

**ERIKA ACIOLI GOMES PIMENTA**

**CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DO  
PROCESSO DE TRABALHO NO CUIDADO À CRIANÇA  
HOSPITALIZADA E À SUA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neusa Collet**

**JOÃO PESSOA – PB  
2007**

P644e Pimenta, Erika Acioli Gomes.

Concepções da equipe de enfermagem acerca do processo de trabalho no cuidado à criança hospitalizada e à sua família./Erika Acioli Gomes Pimenta. – João Pessoa, 2007.

153p.

Orientadora: Neusa Collet.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Enfermagem pediátrica. 2. Enfermagem - Assistência à criança hospitalizada.

UFPB/BC

CDU: 616-083-053.2(043)

**ERIKA ACIOLI GOMES PIMENTA**

**CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DO  
PROCESSO DE TRABALHO NO CUIDADO À CRIANÇA  
HOSPITALIZADA E À SUA FAMÍLIA**

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª Drª Neusa Collet**  
(Orientadora)

---

**Profª Drª Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva**  
(Membro / UFPB)

---

**Profª Drª Akemi Iwata Monteiro**  
(Membro / UFRN)

---

**Profª Drª Maria Djair Dias**  
(Suplente / UFPB)

## DEDICATÓRIA

*Gostaria de prestar minha total gratidão à professora Neusa Collet, pela sua dedicação e partilha em todos os momentos da construção desta pesquisa. Obrigada pelas palavras muito bem colocadas, doces e verdadeiras, sempre. A cada encontro eu me sentia mais motivada a continuar. A você, que acredita numa assistência integral e compartilhada, ao trinômio criança-equipe de saúde-família, **dedico**.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida maravilhosa, saúde e fé, que me dá e renova a cada dia, e, por me fortalecer nas adversidades.

A Nossa Senhora, a quem recorro por intercessão ao Seu filho Jesus.

Aos meus amados pais, Zezito e Ana, pela educação, carinho e amor com que me criaram, ensinando-me sempre que tudo na vida tem seu tempo e sua hora.

Aos meus amados irmãos, Júnior e Lucas, pela amizade, carinho e apoio. Em especial a Lucas pela paciência de ter noites mal dormidas, devido às minhas leituras intermináveis, sobretudo, agradeço pelo empréstimo do computador (com direito a contrato de responsabilização pela devolução).

Aos meus sogros-pais, Edgard e Margareth, pelo apoio, confiança e pelos momentos de partilha sobre este trabalho.

Às minhas colegas de trabalho que partilham comigo esse processo de trabalho, ora trazido à reflexão.

Às crianças enfermas e suas famílias que, muitas vezes sem opção, entregam suas necessidades de saúde, aos nossos cuidados.

Às professoras, Akemi Monteiro e Djair Dias, pelas suas contribuições na pré-banca.

À Professora Ana Tereza Medeiros pelas contribuições desde o projeto.

À professora Miriam Nóbrega, pela disponibilidade em tirar inúmeras dúvidas durante o mestrado, bem como participação e colaborações no projeto.

Às colegas do mestrado pelos momentos de alegria e partilha de tristeza que vivemos juntas.

Ao grupo da criança por cada maravilhoso encontro.

À minha família (avô, tias (o), primas e primos, sobrinha, parentes), amigos e a todos que acreditaram nesse momento.

***Obrigada***

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Rodrigo, durante o mestrado a distância estive sempre “junto” a nós. Quantos dias desejei tua presença para me encorajar com tua célebre frase: “Eu admiro como tu és estudiosa e trabalhadora, só não gosta de malhar!”. Saibas sempre que, teu sorriso me anima e faz querer viver cada dia intensamente, como se fosse único, e qual dia não é? Obrigada, com você aprendi a viver a filosofia do Carpen Diem (colha o presente). Que Deus nos una até o dia o dia em que formos um para o outro, como disse seu pai: “o melhor amigo, a mais forte coluna, o mais amplo escudo, o mais macio travesseiro, a mais saborosa comida...”*

## EPÍGRAFE

*"Infelizmente, muitas vezes, a gente tem vontade de desistir. Mas, é exatamente o contrário que devemos fazer. O "sistema" (??) quer que a gente desista para que tudo fique mais fácil. Aí, a gente não desiste, briga pelo que acha que é certo, incomoda as pessoas (principalmente os dirigentes, ou os responsáveis oficiais), corre atrás das pessoas para ajudar no processo, tenta articular, tenta juntar... um dia dá certo! Pelo menos a nossa esperança é mantida e os sonhos continuam sendo acalentados. Quando acordamos pela manhã e começamos a sonhar, com os nossos objetivos, é sinal de que estamos vivos, projetando expectativas, gerando perspectivas.*

*Edgard Pimenta*

PIMENTA, E.A.G. **Concepções da Equipe de Enfermagem Acerca do Processo de Trabalho no Cuidado à Criança Hospitalizada e à sua Família.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2007, p.151.

## RESUMO

O modo de organização do processo de trabalho da enfermagem na assistência à criança hospitalizada tem demandado reflexões acerca da dinâmica desse trabalho, em especial a partir da inserção da família no ambiente hospitalar. A implantação do alojamento conjunto pediátrico (ACP) ampliou o objeto do cuidado da enfermagem passando a envolver o binômio criança-família. A fim de verificar como a assistência de enfermagem tem se organizado no cotidiano do cuidado à criança hospitalizada no ACP, esta pesquisa tem o objetivo de compreender como está organizado o trabalho da prática assistencial da enfermagem no cuidado à criança hospitalizada e à sua família. Optamos pela metodologia qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a organização tecnológica do trabalho em saúde. A pesquisa de campo foi realizada em um hospital escola do estado da Paraíba, após aprovação pelo CEP da instituição. Os sujeitos da pesquisa foram 12 profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semi-estruturada. A análise dos dados seguiu os critérios de análise temática proposta por Minayo (2007), fundamentados à luz do referencial teórico-metodológico adotado. Os resultados assinalam que o trabalho realizado pela equipe está centrado em procedimentos de maneira que a interação com a criança e sua família é tangencial no processo de cuidar no hospital em estudo. Disso decorre a necessidade de discussão sobre a dimensão cuidadora da enfermagem no processo de hospitalização no ACP. Concordamos que a família deva ser envolvida nos cuidados à criança, contudo, é importante rever como a enfermagem tem delineado esse processo, pois não há no cotidiano assistencial uma dimensão da participação da família no ACP de modo que as concepções da equipe a respeito das implicações dessa participação apontam para três aspectos: o reconhecimento de que a participação é boa para o trabalho da enfermagem quando o acompanhante ajuda nos cuidados; a família como óbice no cuidado quando intervém em alguma conduta; a perda da dimensão cuidadora em que as profissionais reconhecem que a participação da família na quase totalidade dos cuidados à criança contribui para que a enfermagem se desresponsabilize do seu exercício profissional. A equipe reconhece que o modo como está organizado o processo de trabalho ainda não superou o modelo tradicional de assistência e, para tanto, aponta a necessidade de refletir acerca desse trabalho e da implantação da educação permanente no serviço. A falta de articulação e conexão entre os saberes profissionais tem contribuído para a fragmentação da assistência e para a falta de encontros entre profissionais-profissionais e profissionais-família. Tais encontros podem possibilitar a superação do modelo centrado nas tecnologias duras e leveduras do cuidado para o alcance do cuidado ampliado. Portanto, entendemos que a partir de encontros que contemplem essas articulações e conexões, quando pautados pelas tecnologias leves do cuidado, tendo como pano de fundo a construção do projeto terapêutico coletivo, a equipe em estudo estará se instrumentalizando para construir uma organização tecnológica do trabalho na perspectiva da integralidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Processo de trabalho da enfermagem pediátrica, Enfermagem pediátrica, Alojamento conjunto pediátrico, Binômio criança-família, Criança hospitalizada.

PIMENTA, E.A.G. **Nursing staff's conceptions about the caring process to the hospitalized child and his/her family.** Dissertation (Master's in Nursing) Health Science Center, Federal University of Paraiba, João Pessoa – PB, 2007, p. 151

### ABSTRACT

The organizational method of the nursing work process to the hospitalized child has been demanding reflections about this work's dynamics, in special from the insertion of the family into the hospital environment. The implementation of the Pediatric Ward's Accommodations (PWA) has broadened the purpose of the nursing cares involving henceforth the child-family binomial. In order to verify how the nursing assistance is organizing itself in the caring to the hospitalized child within the PWA, this research had as objective to understand how the nursing assistance in caring to a hospitalized child and his/her family is organized. We have chosen a qualitative methodology, having as theoretical-methodological referential the technological organization of health work. The field research was held in a school hospital from the State of Paraiba, after receiving the institution's ERC approval. 12 professionals from the nursing staff were the subjects of the research. The data collection was performed through a semi-structured interview. The data analysis followed the criteria of the theme analysis proposed by Minayo (2007), based under the light of the theoretical-methodological referential adopted. The results indicate that the work performed by the staff is centered in procedures in a way that the interaction between the child and his/her family is tangential to the process of caring in the hospital of this study. From this result a need to discuss the caring dimension of the nursing process in the PWA's hospitalization. We agree that the family must be involved in the caring of the child. However, it's important to review how the nursing has been outlining this process because there isn't a family participation dimension established in the daily assistance in the PWA and the staff's conception about the implications of these participations point to three aspects: the acknowledgement that the participation is good for the nursing work when the family companion helps in the health care; the family as an obstacle in the case when they intervene in some procedure; the loss of caring dimension in which the professional acknowledges that the family participation in almost all cares to the child contributes to the withdraw of responsibility of nursing in its professional exercise. The staff acknowledges that the way that the working process is organized hasn't overcome the traditional assistance model yet, and for this, the staff points the need to ponder about this work and the implementation of permanent education in the service. The lack of links and connections among the professional knowledge has been contributing for the assistance fragmentation and for the lack of gatherings between professionals-professionals and professionals-family. Such gatherings might make possible the overcoming of the model centered in harsh and light-harsh technologies of caring to reach an amplified care. Therefore, we understand from gatherings that favor these links and connections, when guide lined by light technologies of caring, having as background the construction of a collective therapeutic project, the staff in study will be acquiring the instruments to build a technological organization of work in a full perspective.

**Key-words:** Pediatric nursing work process, Pediatric nursing, Pediatric Ward's Accommodations, Family-child binomial, Hospitalized child.

PIMENTA, E.A.G. **Concepciones del Equipo de Enfermería a respecto del Proceso del Trabajo en el ciudadano, en el niño hospitalizado y en su familia.** Disertación (Maestría en Enfermería). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa – PB, 2007, p. 151.

## RESUMEN

El modo de la organización del proceso de trabajo de la enfermería en la asistencia a los niños hospitalizados han demandado reflexiones a respecto de la dinámica de este trabajo, en especial a partir de la inserción de la familia en el ambiente hospitalario. La implantación del alojamiento del conjunto pediátrico (APC) amplió como objetivo el cuidado de la enfermería pasando a envolver el binomio niño-familia. Con el fin de verificar como la asistencia de la enfermería se ha organizado en el día a día el cuidado al niño hospitalizado en la APC, esta investigación tiene objeto comprender como está organizado el trabajo en la práctica asistencial de la enfermería en el cuidado al niño hospitalizado y a su familia. Optamos por la metodología cualitativa, teniendo como referencial teórico-metodológico la organización tecnológica del trabajo en la salud. La investigación del campo fue realizada en un hospital escuela del estado de Paraíba, después de la aprobación por el CEP de la institución. Los sujetos de la investigación fueron 12 profesionales del equipo de enfermería. La recolección de los datos fue realizada por medio de la entrevista semiestructurada. El Análisis de los datos siguió los criterios de análisis temático propuesto por Minayo (2007), fundamentados en la luz de la referencia teórica-metodológica adoptada. Los resultados señalan que el trabajo realizado por el equipo está centrado en procedimientos de forma que la interacción con el niño y su familia es tangencial en el proceso para poder cuidarlos en el hospital en estudio. De esto transcurre la necesidad de discutir sobre la dimensión cuidadora de la enfermería en el proceso de hospitalización en la APC. Concordamos que la familia deba ser envuelta en los cuidados de los niños, con todo es importante volver a ver como la enfermería ha delineado este proceso, pues no hay en el cotidiano asistencial una dimensión de la participación familiar en la APC de modo que las concepciones del equipo a respecto de las implicaciones de esta participación apuntan para tres aspectos: El reconocimiento de que la participación es buena para el trabajo de la enfermería cuando el acompañante ayuda en los cuidados, la familia como óbice en el cuidado cuando interviene en alguna forma de conducta, la pérdida de la dimensión cuidadora en que los profesionales reconocen que la participación de la familia en casi todos los cuidados al niño contribuye para que la enfermería se desresponsabilice de su ejercicio profesional. El equipo reconoce que el modo como está organizado el proceso del trabajo aún no supera el modelo tradicional de la asistencia y por lo tanto apunta la necesidad de reflexionar a respecto de este trabajo y de la implantación de la educación permanente en el servicio. La falta de la articulación y de conexión entre los conocimientos profesionales han contribuido para la fragmentación de la asistencia y para la falta de reuniones entre los profesionales – profesionales y los profesionales – familia. Tales reuniones pueden posibilitar la superación del modelo en las tecnologías duras y leves-duras para el alcance del cuidado para el cuidado ampliado. Por lo tanto entendemos que a partir de estas reuniones que contemplen las articulaciones y conexiones, cuando son pautados por las tecnologías leves del cuidado, teniendo como base la construcción del proyecto terapéutico colectivo, el equipo en estudio estará se instrumentalizando para construir una organización tecnológica del trabajo en la perspectiva de la integridad.

**PALABRAS LLAVES:** Proceso de trabajo de la enfermería pediátrica, Enfermería pediátrica, Alojamiento conjunto pediátrico, Binomio niño-familia, niño hospitalizado.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACP	– Alojamento Conjunto Pediátrico
AIDIPI	– Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CEATOX	– Centro de Toxicologia
CONANDA	– Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DIC	– Clínica de Doenças Infecto-Contagiosas
GEPSS	– Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade
HULW	– Hospital Universitário Lauro Wanderley
PAISMC	– Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança
PIBIC	– Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIVIC	– Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica Voluntário
PRONAICA	– Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
SAE	– Serviço de Atendimento Especializado
SPA	– Serviço de Pronto Atendimento (Adulto)
SPAP	– Serviço de Pronto Atendimento Pediátrico
SUS	– Sistema Único de Saúde
UFPB	– Universidade Federal da Paraíba
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
RESUMEN	vii
APRESENTAÇÃO	xi
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
2.1 A Criança na Sociedade e a Apreensão de suas Necessidades de Saúde .....	24
2.2 A Criança e a Família no Hospital .....	33
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	<b>50</b>
3.1 Processo de Trabalho .....	51
3.1.1 Processo de trabalho em saúde .....	53
3.1.2 Processo de trabalho em Enfermagem .....	58
3.1.3 Processo de trabalho em enfermagem pediátrica .....	59
3.2 Estratégias de Investigação .....	63
3.2.1 Cenário do estudo .....	64
3.2.2 Coleta de dados empíricos .....	67
3.2.3 Análise dos dados empíricos .....	69
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	<b>73</b>
4.1 A Organização do Processo de Trabalho da Enfermagem em Alojamento Conjunto Pediátrico .....	74
4.1.1 Concepções dos profissionais da Enfermagem em relação ao trabalho .....	76
4.1.1.1 Condições de trabalho .....	86
4.2 Significado da Participação da Família para a Equipe de Enfermagem .....	96
4.2.1 Cuidado realizado pelas profissionais da equipe de enfermagem .....	98
4.2.2 Cuidado realizado pela mãe / fiscalização profissional .....	103
4.2.3 Relação equipe-família: o cotidiano de uma submissão velada .....	108
4.2.4 As concepções da equipe de enfermagem acerca da participação da família no cuidado .....	113
4.3 Repercussões / Implicações da Organização do Trabalho para a Profissão .....	119
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>133</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>138</b>
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice I Roteiro de Entrevista .....	148
Apêndice II Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	150
<b>ANEXO</b>	
Anexo I Certidão .....	152

# APRESENTAÇÃO

*O homem está constantemente decidindo... Toda ação humana tem uma motivação que o convence a agir ou deixar de agir de certa forma. Quando estamos diante de uma determinada situação, fazemos um juízo e optamos, após uma motivação interior, por uma das situações. Isso acontece em quase todos os atos da nossa vida.*

*Fabiano Moura de Mora*

Apresento nesse momento o resultado de minha pesquisa de mestrado, mostrando inicialmente como se deu minha aproximação com a temática abordada nesta pesquisa, a saber, o processo de trabalho da equipe de enfermagem pediátrica e a criança hospitalizada. Esse é um momento de especial reflexão para mim, sobretudo quando me reporto à minha graduação. Enquanto discente de enfermagem, tive poucas oportunidades de trabalhar em pediatria, porém desde outrora já sabia o carinho que tinha pelas crianças e a curiosidade em entender o seu mundo. No entanto, não tinha a noção de quão maravilhoso é partilhar experiências com as mesmas, ainda que estas estejam enfermas, com algumas privações da vida, quer momentânea, quer permanentes. Durante os estágios nós, alunos, não tínhamos momentos de partilha com as crianças e suas famílias, senão para administrar medicamentos orais, ou observar a mãe fazer tal procedimento. A falta de aproximação com o binômio me fez na época acreditar que, embora tivesse muito apreço à infância, não estava em meus planos atuar nessa área. Trabalhar em um hospital pediátrico para mim era uma opção fora de expectativa. Qual não foi minha surpresa o meu primeiro emprego em hospital, área da enfermagem em que sempre tive mais aproximação, foi exatamente em um hospital pediátrico, onde trabalhei por 07 meses consecutivos.

A partir do momento em que me inseri em um hospital pediátrico, percebi o aumento gradativo do meu interesse em conhecer e entender a infância e as suas freqüentes e variáveis modificações. O desejo de investigar a hospitalização infantil veio da minha então vivência enquanto profissional em Clínica Pediátrica, como enfermeira assistencial. Um ano após o meu ingresso no citado hospital, fui trabalhar em um hospital escola, que atende a diversas áreas da saúde, e, nesse momento, optei por trabalhar na clínica pediátrica.

Com alguns anos de trabalho pude observar aspectos peculiares à assistência no ACP que me despertaram interesse pela área. A fim de aprofundar meus estudos na temática da hospitalização infantil e conhecer como é desenvolvida a prática assistencial em pediatria hospitalar procurei participar de eventos relacionados a essa área, bem como me capacitar e estudar a infância em seu contexto individual, familiar e social. Para subsidiar minhas pesquisas, passei a buscar na literatura nacional, internacional, em trabalhos científicos, em

sites indexados, revistas científicas, pesquisas relacionadas à assistência pediátrica no contexto hospitalar e assuntos relacionados ao tema.

Ao ingressar no Mestrado, o meu desejo de estudar o cotidiano da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar se concretizou. Nesta dissertação, pesquisei, juntamente com a minha orientadora, acerca do processo de trabalho da enfermagem pediátrica, no hospital em que trabalhamos. À aproximação com o processo de trabalho em saúde deu-se no próprio mestrado. Inicialmente, a apreensão da temática não foi fácil, tendo em vista, a sua complexidade e a minha falta de conhecimento em relação ao tema. Entretanto, as discussões realizadas no subgrupo da criança, vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade – GEPSS, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, inicialmente com reuniões semanais e posteriormente quinzenais dos participantes do grupo (docentes da disciplina de enfermagem pediátrica da UFPB, mestrandos, graduandos, alunos de PIBIC e PIVIC, outros alunos), sob a coordenação da prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neusa Collet, foram por demais valiosos para a minha aproximação com o referencial do processo de trabalho e desejo de aprofundar meus conhecimentos sobre o tema.

A cada encontro as atividades se desenvolviam no sentido de aprofundamento da temática, em que discutíamos textos de Karl Marx, Emerson Merhy, Denise Pires, Marina Peduzzi, Luciane Prado Kantorski, Eduardo Passos Nogueira, Wilson Lunardi, Maria Teresa Leopardi e, sobretudo Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, além de outros pesquisadores que têm estudado o processo de trabalho e processo de trabalho em saúde. Os momentos eram de intensa partilha e discussão de forma que o tema antes confuso e hermético, para grande parte dos integrantes do grupo, tornou-se prazeroso e claro.

Portanto, diante do meu desejo de estudar a criança hospitalizada, acrescido do tema processo de trabalho em saúde, emergido a partir do meu ingresso no mestrado, optamos por estudar o “Processo de Trabalho da Enfermagem Pediátrica na Assistência à Criança Hospitalizada”.

Neste relatório final de pesquisa prefaciamos com a introdução problematizadora do tema em estudo, que nos aponta questões importantes da assistência à criança hospitalizada que merecem ser aprofundadas em pesquisas que busquem apreender a organização do processo de trabalho em saúde nos seus amplos aspectos.

**No capítulo II**, para compreender como se realiza o processo de construção da assistência de enfermagem à criança hospitalizada, tendo o familiar como um cuidador, foi

realizada uma revisão histórica sobre a criança na família e na sociedade, pontuando aspectos relacionados à hospitalização infantil a fim de que esses elementos subsidiassem a construção do nosso objeto de investigação. Os temas abordados neste capítulo foram A Criança na Sociedade e a Apreensão de suas Necessidades de Saúde, A Criança e a Família no Hospital.

**No capítulo III** apresentamos o referencial teórico-metodológico e as estratégias de investigação.

**No capítulo IV** segue a análise e discussão dos dados, cujos resultados assinalam a necessidade iminente de discussão e reflexão dos profissionais envolvidos na assistência à criança hospitalizada e à sua família, acerca da organização do processo de trabalho em saúde cujas diretrizes apontam cada dia mais a necessidade de envolvimento da família no processo de cuidar e a apropriação por parte dos profissionais da ampliação do seu objeto de cuidado, qual seja, o binômio criança-família.

Por fim, apresentamos as considerações finais. A partir da análise e discussão profunda dos dados empíricos, defendemos que a organização do processo de trabalho na assistência à criança hospitalizada precisa ser revista no cotidiano assistencial, de forma que o Alojamento Conjunto Pediátrico (ACP) seja um modelo de atenção pautado pela criação de vínculos e espaços de autonomia. Nesse sentido, urge a reflexão acerca da possibilidade de construção de um projeto terapêutico coletivo, que vislumbre superar a prática da imposição de poder, normas e rotinas rígidas e inflexíveis, presente na assistência à criança na atualidade, e busque a perspectiva da assistência pautada pela integralidade e humanização.

