolvendo, assim, uma proposta de cuidado centrado na díade criança e família (LIMA et al, 2010).

A equipe de saúde, em destaque, de enfermagem precisa reconhecer que o familiar/acompanhante necessita de atendimento não apenas clínico, mas também

emocional, afetivo e social, o que, ao mesmo tempo, possibilita mudanças nos modos de atender a criança hospitalizada (LIMA et al, 2010).

Transformações dessa natureza implicam o reconhecimento da família como unidade básica dos cuidados à saúde da criança, estimulando sua participação, mas percebendo e compreendendo que suas necessidades também devem ser atendidas (ANDRAUS et al, 2004).

Durante a observação, o relato da mãe de um adolescente internado expressa as dificuldades do período de internação:

Então, ela sai e vai conversar com a pesquisadora e começa a relatar que o adolescente ele é especial, está cansado e já passou por três hospitais [...] O pai o deixou quando soube que ele tinha problema e disse que não queria o filho. Então a mãe expulsou o pai expulsou de casa e cuida do filho sozinha.

Outro papel bem definido na organização familiar é o do homem como responsável pelas necessidades econômicas da família, o seu papel como provedor sofre modificações a cada dia e a diminuição destas obrigações é observada frequentemente e a mulher assume essas obrigações.

No cotidiano hospitalar, observa-se que a mãe é quem permanece com o filho durante a hospitalização. Quando a equipe de enfermagem consegue estreitar os laços com essas mães, elas se mostram com intenso desejo de cuidar de seu filho durante o processo de internação, como uma forma de demonstrar seu amor e minimizar o sentimento de culpa, muitas vezes presente em face ao adoecimento da criança (MOLINA e MARCON, 2009).

Uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem destacam o nível socioeconômico das crianças internadas na UIP:

[...] varia conforme a patologia e a questão social da criança. [...] às vezes fica aqui por muito tempo... mas, se não for uma questão social, a criança evolui, ela tem alta, não fica muito tempo internada até para evitar infecção. [...].Anjinho (enfermeira)

[...] acho que a gente tem que cuidar, as pessoas são carentes, muitos vêm de fora de outra cidade, vêm de famílias desestruturadas, mãe portadora de HIV, mãe que é usuária de drogas, mãe que tem vários filhos, mãe que não sabe cuidar da criança, dá leite de vaca para o recém-nascido. [...] Flor-de-lis (técnica de enfermagem)

[...] a maioria das crianças é de baixo nível socioeconômico [...] Florzinha (técnica de enfermagem)

Quando ocorre a internação da criança, a família se faz presente, questionando, contribuindo e tornando-se agente desta situação. Ela apresenta a realidade na qual está inserida, costumes, anseios e conhecimentos a respeito da doença e da saúde, deixando claro suas necessidades.

De acordo Gomes, Lunardi e Erdmann (2008), no momento em que ocorre a internação da criança, a família se organiza para cuidá-la. Em algumas vezes, os pais têm-se feito presentes como cuidadores de seus filhos. Em nossa realidade, temos muitos pais desempregados, sendo a mãe a única provedora do lar.

Para Elsen e Patrício (2005), na abordagem centrada na criança e em sua família, as condições biopsicossociais da criança têm relação direta com as características da família e da sua comunidade. Assim, nessa abordagem, a família é considerada em suas relações com o seu contexto físico, socioeconômico, cultural e espiritual.

Durante a internação, muitos pais são obrigados a modificar suas rotinas pessoais e profissionais, e até mesmo questões financeiras, para poder permanecer junto de um filho hospitalizado. Essas mudanças atingem todos os integrantes da família, que passa por um processo de adaptação e reestruturação, tendo que fazer uma série de ajustamentos para dar conta da situação. A família acompanha a criança doente, dando apoio e suporte emocional, no entanto precisa esforçar-se para lidar com os sentimentos, as emoções, as dúvidas e o medo da perda (RODRIGUES, CULAU e NUNES, 2007).