# INTRODUÇÃO

*A capacidade definitiva de um homem não está nos momentos de conforto e conveniência, mas nos períodos de desafios e controvérsias.*

*Martin Luther King*

## **1 INTRODUÇÃO**

O processo de trabalho em saúde é complexo por envolver vários profissionais que trabalham, de certa forma, individualizados, mas que ao mesmo tempo são interdependentes. Na enfermagem, essa característica torna-se mais nítida em relação aos demais profissionais da área, em especial ao médico, pois grande parte das ações realizadas nessa profissão acontece concomitantemente a cuidados prescritos pelos médicos (PEDUZZI, 1998).

Na realidade, a profissão medeia as ações entre os profissionais e os usuários, o que se configura numa rede de apoio para o conjunto de atividades de diversos profissionais, relata a mesma autora. Tal fato não deve ser visto como negativo, já que a finalidade do processo de trabalho em saúde é a prestação de serviços para a promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida. Na pediatria, esse processo se torna mais complexo devido à participação direta da família no cuidado, bem como ao modo como a família foi e ainda é inserida no processo de cuidar, durante a hospitalização infantil.

Nesse contexto, a assistência de enfermagem pediátrica tem revelado peculiaridades relacionadas ao modelo assistencial vigente, no qual a participação de uma pessoa da família da criança é constante. A assistência à criança hospitalizada é permeada por situações adversas, advindas do cotidiano, relacionadas à interação e integração entre as partes envolvidas no cuidado, a saber, a família juntamente com a equipe de saúde.

O reconhecimento da importância da família no processo de cuidar da criança hospitalizada tem sido um tema discutido nos últimos tempos, por enfermeiros que admitem ser esta uma realidade invisibilizada, pois a dimensão da participação da família no cuidado hospitalar constitui um fenômeno não oficialmente reconhecido. A reflexão acerca dessa situação motivou nosso interesse por uma investigação sobre a prática assistencial do cuidado realizado pela equipe de enfermagem e pela família no ambiente hospitalar. Pressupomos que a família inserida no processo de cuidar determina conseqüências ao processo de trabalho da equipe de enfermagem alterando sua dinâmica no ambiente hospitalar.

No Brasil, no final da década de 1980, teve início um processo de inserção de um acompanhante durante a hospitalização infantil. Essa prática foi pioneira no Estado de São Paulo com o Programa Mãe-Participante (SÃO PAULO, 1989). Em 1990, com a regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a presença do acompanhante se torna um direito legal (BRASIL, 1990). A partir de 1995, por meio da Resolução Nº 41 do

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), a família passa a ter direito de ser diretamente envolvida no processo de cuidar, devendo participar da tomada de decisões do tratamento da criança e do adolescente, juntamente com a equipe de saúde (BRASIL, 1995).

Esse processo revela as profundas mudanças ocorridas na assistência à saúde da criança hospitalizada, no país, que passou de um modelo de separação do vínculo criança-família para o modelo de Alojamento Conjunto Pediátrico (ACP), no qual a família permanece durante o período integral junto à criança no hospital e é envolvida no processo de cuidar, na promoção de saúde e prevenção de doenças (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Na atualidade já é possível identificar os benefícios trazidos à criança hospitalizada, pela permanência de um acompanhante. A presença de uma pessoa significativa deixa-a mais segura, confiante, feliz, e até acessível aos procedimentos durante a hospitalização, o que contribui para uma recuperação mais breve e uma hospitalização menos traumática e sofrida (MACHADO; MARTINS, 2002). A família no ambiente hospitalar deve prover as necessidades emocionais da criança. Para Oliveira e Collet (1999) é no familiar significativo que a criança busca apoio, orientação, proteção para enfrentar o desconhecido e o sofrimento. Estudos comprovam que a alegria e o ânimo aumentam a produção de anticorpos melhorando, assim, a imunidade e contribuindo para a recuperação mais breve (MOOR, 1973, apud CARVALHO; LOMBA, 2006). Desse modo, o ACP é um modelo assistencial que vislumbra diminuir o sofrimento não apenas da criança, mas do binômio criança-família.

O hospital é para a criança e para a família, um ambiente de privação e medo, e o processo de hospitalização modifica toda a dinâmica familiar. Durante o período de internamento o binômio é privado de algumas atividades do cotidiano: a criança é afastada do convívio com irmãos, parentes, amigos, escola, lazer, brinquedos e brincadeiras pessoais; a família também é separada do convívio com outros filhos, familiares, trabalho, amigos, lazer, além da perda do controle da organização do lar. As rotinas hospitalares são, muitas vezes, pouco flexíveis, o horário de visitas geralmente é fixo e rígido, a permuta de acompanhantes em alguns casos também tem hora marcada, em determinadas instituições os pais (homens) não podem pernoitar com as crianças, dificultando a adaptação das rotinas familiares àquelas do hospital. A organização do processo de trabalho nas instituições hospitalares tem se pautado pelas decisões individuais dos profissionais em detrimento das necessidades da criança e sua família. Tais situações exigem da família uma disponibilidade exclusiva de tempo para o processo de hospitalização (WONG, 1999, MACHADO; MARTINS, 2002).

Esse contexto requer que a assistência de enfermagem se realize por meio de um cuidado voltado à criança e à sua família. Isso implica repensar as modificações necessárias no processo de trabalho profissional, considerando a inserção da família no hospital, e reconhecendo sua participação no cuidado. Não houve uma capacitação específica para os profissionais receberem o acompanhante, nem a inserção da família no hospital ocorreu de forma sistematizada. Essa falta de organização prévia é, possivelmente, uma das razões pelas quais existem conflitos entre esses sujeitos no cotidiano hospitalar.

Collet e Rocha (2004) alertam para o fato de que a família tampouco foi instrumentalizada a ficar no hospital tendo sido, tão somente, encorajada a acompanhar a criança durante a hospitalização. A partir de então, ela tornou-se agente do cuidado, embora não tivesse sido efetivamente considerado o modo como a família e a enfermagem poderiam compartilhar essa nova experiência. Diante dessa realidade, defendemos que os profissionais devem buscar construir uma relação de equilíbrio com a família, com o intuito de prestar uma assistência integral e humanizada à criança, pela via do processo de trabalho.

A família, na maioria das vezes, deseja participar do cuidado, no entanto, devido ao desconhecimento ou conhecimento insuficiente da enfermidade ou do tratamento, sente-se insegura ou mesmo incapaz de ser co-partícipe do cuidado, devendo ser instrumentalizada a cuidar do filho no hospital. Sobretudo, é importante que a mesma seja reconhecida como fonte de segurança para a criança durante o processo de hospitalização. Nesse processo, a equipe, a criança e a família vivem os mais variados sentimentos. São momentos diversos que variam entre dor, medo, insegurança, dúvida, como também momentos de alegria durante as brincadeiras, esperança, ânimo e confiança na recuperação da saúde e alta hospitalar. Para Collet e Rocha (2003) os sentimentos vivenciados pelos familiares são ambivalentes, sofrem pela hospitalização do filho, mas ficam felizes pela expectativa da melhora. A família se esforça para não ficar afastada da criança, mesmo quando se sente cansada.

Bowlby (1995) publicou um trabalho enfatizando os efeitos danosos da separação infantil da sua família em seu desenvolvimento, enquanto permaneciam em instituições. A partir desses dados, o autor postulou que, para desenvolver-se normalmente, a criança precisaria ter, durante os primeiros anos de vida, uma relação afetiva e íntima com sua mãe ou mãe substituta. O autor salienta que essas relações íntimas, afetivas e contínuas entre mãe e filho são imprescindíveis para a saúde mental do indivíduo adulto, e que, a privação do cuidado materno, pode estar associada a desordens de caráter em vários aspectos, inclusive psiquiátrico.

Considerando as necessidades peculiares de crescimento e desenvolvimento da infância, bem como os aspectos da hospitalização apontados, destacamos a importância de a enfermagem buscar realizar uma assistência que apreenda as singularidades dessa fase da vida. Com o modelo do ACP, reconhecemos que a profissão precisa abarcar o objeto de cuidado ampliado, visando estender a assistência que realiza no cotidiano assistencial, além da criança, à família. A institucionalização do acompanhante na hospitalização infantil instaura um conjunto novo de necessidades que repercute em todo o processo de trabalho. A necessidade mais imediata é organizar a mudança, pois a enfermagem parece não ter conseguido ainda se apropriar da dimensão do cuidado ampliado tendo em vista que não está dando conta de atender às novas demandas desse cuidado. Assim, a organização do processo de trabalho tem se configurado pela desarticulação dos atos em saúde realizados à criança pela família e pela equipe durante sua estada hospitalar.

No cotidiano da nossa prática assistencial, observamos que a participação da família no cuidado é realizada, muitas vezes, de modo desarticulado e à mercê da vontade e interesse de cada profissional. Grande parte dos profissionais não tem efetivado o seu trabalho em consonância com os familiares. Essa falta de articulação tem suscitado divergências no entendimento da importância da permanência familiar no ambiente hospitalar, bem como da dimensão da sua participação na assistência, enquanto acompanhantes. Nesse sentido, o cuidado à criança é desempenhado quase em sua totalidade pela família, numa condição de imposição implícita ou explícita por parte da equipe, pois os cuidados realizados pela família não são negociados, mas impostos. Nesse contexto, o trabalho da equipe de enfermagem tem se restringido à administração de medicamentos parenterais e alguns procedimentos mais invasivos, enquanto o acompanhante tem se responsabilizado pelo conforto, higiene, alimentação. Desse modo, a família não tem sido objeto de cuidado e sim realizadora de cuidados. (VERNIER; DALL'AGNOL, 2004).

Pesquisas registram que a família tem realizado cuidados de responsabilidade da enfermagem (COLLET; ROCHA, 2003; VERNIER; DALL'AGNOL, 2004; SABATÉS; BORBA, 2005). A partir do momento em que família começou a executar atos em saúde, atribuídos ao exercício profissional da enfermagem, iniciou-se um processo de reorganização da prática assistencial. Dessa forma, a utilização de novos instrumentos de trabalho passou a ser necessário quando da realização do seu processo de trabalho, alterando, também, a finalidade da assistência.

Com base ainda na nossa experiência profissional, constatamos que a realidade do trabalho se assemelha às situações descritas pelos autores que apóiam esse estudo, sobretudo, Collet e Rocha (2003), razão que encorajou o recorte da dimensão do processo de trabalho da equipe de enfermagem pediátrica para este estudo.

Reconhecemos que a participação da família no processo de cuidar ainda é uma situação não regulamentada, mas ela acontece na prática, nomeadamente, porque as crianças menores, não têm capacidade de entender determinadas situações, como aceitar um procedimento invasivo para uma recuperação mais rápida. Nesse sentido, a presença de uma pessoa da sua confiança é essencial. A segurança oferecida por pessoas de sua confiança gera conforto e melhora em certos casos. Contudo, a enfermagem precisa considerar a complexificação dos cuidados sob a responsabilidade do acompanhante, mesmo àqueles que parecem bem simples como os que comumente são efetivados pela família no cotidiano da vida doméstica, porque no ambiente hospitalar eles assumem outros significados. Disso decorre a necessidade de instrumentalizar a família para executá-los, o que implica repensar os elementos do processo de trabalho, especialmente os instrumentos, entre os quais se encontra o saber que orienta todo o processo.

Em síntese, a dimensão da participação da família no cuidado à criança hospitalizada instaura a necessidade de a enfermagem rever seu processo de trabalho para adequá-lo ao novo contexto. Tal situação requer reflexões, análise e discussão para a sistematização do cuidado integral e humanizado ao binômio no ambiente hospitalar, razões pelas quais nos sentimos motivados a realizar essa investigação em nosso ambiente de trabalho, buscando respostas para os seguintes questionamentos: Quais as concepções da equipe de enfermagem acerca do seu processo de trabalho na assistência à criança hospitalizada e à sua família? Como a enfermagem tem organizado a prática assistencial no cotidiano do cuidado? Qual o significado da participação da família no cuidado à criança? Que repercussões/implicações tem essa participação da família no cuidado na dinâmica do trabalho da enfermagem?

Para tanto, temos como **objetivo geral** nesta pesquisa: compreender como está organizado o trabalho da prática assistencial da enfermagem no cuidado à criança hospitalizada e à sua família. Os objetivos específicos são: compreender como a enfermagem tem organizado a prática assistencial no cotidiano do cuidado à criança e sua família; apreender o significado que a enfermagem atribui à participação da família no cuidado à criança; analisar as repercussões/implicações desse significado para o processo de trabalho em enfermagem.

## **CAPÍTULO II**

---

*Você é a criança, que um dia vai crescer! É a promessa, que vai se realizar! É a esperança da humanidade se entender! É a realidade que o adulto precisa ver... e também aprender a ser...*

*Lauro Kisielwicz*

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 A Criança na Sociedade e a Apreensão de suas Necessidades de Saúde**

A atenção à criança passou por diferentes formas de cuidado ao longo da história da humanidade, até os dias atuais. De acordo com Jaeger (1989), na Antiguidade, os pais, a ama e o pedagogo disputavam pela educação das crianças. Em casa, ensinavam-se as mesmas a diferença entre o certo e o errado e, quando necessário, eram punidas com castigos. Após certa idade, iam às escolas onde eram ensinados poemas, música e ginástica para fortalecer o corpo, pois não se admitia que um homem fracassasse por debilidade do corpo. A partir do final do século XVIII com a constituição da burguesia, a melhor educação era oferecida às famílias burguesas. Os filhos dos burgueses entravam mais cedo e saíam mais tarde da escola, comparadas às demais crianças. Mas esse tipo de tratamento se modificou ao longo do tempo.

A literatura aponta que durante muitos séculos a criança foi tratada como ser insignificante, sendo a infância uma fase efêmera e sem valor, uma fase sem importância, que não precisava ser lembrada (ARIÈS, 1978). Segundo Orlandi (1985), ao longo de muitas décadas, a assistência à criança foi realizada por filantropos e organizações religiosas. Praticamente, só no século XX foi que os poderes oficiais passaram a tomar para si parte dessa responsabilidade.

Em meados do século XVI, os ensinamentos eram transmitidos pelos adultos nas residências como se as crianças fossem adultas. De uma maneira geral as mesmas eram tratadas como adultos em miniaturas (ARIÈS, 1978).

O autor nos explica que no passado, essa fase era tida como tão insignificante, que não se temia que após a morte as crianças pudessem importunar os vivos, como eles criam que acontecia com os demais mortos. As pessoas temiam que os mortos os amedrontassem, mas não temiam as crianças, tamanho era o descaso com as mesmas.

De acordo com Orlandi (1985), a indiferença dos adultos para com as crianças ao longo dos séculos, pode ter diversas explicações, entre as quais, as relacionadas à alta taxa de mortalidade. O risco iminente de morte do filho poderia ser um motivo para as famílias não se apegarem às crianças e, assim, sofrerem menos em casos de morte; a questão socioeconômica,

tanto a miséria que impedia uma criação que suprisse as necessidades vitais, quanto a riqueza, pois a criança poderia constituir um óbice na vida da família.

Ariès (1978) faz uma contextualização histórica das crianças em alguns séculos e relata determinadas situações adversas vivenciadas pelas mesmas. Sob a óptica desse autor vemos algumas situações ocorridas entre os séculos XVI e XVIII.

Em relação à identificação infantil e à construção histórica da família, o autor afirma que até a Idade Média as pessoas eram identificadas por um único nome. A partir de então, essa forma foi considerada incerta e criou-se o sobrenome, muitas vezes, relacionado à região habitada pela família, para não haver confusões. Era preciso encontrar um meio de distinguir uma pessoa da outra. O registro da criança por muito tempo foi realizado pela igreja junto com o batismo, que na época era obrigatório. Em muitos casos a idade da criança era incompatível com o registrado, pois a família dependia da programação da igreja para batizar seus filhos.

Foi a partir do século XVI que a idade das pessoas começou a ser valorizada, especialmente por aqueles que freqüentavam a escola, pois a idade era uma das formas de seleção de alunos, além da classe social e do sexo. Um dos meios utilizados para se calcular a idade era as fotos, nas quais eram registrados quantos anos a pessoa tinha. As fotos também serviam para contar um pouco sobre a família, esse meio histórico perdura até hoje. Outras fontes históricas que traduzem o passado das crianças são os diários em que as pessoas, além de contas, registravam fatos e sentimentos experienciados por elas. Contudo, acredita-se que naquele século as crianças escolarizadas sabiam a sua idade, porém, por uma questão de boas maneiras não revelavam.

Entre os séculos XVI e XVII a escola surgiu como lugar de confinamento da infância, era um meio de isolamento, de separá-las do convívio com os adultos. Com a escolarização “começou um longo processo de enclausuramento das crianças (como dos loucos, dos pobres, das prostitutas)” (ARIÈS, 1978, p. 11). A inserção da criança na escola era um meio utilizado para distanciá-la da família, uma vez que a criança era tida como um ser insignificante, portanto, estando na escola dava menos trabalho, como também tirava da família o peso da realização dos cuidados.

Naquela época, a família, geralmente, era constituída sem apego e o relacionamento entre pais, mães e filhos era de convivência, não sendo evidenciados sentimentos de amor. Após o início do processo de escolarização, os pais passaram a se preocupar mais com seus

filhos e até a limitar seu número, para assim assistir melhor à família. No século XVIII, o médico começou a exercer papel importante na família, chegando até a superar o papel do padre que era muito influente até então. Por meio da criança, o médico atuou mais eficientemente junto às famílias, pois elas apresentavam problemas de saúde mais variados.

Com o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade infantil e oferecer melhoria nas condições de vida dos adultos, naquela época, foram criadas normas educativas voltadas especialmente para a higiene familiar e da comunidade (ORLANDI, 1985).

O autor nos relata que, no Brasil, historiadores da época colonial falam sobre o culto à criança morta, que eram denominadas anjinhos. Suas mães alegavam-se com as suas mortes, pois acreditavam que seus filhos iriam encontrar-se no céu com Deus. Até a Revolução Burguesa, o pensamento dominante pautava-se pela orientação do enfoque teológico, daí o culto à morte.

Orlandi (1985) mostra tamanho descaso por meio de dados que revelam uma mortalidade infantil elevadíssima no Brasil. Em meados de 1882 chegou a 460 por 1000 nascidos vivos, incluindo os nati-mortos, contando até os 07 anos de idade. Uma das principais causas consideradas para tantas mortes era a ilegitimidade dos filhos, já que a mortalidade dos filhos adotivos era o dobro dos biológicos, além dos partos feitos por parteiras inábeis e, ainda, a procura tardia por auxílio médico quando as crianças adoeciam.

Ao abordarmos acerca da história social da criança não podemos deixar de conhecer uma das mais duradouras instituições de assistência à infância: A Roda dos expostos. O sistema de rodas foi criado na Europa Medieval, na Itália. De acordo com Valdez (2002 apud ANDRAUS, 2005), a roda foi criada pela igreja católica, com o intuito de diminuir o abandono e as mortes dos bebês, naquela época.

No Brasil, essa prática teve início no século XVIII, existindo no período de 1726 até 1950 (FREITAS, 1997). Essas rodas foram criadas com o intuito de cuidar de crianças abandonadas e proteger a honra das famílias coloniais. Quando filhas de homens nobres engravidavam e os pais não assumiam as crianças, estas eram, muitas vezes, entregues nas rodas. Com o tempo essas instituições de apoio passaram a servir de refúgio para pais e mães irresponsáveis que se sentiam livres para realizar suas transgressões sexuais. Alguns casais passaram a ter filhos sem preocupar-se com a criação, pois sabiam que podiam colocá-los na roda para serem criados pelas cuidadoras das instituições. A roda também foi utilizada pelas escravas, para livrar seus filhos da escravidão (ORLANDI, 1985).

O mesmo autor salienta que o nome roda está relacionado ao modo como as crianças eram dadas às instituições. O modelo usado era semelhante aos cilindros medievais de madeira utilizados para enviar alimentos e mensagens, aos residentes de mosteiros e conventos. As crianças eram colocadas em um cilindro rotatório sobre um colchão e rodado para o lado de dentro das instituições, logo após era tocada uma sineta para comunicar a chegada de mais uma criança. Não era permitido saber quem as colocou na roda.

Mesmo a criança não tendo importância na sociedade, em casos de abandono já no século XIII, em Roma, o Papa Inocêncio III criou o primeiro hospital destinado a acolher crianças, devido ao sofrimento que sentia ao vê-las morrendo após serem abandonadas (FREITAS, 1997).

Esse autor explica que durante muitos anos, ao longo da história, encontramos relatos das mais diversificadas formas de exclusão, abuso e sofrimento não só das crianças filhas de escravos ou pobres, mas também aquelas cujos pais não queriam ter trabalho e as entregavam às amas-de-leite a fim de serem criadas até crescerem suficientemente a ponto de serem úteis à sociedade. Algumas amas-de-leite eram as próprias mães, uma vez que recebiam pagamento para amamentar as crianças. Elas cuidavam dos filhos e recebiam um pagamento ao mesmo tempo. Em casos de a criança morrer, houve vezes em que as amas-de-leite omitiam a morte para continuar recebendo o seu pagamento de ama, ainda por algum tempo.

No que concerne à importância das mudanças de fases da infância, a literatura pesquisada mostra que, por vários séculos, foi difícil entender as alterações pelas quais passavam as crianças até chegarem à idade adulta, certamente relacionada à desvalorização infantil. Não se sabia ao certo a sua idade, nem havia interesse em entender quais as necessidades de cada etapa do seu desenvolvimento. Sabia-se de etapas pelas quais passariam até chegar à idade adulta, no entanto, não importava as peculiaridades de cada uma (ARIÈS, 1978). Por não se saber ao certo se as crianças iriam crescer, pouco se investia nelas.

Em uma tentativa de subdividir a infância por faixa etária, ainda no século XVI tentou-se traduzir as fases da vida do latim para o francês, mas a diversidade de palavras da primeira língua era incompatível com a carência da outra. Os adolescentes eram confundidos com as crianças, devido à falta de um termo específico para a faixa etária. Durante o século XVII a idéia de infância estava associada à dependência, ou seja, a criança só saía da infância quando fosse capaz de realizar atividades laborais (ARIÈS, 1978).