Três depoentes relatam os sentimentos do familiar/acompanhante no atendimento à criança hospitalizada:

[...] A família complicada [...]. Complicada porque muitas vezes, no procedimento, a criança está calma, mais a ansiedade dos pais interferem no procedimento. [...]. Flor-de-lis (técnico de enfermagem)

[...] O pai assim ele interfere quando fica ansioso, passa isso para a criança aí ela começa a chorar, gritar, não quer realizar o procedimento, o pai começa a passar a ansiedade para nós, pensando que não sabemos fazer a técnica no caso de punção [...]. O pai fica muito inseguro, diz quando estou puncionando a veia, como se fosse matar seu filho. [...]. O pai fica ansioso e acabamos não fazendo na técnica o procedimento, acabo ficando ansiosa. [...] Docinho1 (enfermeiro)

[...] Alguns pais, acompanhantes ficam ansiosos [...] Florzinha (técnica de enfermagem)

Supõe-se que, muitas vezes, o familiar/ acompanhante já presenciou várias tentativas para conseguir puncionar a veia, em que, particularmente, os procedimentos relacionados à dor, como punção venosa, curativo, entre outros, contribuem com frequência para gerar ansiedade, sendo uma das origens de conflitos entre o familiar e a equipe de enfermagem.

O respeito aos direitos das crianças envolve também uma interface significativa com o modo como os profissionais tratam as situações ou reagem a elas. Não são apenas as crianças ou seus familiares que ficam nervosos ou angustiados nesses momentos, mas também os profissionais se sentem assim, o que, muitas vezes, pode afetar seu desempenho.

O familiar/acompanhante busca o auxílio da equipe de enfermagem para atender a criança, conforme observação:

Uma mãe que chega ao posto de enfermagem dizendo que a criança está com coceira, minando água, e que está ferindo. A auxiliar de enfermagem vai falar com o médico residente, para prescrever uma pomada, e retorna para providenciar a pomada.

Quando o familiar/acompanhante procura a equipe de enfermagem para assumir a responsabilidade em relação a um cuidado no qual não tem condições de suprir as necessidades, ele espera também acolhimento e orientação (SOARES e LEVENTHAL, 2008).

Dessa forma, o familiar/acompanhante não é tão valorizado, ou seja, ainda não é visto como parte integrante do cuidado à criança, tornando-se um desafio para a enfermagem, que tem o costume de decidir sobre as situações do cuidado. O familiar é valorizado apenas quando a equipe de saúde necessita obter informações acerca da criança.

Segundo Dias e Motta (2006), a percepção de que o cuidado dentro do hospital deva ser feito pelos profissionais, ou as incertezas de seu verdadeiro papel fazem com que muitas famílias se afastem do cuidado no ambiente hospitalar. A doença da criança também gera momentos em que cada membro da família pensa e age mediante novos significados, assumindo outros papéis frente à hospitalização.

Uma técnica de enfermagem destaca a vigilância da família durante a prestação dos cuidados à criança na UIP:

[...] Eu acho que a família quando fica todo momento, porque eu tenho que exercer meu trabalho com atenção muito maior para que a família entenda o que estou fazendo, então me sinto vigiada [...]. Tchutchuca (técnica de enfermagem)

A vigilância do familiar/acompanhante é resultado de um maior esclarecimento sobre a cultura hospitalar, ou seja, o ambiente de que ele passa a fazer parte, a atuação dos profissionais, a rotina da instituição e as orientações.

Os conflitos que se estabelecem na interação dos familiares com a equipe são caracterizados pela falta de diálogo e pela percepção da família de que está sendo afastada de seu papel e ainda desrespeitada (PETTENGILL e ANGELO 2005).

No que se refere ao familiar/acompanhante da criança, os depoentes destacam a importância da permanência do familiar junto à criança na fase de hospitalização:

[...] Aqui, geralmente, quem acompanha é a mãe, quando elas são mais jovens, elas tem o suporte de uma pessoa mais velha, o esposo às vezes vem [...]. Ela é bem acolhida, quando tem uma mãe que está amamentando também a gente ajuda, procura dar o suporte [...]. Flor 1 (técnica de enfermagem)

[...] porque a família ajuda muito no tratamento da criança. [...] fica mais calma, seguro perto da família protegido, porque ela não está sozinha no hospital [...]. é muito importante a família está acompanhando a criança. [...] Marinex (técnica de enfermagem)

[...] também as mães recebem um tratamento, orientação tem toda equipe assistência integral tanto a criança como a mãe, o acompanhante e os familiares em geral. [...] pessoas que a criança sente mais segura que nós flexibilizamos a permanência de uma outra acompanhante, percebeu que ela chorava menos, colaborava com os procedimentos. [...] Família é sempre muito bem-vinda, ela é a base para que a gente consiga fazer qualquer trabalho. [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro)

A implementação do dispositivo da PNH “Visita Aberta e Direito a Acompanhante” em vários hospitais do país tem demonstrado sua possibilidade e pertinência. A implantação da visita aberta e as implicações são mencionadas pelas depoentes:

[...] Eu não acho que não é tão rígido [...]. Alguém quer visitar, os médicos, enfermeiros geralmente eles autorizam. [...] Flor (técnica de enfermagem)

[...] É bem flexível. [...] Os médicos liberam demais. [...] acaba virando tumulto. [...] Rosa técnica de enfermagem)

[...] A visita médica no corredor atrapalha a gente passar [...]. Tchuthuca (técnica de enfermagem)

[...] atrapalha mesmo a visita no horário de passagem de plantão [...]. (Florzinha)

[...] até mesmo dentro do que são as novas tendências da saúde que são as visitas abertas a gente já tem assim uma visão diferenciada onde a família não é um obstáculo, a família é um ganho a mais para que a criança se sinta é... se sinta bem, se sinta protegida. [...] Girassol do Araguaia (enfermeiro)

A visita aberta tem como objetivo ampliar o acesso dos familiares, amigos e comunidade às unidades de internação, garantindo, assim, o elo entre o paciente e sua rede social. Porém, tanto a visita quanto o acompanhante ainda são vistos nos serviços de saúde “*como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um peso a mais, uma demanda que precisa ser contida*” (BRASIL, 2007, p. 5).

Ainda as condições da estrutura física são muito precárias para a permanência de acompanhantes em tempo integral no ambiente hospitalar, bem como a falta de profissionais capacitados destinados ao acolhimento dos visitantes e dos acompanhantes, dificultando a compreensão da função do visitante e do acompanhante na reabilitação da criança, tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores de saúde e dos familiares.

As crianças que permanecem internadas sem a presença constante da mãe ou do pai devem receber visitas diárias, de acordo com os horários estabelecidos pelo hospital. As crianças que recebem visitas diárias enquanto estão internadas mostram-se mais seguras e confiantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu entender a abordagem assistencial da equipe de enfermagem à criança numa UIP com as particularidades referentes à estrutura física para o atendimento à criança em diferentes faixas etárias, à prática assistencial da equipe de saúde, em destaque a de enfermagem, e ao cotidiano do cuidado de enfermagem à criança e sua família.

A UIP, cenário do estudo, tem 22 leitos que estão dispostos em enfermarias ou em quartos individuais (isolamento) para atender as crianças (recém-nascidas até adolescentes). Devido à inexistência de uma unidade de internação específica para o adolescente, são adotadas medidas para ocorrer a internação do mesmo na UIP e não na enfermaria de adulto.

Quanto à área física, as enfermarias, paredes e roupas são caracterizadas por cores e desenhos infantis, oferecendo à criança um ambiente alegre, que possibilita minimizar o seu estresse gerado pela hospitalização. A mudança na rotina da criança e seu afastamento do domicílio, familiares, amigos e da escola, muitas vezes, geram estresse. As características da UIP, cenário do estudo, apontam para a abordagem centrada na criança.

A UIP dispõe de brinquedoteca e de parquinho; nestes locais, existem os brinquedos da instituição e aqueles trazidos pela família. Por outro lado, a pouca diversidade dos brinquedos existentes na UIP e a restrição de horários da brinquedoteca foram relatadas pelas depoentes: essas características também indicam a abordagem centrada na criança.

Além da brinquedoteca e do parquinho, são oferecidas atividades próprias para atender à necessidade de recreação, como as visitas dos Doutores da Alegria e da Trupe do Sorriso, assim, visualiza-se a abordagem centrada na criança.

Constata-se que a equipe de saúde na UIP, cenário do estudo, é formada pelas equipes médica e de enfermagem, como também de assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e pedagogo. Esta composição da equipe de saúde sugere a existência de um trabalho multiprofissional e a utilização da abordagem centrada na criança.

A equipe de enfermagem destaca também as limitações pessoais em situações de atendimento, ou seja, o profissional enfermeiro não tem autonomia de discutir, questionar e deliberar junto ao médico, ou seja, a enfermagem não tem

poder de decisão. Isso é evidenciado nos procedimentos invasivos e, principalmente, em relação ao cumprimento de normas e rotinas da unidade, cenário do estudo.

Constata-se que a tomada de decisão está centralizada na equipe de saúde em destaque, médica não sendo compartilhada com a criança e sua família. As decisões centradas apenas no médico refletem explicitamente a abordagem assistencial centrada na patologia.