Além da dificuldade de subdividir as fases da vida, a fim de caracterizar as peculiaridades de cada uma, havia também uma carência de termos para tratar as crianças, conforme relatamos. Até o início do século XIX não havia designação para menores de um ano, quando na França tomou-se emprestado o termo inglês *baby* que designava crianças em idade escolar. Daí em diante crianças pequenas receberam o nome de *bebê*, que em português denomina-se *bebê* (ARIÈS, 1978). Durante a revisão bibliográfica não foram encontradas outras opções de termos em outra língua.

Entre os séculos XVI e XVIII, as fases da vida foram conhecidas como “idades da vida”. Um texto de Ariès (1978) nos exemplifica algumas delas, a saber, a idade dos brinquedos, em que as crianças brincavam com brinquedos caseiros como cavalos de pau, bonecas e animais; a idade da escola, em que os meninos aprendiam a ler e as meninas a fiar; a idade do amor, cujas imagens mostram moças e rapazes em festas e passeios; e a idade da guerra, na qual a imagem guardada é a de um homem armado.

No século XIX, Florence Nightingale demonstrava preocupação com cuidados especiais às crianças, como ambiente alegre e seguro, roupas adequadas, ar fresco, condições sanitárias favoráveis à prevenção de doenças (NIGHTINGALE, 1989).

De acordo com Gomes e Adorno (1990) somente no século XIX a criança passou a receber assistência sistematizada relacionada à alimentação, vestuário, disciplina e educação, diferente de como fora no passado, já que em outras épocas os pais e a sociedade não tinham o devido conhecimento das necessidades peculiares às idades da criança e, ainda que desejassem, não sabiam bem como auxiliá-las.

No início de século XXI, a ciência preocupa-se em estudar a vida de um modo geral, com diversas especialidades e especificidades vinculadas a cada fase da vida, bem como diferenças orgânicas relacionadas ao sexo, busca ainda, entender o equilíbrio entre corpo e mente, associando o que há de moderno ao que se conheceu ao longo da história da humanidade, ao senso comum e ao conhecimento empírico desejando cada dia mais a longevidade.

Na atualidade, percebem-se mudanças na atenção à saúde. Estudos minuciosos são realizados a respeito de cada fase do desenvolvimento infantil, contribuindo para que os governos desenvolvam programas de saúde de qualidade mais elevada e com possibilidade de realizações na prática, de modo a manifestar sua preocupação com a sociedade, a família e os

demais grupos populacionais, como as crianças e os adolescentes, a partir das necessidades manifestadas e as reconhecidas.

No que tange à saúde foi somente no século XVIII que o médico, a partir de uma necessidade social, começou a atender a família em domicílio. Naquele século, os hospitais ainda se organizavam no sentido da prática individualizada do atendimento a pessoas sem família, portadoras de doenças contagiosas, proteção dos doentes contra práticas ignorantes, bem como era um meio de proteger as pessoas saudáveis. As famílias que tinham condições cuidavam dos seus doentes em casa (FOUCAULT, 1998).

O mesmo autor explica que o hospital só passa a ser apreendido como ambiente terapêutico no final século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado à cura aparece em torno de 1780. Naquela época havia nos hospitais uma área reservada às crianças (ARIÈS, 1978).

As alterações na forma de assistir acompanham o valor e o significado que a sociedade dá à criança, sendo esses motivados pelas necessidades políticas e econômicas (ROSEN, 1994). Freitas, Fugulin e Fernandes (2006) salientam a mudança no enfoque do cuidado à criança a partir da segunda metade do século XVIII. Nesse período, há um fortalecimento do capitalismo na Europa e maior preocupação com a manutenção da saúde dos trabalhadores para atender às necessidades do capital. Nesse contexto, a criança passou a ser percebida como um ser com necessidades que deveriam ser atendidas para que fossem futuramente capazes de se tornar operadores de máquinas.

Nessa perspectiva, os serviços de saúde se desenvolvem com o intuito de produzir condições indispensáveis para atender às necessidades políticas e sociais da época, garantido a manutenção e preservação da força de trabalho (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Inicialmente, a preocupação com a saúde da criança surgiu a partir de cuidados com a alimentação, a higiene, o ambiente, os cuidados pré e peri-natais, com a possibilidade de a mãe cuidar da criança nos primeiros meses (ROCHA; ALMEIDA, 1993 apud COLLET; OLIVEIRA, 2002). Em 1802, em Londres, foi construído o primeiro hospital pediátrico, seguido do “Hospital for Sick Child”, em Paris. Estes são considerados o marco inicial da assistência à criança (WAECHTER; BLAKE, 1979 apud COLLET; OLIVEIRA, 2002).

No Brasil, Oliveira (1999 apud RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004), descreve que em 1882 foi inaugurada a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, um marco na história da pediatria brasileira, pois possuía um consultório infantil e realizava cursos sobre doenças das crianças.

Em 1899, foi criado o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, cujo funcionamento efetivo teve início em 1901. Este serviço atendia gestantes desde o pré-natal ao parto e as crianças do nascimento aos 14 anos.

Somente a partir de 1920, no país, registrava-se o início da preocupação com o atendimento à criança, voltadas ao serviço de higiene infantil. Nessa época, foi regulamentada a licença à gestante e puerperal (30 dias para cada uma das situações) e a proibição do trabalho fabril para menores de doze anos (ZIONI GOMES; ADORNO, 1990).

Os autores citados colocam que se registrava, naquela época, o aparecimento concomitante da educação sanitária e da higiene infantil, ambas com a mesma orientação filosófica, que centrava no comportamento do indivíduo as raízes de seus problemas. Tais orientações não refletiam sobre as condições concretas de existência, sobre o saber popular elaborado a respeito dos temas de saúde e sobre a estratégia de vida elaborada pelas camadas populares diante das pressões do cotidiano.

A partir da então década de 1920, a assistência médica individual e hospitalar já era predominante em relação à assistência médica coletiva e de saúde pública, priorizando, portanto, o tratamento das doenças em detrimento à prevenção das mesmas. Tal fato influenciou a prática de internação hospitalar de crianças e o cuidado sistematizado dispensado a elas. A enfermagem desenvolveu-se num caminho correlacionado com o da medicina nesse campo da assistência (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

O hospital no cuidado à criança, como instituição terapêutica, tirou da família a responsabilidade integral do cuidar do seu doente. Ademais, devido à carência de antibióticos, o cuidado com as infecções cruzadas era enorme e a visita era um perigo ao controle dessas infecções. Segundo Rocha e Almeida (1993 apud COLLET; OLIVEIRA, 2002) as crianças eram confinadas aos seus leitos e isoladas umas das outras, ficando também afastadas de seus familiares, certamente dificultando a prestação de cuidados à sua saúde. De acordo com Lima, Rocha e Scochi (1999), nesse período, o foco do atendimento era a doença não havendo preocupação com o todo. Conforme afirmado, inicialmente as unidades hospitalares que começaram a cuidar de crianças tinham a finalidade de evitar a disseminação de doenças, logo o hospital era puramente curativo e até um meio de isolar os doentes das pessoas sadias.

Desde 1950, a literatura a respeito da hospitalização infantil indica que essa vem caminhando em direção à humanização e passando por modificações. Um grande marco à assistência pediátrica foi a publicação do relatório Platt, em 1959, na Inglaterra, que

despertava a preocupação com o bem-estar da criança hospitalizada e levou pais e profissionais a discutirem e a analisarem o processo de hospitalização, por meio da humanização da assistência. O relatório propunha um horário de visitas livre para os pais, estimulava a participação da mãe nos cuidados hospitalares, tentando minimizar os traumas, orientava quanto à possibilidade do tratamento ambulatorial, defendia que as crianças deveriam ter unidades e hospitais específicos para elas, que os cuidadores deveriam ter treinamento especializado e, ainda, que realizassem atividades de recreação nas enfermarias (DARBYSHIRE, 1994 apud LIMA, 1996).

Para entendermos as modificações na atenção à saúde da criança no país, é importante revermos os modelos de atenção vigentes em outras épocas. Ao longo de muitos anos, a assistência à saúde no país estava centrada no modelo biomédico assistencial, voltado à cura e com foco na assistência hospitalar. Até os programas que eram definidos como de atenção primária, na realidade, se concretizava no modelo biologicista e hospitalocêntrico.

Na década de 1970, o Governo Federal criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com o objetivo de realizar atendimento ambulatorial e, entre outros programas, criou o Programa Materno Infantil, em 1975, voltado à atenção primária dessa população. Em 1973 já havia sido instituído o Programa Nacional de Imunização (PNI) visando à prevenção de doenças imunopreveníveis. Porém, somente em 1977, com a Lei 6437 de 20/08/1977, a imunização infantil passa a ser obrigatória para menores de 1 ano, tendo sido aprovada a caderneta nacional vacinal. Em 2001, essa lei foi substituída pela Medida Provisória Nº. 2190-34, de 23 de agosto de 2001, porém não revoga nenhum parágrafo da lei anterior (BRASIL, 2001).

Na década de 1980, o modelo Médico-Assistencial Privatista foi substituído gradativamente atendendo a proposta do movimento para a Reforma Sanitária Brasileira. O novo modelo foi regulamentado pela Constituição de 1988, com base no entendimento da saúde como direito social, universal, derivado do reconhecimento de uma cidadania plena. As ações e serviços de saúde são caracterizados como de relevância pública, com a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Após 1983, foram criados no país programas de atenção integral à saúde da criança, a saber, Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança – (PAISMC), em 1983, Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente-(PRONAICA), em 1993 e por último, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância-(AIDIPI), em 1995. Os

programas, apesar de mudarem de nome, possuíam objetivos comuns contemplando a atenção à saúde da criança, com o intuito de diminuir as taxas de mortalidade infantil (ANDRAUS, 2005; BRASIL, 2006; DISTRITO FEDERAL, 2006).

Retomando a assistência à criança hospitalizada, ainda na década de 80, antecedendo à criação do Estatuto da Criança e do Adolescente-(ECA), houve algumas experiências em relação à permanência de um acompanhante em período integral durante à hospitalização infantil. Em São Paulo, no ano de 1989, por meio de uma Resolução estadual, a mãe adquiriu o direito de acompanhar o filho durante a hospitalização, tendo sido adotado o modelo inicialmente denominado Programa Mãe-Participante em que a mãe ou o acompanhante permanecia com a criança durante a hospitalização. Essa estratégia torna a criança menos tensa e mais acessível aos cuidados da equipe de saúde, favorecendo até mesmo a rotatividade dos leitos por diminuir o período de internação (SÃO PAULO, 1989). Posteriormente, esse modelo recebeu outras denominações como, por exemplo, Mãe Acompanhante e Alojamento Conjunto Pediátrico. Em nosso estudo, adotaremos o termo Alojamento Conjunto Pediátrico por consideramos este o que melhor expressa a concepção que temos acerca da permanência da família no hospital durante o período de hospitalização de um filho. Analisando os benefícios dessa prática e a partir de algumas dessas experiências, o Governo Federal promoveu discussões acerca da necessidade da mudança no processo de assistência à criança hospitalizada.

A Constituição do Brasil de 1988 incorpora, como prioridade, a proteção dos direitos da criança e do adolescente e o atendimento das suas necessidades básicas. Assim, em 1990, foi promulgada a Lei Nº 8069 que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente – (ECA), a partir do qual, as instituições hospitalares devem oferecer condições para que um acompanhante possa permanecer junto à criança durante todo o período de hospitalização (BRASIL, 1990).

A partir de 1995, além de permanecer no ambiente hospitalar durante todo o período de internamento infantil, a família passa a ter direito, garantido por lei, de estar envolvida no cuidado, tomando conhecimento acerca dos procedimentos a serem realizados com a criança e adolescente, bem como a realização de exames, diagnóstico, prognóstico e tratamento, direito esse garantido pela Resolução Nº 41 de 17 de outubro de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – (CONANDA) (BRASIL, 1995).

Com a inserção da família no processo de hospitalização, ocorrem mudanças no processo de trabalho da enfermagem, e determina sua reorganização tendo em vista as novas

características assumidas. Nesse sentido, Ribeiro (1999 apud PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005) afirma que até 1980 os estudos realizados na área retratavam os efeitos da hospitalização na saúde física e mental da criança. Após esse período, devido à participação da família no processo de hospitalização da criança, as publicações passam a enfatizar os benefícios da participação da família na assistência, bem como os conflitos surgidos entre essa e a equipe de enfermagem e a tentativa de mediação desses conflitos.

Richardson (1997) e Pinto et al. (2001 apud PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005) reforçam que na década de 1990 as publicações em enfermagem apresentam novos temas que abordam a busca da melhoria da assistência à criança hospitalizada, entre eles: a participação da família no processo terapêutico, as informações fornecidas à família, horários de visita e revezamento de acompanhantes, aumento de custos financeiros à instituição. Defendemos a idéia que esses estudos devem ser realizados no cotidiano da hospitalização, pois é por meio da prática assistencial que é possível identificar a necessidade de mudanças para a construção de uma atenção integral à criança, em que a família seja envolvida no cuidado.

Se considerarmos as mudanças ocorridas desde a época em que a infância era vista como insignificante, percebemos que atualmente alguns conceitos têm assumido outros significados, predominando a noção da criança como um ser em crescimento e desenvolvimento, cujas fases são caracterizadas por especificidades. Dessa maneira, o conhecimento produzido sobre eles deve oferecer melhoria na ampliação da qualidade de vida dessas crianças.

## **2.2 A Criança e a Família no Hospital**

O hospital é uma organização médica e social, de promoção, cura, tratamento e reabilitação da saúde do indivíduo, que funciona como centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, além de realizar encaminhamento de pacientes. Cabe ao hospital supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente, devendo atender à criança de forma integral e humanizada (BRASIL, 1977). Para tanto, a equipe administrativa do hospital, bem como os profissionais de saúde, precisam

refletir constantemente acerca do processo de trabalho, tendo como objetivo a qualidade e a integralidade da assistência.

Um ambiente dessa natureza, na atenção à criança, pode ser construído com medidas que atendam às necessidades singulares da infância, incluindo a capacitação profissional e a criação de uma estrutura física adequada a essa faixa etária, que seja agradável e atraente aos olhos das crianças e familiares.

Para a criança, o ambiente hospitalar é um local de sofrimento e privação, tanto do seu mundo infantil, quanto do contato familiar (WONG, 1999) e social. A hospitalização infantil a afasta da sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, com a limitação física e a passividade, aflorando sensações de culpa, punição e medo da morte (MITRE; GOMES, 2004).

A criança hospitalizada, como a maioria dos enfermos, tem necessidades especiais como pessoa, cidadã e, por estar afastada do seu ambiente social, pode sofrer com a mudança no estilo de vida, saudades da família, dos amigos ou companheiros, absentéismo escolar, restrições em brincar, entre outras limitações (VIEIRA; LIMA, 2002). Diante dessa concepção, os profissionais devem estar atentos ao cuidar, durante a hospitalização na infância, dos aspectos emocionais e sociais, incluindo a utilização de técnicas adequadas de comunicação, escuta qualificada e constituição de um relacionamento que permita identificar e compreender as reais necessidades de cada criança, bem como da sua família (HUERTA, 1990; CECCIM; CARVALHO, 1997).

Nesse prisma, a assistência realizada pela enfermagem à criança hospitalizada deve pautar-se em uma prática constituída de cuidados que envolvam a atenção à criança enferma e à sua família. Desse modo, a atenção envolve cuidados à saúde, procedimentos técnicos, educação em saúde, realização de atividades lúdicas, que devem ser realizadas de modo que ajudem a minimizar os traumas decorrentes da hospitalização, bem como favorecer a aceitação do tratamento, inclusive pela família (HUERTA, 1990, COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Spitz (1979) estudando nas décadas de 1940 e 1950 as reações da criança em relação à separação mãe-filho, identificou o que denominou de hospitalismo, caracterizado por medo, insegurança, desespero, choro, insônia, decorrentes da hospitalização. Como no processo de hospitalização que se realizava antes da implantação do alojamento conjunto pediátrico a criança

permanecia desacompanhada, sem uma pessoa da sua confiança, as reações descritas pelo referido autor eram identificadas frequentemente.

Para Wong (1999), o processo de hospitalização é um advento que causa mudanças e sofrimento na vida da criança. A doença é um fato que traz consigo uma diversidade de sentimentos, não apenas para quem adoece, mas também para a família, sobretudo os pais (ANDRAUS, 2005).

As considerações dos diversos autores apontados neste estudo indicam a importância da permanência da família durante a hospitalização infantil, uma vez que a família pode contribuir para minimizar o sofrimento causado pela hospitalização. A participação da família no cuidado hospitalar pode se tornar de todo significativa e favorável ao restabelecimento da saúde, ou a prevenção dos traumas gerados pela hospitalização, dependendo da forma como os profissionais recebem a família e a envolvem no cuidado. Salientamos a importância de os familiares entenderem o valor da sua permanência ao lado da criança, durante o período de hospitalização, bem como o significado que a sua participação pode ter no processo de cuidar.

Ainda sobre a infância, é importante lembrar que ela se caracteriza pela inquietude, energia e curiosidade física e intelectual. A prática pediátrica precisa desenvolver atividades eficazes para promover melhor qualidade de vida e saúde, e entender que a hospitalização não deve prejudicar a vida da criança (CECCIM; CARVALHO, 1997; BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

A criança necessita estar ao lado de pessoas que lhe transmitam segurança e apoio, mesmo aquela ainda bem pequena (LITCHTENEKER; FERRARI, 2005). Ela não precisa sentir-se em casa, mas em um ambiente confortável e agradável. De acordo com Collet e Rocha (2003), durante a hospitalização da criança, alguns cuidados são necessários para promover um ambiente desejado, entre eles inclui-se a presença, durante todo o período, de um acompanhante, evitando-se assim, os efeitos da privação familiar, tornando a recuperação da saúde mais rápida e menos dolorosa.

Somando-se a isso, a hospitalização é vivenciada pela família como um momento cercado de modificações no cotidiano familiar, rotinas pouco flexíveis, situações de medo, insegurança, hostilidade, crise (WONG, 1999). O fato de estar junto da criança, permanentemente, pode minimizar o sofrimento e as mudanças vivenciadas também pelos familiares. Portanto, os efeitos benéficos gerados na criança pela presença do acompanhante se estendem também à família.

Na perspectiva de realizar um cuidado voltado a atender às necessidades infantis, algumas medidas devem ser tomadas, com o intuito de minimizar traumas advindos da hospitalização, entre os quais, paredes decoradas com temas infantis e troca de uniformes brancos por coloridos são meios de atrair sorrisos e atenção; cadeiras, mesinhas e banheiros infantis; brinquedos para as diferentes faixas etárias se fazem necessários; o uso da técnica do brinquedo terapêutico na realização de procedimentos auxilia no enfrentamento de situações específicas. Essas são ações que podem ser utilizadas para favorecer um ambiente acolhedor. As unidades de pediatria, no hospital, devem ter uma brinquedoteca (espaço preparado para as brincadeiras) onde a criança poderá ser ela mesma (DYTZ; CRISTO, 1995; WONG, 1999). A recreação hospitalar, além de ser um exercício físico e mental, favorece à criança uma melhor aceitação da situação vivida, pois a tira do foco da doença (CECCIM; CARVALHO, 1997; MOTTA; ENUMO, 2004).

Durante as atividades de recreação, percebe-se como as crianças interagem melhor entre si e até mesmo com a equipe de saúde. Independente da doença ou do local (clínica, cirúrgica, CTI) onde estejam internadas, se acompanhadas ou mesmo no caso daquelas que eventualmente estão sozinhas; percebe-se o quanto a recreação ou até um brinquedo faz a diferença na resposta terapêutica da criança à hospitalização e as descobertas de si mesmo, dos outros e do mundo que a cerca (HUERTA, 1990; JUNQUEIRA, 2003; FONTES, 2005).

Transformar o ambiente hostil hospitalar em acolhedor requer sensibilidade por parte da equipe de saúde para o que constitui o mundo da criança, o brincar. Mais do que distrair a criança e sua família, estará proporcionando-lhes meios para extravasarem suas ansiedades, seus medos e dúvidas. A brincadeira também se constitui na melhor forma de comunicação com a criança e, portanto, de aproximação, de estabelecimento de vínculos para que possamos apreender suas necessidades. O brinquedo permite à criança expressar-se de modo natural, já que às vezes a comunicação verbal torna-se difícil ou mesmo impossível (JUNQUEIRA, 2003).

Sempre que desejar, a família deve ser incluída nos cuidados da criança, assim como deve ser orientada acerca dos procedimentos a serem realizados. Também é necessário ser explicado à criança, que já tenha um discernimento, de forma compreensível à idade, qual procedimento será realizado, como será e, principalmente, por qual razão e a importância para a sua recuperação. Um meio eficaz de explicar os procedimentos à criança é utilizar o brinquedo terapêutico. Por meio dessa técnica, o enfermeiro pode preparar a criança

explicando o procedimento e esclarecendo suas dúvidas, de acordo com a faixa etária (PINHEIRO; LOPES, 1993).

Ribeiro (1998) relata a experiência do uso do brinquedo terapêutico, por uma aluna do curso de graduação em enfermagem, na qual se percebeu uma resposta positiva e imediata em relação à aceitação da criança quanto aos cuidados de uma forma até mais feliz. A autora dá um exemplo em que a aluna fazia uma simulação da inalação com um coelhinho de pelúcia da criança e, logo após, o término da técnica do brinquedo, a criança também queria realizar a técnica com o coelhinho e, assim, aceitava melhor o seu próprio tratamento.

Somando-se aos aspectos acima citados, outros recursos podem favorecer a estabilidade emocional da criança: visitas irrestritas, encorajar a participação dos pais nos cuidados, preparar psicologicamente a criança para os procedimentos a serem realizados (HUERTA, 1990; SABATÉS; CHAUD, 1999; JUNQUEIRA, 2003; FONTES, 2005). Pois, assim como a criança sente a falta da família, o mesmo acontece com quem permanece em casa. Sabemos que fica um espaço vazio no lugar da criança, em especial nos momentos em que se realizam atividades com a mesma: como deixar e pegar na escola, durante as refeições e o próprio brincar.

A recreação deve ser uma atividade indispensável durante a hospitalização infantil, e a participação da equipe multiprofissional nas atividades de recreação é de fundamental importância, mesmo que por um período curto de tempo ou ainda em dias alternados, para entender a evolução e identificar necessidades não apreendidas durante a visita diária. Esse é um momento de liberdade e descontração, em que a criança pode estar mais desprendida do clima hospitalar e demonstrar sinais ainda não claramente expressos, como carência afetiva, atitudes de violência, necessidade de liberdade, entre outros. Além de participar observando, o profissional deve interagir com as crianças realizando atividades de recreação que atendam aos anseios das crianças. O brinquedo terapêutico é um dos instrumentos de trabalho da enfermagem pediátrica que pode facilitar esse processo.

Dentre os aspectos que fazem parte do mundo da criança e que precisam ser atendidos pela equipe durante o processo de hospitalização, especialmente aquela caracterizada por períodos prolongados, encontra-se o acompanhamento escolar daquelas crianças que estão nessa faixa etária (FONTES, 2005). Nesse sentido, a instituição hospitalar deve promover um elo entre a criança e a escola, em especial as crianças portadoras de doenças crônicas e/ou de longa permanência no hospital, dando continuidade às atividades escolares a fim de que essa criança não tenha prejuízos no processo ensino-aprendizagem decorrente da hospitalização. Para isso, os hospitais precisam ter na sua equipe o pedagogo que fará a ligação com a escola

e acompanhará as atividades escolares da criança. Assim, esta não ficará de um todo longe da escola e não se sentirá angustiada por ter que interromper seu aprendizado.

Algumas das dificuldades vivenciadas pela criança durante a hospitalização, estão permeadas pelo medo, insegurança, dificuldades para enfrentar as mudanças geradas pelas rotinas hospitalares, afastamento dos parentes, dos amigos, da escola. Nesse sentido, é notório que a assistência à criança hospitalizada deve realizar um projeto terapêutico voltado a minimizar os traumas trazidos pelo processo de hospitalização, envolvendo diretamente a família nesse processo, por ser esta a principal mediadora entre as necessidades da criança e a equipe de saúde. Para tanto, Sabatés e Chaud (1999) explicam que se faz mister reconhecer na família a fonte de segurança para a criança. Valorizar esse aspecto é um modo de contribuir para que a sua estada hospitalar se torne menos insegura.

A partir da percepção de que as necessidades da criança hospitalizada vão além da recuperação física, mas que estas possuem características peculiares ao desenvolvimento infantil, a equipe de enfermagem deve buscar, juntamente com outros profissionais, promover um cuidado que esteja voltado a atender tais necessidades. Nesse sentido, a participação da família é deveras importante, por essa constituir a fonte primária de relação de confiança da criança, para além do ambiente hospitalar. Portanto, é imprescindível que a mesma seja incluída na perspectiva do cuidado no ambiente hospitalar.

A inserção da família, no ambiente hospitalar, durante o período de hospitalização da criança, tem demandado continuamente mudanças no processo de trabalho da equipe de enfermagem, e a sua participação nem sempre é vista como positiva. Faz-se necessário uma reflexão acerca desse aspecto, uma vez que a família foi inserida como acompanhante da criança, mas a sua participação no cuidado não foi, e ainda não está devidamente elucidada. Tanto o acompanhante, quanto alguns profissionais, não têm clareza de como a família pode ser envolvida no cuidado à criança hospitalizada. Tal fato pode desencadear conflitos no cotidiano hospitalar emergidos a partir do relacionamento entre equipe de saúde e família-criança.

Desde o início do alojamento conjunto, a criança não fica só na unidade pediátrica, contudo, é tirada de seu ambiente familiar, submetida a uma diversidade de mudanças no seu cotidiano, enfrentando procedimentos dolorosos e invasivos que geram dor, medo, irritabilidade (WONG, 1999). Agora, apesar de ter uma pessoa próxima e que lhe inspira confiança, ela continua separada do restante que lhe é familiar e necessário a sua saúde

mental. Portanto, algumas reações relacionadas ao hospitalismo continuam sendo identificadas no cotidiano da assistência.

Em função da percepção de que algumas mudanças que acontecem durante a hospitalização atingem também a família, e em uma perspectiva de contribuir para a reestruturação do núcleo familiar, que muitas vezes sofre alterações durante o internamento do filho, a equipe de enfermagem deve proporcionar uma estada agradável à família no hospital. Para Pinto, Ribeiro e Silva (2005), a hospitalização da criança determina a perda de controle de funcionamento da família, devido ao contato com situações inesperadas e conseqüente desestruturação familiar em um contexto difícil de conviver, tendo como base sua história de vida.

Pinheiro e Lopes (1993) e Litchteneker e Ferrari (2005) explicam que, considerando toda a problemática da hospitalização, o enfermeiro deve compreender as dificuldades pelas quais a criança e a família passam, devendo criar estratégias para ajudá-las a adaptar-se ao ambiente hospitalar que é geralmente hostil, desconfortável e, muitas vezes, precário.

Para atender a essas novas características da assistência, o projeto terapêutico realizado pela equipe de saúde deve contemplar, sobretudo, as necessidades da criança, incluindo o estabelecimento de comunicação efetiva e relacionamento que permitam conhecer e compreender essas necessidades (HUERTA, 1990). É um processo de conquista permanente da amizade e da confiança entre equipe, criança e família. Um meio de compreender a criança hospitalizada é tentar ajudá-la a superar mais facilmente as dificuldades enfrentadas nesse momento e, para ajudá-la, é preciso interagir com ela e conhecê-la a partir de uma escuta qualificada, realizando ações agradáveis à infância (HUERTA, 1990; RIBEIRO, 1998; MOTTA; ENUMO, 2004).

Para Ceccim e Carvalho (1997), boa parte das condutas em saúde são bem sucedidas quando o paciente pode falar e ser ouvido. Os mesmo autores abordam a escuta em saúde diferenciando-a de audição. Para eles, a audição permite a apreensão e compreensão de sons audíveis e a escuta a apreensão e compreensão de expectativas e sentidos, é ir além das palavras, é ouvir e entender o que é dito por meio dos gestos, condutas, posturas. Escuta é a busca pela compreensão das necessidades que são, às vezes, omitidas ou até menosprezadas pelo próprio indivíduo como sendo pouco importantes, porém, se sanadas ou mesmo minimizadas facilitariam a recuperação e ou restauração da saúde. A escuta é parte fundamental da assistência integral à saúde do indivíduo, pois sabemos que é preciso ver o indivíduo como ser com necessidades bio-psico-sociais e espirituais. No entanto, o

profissional de saúde, em alguns casos, não tem apreendido as necessidades da criança/família e faz da escuta uma audição.

Crianças, quando admitidas em serviços de saúde, frequentemente experimentam dor, medo, ansiedade gerando um tratamento mais complexo, seja pela dificuldade de expressão da sua dor e de seus sentimentos, seja porque há falha na percepção dos profissionais em relação às suas necessidades. Tal fato pode prolongar o tempo de internação, surgindo complicações, aumentando os custos hospitalares, além de diminuir a produtividade dos acompanhantes no mercado de trabalho (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999; MARCONDES et al., 2003).

Essa situação torna-se mais difícil quando a criança está acometida por uma doença crônica ou ainda sem um diagnóstico definido. Muitas vezes, precisa permanecer dias ou meses hospitalizada. O acompanhante, por sua vez, tem outras necessidades em casa, ou mesmo no hospital. Em certos casos, a mãe tem outros filhos dependentes em casa, é arrimo de família ou divide as despesas com o companheiro, sente medo do ambiente hospitalar, é insegura para prestar um cuidado ao filho doente, entre outros (HUERTA, 1990; SIQUEIRA; SIGAUD; RESENDE, 2002; SHIELDS; KRISTENSSON-HALLSTRÖM, 2004).

É perceptível que as necessidades da família vão além da instituição hospitalar. Logo, temos uma criança hospitalizada, um acompanhante com algum problema e, ainda, todo um protocolo hospitalar a ser seguido como: visita médica, de enfermeiros ou outros profissionais, caso sejam necessários, medicamentos, exames para detecção de patologias, tratamento, reabilitação. Diante de tudo isso, vemos, frequentemente, situações de alegria por solução dos problemas e conflitos pela não resolução deles. Embora não seja o único responsável pela situação supracitada, o enfermeiro exerce um importante papel na melhoria da qualidade da assistência à criança, desde a admissão até a alta.

Na atenção à criança faz-se necessário construir laços de confiança com a própria criança e com a família. Um momento favorável para iniciar esse processo é a admissão (GUELER, 1999). O enfermeiro, durante a admissão, dispõe de tempo e de ferramentas para incluir a criança e sua família no ambiente hospitalar, que, talvez, a equipe que acompanha no cotidiano não dispõe. O momento da entrevista é único, sendo o primeiro contato família-profissional e, geralmente, constituindo-se no mais prolongado. Muitas vezes se utiliza um formulário específico para favorecer a realização de uma anamnese completa.

Para Silva (2004), na admissão é importante a utilização de um formulário, que atenda à especialidade a qual se propõe a assistência, que agilize as ações da equipe de enfermagem para o desenvolvimento de um cuidado humanizado, individualizado e de qualidade.

A coleta de dados sistematizada no momento da admissão da criança na unidade pode ser o início de um atendimento integral, voltado às reais necessidades da criança. Gueler (1999) diz que a coleta de dados para ser completa deve ser organizada, não pode haver preconceitos, pois poderiam passar dados importantes despercebidos. A técnica deve ficar registrada, de forma que todos os membros da equipe tenham acesso e possam orientar em conjunto o tratamento do paciente. De acordo com Gueler (1999) e Vieira e Lima (2002), é preciso que o enfermeiro realize uma anamnese completa e uma entrevista de qualidade, em que o profissional possa escutar e tentar atender às necessidades da criança e da família, auxiliando no processo de adaptação às rotinas hospitalares.

Por meio do diálogo, de uma escuta sensível, é provável que o acompanhante informe alguns anseios, medos, costumes, ou mesmo desejos da criança, que talvez para um desconhecido seja mais difícil identificar. Barbosa e Rodrigues (2004) dizem que o diálogo rompe barreiras e fortalece a interação equipe-família. Nesse prisma, faz-se mister a presença da família para favorecer a satisfação de necessidades específicas de cada criança, contribuindo para a diminuição do impacto da internação na vida da criança como também daqueles que o cercam (LITCHTENEKER; FERRARI, 2005).

Sabemos que algumas crianças têm hábitos caseiros na hora de dormir ou se alimentar. Muitas vezes apenas o acompanhante é capaz de realizar tais desejos da criança por já conhecer o modo como agradá-la. A confiança criada entre a criança, a família e a equipe nessa fase da hospitalização pode ser essencial para a construção de um projeto terapêutico voltado às singularidades da criança e sua família.

De acordo com Lima, Rocha e Scochi (1999) e Litchteneker e Ferrari (2005), a permanência da família no hospital trouxe para a enfermagem mudanças em seu processo de trabalho teórico e prático, pois além de participar das atividades técnicas, a família se torna uma permanente observadora das atividades realizadas pelos profissionais.

Contudo, é preciso reconhecer que existem dificuldades nesse convívio no ambiente hospitalar. Pois, apesar de serem grandes as vantagens da permanência da família ao lado da criança hospitalizada, o relacionamento equipe/família é, em alguns casos, permeado por conflitos. Muitas vezes, os conflitos estão relacionados à insegurança vivenciada pela família

no hospital e decorrem da falta de informações suficientes, de normas rígidas instituídas quanto ao funcionamento da unidade, da falta de clareza em relação ao que cabe à família e ao que cabe à equipe no cuidado à criança (COLLET; ROCHA, 2003; SABATÉS; BORBA, 2005). A família relata receber poucas informações acerca do tratamento ou mesmo diagnóstico da criança, se submete às condições impostas pela equipe, não sabendo a quem recorrer (COLLET, 2001; SABATÉS; BORBA, 2005).

Pesquisas realizadas acerca da temática indicam que no processo de assistência à criança o cuidado deve ser negociado no cotidiano e em cada situação particular. Segundo Gaiva e Scochi (2004), a negociação é uma característica social, em que o acordo entre as partes é o melhor caminho para a organização da situação. Collet (2001) salienta que uma divisão de tarefas, determinada a priori, não poderá garantir que os conflitos decorrentes da forma de organização do cuidado não aconteçam. O importante é que a equipe esteja sensibilizada para negociar com a família, diariamente, as atividades de cuidado à criança, e seja flexível a possíveis mudanças no cotidiano.

Barbosa e Rodrigues (2004) dizem que a participação dos pais nos cuidados inerentes à hospitalização é defendida pelos profissionais de saúde, no entanto, não está delimitada a extensão da participação, nessa perspectiva, os citados autores sugerem uma negociação na participação da família no cuidado como um meio que poderia reduzir o conflito e prevenir problemas na prática diária. Porém, o que se tem observado na prática assistencial é que a divisão de atribuições é realizada de forma imposta e, muitas vezes, implícita de acordo com o que cada profissional acredita ser atribuição da família (COLLET, 2001).

É importante que o enfermeiro tente avaliar quais são as expectativas e as condições da família para realizar os cuidados à criança durante a hospitalização. Torná-la ciente da sua importância no envolvimento, no cuidado realizado no hospital, valorizando-a e apoiando-a naquilo que necessitar, pode fortalecer a relação equipe-criança-família estabelecendo-se confiança e minimizando os conflitos existentes (COLLET, 2001, BARBOSA; RODRIGUES 2004).

A inserção da família, no ambiente hospitalar, trouxe uma inovação na expectativa para o cuidado, antes centrado apenas na doença. Hoje, ainda que de modo incipiente, a família está mais presente, participa da assistência dos mais variados modos, desde o auxílio até a realização de cuidados à criança, demonstra interesse em saber as razões pelas quais determinados procedimentos são realizados. A família deseja estar envolvida no processo saúde/doença do filho (QUEIROZ; JORGE, 2004). A presença da família, somada às

modificações ocorridas no modelo assistencial, que tem se voltado a uma perspectiva de atenção integral, esta com o intuito de atender as necessidades peculiares do indivíduo, revela uma nova abordagem na atenção à saúde.

Barbosa e Rodrigues (2004) e Silva e Bocchi (2005) afirmam que essa nova abordagem fez os enfermeiros perceberem que a família tem suas próprias necessidades, que precisa ser informada sobre os cuidados importantes para a criança durante a hospitalização, ser preparada para participar desses cuidados e, após a alta, se necessário, ser atendida em suas necessidades, sejam físicas ou emocionais.

Sabatés e Borba (2005) relatam que as informações que a família precisa receber estão relacionadas ao diagnóstico, tratamento, exames, saber a importância da permanência no hospital, tudo o que é necessário ser realizado e por qual razão. Nesse contexto, Collet (2001) elucida que mais do que receber informações, a família precisa ser instrumentalizada para ter condições de tomar parte nas decisões do processo terapêutico e participar do cuidado ao seu filho.

Para Sabatés e Borba (2005), a presença da família tem como significado a garantia de participação nos cuidados básicos à criança. As autoras explicam que, para a operacionalização desses cuidados, faz-se necessário o desenvolvimento de ações pela equipe de saúde, a fim de favorecer o envolvimento da família.

Embora, na prática assistencial esse aspecto nem sempre seja levado em consideração, a família e a criança hospitalizada já têm esse direito à participação garantido por lei, há mais de uma década. Vemos então, que o envolvimento da família é essencial e de direito, durante todo o período de hospitalização, pois a mesma geralmente é a principal colaboradora na assistência tendo as ferramentas necessárias para a construção do cuidado integral e singular à criança. A família tem tomado parte no processo de assistência, pois conhece melhor e é a fonte de confiança da criança no hospital, constituindo-se no elo, como mediadora, da criança com o ambiente hospitalar como um todo e quem a ajuda a vivenciar a experiência da hospitalização (MOTTA, 1998).

Contudo, para que a permanência da família no hospital seja o menos traumática possível, um dos aspectos a serem levados em consideração é o estabelecimento de processos de comunicação mais efetivos, relacionados ao diálogo, escuta, atenção, flexibilidade na dinâmica do trabalho.

Dentre as dificuldades surgidas no cotidiano hospitalar, que envolve a família da criança com a equipe de enfermagem, ou com outros profissionais, observa-se que muitas podem ser sanadas por meio do diálogo. No entanto, alguns casos são mais conflituosos, necessitando de uma intervenção de chefia do setor, serviço social ou até diretoria da instituição, talvez devido à falta de uma orientação inicial durante a admissão ou por outras razões que precisam ser identificadas.

Portanto, é necessário um entendimento contínuo entre a família e a equipe de saúde como um todo, para que a assistência à criança seja de qualidade e humanizada, atendendo aos princípios da integralidade. Collet (2001) diz que as nuances do cuidado no contexto atual da prática assistencial precisam ser debatidas para que sejam criadas novas estratégias de atuação que venham a atender as necessidades da criança e sua família.

A literatura pesquisada aponta que a família deve realizar uma participação voltada a atender às necessidades da criança, mas não podemos esquecer que, diante do envolvimento familiar no processo saúde-doença da criança, a família também pode apresentar comportamentos relacionados ao cansaço físico e mental, conseqüentes da permanência hospitalar. Os comportamentos alterados, relacionados ao sofrimento causado pela hospitalização, associados às mudanças ocorridas no processo de trabalho da equipe de enfermagem a partir da inserção da família no ambiente hospitalar, podem desencadear conflitos entre a família e a equipe de enfermagem. Entretanto, é importante que a equipe reflita acerca dos benefícios à criança oriundos da presença do acompanhante, durante a hospitalização infantil e se proponha a atender também às necessidades da família, com o intuito de promover a assistência integral.

Cuidar da mãe, numa perspectiva do cuidado integral, é uma nova e sublime tarefa para a equipe de saúde, e os profissionais da área precisam perceber sua importância para a promoção da assistência integral no âmbito hospitalar, valorizando as suas potencialidades nesse processo. Para que a mãe exerça uma participação esclarecida e adequada no cuidado à criança, é necessário acolhê-la, fazendo-a entender sua importância para a recuperação da saúde da criança, e que o principal objetivo de sua permanência no hospital é proporcionar à criança segurança emocional (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

A família também precisa ser cuidada nesse processo, pois ao cuidar do filho, acaba descuidando-se, podendo tornar-se um doente em potencial. Portanto, deve haver um compromisso da equipe de saúde para auxiliar a família, com o intuito de minimizar os sofrimentos experimentados (BEZERRA; FRAGA, 1996).

O fatigante ambiente hospitalar pode se tornar agradável, a partir do momento em que houver uma flexibilização na organização do processo de trabalho por parte da equipe de enfermagem, no sentido de que a família possa realizar atividades de forma prazerosa, entendendo os benefícios do seu cuidado para a recuperação da criança (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Na visão de Pires (1998), a rigidez nas regras e rotinas das instituições de saúde são empecilhos para a promoção de uma assistência humanizada e integral ao indivíduo. Faz-se mister que exista uma flexibilidade nas práticas em saúde, pois se tratam de relações dialéticas e totalmente interpessoais.

O diálogo e a escuta qualificada são meios que contribuem para a adaptação da família ao cotidiano hospitalar, favorecendo a constituição de um ambiente acolhedor para a família. A criação de um espaço físico confortável, com banheiro, refeitório, atividades, um local para o repouso noturno e flexibilidade no horário de permuta dos acompanhantes, de modo que a permanência hospitalar seja um momento viável e possível, e não um fardo para a família, são também formas acolhedoras (LITCHTENEKER; FERRARI, 2005). Esse aspecto do cuidado deve ser levado em consideração, pois, ao voltar para casa, a família tem outros afazeres domésticos à sua espera e que requerem disposição física.

Além dos cuidados físicos, a família precisa de um suporte emocional. Bezerra e Fraga (1996) trazem relatos de mães que mostram algumas evidências do sofrimento das mesmas durante a permanência, no hospital, como acompanhantes. São relatados pelas próprias mães sentimentos de pena da criança, desespero da mãe, medo, depressão, desânimo, inapetência, sono prejudicado e necessidades de realizar atividades como forma de diminuir a ociosidade de seu tempo, bem como para tirar-lhe do foco da doença do filho.

Outro problema enfrentado pela família são as mudanças necessárias na dinâmica familiar para poder acompanhar o filho que adoeceu no hospital. As autoras relatam que as mães abordam essas mudanças expressando insegurança em relação ao cuidado dos filhos que ficaram em casa, mesmo contando com a ajuda de parentes ou vizinhos. Para enfrentar esse problema, buscam conforto na fé, pedindo saúde e força, e confiando em Deus.

A presença da família durante todo o período de hospitalização é de fundamental importância para a recuperação da saúde da criança, no entanto, Collet (2001), afirma que, ao inserir a família no ambiente hospitalar, precisa-se definir diretrizes para o cuidado de modo a evitar possíveis transtornos entre a família e a equipe de saúde por falta ou dificuldade de comunicação, já que a família não sabe o que é esperado dela.

Para Andrade, Marconi e Silva (1997 apud SILVA; BOCCHI, 2005), a família deseja permanecer ao lado da criança devido à insegurança, ao medo, ao sentimento de responsabilidade, a oportunidade em aprender a realizar alguns cuidados ou mesmo para estar simplesmente junto ao filho. Além disso, de acordo com Sabatés e Borba (2005), a família almeja ser mais bem informada acerca dos procedimentos aos quais a criança é submetida, sobre a terapêutica medicamentosa, informação sobre a previsão de alta ou permanência hospitalar. A família quer ajudar na assistência ao filho sempre que possível.

Nesse prisma, percebemos que as expectativas da família vão além da recuperação breve ou alta da criança, permeando todo o contexto do processo saúde-doença do filho. São aspectos que envolvem a doença da criança, a sua própria permanência no hospital, a continuidade da rotina extra-hospitalar, as mudanças no processo familiar. Essas questões reforçam o que já relatamos acerca das modificações no processo de trabalho da enfermagem a partir da inserção da família na hospitalização, pois, alguns cuidados, antes realizados pela equipe, passam a ser desenvolvidos pela família que está envolvida em um complexo meio, intra e extra hospitalar. Assim, percebemos que, a família, muitas vezes, está sensibilizada e fragilizada em decorrência da hospitalização e, quando não é contemplada na perspectiva do cuidado, sente-se vulnerável, o que pode contribuir para o surgimento dos citados conflitos.