Na perspectiva da abordagem centrada na doença da criança, o familiar/acompanhante é considerado um ajudante ou informante da equipe de enfermagem como foi relatado por algumas depoentes. Assim, os cuidados considerados mais simples, como os relacionados com a higiene e alimentação, muitas vezes são realizados pelo familiar acompanhante durante a internação.

A família pode ajudar a equipe de enfermagem, prestando cuidados simples que não ponham em risco a vida da criança hospitalizada, mais isso não deve ser visto como uma obrigação, ou norma da instituição para com o familiar/acompanhante.

Os cuidados prestados pelo familiar/acompanhante na unidade de internação referem-se àqueles que são realizados também no domicílio, além da nebulização e administração de medicação por via oral. Vale destacar que esses cuidados são prestados pelos familiares sob supervisão direta da equipe de enfermagem.

Os procedimentos relacionados com dor, como punção venosa, curativo, entre outras, contribuem com frequência para gerar ansiedade, sendo uma das origens de conflito entre o familiar e a equipe de enfermagem.

No tocante às necessidades biopsicossociais do familiar/acompanhante, foi destacado o sono e repouso. A UIP, cenário do estudo, oferece adequadamente cadeiras para o familiar/acompanhante, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Constata-se que a prescrição e o registro de enfermagem são realizados pelos membros da equipe de enfermagem por ser uma norma da instituição e estão baseados nas informações sobre o quadro clínico da criança. Os procedimentos técnicos e os sinais e sintomas são descritos por meio de ações repetitivas e mecanizadas, não levando em consideração a individualidade da criança.

As orientações ao familiar/acompanhante estão relacionadas à doença e tratamento da criança e ao preparo para a alta hospitalar. Antes da alta, o

familiar/acompanhante é supervisionado nos procedimentos que serão realizados no domicílio.

O relacionamento da equipe de enfermagem com o familiar/acompanhante ocorre, ainda, de forma conflituosa, o que resulta na necessidade de capacitação dos profissionais para melhor lidar com a família da criança hospitalizada.

A enfermagem delegou tarefas e responsabilidades ao familiar/acompanhante e se eximiu de seu principal papel. O diálogo não está presente na enfermagem para negociar os cuidados com o familiar/acompanhante inerentes ao acompanhante durante a hospitalização, devido à dificuldade em fazer esse reconhecimento e lidar com a inter-relação entre os cenários doméstico e hospitalar.

A abordagem assistencial centrada na criança e sua família envolve a participação efetiva da família durante a hospitalização infantil e a necessidade de uma reflexão crítica sobre a prática cotidiana da enfermagem, como forma de avaliar suas atividades e refletir sobre as dificuldades de atuação.

A família é vista como alguém a mais no hospital e com obrigação de cuidar da criança hospitalizada. Ainda não está incorporada a abordagem assistencial centrada na criança e em sua família. A enfermagem “tenta chegar à família”, mas ainda não tem estabelecido em sua prática assistencial que a criança e sua família devem fazer parte do processo saúde/doença.

Conclui-se que, na UIP, cenário do estudo, predomina a abordagem centrada na criança, sendo que, em algumas situações, como na prestação dos cuidados, estabelece-se a abordagem centrada na criança e em sua família. Desta forma, torna-se necessária a capacitação dos membros da equipe de enfermagem com vistas à adoção da família da criança no cotidiano da prática assistencial de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.C.L.; BUSHATSKY, M. Princípio da autonomia: do conhecimento à práxis na oncologia pediátrica. **Mundo Saúde**, v.29, n.3, p.345- 52., 2005

ALMEIDA, M.F.P.V. et al. Cuidados para crianças e adolescentes hospitalizados. In: Figueiredo NMA, organizadora. Ensinando a cuidar de criança. São Caetano do Sul (SP): **Difusão Paulista de Enfermagem**; 2003. p.79-149.

ANJOS, M.F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira Bioética**, v.2, n.2, p.173-86, 2006

ANDRAUS, L.M.S. et al. Ensinando e aprendendo: uma experiência com grupos de pais de crianças hospitalizadas. **Revista Eletrônica Enfermagem**[on-line]. [acesso 2010 ago 18]; v.6, n.1, p.98-103, 2004.

AZEVEDO, D.M. et al. O brincar como instrumento terapêutico **Ciência Cuidado Saúde**; v.6, n.3, p.335-341, Jul/Set, 2007.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista Escola Enfermagem USP**; São Paulo, v.40, n.2, p.221-7, 2006.

BATISTA, FILHO M.; RISSIN, A.A. Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno Saúde Pública**, v.19 Supl. 1, p.181-91, 2003.

BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.503-510, jul/set, 2007.

BEUREN, F.H. **Anais do 8º Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design** 8 a 11 de outubro de 2008 São Paulo – SP Brasil ISBN 978-85-60186-03-7 ©2008 Associação de Ensino e Pesquisa de Nível Superior de Design do Brasil (AEND|Brasil) Simbologia da cor em ambiente hospitalar: pediatria. Universidade Tecnológica Federal do Paraná

BETTINELLI,L.A;WASKIEVICZ,J;ERDAMNN,A.L.Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo:Loyola;. p. 87-99, 2004

BORTOLOTE, G.S.;BRETAS, J.R.S. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Revista. Escola enfermagem. USP** [online]., vol.42, n.3, p. 422-429, 2008

BRANDALIZE,D.L;KALINOWSKI,C.E. Processo de enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. **Cogitare Enfermagem**,v.10,n.3,p.53-7.,2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos; Cadernos Técnicos. **Resolução CNS 196/96 e outras**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, p.83-99. 2000.

_____**Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**-Brasília:publicado em D.O.U. EM 09/06/87.Seção I, fls 8.853 a 8.855.

_____**Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986** -Brasília:publicado em D.O.U. EM 26/06/86.Seção I, fls 9.273 a 9.275.

_____. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos estabelecimentos assistenciais de saúde.Brasília .Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora no 6 – Equipamento de Proteção Individual. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego 2002c.Disponívelem:www.mte.gov.br/empregador/SegSau/legislacao/NormasRegulamentadoras/Conteudo/2434.asp

_____,Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva,Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS visita aberta e direito ao acompanhante 2.ª edição série b. textos básicos de saúde Brasília (DF) ,2007

_____. 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.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei nº 8069**, de 13/07/90- Rio de Janeiro, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF: Centro de Documentação, 2005b.

_____. **Lei nº 11.104**, de 21/03/2005- Brasília: Imprensa Oficial, 2005c.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora no 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005d. Disponível em www.mte.gov.br/Empregador/segsau/Legislacao/Normas/Download/NR32.pdf

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar/. -Brasília: Ministério da Saúde, Editora ANVISA 2006a. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_pediatria.pdf Acesso em: 10 Jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília (DF); 2006b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Processamento de roupas nos serviços de saúde: prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2009.

BRITO, R.S; OLIVEIRA, E.M.F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS); v.27, n.2, p.193-202, jun, 2006.

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.

CARDOSO,V.N. S. **A (con) vivência da família frente à hospitalização da criança com distúrbio hematológico: perspectivas para a enfermagem pediátrica.** 2006; 78f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CARDOSO,M.F.S;CORREIA,L;MEDEIROS,A.C.T. A Higienização dos Brinquedos no ambiente Hospitalar.**Prática Hospitalar**,n.42,p.170-172,2005.

CINTRA,S.M.;SILVA,C.V;RIBEIRO,C.A.O Ensino do Brinquedo/ Brinquedo terapêutico nos cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira Enfermagem** ; v.59,n.4,p.497-501, 2006.

CHIZZOTTI,A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COLLET,N.;OLIVEIRA,B.R.G.Criança hospitalizada sem acompanhante: experimentando o sofrimento. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 255-266, mai/ago, 1999.

COLLET,N.; ROCHA,S. M. M. Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.55-65, abr, 2000.

COLLET,N.;ROCHA,S.M.M.Criança hospitalizada:mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**.Ribeirão Preto., vol.12, n.2, p. 191-197,mar/abr,2004.

COLLET,N.OLIVEIRA;B.R.G.YAMAMOTO,D.M.O Processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p.224-32, abr/jun, 2009.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 266/ 2001. Aprova as atividades do enfermeiro auditor. Disponível em:<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/>>acessado em: 22 jun. 2012.

_____. Resolução nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/>>acessado em: 22 jun. 2012.

COUTO,L.L.A (con) **vivência da família com o escolar em controle da doença oncológica: perspectivas para a enfermagem pediátrica**. 2004, 134f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

DIAS, S. M. Z.;MOTTA, M. G. C. Processo de cuidar a criança hospitalizada e família: percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.27, n.4, p.575-82, dez, 2006.

DOCA,F.N:P.;COSTA JUNIOR,A.L.Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.17,n.37,p. 167-179,2007.

ELSEN,I.;ALTHOFF,C.R.;MARQUES,C.L.Modelos assistenciais utilizados nas unidades de internação pediátrica de hospitais de Santa Catarina – Brasil. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.2, n.1, p.33-52, jan/jun, 1993.