Essa forma de organizar a assistência tem evidenciado o estabelecimento de relações de poder entre a equipe de saúde e a família, ficando esta submetida às decisões daquela. Segundo Carapineiro (1993), os hospitais são lugares de produção e reprodução de poderes dos profissionais, a partir de diferentes componentes do saber médico. Concordamos com Collet (2001, p. 32) quando diz que “a autoridade dos profissionais é uma submissão velada”, ora implícita, ora explícita de poder, de hierarquia. Nessa relação, o saber dos profissionais, via de regra, prevalece sobre o saber da família. Segundo Collet e Rocha (2003), quando o filho adoece e é hospitalizado, a família se submete às condições impostas pelos profissionais.

Tal situação pode ser superada na medida em que a equipe de enfermagem e a família da criança vão conquistando novos espaços na atuação no hospital (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005). Uma reorganização na dinâmica do trabalho, baseado numa relação de avaliação cotidiana das necessidades da criança e da família, poderá indicar os possíveis caminhos e a disposição de ambos em lidar com os conflitos decorrentes dessa relação (COLLET, 2001).

Partindo das dificuldades experienciadas pela família e pela equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada, emerge a necessidade de buscar meios para minimizar e

até resolver algumas dessas dificuldades. Em vários casos, é o enfermeiro quem esclarece dúvidas da família quanto ao diagnóstico médico, ao uso dos medicamentos associados, à necessidade de longa permanência hospitalar, ao importante papel familiar (COLLET; ROCHA 2003). Muitas vezes, os médicos realizam a visita, questionam a família sobre as possíveis alterações, prescrevem e vão embora sem dar o resultado, ou esclarecimentos do estado de saúde da criança.

Para Collet (2001), cuidar da família não é uma tarefa fácil. Em uma pesquisa, a autora identificou que os enfermeiros concordam que têm responsabilidades no cuidado com os pais, incluindo a explanação de comentários médicos, ensinando o cuidado do filho, promovendo educação em saúde. Porém, sabemos que esse cuidado estendido traz alguns empecilhos, pois, no mínimo, seria necessário o aumento de recursos humanos, e este pode ser um entrave para a instituição.

De acordo com Wong (1999), o enfermeiro deve trabalhar com a família, identificando necessidades e planejando as intervenções que melhor atendam os problemas identificados. A confiança entre a família e a equipe deve surgir no cotidiano, no entanto, algumas situações aceleram esse processo como a empatia, a segurança com que o profissional se apresenta, a convergência entre pontos de vista.

Segundo Barbosa e Rodrigues (2004), o comprometimento, a presença profissional, o compartilhamento de experiências relacionadas ao momento vivido pela criança e à sua família, o envolvimento da família nesse processo e estratégias de aproximação, são atitudes que permeiam um relacionamento agradável entre a tríade criança/equipe/família.

É provável que não exista de fato um modelo a ser seguido, que nos dê a certeza de um relacionamento tranqüilo. É uma conquista ininterrupta de confiança. Portanto, um modelo que pode ser aplicado na divisão de tarefas é a autonomia elástica, que está relacionada à aptidão do indivíduo de determinar a natureza do problema e resolvê-lo numa situação de trabalho (COLLET, 2001). É elástica porque pode expandir-se ou contrair-se de acordo com a necessidade de quem vai controlar seu próprio trabalho (CARAPINHEIRO, 1993). Talvez esse conceito possa ser aplicado na relação família e enfermagem, já que a proposta da assistência deveria ser a do cuidado negociado cotidianamente com a família.

Referindo-se às orientações que devem ser dadas à família, Leone e Tronchin (1996 apud REICHERT; COSTA, 2000) dizem que devem ser claras, com uma linguagem apropriada evitando-se o excesso de informações no mesmo momento. Deve-se permitir que a

família esclareça suas dúvidas, tenha o direito de fazer perguntas e de ser escutada. É preciso valorizar o seu saber, bem como os seus questionamentos. Precisamos nos sensibilizar para essa escuta qualificada, incentivando a família a se expressar. Assim, ela estará instrumentalizada a participar do processo de hospitalização do seu filho.

Para que a equipe de enfermagem possa manter relações estáveis com a família, ela também precisa encontrar um ponto de equilíbrio entre os próprios trabalhadores. Muitos profissionais não foram preparados para atender determinadas situações de sofrimento envolvidas nesse contexto (BARBOSA; RODRIGUES, 2004). O ponto de equilíbrio profissional pode contribuir para a realização de um cuidado integral, organizado, sistematizado. A equipe precisa entender a importância da permanência da família durante toda a hospitalização e perceber que as necessidades da criança se estendem à família, o que pode aparentemente ser um problema, mas que são anseios por uma recuperação e reorganização na estrutura familiar que é alterada durante a permanência hospitalar de um dos membros da família.

Portanto, é possível também que uma das razões para a desarticulação na acolhida e na relação com a família esteja relacionada à fragmentação da assistência. Gaiva e Scochi (2004) relatam que, apesar das discussões acerca do trabalho em equipe serem frequentes, muitos profissionais têm dificuldades em executá-las na prática. Para as autoras, o trabalho em saúde se constitui muitas vezes, de um trabalho coletivo e não em equipe.

Diante dos aspectos abordados acerca da participação da família da criança hospitalizada, emerge a necessidade da equipe de enfermagem refletir cotidianamente seu processo de trabalho na assistência à criança hospitalizada e, a partir dessas reflexões, entender quais as barreiras ou empecilhos que permeiam a realização de um cuidado integral à criança e à sua família, uma vez que ratificamos o que Barbosa e Rodrigues (2004) dizem acerca da família da criança hospitalizada. Para essas autoras, desenvolver um cuidar em pediatria significa envolver não só a criança nesse cuidar como também a pessoa significativa para ela, atendendo a ambas.

Desse modo, Silva e Bocchi (2005, p. 187) recomendam que os enfermeiros “revejam suas atitudes de controle, pois podem estar se distanciando do seu papel de cuidador e da essência da sua profissão, o que definem como o cuidado ao paciente estendido à família”.

A equipe deve envolver a família como co-partícipe no cuidado à criança, quando esta estiver instrumentalizada a realizar tal tarefa, bem como estar alerta às necessidades da

mesma durante a hospitalização e assisti-la. É importante salientar que o cuidado à criança, estendido à família, favorece a adaptação e aceitação aos procedimentos necessários durante o tratamento pediátrico. Nesse prisma, a equipe de enfermagem realiza uma valiosa participação nesse processo de cuidar, por serem estes os profissionais que têm mais contato com a família, e que podem perceber as necessidades que surgem no cotidiano, a cada situação em particular.

## CAPÍTULO III

---

*Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise da frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda.*

*Maria Cecília de Souza Minayo*

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

O referencial teórico metodológico desta pesquisa terá como eixo norteador, estudos centrados no processo de trabalho em saúde, mais especificamente às relações entre as ações e os sujeitos que envolvem a assistência de enfermagem à criança hospitalizada, a saber, a equipe de enfermagem (composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), a criança e a família da criança hospitalizada. Para entender a dinâmica do trabalho da enfermagem na assistência à criança hospitalizada, abordaremos o processo de trabalho em geral, a fim de obtermos ferramentas que possibilitam apreender a dinâmica do trabalho em saúde e na enfermagem para, posteriormente, discutirmos o trabalho da enfermagem em pediatria.

#### **3.1 Processo de Trabalho**

De acordo com Marx (1994), o trabalho se caracteriza pela mediação entre o homem e a natureza, operando, transformando, realizando ações a partir de necessidades próprias do homem. Segundo o mesmo autor, o processo de trabalho pode se tornar cada vez mais complexo, mais intenso, pois, na medida em que operamos com um objeto que já foi modificado por outras pessoas na relação homem-natureza e não operamos mais uma matéria-prima, o trabalho se torna mais intenso.

Uma característica essencial do processo de trabalho realizado pelo homem é a intencionalidade presente na realização das atividades. Segundo Marx (1994), a capacidade de idealizar o resultado do trabalho antes de começá-lo é um aspecto essencialmente humano, pois os animais também exercem seus trabalhos, contudo, de modo irracional. Quando o homem desempenha uma ação, ele já tem anteriormente organizado, mentalmente, os propósitos, as expectativas, os instrumentos e até os meios para fazer reajustes ou mudanças, caso seja necessário, no processo de realização da ação.

Considerando a importância do trabalho na vida do homem, Kantorski (1997), enfatiza que o mesmo é uma condição inexoravelmente humana, pois há milhões de anos é essa a característica que diferencia o homem dos animais, é a busca pela transformação da natureza por meio do trabalho.

Marx (1994) explica que para a realização de um trabalho três elementos são essenciais: a atividade apropriada para o fim desejado, que ele define como sendo o próprio *trabalho*; o *objeto*, que é a matéria na qual se aplica o trabalho; e o *meio de trabalho*, que pode ser um instrumento palpável. Algumas características específicas de determinados processos de trabalhos podem ter uma definição em parte diferenciadas das descritas, como no processo de trabalho em saúde, mas ainda que com outras definições, estes elementos estão presentes na concretização dos processos de trabalho em geral.

Por meio do trabalho o homem se produz e se reproduz em sociedade a partir das necessidades que, histórica e socialmente, vão sendo criadas e atendidas. Lunardi Filho e Leopardi (1999) afirmam que os homens já estabeleceram as mais variadas formas de convívio entre si: em grupos, sozinhos, em bandos ou comunidades, ora convivendo em total sintonia com a natureza, ora querendo se sobrepular à mesma, sempre realizando trabalhos em benefícios próprios para sobrevivência, bem como para a manutenção da estrutura social em que estava inserido.

Baseado nos relatos dos autores é possível dizer que, na atual conjuntura, o processo de trabalho do homem tem se modificado a partir de uma série de paradigmas, em especial, relacionados ao modo de vida capitalista que foi fortemente solidificado após o início da industrialização no final do século XVIII, e que move a estrutura social até este século XXI.

Apesar das transformações ocorridas no mundo modificarem algumas condições e situações de vida, as características que constituem os elementos do processo de trabalho permanecem as mesmas desde a sua identificação por Marx (1994).

De um modo geral, o princípio fundamental da industrialização é a produção material, em que os mecanismos humanos e naturais são substituídos por equipamentos, que por sua vez, tem gerado crescimento econômico e recebido o nome de “progresso” (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999).

A partir do momento em que entendemos o progresso como sinônimo de avanço, percebemos o paradoxo existente entre o “progresso” capitalista e o progresso social, pois esse mecanismo nada mais é do que um gerador de desemprego e declínio na qualidade de vida.

É interessante como, na sociedade contemporânea, o homem deixa de ser o principal participante do processo de trabalho, da ação do trabalho, em que dominava na medida do possível, o seu meio para sobreviver, passando a ser o fundamental consumidor dos bens produzidos como produto do seu próprio desemprego. Influenciados pelo ambiente em que

vive, deseja cada vez mais participar ativamente desse processo de consumo, contribuindo assim, para o fortalecimento do capitalismo, que vai gerar mais compras de máquinas e mais desempregos ou subempregos.

A partir do entendimento da importância do trabalho para o homem, e tendo em vista a sua inerência à humanidade, faremos uma explanação acerca do processo de trabalho em saúde.

### **3.1.1 Processo de trabalho em saúde**

No processo de trabalho em saúde, consideramos relevante a definição citada anteriormente, da complexidade do processo de trabalho, quando se opera com objetos já modificados na relação homem-natureza, uma vez que o objeto de trabalho em saúde é o homem, e este, por sua vez, está em constante relação de modificação com o meio e a natureza.

As constantes e diversas transformações que vêm ocorrendo na sociedade incidem também, de maneira significativa, no campo da saúde, pois esta é parte essencial da sociedade (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

O processo de trabalho em saúde é um modelo de trabalho que se caracteriza como um trabalho complexo, uma vez que envolve diversos profissionais, direta ou indiretamente, para a obtenção do seu produto final, que é a promoção de saúde e melhoria na qualidade de vida. Embora o setor saúde seja considerado um setor de serviços, o que o torna específico, comparando-o ao setor de serviços em geral, é que as ações realizadas em seu processo de trabalho se dão a partir de uma relação interpessoal profunda, sendo um modo de trabalho em que o consumidor contribui diretamente para a realização e a consolidação do produto final do processo de trabalho (NOGUEIRA, 1997).

Esse modo de trabalho não ocorre isoladamente, mas em um contexto que se alimenta reciprocamente, em que há o envolvimento de diversos profissionais, cada qual realizando um trabalho próprio da sua especialidade, mas que deve se entrelaçar devido às necessidades que precisam ser internalizadas (PEDUZZI, 1998).

Além disso, a autora caracteriza que a especificidade do trabalho em saúde exige flexibilidade dos seus agentes, frente ao saber na ação, lembrando que esse trabalho sempre está voltado para o homem, e que as ações são realizadas em pessoas. O trabalho em saúde acontece no âmbito da intersubjetividade, frente às necessidades descritas ou demonstradas

pelo usuário e, a partir da mobilização de vários profissionais em busca do atendimento às necessidades identificadas, gera-se atenção às necessidades de saúde específicas de cada indivíduo (PEDUZZI, 1998).

Os objetos dos vários processos de trabalho que constituem o trabalho em saúde estão sempre referidos ao homem e, portanto sempre terão que ser apreendidos na objetividade e subjetividade que lhe são inerentes. Assim como, a aplicação de vários instrumentos (saberes ou materiais) que se efetiva pelo encontro pessoa a pessoa entre usuário e agente, remete a intervenções técnicas sempre permeadas por relações interpessoais (PEDUZZI, 1998, p. 42).

No trabalho em saúde, o objeto, os instrumentos e a finalidade do trabalho se diferenciam dos demais tipos de trabalho, pois todo o processo está permeado pela subjetividade humana. Sendo assim, o conhecimento científico é imprescindível, e o uso de tecnologias se caracteriza de acordo com as necessidades que surgem em cada atendimento.

Mendes-Gonçalves (1994) esclarece que o conhecimento é o principal instrumento do processo de trabalho em saúde, pois orienta o processo, os objetos de trabalho e a finalidade. Nesse sentido, Rocha e Almeida (2000) salientam que nem sempre se utiliza instrumento material para atingir a finalidade do trabalho em saúde. A esse respeito, Merhy (1997, p. 120-1- grifo do autor) elucida que, “*o trabalho em saúde não pode ser expresso exclusivamente nos equipamentos e saberes tecnológicos bem estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades*”. Por isso, o autor classificou as tecnologias envolvidas no cuidado em saúde como:

*Leve (como no caso das tecnologias das relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processo de trabalho), leve-dura (como no caso dos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologias, o taylorismo) e dura (como no caso dos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY et al., 1997, p. 121- grifo do autor).*

A utilização de tecnologias diferenciadas dos demais tipos de trabalho caracteriza o trabalho em saúde. Trata-se de um processo, dialético e único, que se configura em um contexto amplo e complexo, e que muda a cada situação em particular.

Ademais, outras particularidades são inerentes ao processo de trabalho em saúde. A fragmentariedade dos atos é uma delas. Muitas vezes, é necessária a intervenção de diversos profissionais para a realização das etapas que perpassam o processo de trabalho até a sua finalização (NOGUEIRA, 1997).

A fragmentariedade do trabalho pode ser vista, por um ângulo, como necessária em alguns momentos em que o trabalho em saúde requer um conhecimento específico acerca de determinada situação. É o caso de algumas especialidades profissionais, nas quais algumas necessidades de saúde exigem a atenção de um especialista, e, que são por outro ângulo, negativas para a efetivação da integralidade. Até nos momentos em que se faz necessária a atuação de especialistas o trabalho só atinge a sua finalidade quando o profissional realiza exames e/ou prescreve tratamento específico. Embora, em alguns casos se faça indispensável a especificidade em saúde, esta conduz a fragmentariedade, podendo tornar-se um óbice na produção do cuidado, pois com essa prática o trabalho se efetiva parcialmente.

O trabalho em saúde exige, em certos casos, dias ou meses para atingir sua finalidade. Esse aspecto pode ser confundido com fragmentariedade, mas nem sempre é. Contudo, quando não há conexão entre os agentes do cuidado, a falta de ações articuladas pode contribuir para a realização de atos isolados. Devido a tal característica e a dificuldade de acesso a determinados serviços, os cuidados não se concretizam. Sob essa ótica, é importante refletir a fragmentariedade, uma vez que os profissionais de saúde não atuam em máquinas de ferro ou metal, mas em homens, e a exposição do corpo e/ou da mente requer muita sensibilidade e habilidade manual e intelectual, que se modifica na singularidade de cada situação.

Segundo Peduzzi (2001), os profissionais devem realizar intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executarem ações comuns, nas quais estejam integrados saberes provenientes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos. A fragmentariedade dos atos em saúde repercute negativamente na realização do trabalho na perspectiva da integralidade e, implica nas concepções acerca do trabalho em equipe-integração (PEDUZZI, 1998). A autora afirma que cada profissional isoladamente não consegue atender às necessidades de saúde dos usuários, mas é preciso criar condições para se evidenciar e processar as articulações entre as ações dos diferentes agentes.

Para Nogueira (1997), no serviço em saúde, não se aplica uma regra em geral, pois as ações se individualizam, também, pela influência do usuário, a partir dos seus valores e da sua participação. Tal particularidade é um outro diferencial desse tipo de trabalho.

No que concerne à abrangência do trabalho em saúde esta é extensa. O setor saúde tem que responder a uma pluralidade de necessidades, desde a atenção primária, embasadas no cuidado à saúde, prevenção e recorrência de doenças, até a alta complexidade e especialidade que se dão nos hospitais de atendimento terciário, de modo a proporcionar uma vida saudável (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A divisão do processo de trabalho em saúde se distingue de outras profissões, apesar de dividir-se em categorias, umas mais e outras menos valorizadas, em que as ações realizadas pelos profissionais são interdependentes, interdisciplinares e essenciais. Peduzzi (1998) esclarece que na saúde a divisão se dá de forma processual e complexa, cada trabalho se individualiza devido a uma configuração de saberes e ações que lhe são peculiares, e vão desde atividades manuais e empíricas ao desenvolvimento técnico-científico.

Mendes-Gonçalves (1979) e Schraiber (1993 apud PEDUZZI 1998) afirmam que, frente às divisões do trabalho em saúde e que são descritas como interdependentes, está o poder médico, por essa classe profissional ter se apropriado da atuação no campo saúde-doença e constituído uma concepção própria de ação curativa. Essa forma de trabalho, fundamentada no modelo anatomopatológico, constitui um campo de práticas com fundamentação científica e corroboram a concepção de complexidade e hegemonia da profissão.

A divisão do trabalho precisa ser entendida a partir do reconhecimento de cada profissional acerca dos seus limites de atuação. Faz-se necessário reconhecer que cada profissão tem saberes peculiar e, portanto, todos os profissionais são necessários para a concretização do trabalho em saúde. Essa prática social desenvolve-se numa perspectiva de interdependência e complementaridade visando, acima de tudo, a melhoria na qualidade de vida do indivíduo.

Assim, o processo de trabalho em saúde deve ser revisto a cada momento e em cada situação em particular, pois cada indivíduo tem características e necessidades particulares que se modificam continuamente e, portanto, precisa ser cuidado na sua singularidade.

O trabalho em saúde, embora se caracterize pela realização de atos cujos resultados não são palpáveis, envolve quase sempre a utilização de instrumentos concretos, a saber, aparelhos e equipamentos, medicamentos, exames laboratoriais. É um modelo technoassistencial. Para atingir a finalidade proposta necessita da conexão de instrumentos de trabalho pautados nas tecnologias duras, leve-duras e leves do cuidado (MERHY, 1997). A concretização do processo de trabalho em saúde exige, dos profissionais, articulações entre a

utilização das três tecnologias do cuidado: desde uso de aparelhos, conhecimento estruturado a respeito das doenças e dos condicionantes ambientais que contribuem para o desenvolvimento de agravos e riscos e, a aproximação, o diálogo e a criação de vínculos. Para Merhy e Franco (2003), essa é a Composição Técnica do Trabalho que é definida como a razão entre Trabalho Morto e Trabalho Vivo, no interior dos processos de trabalho. Segundo Merhy (1997), o trabalho morto se caracteriza pelos instrumentos concretos do trabalho, e o trabalho vivo é o ato humano em si. Em muitos momentos, os dois serão necessários para se realizar atos em saúde.

Diversas profissões da saúde utilizam as tecnologias duras e leve-duras do cuidado para a concretização de seus atos. No processo de trabalho da enfermagem essa característica não é muito diferente e, embora as tecnologias duras que são usadas pelos profissionais pareçam ser menos complexas, se comparadas a grandes e modernas máquinas, devido ao fato de serem aparelhos pequenos e instrumentos mais manuais, por exemplo, seringas, escalpes, gelcos, cateteres, soros, medicamentos, nebulizações, são instrumentos do cotidiano profissional e caracterizam o trabalho morto dessa profissão. O que diferencia o processo de trabalho em saúde dos demais profissionais, é que a utilização de instrumentos concretos não é suficiente para dar conta da finalidade desse tipo de trabalho. A sua concretização requer sobremaneira aproximação, contato, acolhida, vínculo.

Se imaginamos que, na atividade-fim, todo esse sistema (tecnologia dura) só funciona relacionando-se com o trabalho humano, isto é, em interação com Trabalho Vivo em ato, outras variáveis passam a compor o cenário de desenvolvimento (desse trabalho). Essas variáveis estão ligadas à especificidade que têm os processos de trabalho em saúde, inclusive no que se refere a uma certa subjetivação necessária para a assimilação de todo o aparato tecnológico pelos trabalhadores da saúde (FRANCO, 2003, p. 89-90).

Uma das características indispensáveis ao trabalho em saúde é que esse deve ser constantemente permeado por diálogo, escuta qualificada, criação de vínculos, ou seja, por tecnologias leves, independentemente da necessidade da utilização de outras tecnologias. Não é possível se pensar em um trabalho em saúde que não envolva relações interpessoais, ainda que seja para manusear instrumentos e equipamentos.

### 3.1.2 Processo de trabalho em Enfermagem

A enfermagem, que ao longo dos anos, foi vista como uma profissão relacionada à caridade, à benevolência, à expiação dos pecados, passou por várias modificações acerca de suas atribuições profissionais e por momentos com diferentes características, até chegar ao atual momento em que busca nos princípios científicos, a fundamentação para a realização do seu processo de trabalho (ALMEIDA; ROCHA 1989). Na atual conjuntura, trabalha na perspectiva da realização de uma assistência integral e humanizada, por meio da assistência à saúde, prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde, melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Enquanto ciência, a profissão tem buscado constituir seu conhecimento de modo contínuo, baseado em técnicas, princípios, teorias, a partir de embasamentos científicos que fundamentam a prática diária por meio de um processo de trabalho dinâmico.

A partir dos trabalhos desenvolvidos por Florence Nightingale no século XIX, a enfermagem tomou uma direção para a modernidade. Somando-se a isso, as transformações que ocorreram na sociedade Ocidental, concomitantemente à introdução do capitalismo, ainda que a inserção do capitalismo não tenha ocorrido simultaneamente em todos os países, contribuíram para a modificação nas perspectivas do processo de trabalho (COLLET; ROCHA, 2001).

Essas transformações colocam novos desafios aos pesquisadores da enfermagem, que procuram uma articulação entre o progresso técnico e as organizações sociais, que sustentam a vida cotidiana (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

De acordo com Collet e Rocha (2001), o processo de trabalho da enfermagem vai ao encontro dos princípios da gerência científica proposta por Frederick Taylor, muito em voga na época, de divisão de responsabilidades entre a gerência e o trabalhador. Desse modo, as influências tayloristas contribuíram para que muitas tarefas designadas aos médicos fossem atribuídas à enfermagem, acentuando a divisão entre o trabalho intelectual, este cabendo ao médico, e o manual, este cabendo à enfermagem. Kantorski (1997) salienta que no interior da profissão enfermagem também começou a haver uma divisão entre a realização do cuidado direto ao indivíduo (atualmente realizado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem) e as atividades de supervisão, administração e ensino (realizadas pelas enfermeiras).

Nesse sentido, a partir da divisão técnica e social do trabalho, embasados na ciência e no profissionalismo, a enfermagem perde a sua característica puramente caritativa e passa a buscar o seu reconhecimento profissional enquanto ciência (COLLET; ROCHA, 2001).

Almeida e Rocha (1989) relatam que desde 1950 as enfermeiras norte-americanas passaram preocupar-se com os princípios científicos, fundamentados a partir de outras profissões como a psicologia, a antropologia, a química, a anatomia, para que o exercício da enfermagem obtivesse o caráter de ciência superando a mera realização de atividades intuitivas e empíricas.

Nesse contexto, os profissionais ainda enfrentam o conflito da relação do seu processo de trabalho com o seu produto final, uma vez que não têm conhecimento total do desígnio do seu trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1989). As autoras explicam que essa relação existe devido à atuação de uma equipe multidisciplinar, realizando procedimentos inerentes às competências específicas de cada profissão, perdendo-se, assim, a visão do todo. Nogueira (1997) afirma que esse desconhecimento se dá porque o resultado do processo de trabalho em saúde não é palpável. Todavia é real.

No plano da organização do trabalho, temos distintos profissionais realizando ações isoladas cujas conexões geralmente são feitas pelos usuários ao percorrerem os vários momentos fragmentados de atenção (PEDUZZI, 1998). Para superar esse modo fragmentário da organização do processo de trabalho, faz-se necessário que os profissionais responsabilizem-se pelas articulações entre os distintos momentos das ações em saúde e promovam a construção de um projeto terapêutico integrado que atenda às necessidades ampliadas em saúde.

Nessa perspectiva, a enfermagem pediátrica tem um grande desafio a ser enfrentado já que a partir da inserção da família no hospital sua dinâmica de trabalho vem sendo alterada e demonstrando a necessidade de constante reflexão e redimensinamento de suas práticas no cuidado à criança e sua família.

### **3.1.3 Processo de trabalho em enfermagem pediátrica**

As transformações e mudanças relacionadas aos acontecimentos sócio-político-econômicos que aconteceram na sociedade no século XX, atingiram também, a enfermagem

pediátrica. Os avanços tecnológicos, as novas tendências profissionais, as mudanças sociais e governamentais, as novas concepções acerca do processo saúde-doença, constituem-se em aspectos que imprimiram certa dificuldade, aos profissionais, na apreensão no seu objeto de trabalho (COLLET; ROCHA, 2001).

Para as autoras, as novas tendências geram novas necessidades no âmbito assistencial e, por conseguinte, modificam a finalidade da assistência. O enfoque do tratamento hospitalar, antes centrado exclusivamente na doença, tem sido percebido em um contexto mais abrangente que envolve a família e as necessidades sociais da criança, ainda que de modo incipiente. O Relatório Platt, conforme relatado anteriormente, foi um colaborador para o despertar do enfoque das necessidades da criança na perspectiva da participação da família no processo de cuidar e, embora a enfermagem pediátrica busque acompanhar as modificações advindas da modernidade e das influências do capitalismo, o objeto de trabalho da profissão ainda está voltado a oferecer a cura física e a minimização dos traumas advindos da doença.

A assistência de enfermagem à criança hospitalizada vem passando por modificações ao longo dos séculos. Entretanto, na atualidade, asseveram-se essas mudanças, em especial, a partir da inserção da família enquanto acompanhante. O advento do Alojamento Conjunto Pediátrico traz, para a criança e sua família, a possibilidade de um cuidado humanizado, embasado em suas necessidades peculiares, a partir da percepção da família sobre os desejos e anseios da criança. Contudo, nesse processo ainda há profissionais que percebem o acompanhante como um supervisor das suas ações e não como um colaborador no projeto terapêutico.

A efetivação da assistência que envolve a família na participação do cuidado à criança hospitalizada é dificultada pela escassez de recursos, falta de filosofia institucional, falta de sensibilização e instrumentalização profissional para atender às necessidades desse novo processo de trabalho, que se embasa numa perspectiva de transformação do cuidado (GAIVA; SCOCHI, 2004). Para as autoras supracitadas, o trabalho em saúde é, muitas vezes, um trabalho coletivo, mas nem sempre em equipe.

Peduzzi (1998) relata experiências de profissionais que definem o trabalho em equipe como um grupo de pessoas que estão de serviço no mesmo local, mas que trabalham separadamente, no máximo se encontram para tirar dúvidas sobre algum paciente, eventualmente, quando não conseguem resolver o problema sozinho. Muitas vezes, esse profissional que deseja trabalhar só e definir atribuições aos demais profissionais é o médico, o que reforça o entendimento do poder soberano que não é visto apenas pelos próprios profissionais da classe, como de outras áreas e, acima de tudo, pelo paciente e sua família.

Se há dificuldade em se concretizar o trabalho em equipe na atenção à saúde, em pediatria hospitalar assevera-se essa dificuldade tendo em vista a inserção da família no cuidado à criança.

Atualmente, no processo de trabalho da enfermagem pediátrica, a família tem efetivado cuidados antes realizados pelos profissionais, o que é percebido por muitos destes como diminuição na sobrecarga do trabalho e por uma pequena parcela como “supervisão” das ações realizadas pela equipe. Alguns profissionais entendem o direito de acompanhar a criança adquirido pela família, como uma obrigação em realizar cuidados, sem que esta tenha conhecimento da sua importância na reestruturação emocional e física da criança, durante o processo de hospitalização (PEDROSO, 1996).

Nesse sentido, urge que a enfermagem pediátrica reflita sobre seu processo de trabalho, levando em consideração as peculiaridades do momento, uma vez que a família está cada vez mais envolvida no processo saúde-doença do filho. Nesse sentido, os profissionais precisam apreender os benefícios à saúde da criança, advindos da permanência de um acompanhante significativo durante a hospitalização, para a recuperação infantil.

Machado e Martins (2002) afirmam que a presença de uma pessoa significativa deixa a criança mais feliz e confiante e que esses sentimentos contribuem para uma recuperação mais rápida da saúde infantil e uma estada hospitalar mais amena, bem como a redução de custos financeiros, inclusive devido a maior rotatividade de leitos. Para Oliveira e Collet (1999) é no familiar significativo que a criança busca apoio, orientação, proteção para o desconhecido e para o sofrimento.

Entendemos que o processo de trabalho da enfermagem pediátrica se configura em um âmbito de complexidade significativa. Se considerarmos a concepção de que o paciente é o objeto de trabalho da profissão, na enfermagem pediátrica a família é também parte do cuidado e as ações que visam assistir à criança enferma, também devem se voltar à família, bem como ao seu envolvimento no processo de cuidar da criança. Tal fato exige da equipe de enfermagem reflexão acerca da prática assistencial para dar conta das novas características de seu objeto de trabalho, agora ampliado para além da criança, abarcando sua família. Nessa perspectiva, alteram-se, também, os instrumentos para atingir determinada finalidade deste trabalho. É a definição e emprego desses instrumentos de trabalho que darão uma e não outra direcionalidade ao processo de trabalho a essa população.

Estudos demonstram que o ambiente hospitalar pediátrico é menos formal. A utilização de jalecos coloridos e as paredes pintadas, além de colorirem o ambiente, deixam as crianças mais tranquilas, devido às cores alegres e aos temas dos desenhos serem, muitas vezes, significativos para as mesmas; a presença da família e a sua participação no cuidado favorecem até mesmo a realização de cuidados pelos profissionais. Além disso, a relação da equipe com a criança e a família tem ocorrido de forma menos tensa, apesar de existirem muitos conflitos advindos do cotidiano (WONG, 1999; LIMA, 1990 apud COLLET; ROCHA, 2001).

A equipe de enfermagem precisa entender o significado de algumas situações que permeiam o cotidiano pediátrico, entre os quais, a importância de uma assistência na perspectiva da integralidade e ao desvio do enfoque da doença, a partir da promoção de um ambiente mais ameno; o valor da presença do acompanhante durante a hospitalização, para que a família não venha a ser vista como um óbice, no cuidado, mas como co-partícipe essencial do processo de cuidar. A família não está no ambiente hospitalar para realizar cuidados à criança, mas poderá fazê-lo, se desejar. O importante é que a ela possa oferecer conforto e segurança à criança durante sua hospitalização.

Ressaltamos a necessidade premente de uma educação continuada que estimule o senso crítico da equipe para que o trabalho rotineiro e mecanizado possa ser transformado em um cuidado singular e competente. Para tanto, significa apreender a família não mais de forma estereotipada e idealizada, mas na complexidade do seu processo social, de sua subjetividade, enfim, de suas relações.

A partir da contextualização apresentada acerca da assistência à criança hospitalizada, passamos a construir nosso pressuposto neste estudo.

Na atenção à saúde da criança hospitalizada, as principais transformações desencadeadas no processo de trabalho da equipe de enfermagem passam a ser evidenciadas a partir da inserção da família no hospital durante todo o período de hospitalização, conforme visto na revisão de literatura apresentada.

A família tem realizado muitos cuidados à criança, antes de responsabilidade da enfermagem. Ora os profissionais delegam explicitamente esses cuidados à família, ora deixam implícito que o banho, a alimentação e o conforto, por exemplo, devem ser cuidados realizados pela família. Nesse contexto, a dinâmica do processo de trabalho da enfermagem muda de configuração e não tem sido refletida na prática assistencial. Portanto, propomo-nos

a trazer ao debate esses aspectos a fim de contribuir para a urgente reflexão acerca dos modos como a enfermagem pediátrica tem realizado seu processo de trabalho no hospital.

A partir dessas considerações e da abordagem anteriormente apresentada, temos como pressuposto, neste estudo, que a equipe de enfermagem, apesar de ter avançado na apreensão das transformações do seu objeto de trabalho, não tem refletido acerca das mudanças ocorridas na dinâmica do seu processo de trabalho e isso tem sido um dos óbices na construção da integralidade da assistência à criança hospitalizada e à sua família.

### **3.2 Estratégias de Investigação**

O trabalho em saúde e sua organização tecnológica apresentam aspectos dinâmicos objetivos e subjetivos. Apreender os significados e a relação entre esses elementos requer do pesquisador aprofundamento sobre o conhecimento científico construído a respeito do processo de trabalho dos agentes envolvidos, durante um determinado período histórico.

As relações humanas e as concepções dos trabalhadores acerca do seu processo de trabalho sofrem influências dos determinantes socioeconômicos e culturais de cada momento histórico. Tendo em vista que os acontecimentos sociais estão fortemente imbricados à ideologia e à cultura predominantes perpassando as subjetividades desses eventos, optamos por desenvolver uma pesquisa de abordagem qualitativa, cujas diretrizes permitem apreender o significado de atos e do envolvimento dos sujeitos em suas atitudes e ações, buscando sua implicação social.

Segundo Minayo e Sanches (1993), esse tipo de pesquisa incorpora o significado e a intencionalidade de questões a ser investigadas como partes inseparáveis dos atos às relações e às estruturas sociais. Os mesmos autores explicitam que a metodologia qualitativa se consolida no campo da subjetividade e do simbolismo. Para os autores, sujeito e objeto estão intimamente próximos e, por serem da mesma natureza, as ações e as relações do objeto tornam-se significativas aos sujeitos.

A pesquisa de abordagem qualitativa pode ser caracterizada como a busca pelo entendimento, compreensão minuciosa dos significados e características de determinadas situações apresentadas pelos sujeitos da pesquisa. É uma forma de entender a natureza de um fenômeno social (RICHARDSON et al., 1999).

Esse tipo de pesquisa tem como finalidade desenvolver, esclarecer, modificar conceitos pré-estabelecidos, com a intenção de formular problemas mais precisos, com o objetivo de proporcionar uma visão aproximativa de determinado fato (GIL, 2002).

### 3.2.1 Cenário do estudo

O hospital é uma instituição que se caracteriza por uma complexidade e diversidade de atividades que são realizadas de forma contínua, em situações de trabalho coletivo, já que nele ocorre “um intenso processo de divisão de trabalho e apropriação de saberes subjacentes às intervenções técnicas, assim como se conforma na relação recíproca entre trabalho e prática comunicacional” (PEDUZZI, 1998, p. 74). O processo de trabalho hospitalar alcança patamares elevados de complexidade em sua dinâmica. As ações que ela requer são orientadas por diversos saberes, muitos deles permeados por hierarquias entre categorias profissionais.

Uma das razões pela qual o trabalho em saúde é uma categoria sociológica de análise é o fato de todas as ações envolverem relações interpessoais. Além disso, segundo Peduzzi (1998), o profissional de saúde lida com objetos de trabalho de intensa complexidade dinâmica, à medida que intervêm sobre questões como saúde e doença no contexto social.

A partir dessas considerações passamos à caracterização da instituição em estudo. Esclarecemos que os resultados encontrados nesta pesquisa estão diretamente relacionados ao modo de constituição, organização e questionamento da instituição cenário do estudo, ou seja, ao sentido histórico e social de sua determinação na sociedade paraibana.

O Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW foi fundado em 12 de fevereiro de 1980 e está situado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa, capital do estado da Paraíba. O prédio do HULW é um complexo hospitalar com cerca de 44.000 m<sup>2</sup>, dos quais 9.000 m<sup>2</sup> não foram concluídos até Junho de 2007. Trata-se de uma instituição pública federal que atende exclusivamente usuários do SUS.

Sua estrutura física é composta por 07 andares, dos quais 06 estão em funcionamento. Está dividido em unidades clínicas, cirúrgicas e de terapia intensiva, com a seguinte disposição: térreo – atendimento ambulatorial de pediatria clínica e cirúrgica, puericultura, saúde do adolescente, consulta de enfermagem, imunização, neuropediatria, clínica médica geral, cirurgia geral e em diversas especialidades, otorrinolaringologia, cabeça e pescoço, fissurados,

neurologia, reumatologia, pneumologia, fisiologia, imunologia, odontologia, gastroenterologia, endocrinologia, cardiologia, genética, geriatria, psiquiatria, obstetrícia, ginecologia, nutrição, psicologia, serviço social, laboratórios, salas para exames radiológicos, sala de observação para pequenos procedimentos; serviço de arquivamento de prontuários, refeitório do hospital, serviço de manutenção, almoxarifado, farmácia hospitalar e ambulatorial, lavanderia, auditórios, Centro de Toxicologia (CEATOX), Serviço de Atendimento Médico, destinado à assistir aos funcionários que adoecerem durante o horário de trabalho; quase toda a parte administrativa e burocrática do hospital também funciona no térreo.

Nos andares, os serviços estão distribuídos da seguinte forma. No primeiro andar ficam as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto; o Bloco Cirúrgico e a Unidade de Recuperação pós-anestésica; a chefia de enfermagem e a sala de educação continuada; salas de aula do curso de medicina. No segundo andar está instalada a Clínica Cirúrgica dividida em duas alas A e B. No terceiro andar estão situadas a Clínica Obstétrica, a sala de Parto Natural, o Berçário Patológico; o Serviço de Pronto Atendimento Pediátrico-SPAP e a Pediatria, cujas especificações serão apresentadas posteriormente. No quarto andar estão o Serviço de Pronto Atendimento ao Adulto – SPA e a Clínica de Doenças Infecto-Contagiosas – DIC. No quinto andar está a Clínica Médica dividida em duas alas A e B. No sexto andar estão o Serviço de Atendimento Especializado- SAE, com o hospital dia que atende pacientes soropositivos em tratamento (crianças e adultos) e o atendimento oftalmológico, onde são realizadas consultas e cirurgias. O sétimo andar no momento encontra-se desativado, mas outrora funcionava o serviço de atendimento psiquiátrico (hoje só funciona no térreo a nível ambulatorial), a área em que funcionava a clínica psiquiátrica é hoje, um local cogitado para ser futuramente um centro hemodinâmico da instituição.

Atualmente, o HULW conta com cerca de 1.100 servidores. Dentre eles profissionais de nível médio, técnico, superior e pós-graduados, distribuídos nas diversas áreas de trabalho. O hospital possui 220 leitos ativados, 80 consultórios médicos e 10 laboratórios, tem capacidade de realizar 50 mil exames por mês e, realiza em média 20 mil atendimentos, 250 cirurgias e 700 internações por mês. É referência para o tratamento de doenças crônicas e/ou de difícil diagnóstico no Estado. Não realiza atendimento a politraumatizados e casos de emergência, com exceção das UTI's, Clínica Pediátrica, DIC e Obstetrícia.

Esta pesquisa foi desenvolvida na Clínica Pediátrica do HULW. A referida unidade atende crianças de clínica médica e cirúrgica e é composta por 08 enfermarias que variam de 02 a 05 leitos cada, perfazendo um total de 32 leitos, mais uma enfermaria de isolamento para

crianças imunodeprimidas. Anexo a esta clínica tem o Serviço de Pronto Atendimento Pediátrico – SPAP, com 06 leitos para crianças em observação, cujos atendimentos são breves. Nos casos em que as crianças precisam ser internadas, as mesmas são transferidas para a unidade de internamento.

A estrutura física da unidade é composta por uma sala onde são realizadas punções venosas e pequenos procedimentos como cateterismos oro/nasogástricos e vesicais, curativos, retiradas de ponto, dentre outros; um posto de enfermagem; um expurgo; uma rouparia; uma sala de prescrição; refeitório para as crianças com mesas e cadeiras pequenas e grandes para atender a diferentes faixas etárias, nessa sala há ainda, uma TV, um vídeo cassete e um DVD para as crianças e os acompanhantes assistirem. Na entrada da clínica há um ambiente para a recreação das crianças, cujas atividades consistem em brincadeiras como pintura, trabalho com argila, desenhos, educação em saúde e religiosa, apresentação de peças teatrais, musicais e comemoração de datas festivas, tem um pequeno balanço de dois lugares para crianças menores, jogos diversos e vários brinquedos para ambos os sexos e as diferentes faixas etárias. Quando há crianças internadas impossibilitadas de ir até a sala de recreação para participar das atividades, as equipes responsáveis levam o material até o leito das crianças. As atividades lúdicas na pediatria do HULW são realizadas por funcionários da instituição responsáveis pela recreação, professores da UFPB com alunos vinculados a projetos de extensão, educadora física, além de voluntários.

Existe um espaço para acolher a família, ainda que com poucos recursos e precisando melhorar a acomodação. O mesmo é composto por um ambiente, para acompanhantes do sexo feminino, contendo banheiro, pia para lavar roupas, estendedor de roupas e armários com chave para guarda de pertences pessoais. Este ambiente é para acompanhantes do sexo feminino. Quando as crianças estão acompanhadas pelos pais ou responsáveis do sexo masculino, estes utilizam o banheiro do Serviço de Pronto Atendimento Pediátrico- SPAP. Os banheiros das crianças são nas próprias enfermarias, sendo que duas delas possuem apenas um lavatório para dar banho em crianças pequenas. As enfermarias para bebês possuem apenas berços. Também estão situados na clínica o repouso da equipe de enfermagem, o repouso médico e o dos residentes.

A Clínica Pediátrica funciona no sistema de alojamento conjunto, tendo como acomodação para o repouso noturno, cadeiras do tipo espreguiçadeira, para as mães, embora não sejam as mais adequadas e confortáveis. Durante o dia, os acompanhantes ficam acomodados em cadeiras de plástico. A visita às crianças ocorre entre às 15h e 16h, porém, no

momento em que chegar alguma pessoa para visita fora desse horário, em especial se for de outra cidade, a mesma é autorizada a entrar ou a fazer a permuta com o acompanhante.

### **3.2.2 Coleta de dados empíricos**

A coleta de dados empíricos foi realizada por meio da entrevista semi-estruturada definida por Richardson et al. (1999) como um meio de obter do entrevistado os aspectos que ele considera mais importantes de um fenômeno, a partir de uma conversação guiada. Minayo (2007) define o roteiro de entrevista como um guia, um meio de apreender o ponto de vista dos envolvidos a respeito dos objetivos previstos na pesquisa, devendo conter poucos questionamentos. O roteiro desta pesquisa foi constituído por questões fechadas, para identificação dos sujeitos e questões abertas, relacionadas ao objeto de estudo.