ELSEN,I et al. (Org.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

ELSEN,I.; PATRÍCIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. R. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

FONTES,R.S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação Especial**. São Paulo,2005, n.29, pp. 119-138.

GEERTZ, C. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GOMES,G.C.,ERDMANN,A.L.O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n.1, p. 20-30, abr, 2005.

GOMES,I.L.V.et.al A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Revista Brasileira Enfermagem** [online]., vol.61, n.1, p. 61-65,2008.

_____.Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. **Revista Brasileira Enfermagem**. [online]. vol.63, n.1, p. 84-90, 2010.

HOFFMANN, M. V. **O Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos numa comunidade ribeirinha: subsídios para a enfermagem pediátrica**. 2007. 89f. Dissertação (Mestrado). Vitória (ES): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN/UFRJ/MINTER/Faculdades Associadas do Espírito Santo, 2007.

HOFFMANN, M.V; OLIVEIRA, I.C.S. Entrevista não-diretiva: uma possibilidade de abordagem em grupo.**Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília nov-dez; v.62,n.6,p. 923-7. 2009

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Escola Enfermagem USP**,v.38,n.1,p.13-20, 2004

HOCKENBERRY,M.J.;WILSON,D;WIKELSTEIN,M.L. Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.Rio de Janeiro:Elsevier,7 ed. 2006.

ISSI, H. B. et al. Em foco a família: a construção de uma trajetória da enfermagem pediátrica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v.27, n.2, p. 39-42, 2007.

LIMA, R. A. G. DE; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p.33-39, abr., 1999.

LIMA, A.S. et al. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out-Dez; v. 19, n.4, p.700-8, 2010.

LICHTENEKER, K., FERRARI, R. A. P. Internação Conjunta: Opinião da equipe de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.1, 2005.

MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5ed, São Paulo: Atlas, 2002.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MENEZES, S.R.T.; PRIEL, M.R., PEREIRA, L.L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem **Revista Escola Enfermagem USP**; v.45, n.4, p.953-8, 2011.

MOLINA, R. C. M. e MARCON, S. S. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista. Escola. Enfermagem. USP** [online]., vol.43, n.4, p. 856-864, 2009.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C.J.G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília mar-abr; v.64, n.2, p.254-60, 2011.

OHARA, C.V .S; BORBA, R.I.H; CARNEIRO, I.A. Classe hospitalar: direito da criança ou dever da instituição? **Revista Sociedade Brasileira Enfermagem Pediatria** v.8, n.2, p.91-9 São Paulo, dezembro de 2008

OLIVEIRA, J.S. de. Humanização em Saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas. 2012. 195fl. Dissertação (Mestrado em Ambiente Construído). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

PAULA, E.M.A.T.; FOLTRAN, E.P. Brinquedoteca Hospitalar; Direito das crianças e adolescentes hospitalizados. **Revista Conexão UEPG**, 2012.

PEDREIRA, M.L.G, HARADA, M.J.C.S. Aprendendo com os erros. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, organizadores. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 1

PETTENGILL, M.A.M, ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Revista Latino Americana Enfermagem**. 2005;v.13,n.6,p.982-8.

PIMENTA, E. A. G. e COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP** [online]., vol.43, n.3, p. 622-629,2009.

PINTO, J.P; RIBEIRO, C.A. ; SILVA, C.V.da. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Revista Latino-Americana Enfermagem** [online]. 2005, vol.13, n.6, p. 974-981.

PINTO ,J.P; BARBOSA, V.L. Vínculo materno-infantil e participação da mãe durante a realização da punção venosa: a ótica da psicanálise.**Revista Latino-americana Enfermagem**; v.15,n.1. janeiro-fevereiro,2007

PINTO, M. C. M. et al. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem **Einstein**, São Paulo, v.7, n.1, p.18-23, 2009.

RABELO, A. H. S ; SOUZA, T. V.O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: contribuições para a enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery** [online], vol.13, n.2, pp. 271-278, 2009

RODRIGUES, C.D.S. ;CULAU ,J.M.C; NUNES, D.M. Aprendendo a cuidar: vivências de estudantes de enfermagem com crianças portadoras de câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem** 2007;v.28,n.2,p.274-82.

SABATES, A. L.e BORBA, R. I. H. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]., v.13, n.6, p. 968-973,2005

SANTOS, N.M.P. **Experiências de situações de morte: depoimentos das estudantes da Escola de Enfermagem Anna Nery**. 1996. 135f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

SIERRA,V.M; MESQUITA,W.A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes.São Paulo em Perspectiva, v. 20, n. 1, p. 148-155, jan./mar. 2006.