Antecedendo o início do levantamento de dados, realizamos um estudo piloto, com a finalidade de averiguar se o roteiro elaborado para a entrevista, baseado no referencial teórico estava adequado aos objetivos da pesquisa. Esse estudo foi realizado em outra instituição pública que também tem uma unidade pediátrica, com funcionamento semelhante àquela pesquisada. O critério utilizado para a seleção dos profissionais foi serem funcionários públicos concursados e terem experiência profissional no local de trabalho superior a 01 ano na referida clínica pediátrica. Consideramos que em 01 ano de atividade na mesma unidade é um tempo suficiente para as profissionais apreenderem singularidades da organização do seu processo de trabalho que são importantes para a construção das suas concepções acerca do trabalho da equipe, nosso objeto de pesquisa. Os mesmos critérios do estudo piloto foram aplicados aos sujeitos que participaram desta pesquisa. No estudo piloto entrevistamos apenas um profissional de cada categoria da enfermagem, convidados verbalmente pela pesquisadora que explicou todo o processo da pesquisa. Após a análise das informações verificamos a necessidade de modificação das questões norteadoras, do que resultou a elaboração definitiva do roteiro da entrevista (APÊNDICE I).

No hospital em estudo, a equipe de enfermagem da clínica pediátrica e do SPAP é composta por 12 enfermeiras, 33 auxiliares de enfermagem cujos períodos de experiência, no atendimento à criança hospitalizada, variam entre 02 meses e 29 anos. Dentre as 45

profissionais lotadas na clínica pediátrica 07 assistem às crianças do SPAP, sendo 01 enfermeira e 06 auxiliares. Nesse setor o modelo também é ACP, mas como a rotatividade de pacientes é intensa devido ao tipo de atendimento realizado, a dinâmica do trabalho da equipe de enfermagem que lá atua é diferente da equipe que permanece no setor de internamento acompanhando o binômio. Considerando a especificidade do SPAP e por estarmos estudando as concepções da equipe de enfermagem acerca do seu trabalho na assistência à criança hospitalizada e à sua família, as profissionais do referido setor não farão parte da nossa amostra.

Após a aplicação dos critérios de seleção dos sujeitos desta pesquisa, identificamos que contemplavam os mesmos os seguintes profissionais: 11 enfermeiras, 22 auxiliares de enfermagem, das quais 02 enfermeiras não puderam compor a população, pois 01 está afastada por tempo indeterminado e a outra é a pesquisadora. Das 22 auxiliares 01 está com desvio de função e realiza atividades indiretas à criança no cuidado assistencial e 02 estavam em licença especial. Assim, totalizaram 9 enfermeiras e 19 auxiliares de enfermagem.

Procuramos então cada profissional individualmente e conversamos a respeito da pesquisa, dos objetivos do estudo, bem como explicamos a importância de as profissionais repensarem sua prática assistencial a partir de estudos da realidade vivida. Nesse momento, perguntamos quais delas, tendo ciência do trabalho que se seria realizado, aceitariam ser incluídas na pesquisa. Após a explicitação dos aspectos citados acima, todas elas se propuseram a participar. Contudo, tendo em vista o tempo disponível para desenvolvimento desta pesquisa, optamos por fazer um sorteio conforme explicitado a seguir.

Como na unidade pesquisada o tempo de experiência profissional variou, à época da coleta dos dados, entre 02 meses e 29 anos e como incluiríamos somente aquelas com atuação há mais de 01 ano, optamos por estabelecer intervalos de tempo de trabalho, conforme explicitado no Quadro 1, pois consideramos esse um aspecto importante uma vez que pressupomos que o tempo de trabalho no mesmo local pode contribuir para a apreensão da dinâmica do processo de trabalho e suas transformações históricas. Dentre os intervalos de anos no serviço havia dois em que apenas uma profissional, de cada intervalo, possuía nível superior. Nesse caso, convidamos essas profissionais à participarem da pesquisa e as mesmas aceitaram. Assim, o sorteio dentre os sujeitos que atenderam aos critérios de seleção foi realizado conforme os seguintes intervalos de tempo:

**Quadro 1.** Distribuição de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem por tempo de experiência (em anos) na clínica pediátrica do HULW<sup>1</sup>.

TEMPO DE EXPERIÊNCIA	01-05	05-10	10-20	20 OU +
ENFERMEIRAS	04	01	01	03
AUXILIARES DE ENFERMAGEM	11	03	04	11

FONTE: Divisão de Enfermagem do HULW. João Pessoa, setembro de 2006.

Dentre os sujeitos acima especificados, sorteamos, a princípio, uma enfermeira e duas auxiliares de enfermagem de cada intervalo de tempo de experiência. Esse número poderia ser expandido caso as questões do estudo não fossem respondidas. Contudo, não houve necessidade de fazer novo sorteio. O critério de encerramento da coleta de dados foi o de obtenção de respostas às questões do estudo.

Considerando o posicionamento ético dos pesquisadores preconizados na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, todas as participantes tiveram acesso às informações pertinentes à participação na pesquisa, sendo-lhes garantido o anonimato, o sigilo das informações, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento de sua participação caso desejasse, sem ônus algum (BRASIL, 1996). Cada uma delas assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNCICE II).

### 3.2.3 Análise dos dados empíricos

No processo de análise dos dados, Minayo (2007) salienta que o pesquisador deve esclarecer para si o contexto das entrevistas ou dos dados coletados, reler ou ouvir diversas vezes os textos ou as falas a fim de apreender o significado que o seu objeto de estudo representa para os participantes da investigação e/ou para seu contexto do serviço de investigação.

A interpretação dos dados seguiu os passos propostos por Minayo (2007). Na fase de ordenação das informações as entrevistas foram sendo transcritas logo após o seu término

---

<sup>1</sup> Devido ao fato da amostra desta pesquisa ser constituída 100% por profissionais do sexo feminino utilizaremos o termo “elas”, “as entrevistadas” ou outro termo dessa natureza ao nos referirmos aos sujeitos da pesquisa.

para facilitar a associação das falas com os movimentos e as expressões das entrevistadas; após a transcrição foram realizadas diversas releituras do material transcrito. Nessa fase foi possível identificar alguns temas relevantes que se referiram aos objetivos desta pesquisa, porém foi um agrupamento ainda incipiente diante da profundidade dos aspectos abordados pelas entrevistadas identificados posteriormente nas releituras.

Esse processo constituiu-se no passo inicial da análise dos dados, para a identificação dos significados presentes nas falas dos sujeitos. Segundo Minayo (2007), essa é a leitura horizontal e exaustiva do material empírico, por meio da qual realizamos a síntese de cada tema, em que o pesquisador realiza um contato inicial com cada entrevista e busca a coerência interna entre as entrevistas; posteriormente, já aproximados da realidade vivenciada pelos sujeitos individualmente e após diversas releituras dos depoimentos, realizamos a leitura transversal, de acordo com a mesma autora, trata-se da leitura de cada subconjunto ou do conjunto total, buscando fazer um recorte de “unidade de sentido, estruturas de relevância, tópicos de informação ou temas” (MINAYO, 2007, p. 358). Nesse momento, já foi possível apreender algumas peculiaridades e características comuns ou que se aproximam, na concepção dos sujeitos desta pesquisa, do tema em estudo.

Subseqüentemente, realizamos leituras exaustivas dos textos transcritos, buscando identificar os temas que caracterizam as concepções sobre o processo de trabalho da enfermagem, à luz do referencial teórico-metodológico adotado, tendo em vista os objetivos propostos. Assim, a partir do material empírico produzido identificamos que os temas recorrentes se referiam a três aspectos relacionados ao trabalho da enfermagem:

- 1) ***A Organização do Processo de Trabalho da Enfermagem em Alojamento Conjunto Pediátrico***
- 2) ***Significado da Participação da Família para a Equipe de Enfermagem***
- 3) ***Repercussões / Implicações da Organização do Trabalho para a Profissão***

Uma característica relevante do grupo em estudo identificada durante a caracterização da amostra é que grande parte das profissionais entrevistadas possuem grau de escolaridade atual maior que o que possuía na época em que foi aprovada no concurso que realizou para ingressar no serviço. Apresentaremos essas mudanças, pois acreditamos que o conhecimento adquirido nesses novos processos de formação pode contribuir para modificar a compreensão do profissional acerca do seu trabalho.

**Quadro 2.** Caracterização das entrevistadas na época em que prestaram concurso e atualmente

ENTREVISTADA	CATEGORIA (VÍNCULO)	CATEGORIA ATUAL
01	Auxiliar de Enfermagem	Técnica de Enfermagem/ Curso Superior em outra área
02	Auxiliar de Enfermagem	Técnica de Enfermagem / Enfermeira
03	Enfermeira	Pós-graduada
04	Auxiliar de Enfermagem	Técnica de Enfermagem/ Enfermeira/ Pós-graduada
05	Auxiliar de Enfermagem	_____
06	Auxiliar de Enfermagem	Técnica de Enfermagem/ Curso superior em outra área
07	Enfermeira	Auxiliar de Enfermagem/ Pós-graduada
08	Enfermeira	Auxiliar de Enfermagem/ Pós-graduada
09	Auxiliar de Enfermagem	Técnica de Enfermagem
10	Auxiliar de Enfermagem	Técnica de Enfermagem
11	Auxiliar de Enfermagem	Técnica de Enfermagem
12	Enfermeira	Pós-graduada

FONTE: Divisão de Enfermagem do HULW. João Pessoa, setembro de 2006.

A fim de manter em anonimato os sujeitos da pesquisa, na apresentação dos depoimentos das entrevistadas convencionamos duas legendas para identificar as categorias profissionais, seguindo as seguintes especificações: (AE, N°.) referindo-nos às Auxiliares de enfermagem, seguido do número da entrevista pela ordem em que foi feita; e (E, N°.) – Enfermeira, seguido do número da entrevista pela ordem que foi feita.

Partindo do princípio de que as pesquisas qualitativas tratam de significados, traduzidos em valores e posições sociais que revelam a complexidade e a flexibilidade dos eventos sociais e humanos, chamamos atenção para o fato de que os resultados desse tipo de pesquisa são provisórios e atinentes a uma determinada realidade. Isso significa que os resultados ora apresentados são fidedignos para o cenário desta investigação, porque tanto a

investigação quanto os sujeitos sociais envolvidos sofrem influência do contexto sócio-histórico que produzem as diferentes realidades. Todavia, existe uma relação de semelhança entre o cotidiano assistencial de uma clínica pediátrica com outra que realize atendimento com os mesmos objetivos, de maneira que as reflexões realizadas nesta pesquisa, além do valor que apresentam para a equipe e serviço em questão, podem colaborar para a compreensão de outras realidades que apresentem finalidades parecidas.

## CAPÍTULO IV

---

*Não há substituto para, a clareza no diálogo, como instrumento no sucesso de uma relação [...] em todas as relações.*

*Edgard Pimenta*

## **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Durante a construção do referencial teórico e teórico-metodológico deste estudo, tivemos oportunidade de ler exaustivamente a literatura referenciada sobre o processo de trabalho em saúde, sobretudo, o processo de trabalho da enfermagem pediátrica em ACP. As idéias e conteúdos desse material, além de constituir o referencial teórico, subsidiaram todo o processo de análise importante para a revisão da literatura no sentido de compreender como está organizado o trabalho da prática assistencial da enfermagem no cuidado à criança hospitalizada e à sua família.

O ACP tem demandado transformações na organização do processo de trabalho da enfermagem pediátrica de tal forma que apresentaremos os resultados nos três enfoques que contemplam os objetivos da pesquisa. Para compreender a organização do trabalho na prática assistencial de enfermagem no cuidado à criança e à sua família, procedemos primeiro à verificação sobre a maneira como a enfermagem organiza sua prática (Processo de Trabalho), identificando as concepções que orientam o processo de trabalho (constituído pelos elementos objeto, instrumentos e finalidade), posteriormente, buscamos apreender o significado que a enfermagem atribui à participação da família no cuidado à criança, para, por último analisar as repercussões/implicações desse significado para o processo de trabalho em enfermagem.

### **4.1 A Organização do Processo de Trabalho da Enfermagem em Alojamento Conjunto Pediátrico**

A complexidade do processo de trabalho em saúde é percebida na assistência à criança hospitalizada com uma característica a mais que os demais modelos assistenciais da profissão: a presença da família no ambiente hospitalar. Há alguns anos, a presença do acompanhante foi óbice para a prática profissional, porque os profissionais sentiam-se supervisionados pela família. Na atualidade, a presença do acompanhante no âmbito hospitalar não é mais uma novidade, nem um empecilho para a prática profissional. No entanto, a regulamentação do familiar como acompanhante imprime mudanças no processo de trabalho da enfermagem

pediátrica e na dinâmica do serviço desses profissionais. Essas alterações decorrem do fato de não haver, ainda, na prática assistencial uma delimitação consensual, entre os membros da equipe de enfermagem, sobre a dimensão da participação da família no cuidado à criança hospitalizada. A respeito dessa situação, Collet (2001) afirma que, na atualidade, a equipe de enfermagem do hospital pediátrico vivencia um momento de construção de um novo processo que reconheça o acompanhante como sujeito envolvido no processo de trabalho da enfermagem.

A instituição de um novo direito, o direito da criança hospitalizada manter consigo um acompanhante, repercute em todo o processo de cuidar, especialmente sobre os elementos do processo de trabalho. Conforme observação de Vernier e Dall’Agnol (2004), em decorrência desse direito, faz-se necessária a ampliação do objeto de trabalho da enfermagem, devendo considerar o binômio. Sendo, esse objeto, um dos elementos do processo de trabalho, urge compreender as concepções sobre o novo recorte, porque tais concepções sobre o objeto de trabalho iluminam o todo o processo.

Na atualidade esse tem sido um dos principais temas de discussão entre os pesquisadores da área. Estudos têm revelado que algumas dificuldades, vivenciadas pela equipe de enfermagem na assistência pediátrica, surgiram desde o início do ACP e que essas estão voltadas às relações interpessoais entre a equipe e a família, em especial ao modo como tem sido realizada a participação da família no cuidado (ANDRAUS et al., 2004; COLLET; ROCHA, 2004; VERNIER; DALL’AGNOL, 2004).

Embora a literatura aponte essa discussão, os dados empíricos desta pesquisa demonstram que o trabalho realizado pela enfermagem pediátrica, na unidade cenário do estudo, em geral, configura um modo de trabalho prazeroso e pouco cansativo. A natureza dessa concepção é umas das questões que buscamos apreender a partir das discussões a seguir. Uma diversidade de fatores está relacionada a essas características, entre as quais, o modelo assistencial vigente do ACP, pois o acompanhante participa diretamente dos cuidados da criança, e os profissionais estão sentindo-se menos atarefados, conforme a declaração que afirma: “(quando não tinham os acompanhantes) a sobrecarga (de trabalho) era maior ainda” (E 06, AE).

### **4.1.1 Concepções das profissionais da enfermagem em relação ao trabalho**

As ações realizadas pelos profissionais na prática assistencial dão visibilidade ao modo como o trabalho da enfermagem está organizado. Assim, a participação da família no ACP emerge como fundamento na organização desse processo de trabalho. A lógica do trabalho da enfermagem pediátrica é deveras singular, o que requer dos profissionais da área conhecimento, empenho, dedicação, capacitação profissional (OLIVEIRA; COLLET, 1999). Segundo Lichteneker e Ferrari (2005) as peculiaridades desse trabalho requerem reflexões organizacionais, entre as quais reflexões sobre a presença da família na clínica pediátrica e a sua participação no cuidado à saúde da criança. Tal situação requer a reorganização do processo de trabalho da enfermagem em nível teórico e prático, tendo em vista as alterações em sua dinâmica.

As concepções das profissionais acerca do seu processo de trabalho são apresentadas como a representação das ações que são realizadas na prática assistencial. Como na unidade em estudo os atos em saúde não têm um fio condutor e ocorrem segundo a vontade de cada trabalhador, a organização do processo de trabalho se dá a partir de cada encontro sem uma articulação entre equipe/família/criança. Alguns aspectos peculiares dessa área não têm sido levados em consideração pelas profissionais. Portanto, com essa análise pretendemos caracterizar a organização do trabalho da equipe de enfermagem do HULW, como tem sido realizado o trabalho no cotidiano e qual tem sido o enfoque da finalidade do trabalho dessas profissionais.

Um dos eixos orientadores da práxis na área da saúde tem sido a noção de integralidade e uma das questões que dificultam a realização de um trabalho nessa perspectiva em nosso país, está relacionada aos recursos humanos. Embora a escassez de pessoal seja um fato comum em grande parte das instituições hospitalares públicas do país, não se aplica à unidade em estudo. O regime de trabalho é quase 100% de concursados, a carga horária é de 30 horas semanais que variam em regime de escala e diarista. A escala na clínica em estudo se constitui de um plantão de 12hs dia, com folga de 24hs e um plantão de 12hs à noite com folga de 96hs. Já quem trabalha como diarista faz 06hs diariamente, pela manhã ou à tarde, e folga nos finais de semana e feriados, cumprindo assim uma carga horária de 30hs semanais o que se aplica a todas as profissionais da clínica. Trabalham diariamente na clínica, de segunda à sexta-feira no turno da manhã, os seguintes profissionais: 05-06 auxiliares de enfermagem,

02-03 enfermeiras, 02 operacionais (responsáveis pela marcação de exames e encaminhamentos das crianças para a sua realização), 01 secretária responsável pelas admissões e altas (no sistema on-line), 01 médico plantonista e 03-04 médicos residentes; no turno da tarde: 04-05 auxiliares de enfermagem, 01 enfermeira, 01 operacional, 01 secretária, 01 médico plantonista, 01 médico residente; no turno da noite 04-05 auxiliares de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médico plantonista e 01 médico residente; no final de semana a escala é semelhante ao plantão noturno. A assistente social trabalha em turnos variados, quando trabalha pela manhã não trabalha à tarde e vice-versa; o fisioterapeuta trabalha em regime similar ao da assistente social; não existem psicólogos atendendo na pediatria, quando há necessidade de um atendimento as crianças são encaminhadas ao serviço ambulatorial; os médicos cirurgiões pediátricos seguem a escala de sobreaviso (plantão à distância), embora não sejam realizadas na instituição cirurgias pediátricas de grande porte em caráter de urgência, apenas as eletivas. A nutricionista é especialista em pediatria e visita diariamente as enfermarias, no turno da manhã. Nos demais turnos e nos fins de semana, essa visita é feita por um profissional da categoria para todo o hospital.

A caracterização da unidade em estudo não representa um modelo que está fora dos parâmetros da administração na relação paciente x profissional da enfermagem, considerando o grau de complexidade do atendimento realizado. A unidade dispõe de 32 leitos sendo que em cada turno de trabalho atuam 04 a 05 auxiliares de enfermagem. A essa força de trabalho soma-se à representada pelos acompanhantes, uma vez que as profissionais reconhecem que: “Hoje (após o ACP) eu acho que o trabalho é muito mais leve e eu acho que as crianças são muito mais bem cuidadas” (E 06 AE).

A realização de cuidados pela família na assistência tem repercutido para a enfermagem como uma forma de diminuição da carga de trabalho. A família tem cuidado da criança no cotidiano hospitalar, levando as profissionais a reconhecer que seu trabalho não é exaustivo. Embora as ações realizadas pela enfermagem sejam vistas como leves, algumas falas revelam aspectos que indicam certa sobrecarga de trabalho às quais estão relacionadas às atividades de outras categorias profissionais, conforme explicitado a seguir:

[...] o meu desempenho não é um bom desempenho como profissional, às vezes, certos momentos que eu desenvolvo algumas, como é que se diz algumas funções que não são da minha inerentes na minha profissão, né? E, às vezes, eu exerço função de nutricionista, de assistente social de psicólogo, né? E, assim a gente perde um pouco aquilo que a gente se põe a desenvolver dentro dessa, desse no trabalho (E 07, E).

O depoimento em análise retrata a visão de um cuidado fragmentado em que há divisão de tarefas e limites profissionais rigorosamente determinados. Na ótica da equipe, o trabalho é compreendido a partir de um somatório de partes, cujo resultado possibilita uma assistência integral. Se o compartilhamento de atividades e ações que são inerentes a todos os trabalhadores da saúde, como é o caso da formação de vínculos e responsabilização, gera um movimento de inquietação, como atender integralmente as necessidades de saúde ora colocadas para a assistência à criança hospitalizada?

Esse direcionamento ao processo do trabalho em pediatria implica na falta de articulação entre os diferentes profissionais que trabalham no hospital, impedindo um trabalho que se aproxime da noção de integralidade da assistência na saúde da criança.

Quando o enfermeiro não encontra espaço para realizar uma ligação telefônica para um acompanhante, um nutricionista observar e comunicar a presença de um soroma ou um assistente social identificar uma fragilidade emocional, isto retrata que estes profissionais estão imprimindo marcas de uma visão parcial e fragmentada aos seus processos de trabalhos individuais, assim como ao processo de trabalho em equipe multiprofissional. Essa forma de condução dos atos em saúde no hospital obstaculiza a articulação entre os diversos saberes e inviabilizam a construção do trabalho coletivo balizado no atendimento das necessidades ampliadas em saúde. Quiçá essa forma de organização da assistência dê conta de uma clínica empobrecida (CAMPOS, 2003).

O trabalho em equipe deve ser revisto sob a perspectiva da integração dos trabalhos especializados, pela articulação nas situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas (PEDUZZI, 2001, p. 108).

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas. No entanto, também expressam a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho [...] flexibilidade foi entendida como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes

provenientes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros.

A fragmentação das ações e a divisão de tarefas, o excesso de especificidades, a desarticulação dos profissionais promovem uma assistência lenta e pouco satisfatória. Gaíva e Scochi (2004) afirmam que o trabalho na saúde, na maioria das vezes, é um trabalho coletivo, mas nem sempre ele é um trabalho em equipe. Assim, na realização do trabalho em saúde pode haver diversos profissionais envolvidos, contudo, realizando uma assistência desarticulada, repetitiva, com justaposição de tarefas, não atendendo às necessidades da criança e sua família.