SILVA,C.V. O cuidar em saúde da criança:um ato humanizado do cuidado **Revista Sociedade Brasileira Enfermagem Pediatria**,v.5, n.1, p.5-8 .São Paulo, julh,2005

SILVA J. B.; KIRSCHBAUM D. I. R.; OLIVEIRA I. Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.28, n.2, p. 250-9, mar, 2007.

SILVA, P.A.;LUNARDI,V.L.;SILVA, M.R.S; LUNARDI FILHO, W.D .Violência intra-familiar contra crianças e adolescentes **Ciência Cuidado Saúde** Jan/Mar;v. 8,n.1,p.56-62,2009.

SILVA,et.al.Sentimento da mães durante a hospitalização dos filhos:Estudo qualitativo.**Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**,São Paulo.v.10,n.1,2010.

SCHMITZ,E.M.R. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

SOARES,M.F.;LEVENTHAL,L.C. Relação entre equipe de enfermagem e acompanhante da criança hospitalizada **Ciência Cuidado Saúde**.Jul/Set; v.7,n.3,p.327-332,2008.

SOUZA, T. V. **Interação familiar acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica**. 2007. 135f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA,M.C.F.;OLIVEIRA,I.C.S. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: breve retrospectiva. **Revista Brasileira Enfermagem**,Brasília,v.57, n.2, p. 247-249,2004

SOUZA, C. C. F.; OLIVEIRA, I.C.S. A participação da mãe nos cuidados ao seu filho hospitalizado: Uma perspectiva da equipe de enfermagem.Escola Anna Nery-**Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 379 – 387, dez, 2003

VERNIER, E. T. N.; DALL'AGNOL, C. M. Relações 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.

YAMAMOTO,D.M.et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Alojamento Conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto Contexto**. 2009, vol.18, n.2, pp. 224-232.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WERNET, M.; ANGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.37, n.1, p. 19-25, mar, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE-A
FORMULÁRIO

1. Dados de Identificação:

- a) Pseudônimo: _____
- b) Sexo: _____
- c) Idade: _____
- d) Tempo de formado (a): _____
- e) Cargo/função: (só para enfermeiros): _____
- f) Horário de trabalho/ Carga horária: _____
- g) Tempo de serviço na unidade: _____

2) Dados relacionados à atividade profissional:

a) Treinamento em serviço:

() sim () não

Em caso positivo: () ouvinte () palestrante

b) Eventos científicos em pediatria:

() sim () não.

Em caso positivo, quais? _____

c) Cursos de atualização:

() sim () não.

Em caso positivo, quais? _____

d) Curso (s) de Especialização: (só para enfermeiros)

() sim () não.

Em caso positivo, qual(is)? _____

Ano de conclusão: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Pesquisador Responsável: Maria Vitória Hoffmann

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, 353

CEP: 36010-110 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2101-1100 e-mail: hoffmann-vick@hotmail.com

O(a) Sr. (a)..... está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “ABORDAGEM ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA: Perspectiva da equipe de enfermagem”. Neste estudo, os objetivos são: descrever as características da assistência prestada à criança na unidade de internação pediátrica; analisar a abordagem assistencial adotada pela equipe de enfermagem; e discutir as implicações da abordagem adotada pela equipe de enfermagem para a criança na unidade de internação pediátrica. As questões norteadoras que me motivaram a estudar foram: Qual a abordagem de assistência desenvolvida pela equipe de enfermagem na unidade de internação pediátrica? Como a equipe de enfermagem atua com a criança e sua família na unidade de internação pediátrica? Sou doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina dos Santos Oliveira. Com base nos referidos argumentos, delimito o objeto de estudo a abordagem assistencial adotada pela equipe de enfermagem à criança e sua família na unidade de internação pediátrica. Os procedimentos utilizados serão o formulário e a entrevista não diretiva em grupo, realizadas por no mínimo três pessoas e no máximo cinco pessoas, tendo um representante de cada categoria profissional. Será realizada a gravação da entrevista em gravador Mp4 para posterior transcrição que será guardada por cinco anos e apagada após este período. A entrevista terá duração de, em média, 30 minutos, sendo garantido o seu anonimato e das pessoas citadas, respeitando a sua recusa em participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, visto que sua participação é voluntária, como também não utilizarei as informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro. Após a entrevista, apresentarei a transcrição da fita para revisão e sua aprovação para fins de pesquisa e posterior publicação em periódicos. No desenvolvimento de pesquisa, alguns riscos potenciais podem ocorrer, contudo estratégias foram delineadas para minimizar os transtornos como: escolha intencional dos sujeitos, membros da equipe de enfermagem da unidade pediátrica; elaboração de um formulário para caracterização dos sujeitos, roteiro de observação das atividades desenvolvidas pela equipe; opção pela entrevista não diretiva em grupo para obtenção das informações baseada no discurso livre do sujeito; explicação dos objetivos da pesquisa e a aceitação através do termo de consentimento livre esclarecido. Quanto aos benefícios, o estudo poderá contribuir para uma abordagem de assistência da equipe de enfermagem na unidade pediátrica. Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será

esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF, e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Abordagem Assistencial à criança hospitalizada: Perspectiva da equipe de enfermagem”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2010.

Nome Assinatura participante.

Data:

Nome Assinatura pesquisador:

Data:

Nome Assinatura testemunha:

Data:

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF. Hospital Universitário - Unidade Santa Catarina. Prédio da Administração Sala 27. CEP 36036-110. E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE - C
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Cuidados de Enfermagem

- Prestado pelo familiar /acompanhante
- Prestado pela equipe de enfermagem

Interação da equipe de enfermagem

- com a criança
- com o familiar / acompanhante
- com a equipe de saúde

ANEXOS

ANEXO A Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº - B. SANTA CATARINA
36056-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 258/10

Protocolo CEP-UFJF: 112-420-2010 **FR:** 384670 **CAAE:** 0080.0.420.000-10
Projeto de Pesquisa: Abordagem Assistencial à Criança Hospitalizada: Perspectiva da equipe de enfermagem
Versão do Protocolo e Data: 05/11/2010
Grupo: III
TCLE: 02/11/2010
Pesquisador Responsável: Maria Vitória Hoffmann
Pesquisador(es) participante(s): Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Instituição: HospitalUniversitário da Universidade federal de Juiz de Fora
Data de entrada no CEP: 16/11/2010

Sumário/comentários do protocolo:

- **Justificativa:** A assistência da equipe de enfermagem continua tendo o enfoque centrado na patologia não contemplando a assistência a criança e sua família. A dificuldade ocorre devido a equipe de enfermagem não refletir sobre seu fazer cotidiano, não visualizar a finalidade de seu trabalho e não conseguir levantar as necessidades que devem gerar atitudes e ações para o seu fazer profissional. Desta forma o presente estudo pretende discutir as implicações da abordagem adotada pela equipe de enfermagem para a criança na unidade de internação pediátrica.
- **Objetivo:** Descrever as características da assistência prestada à criança na unidade de internação pediátrica; Analisar a abordagem assistencial adotada pela equipe de enfermagem; Discutir as implicações da abordagem adotada pela equipe de enfermagem para a criança na unidade de internação pediátrica.
- **Metodologia:** O estudo será de natureza qualitativa. O cenário do estudo será uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário, do Município de Juiz de Fora do Estado de Minas Gerais. Os procedimentos metodológicos serão o formulário para caracterização dos sujeitos, a entrevista não diretiva em grupo e a observação participante com diário de campo. Os depoimentos serão gravados em Mp4 para posterior transcrição das falas, de modo a aproveitar o conteúdo de modo fidedigno e guardados durante cinco anos e posteriormente descartados.
- **Revisão e referências:** atualizadas, sustentam os objetivos do estudo.
- **Características da população a estudar:** Os sujeitos serão sete enfermeiros, quatorze técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem que atuam nos períodos diurnos e noturnos de um hospital universitário, do Município de Juiz de Fora do Estado de Minas Gerais.
- **Critérios de participação:** Serão excluídos os sujeitos que não quiserem participar e que estiverem gozando de férias e de licença médica.
- **Orçamento e responsável pelo financiamento da pesquisa** são apresentados e o responsável pela pesquisa será o pesquisador principal.


Prof.ª D.ª Angélica Maria Góes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
UFJF

- **Cronograma:** contem agenda para realização de diversas etapas de pesquisa, observando que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê. Início desta etapa previsto para janeiro de 2011.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** – O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes do estudo, com descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e forma de contato com o pesquisador e demais membros da equipe.
- **Pesquisador** apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 20 de dezembro de 2010.


Prof.ª Dra. Angela Maria Gollner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF



RECEBI

DATA: 08 / 02 / ' 2011