Peduzzi (1998) afirma que o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de interação entre os saberes de diferentes áreas profissionais e, por meio da dialética que permeia essa relação, os trabalhadores poderiam constituir um projeto assistencial e integral de atenção, voltados para as necessidades dos usuários. Peduzzi (1998; 2001) identificou em suas pesquisas com equipes multiprofissionais na saúde que existem dois tipos de equipe, a saber, a equipe-agrupamento em que não existe articulação e interação entre os agentes, mas trabalhos especializados que acontecem lado a lado; e a equipe-integração em que há uma conexão entre os agentes do trabalho, diferenças técnicas entre trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho, autonomia técnica de caráter interdependente e, sobretudo uma articulação consciente das ações que se complementam para atingir a finalidade do processo de trabalho em saúde, pressuposto num plano comum, que se configura numa relação dialética.

O trabalho em equipe ocorre no contexto de situações que mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos, e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência, mas no cotidiano assistencial, há possibilidade de construção da equipe-integração, mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais (PEDUZZI, 1998; 2001).

O conceito de equipe, no entendimento das profissionais, sujeitos deste estudo, está sobremaneira relacionado ao cuidado individualizado, fragmentado e imposto. Mesmo quando se reportam a um trabalho em conjunto, referem-se ao trabalho em equipe-agrupamento.

[...] se todo mundo trabalhasse em conjunto, cada qual fizesse sua parte, como o serviço social, reuniões com o serviço social, porque o serviço

social tinha por obrigação pelo menos 03 vezes por semana fazer reuniões com essas mães, [...] porque, se o serviço social fizesse a sua parte, a psicologia fizesse a sua parte, porque tem que ter também né? A enfermagem a dela, a nutrição a dela [...] se cada qual fizesse o seu, cada qual cumprisse com a sua parte, tava tranqüilo eu acho (E 06, AE).

Corroborando a concepção da equipe-agrupamento, esse depoimento revela que o cuidado à criança e à sua família pode ser efetivado pela divisão de ações entre diversos profissionais, sem considerar uma articulação entre os diferentes saberes das diversas áreas de conhecimento. Entretanto, o trabalho em saúde é caracteristicamente interdependente e complementar, exigindo dos profissionais uma atuação ampliada que supere a especificidade do interior de uma profissão e adentre em áreas de competências comuns as várias profissões.

[...] eu tento fazer tudo dentro do que se pede, mas se for para fazer uma coisa fora daquilo, eu faço, (como) ajudar uma mãe ou se ela pedir pra eu telefonar, assim, o serviço de assistente social se eu puder fazer eu faço, de nutrição eu faço. Então, fora do meu trabalho, eu faço, realizo outras coisas (E 10, AE).

Embora aponte que a realização de algumas atividades seja de uma ou de outra categoria profissional, determinadas profissionais reconhecem que não existe problema em desempenhar temporariamente atividades que na prática são realizadas por outras categorias profissionais, tendo em vista o bem-estar da criança. Segundo Velloso (2007), no trabalho em saúde, existem áreas de competências que são comuns a várias profissões, algumas que são complementares, algumas que são imbricadas. Peduzzi (1998) explica que as articulações são necessárias, pois cada profissional isoladamente não consegue atender às necessidades de saúde dos usuários, mas é preciso criar condições para se evidenciar e processar as articulações entre as ações dos diferentes agentes. Merhy e Feuerwerker (2007, p. 19) corroboram o pensamento da autora afirmando que “não há trabalhador de saúde que consiga sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar: o mundo das necessidades de saúde”. A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade entre as trocas e integração das ações dos diferentes profissionais num mesmo projeto de trabalho (ALMEIDA-FILHO, 1997, apud, PEDUZZI, 1998). Araújo e Rocha (2007, p. 457) afirmam que a “ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos”. Na enfermagem pediátrica a interdisciplinaridade é uma noção importante para a realização de

um trabalho que dê conta das novas necessidades da saúde da criança depois do reconhecimento do direito do acompanhamento para a criança hospitalizada.

Para Peduzzi (2001, p. 108), a integração entre os saberes profissionais sinaliza a articulação e conexões essenciais para a construção da proposta da integralidade entre as ações da prática profissional.

[...] trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação [...] O trabalho em equipe (exige) a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Enfim, destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica [...] À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho.

Essa assistência integrada é um dos desafios da enfermagem na atualidade, que ainda é pautada no modelo assistencial hegemônico biomédico.

A concepção tradicional acerca do trabalho em equipe está arraigada nas pessoas como sendo qualquer função que pode ser desempenhada por diversos profissionais:

[...] eu trabalho em equipe e isso é muito (ênfase) importante, o trabalho em equipe. Eu não gosto de trabalhar sozinha, eu gosto de trabalhar todo mundo junto, um ajudando o outro, não só a equipe de enfermagem, mas a equipe médica, a equipe de nutrição que colabora muito aqui (E 11, AE).

O depoimento em análise evidencia uma discordância em relação às concepções da equipe de enfermagem até aqui apresentadas. Grande parte das profissionais tem mostrado que o trabalho entendido como equipe se concretiza em ações isoladas, porém há também referências a uma aproximação ao conceito de equipe-parceria, na qual os profissionais articulam seus saberes. Essas diferentes concepções apontam que o cuidado é realizado sem um eixo orientador, incoerente com os pressupostos da política de saúde proposta na

atualidade, carecendo de reflexões acerca de uma organização do processo de trabalho que promova a assistência multidisciplinar integrada à criança hospitalizada.

O desenvolvimento de tarefas apontadas no estudo como sendo atribuídas a determinados profissionais é apresentado como um incômodo para a equipe de enfermagem, sobretudo, a responsabilização pela não satisfação da família e de alguns trabalhadores da equipe.

[...] a enfermagem sempre é o saco de pancada, se o mingau vem grosso é a enfermagem, se o mingau não veio, tudo é a enfermagem, entendeu? A gente resolve o serviço de nutrição, de manutenção, se quebrou um negócio na enfermaria, a enfermagem resolve. Tudo, tudo termina vindo sempre pra enfermagem, até se o médico demora um pouquinho a culpa é nossa também. Tudo, tudo é a enfermagem que resolve. Aí, isso assim, sobrecarrega um pouco o funcionário, deixa o funcionário um pouco estressado (E 05, AE).

Esse depoimento manifesta desconforto da profissional diante à responsabilização da categoria por situações mal resolvidas por outros profissionais. Esse desabafo revela também a sobrecarga de atribuições à equipe de enfermagem que parece ter, em última instância, a solução ou resposta para as necessidades ou problemas não resolvidos por outras categorias profissionais da equipe de saúde. Contudo, a assistência à saúde da criança é uma responsabilidade da equipe de saúde e qualquer situação mal resolvida é de responsabilidade de todos os seus membros. Desse modo, ao se referir à equipe de enfermagem como tendo uma responsabilidade limitada por sua competência técnica específica, a concepção das profissionais se aproxima da referida por Peduzzi (1988; 2001) em relação ao conceito de equipe-agrupamento, um tipo de equipe caracterizada por não reconhecer as relações entre os saberes profissionais, sendo pautada pelas ações individualizadas.

Embora sejam evidenciadas características da equipe-agrupamento, os dados apresentados até o momento, em parte, apontam que a equipe de enfermagem em estudo almeja desenvolver um trabalho em equipe, coletivo, que envolva outros agentes de saúde, como a assistente social, a nutricionista, o psicólogo. Entretanto, o trabalho em equipe na ótica dos sujeitos dessa pesquisa é controverso, se, por um lado, existe um movimento que se aproxima da concepção do trabalho em equipe-integração, por outro, muitos profissionais precisam ser instrumentalizados para apreenderem a necessidade dessa conexão entre trabalho

e trabalhadores para superarem o conceito de equipe-agrupamento. Com o trabalho em equipe, o conjunto dos profissionais deve estabelecer o fluxo e a inter-relação das ações (VELLOSO, 2007).

Uma das dificuldades para a constituição da equipe-integração parece decorrer das tensões existentes nas relações entre médicos versus outros profissionais, especialmente os profissionais da equipe de enfermagem que lidam diuturnamente com a criança, acompanhante e médico. Tendo em vista, que no modelo tradicional de assistência à saúde, o enfoque ou objeto de trabalho é a doença, e sendo as patologias, no senso comum, um universo da responsabilidade técnica dos médicos e, considerando, ainda, que a equipe de enfermagem é composta por três categorias profissionais com hierarquias definidas, sobretudo para os auxiliares de enfermagem não é interessante assumir uma responsabilidade a mais, principalmente de uma área que lhe escapa o domínio técnico.

Eu acho que o acompanhante deveria ser mais orientado nas coisas, porque têm acompanhantes aqui que deixam a gente, às vezes, em situações horríveis, no caso, seja pra perguntar o que é que o filho dele tem. Isso não cabe a nós dizer, isso cabe principalmente, ao médico dizer o que é que a criança tem e o diagnóstico do filho (E 11, AE).

[...] às vezes a gente chega na enfermaria e elas (as acompanhantes) dizem: “já saiu o resultado do exame de sangue, exame disso, exame daquilo?”. Eu digo: olhe, resultado de exame quem sabe é o médico, primeiro ele que pega mais resultados e ele que entende mais, então é obrigação dele de explicar qual foi o resultado que deu de exame, de qualquer coisa. O médico, ele tem obrigação de explicar à senhora, bem simples como é o resultado, o que foi que deu tudinho. Não é a gente que tem que dar esse tipo de explicação não. Primeiro que a gente não entende do jeito que ele entende (E, 10, AE).

Embora esses depoimentos sejam de auxiliares de enfermagem, é importante ressaltar que a enfermeira precisa ter competência para fornecer informações aos pais a respeito das condições do filho hospitalizado. Essa é uma ação que deve ser incorporada na prática do cotidiano da enfermagem (SABATÉS; BORBA, 2005). O entendimento de que esta é uma atribuição apenas médica deve ser superado, pois a competência profissional dos enfermeiros vai para além da realização de procedimentos técnicos e atividades burocráticas. Além disso, os depoimentos deste estudo revelam a fragmentariedade dos atos em saúde que, segundo Velloso (2007), são óbices para uma assistência que busca se construir pautada na noção de integralidade.

Ainda sob o aspecto da representatividade do médico, nesse serviço, cujos profissionais trabalham fundamentados no modelo assistencial hospitalocêntrico, os depoimentos nos remetem a uma concepção de que o saber e a posição médica são as últimas instâncias de resolutividade no trabalho em saúde.

[...] a gente explica, diz que a criança está precisando. Se ela veio pra se internar, pra tomar medicação, aí tem que fazer, porque senão, não vai ajudar o tratamento. Aí convence, tenta convencer explicando, apesar de ter muitas que são resistentes: “não num sei o quê”. Mas aí a gente tenta convencer e quando não tem jeito mesmo, é que a gente fala com o médico (E 12, E).

Embora a equipe de enfermagem valorize o saber médico, na unidade em estudo identificamos a valorização de outro profissional, o assistente social, reivindicado em regime de plantão. Para as entrevistadas esse profissional é um mediador entre a equipe e a família. Assistente Social atuante, na realidade hospitalar, conhece as dificuldades vividas pela população com relação ao acesso ao seu direito constitucional de saúde (WITIUK, 2007). É justamente por reconhecer esse potencial do assistente social, que os profissionais da enfermagem solicitam a presença mais constante desse profissional.

Eu acho que o serviço social daqui devia funcionar 24hs. Isso é um hospital escola entendeu? Eu acho que devia funcionar principalmente final de semana, de noite. A gente vê em todos os hospitais por aí tem serviço social atuando e aqui a gente não vê (E 05, AE).

[...] a assistente social teria que estar aqui em contato direto com essas pessoas, [...] então a assistente social, eu acho que seria a pessoa ideal pra conversar e pra orientar essas mães, com relação a fumar. É muito chato você chegar pra uma pessoa: “olhe, você não pode fumar” [...] na verdade eu acho que a pessoa mais preparada pra falar sobre isso é assistente social. Deixam as crianças aqui (as acompanhantes), vão lá pra baixo demoram então isso são coisas assim que deviam ser conversadas e orientadas em relação a isso. Eu acho que, a gente, não é um trabalho da enfermagem, é o trabalho de assistente social (E 11, AE).

O trabalho em equipe, representado pelas profissionais tem, muitas vezes, o médico, como detentor de saberes específicos, especialmente, a cura e o tratamento, fatores que reforçam sua soberania. Os demais profissionais são colaboradores do processo de trabalho em saúde. O discurso predominante do trabalho em saúde é focado no saber médico, é o

conhecimento dominante, hegemônico. Contudo, Merhy e Feuerwerker (2007) explicam que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos ao usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Merhy (1997) salienta que o atrelamento entre tais potenciais, pode viabilizar a resolutividade das necessidades dos usuários, a partir da construção de um cuidado usuário-centrado e na defesa pela vida, comprometido com uma gestão coletiva nos processos de trabalho em saúde pautados nos benefícios para os usuários.

É possível que certos profissionais ainda não (re)conheçam a importância de um trabalho articulado, interdisciplinar, contextualizado, centrado nas necessidades ampliadas em saúde, voltado às peculiaridades da criança e sua família tanto no âmbito intra como extra hospitalar. Segundo Oliveira, Collet e Viera (2006) alguns obstáculos para o desenvolvimento de equipes interdisciplinares são o individualismo, as hierarquias injustas que acontecem na divisão técnica do trabalho, a superioridade e soberania profissional.

O conceito de equipe de trabalho está relacionado ao processo de trabalho e sujeito a modificações ao longo do tempo, mas que pode ser entendido como uma estratégia para melhorar a efetividade do trabalho e aumentar a satisfação do trabalhador. Há na literatura, sobre esse tema, uma diversidade de definições para equipe e de modo geral são definições voltadas à realização de trabalho em grupo, pessoas que buscam realizar o mesmo objetivo. Nesta pesquisa utilizamos o conceito da equipe definido por Peduzzi (1998), como pano de fundo para fundamentar nossa análise.

Desse modo, consideramos que, ao estudarmos uma equipe multiprofissional que revela desarticulação no seu processo de trabalho, precisamos repensar acerca da finalidade e dos instrumentos que estão sendo utilizados para dar conta da especificidade do trabalho de cada categoria profissional.

Para Peduzzi (1998), faz-se necessário construir um projeto assistencial coletivo, centrado em cada grupo especificamente, em sua interação e dinâmica do cotidiano, permeado pelo diálogo e pelas concepções dos seus agentes. A realização de um trabalho com essas características se configura numa relação recíproca entre diversos agentes de diferentes áreas e intervenções técnicas (PEDUZZI, 2001).

Embora a concepção da equipe de enfermagem acerca do trabalho em equipe seja, em alguns momentos, contraditória na unidade em estudo, de modo geral, a visão dos trabalhadores já aponta para um movimento de mudanças com participação dos diversos

profissionais da saúde, ainda que não de modo absolutamente articulado. Conforme discutimos, a falta de alguns profissionais no cotidiano assistencial desmotiva a equipe por essa responsabilizar-se por tarefas atribuídas a outros trabalhadores. No entanto, outros aspectos também aparecem como óbices na realização de um trabalho na perspectiva da integralidade, entre as quais, as condições de trabalho.

#### **4.1.1.1 Condições de trabalho**

Nos depoimentos as entrevistadas explicitam óbices no cuidado que estão relacionados à precarização do processo de trabalho, como, desarticulação entre os atos dos trabalhadores, atividades burocráticas em demasia e assistemáticas, recursos materiais escassos, profissionais que não atuam diretamente com o paciente, falta de comprometimento dos agentes envolvidos na assistência. Por conseguinte, as más condições de trabalho dificultam a construção de um projeto terapêutico centrado no usuário.

[...] para a gente desenvolver um trabalho bem melhor dentro da pediatria era necessário que a gente tivesse tudo o que a gente precisava [...] material, às vezes assim uma parada, deixa a desejar. Há uma parada a gente quer reanimar não tem todo o material a gente deveria ter assim todo o material necessário pra uma pequena emergência ou urgência, não tem, muitas vezes a gente trabalha muito aqui no improviso. Seria ótimo de a gente ver (um trabalho sem improviso), mas infelizmente depende muito das condições da administração de verba (E1, AE).

Às vezes o paciente chega, falta até roupa, lençol, aí atrapalha. Principalmente medicação, eu acho que o que atrapalha mais é medicação que sempre, sempre falta medicação (E 12, E).

[...] a questão de material e da estrutura física que não contribuem para que todos os conhecimentos que a gente vem adquirindo, vem adquirindo e vem estudando eu possa colocar em prática (E 07, E).

A deficiência de material, além de dificultar o trabalho dos profissionais, põe em risco a saúde e até a vida da criança hospitalizada. A esse respeito os gestores e chefes de unidades devem estar à frente das necessidades para que a falta de recursos materiais não interfiram no

desenvolvimento do trabalho ao ponto de comprometer sua qualidade. Faz-se necessário uma organização prévia de insumos para o trabalho no cotidiano, pois nem sempre a escassez está relacionada à falta de recursos financeiros, mas ao aparelhamento e previsão para a manutenção do trabalho realizado em cada unidade da instituição.

Nesta pesquisa, não pretendemos nos aprofundar nas questões de recursos materiais, apenas enfatizar aspectos que influenciam na organização do processo de trabalho. Contudo, não podemos ignorar que, os profissionais também sentem os reflexos da precarização do trabalho e tornam-se desmotivados, quando dizem que: “a pressão (arterial), muitas vezes, não verifica. A maioria (das profissionais) fica dizendo que o aparelho tá quebrado” (E 02, AE). Sob essa ótica, faz-se mister refletir acerca das condições mínimas de trabalho, sendo esse um dos fatores indispensáveis para a motivação profissional. O trabalho da equipe de enfermagem constitui em quase sua totalidade de trabalho vivo e suas ações manuais requerem do profissional desprendimento, desejo, dedicação, além de conhecimento científico e habilidades técnicas. Para que esse trabalho se concretize nessa perspectiva, o profissional precisa sentir-se também estimulado para exercer suas funções.

A desmotivação gerada pela escassez ou má qualidade de material reflete-se na assistência, e também pode ser utilizada como artifício por algumas profissionais para não realizarem suas atividades: “a não colaboração também na continuidade de trabalho, em relação a alguns colegas” (E 07, E), desmotiva a equipe a dar continuidade ao trabalho. Mas, parte da equipe ainda acredita que: “se você tiver realmente a vontade de fazer você procura uma opção pra dá certo de fazer aquilo” (E2, AE). Sob esse aspecto, Collet e Rocha (2004) afirmam que apesar das condições de trabalho em unidades pediátricas estarem comprometidas em função dos aspectos acima citados, observa-se que há um movimento de busca em direção à melhoria da assistência prestada, passando daquela cujo foco é a criança e sua patologia para aquela centrada também na família.

As instituições hospitalares devem contribuir com uma estrutura que concorra para a realização de um trabalho coletivo, envolvendo os diversos saberes em saúde, cujos atos sejam adequados às necessidades de cada paciente, sobretudo, esse trabalho deve ser pautado pelas ações de aproximação, criação de vínculos, pelas tecnologias leves do cuidado. As dificuldades apontadas pela equipe no desenvolvimento do trabalho estão relacionadas à falta de materiais, de medicamentos, de equipamentos, fato que traduz o desenho de um modelo procedimento centrado, contrariando a dialética do trabalho vivo em saúde.

O cuidado em saúde requer, além das tecnologias duras, em situações nas quais são necessários equipamentos, tecnologias leves. Diante de uma evolução de tecnologias duras, a utilização de tecnologias leves é o grande instrumento de trabalho da enfermagem, embora muitos trabalhadores ainda não as reconheçam na prática assistencial. Segundo Elias e Navarro (2006, p. 520).

A incorporação de novas tecnologias não significa, nesse setor (enfermagem), economia da força de trabalho. Ao contrário, o setor é de trabalho intensivo. Não foi encontrado ainda nada que substitua o cuidado humano, imprescindível para a recuperação dos doentes. Inexistem máquinas que, por exemplo, banhem os pacientes ou troquem sua roupa de cama; existem equipamentos que, por exemplo, ligados aos pacientes, monitoram ou substituem funções vitais, mas é necessário alguém para instalá-los e monitorá-los. Os hospitais públicos incorporaram tecnologias (duras) em suas instalações, presentes também na rede hospitalar privada, como camas que levantam e abaixam por controle remoto que, em última instância, não substituem o trabalho humano [...] a ciência e a tecnologia não podem substituir o trabalho vivo.

Na enfermagem, não existem outros meios de assistência que não sejam permeados pelas tecnologias leves do cuidado. As práticas pautadas em tecnologias duras e leve-duras, isoladamente, não atendem às necessidades ampliadas em saúde, deixando a finalidade do cuidado a desejar, uma vez que as mesmas resolvem/minimizam os males do corpo, mas restringem-se ao cuidado centrado no modelo biomédico. Desse modo, a subjetividade do indivíduo é despercebida pelas profissionais.

Na assistência pediátrica, o diálogo e a criação de vínculos são instrumentos de trabalho indispensáveis aos profissionais. As relações interpessoais entre a equipe e a família precisam acontecer desde o primeiro encontro entre essas, pois a família é a detentora do saber das necessidades cotidianas da criança e essa é uma condição imprescindível nos primeiros dias de internação infantil, devido a todo o processo de mudanças que enfrentará.

Embora reconheçamos a necessidade de haver um movimento de modificações nas práticas organizacionais na unidade em estudo, devido ao fato das questões do trabalho apontadas nos remeterem a uma concepção fragilizada e fragmentada do trabalho, ainda assim as profissionais referem que gostam do trabalho que realizam: “até o momento é um trabalho bom, não dentro da expectativa bem esperada [...] mas mesmo assim, independente de faltar material, essas coisas, meu trabalho é bom, é gostoso, saudável” (E 01, AE).

Em relação às concepções da equipe de enfermagem acerca do seu processo de trabalho, as falas apontam um aspecto relevante, a saber, as auxiliares, em sua maioria, afirmam estar realizando um bom trabalho, mesmo diante de algumas adversidades do cotidiano discutidas anteriormente.

Bom eu acho que a assistência que eu presto ela tá sendo muito válida, eu faço bem o que é pra ser feito, tenho cuidados pra não prejudicar mais a criança que já tá doente e, faço tudo com muito cuidado carinho (pausa) um cuidado bom, gosto (E 04, AE).

[...] eu acho que desenvolvo bem né? Na medida do possível e as condições que o hospital me dá né? Da clínica tem algumas dificuldades, mas, tem sido boa, não tem sido excelente, mas acho que tenho desenvolvido bem (E 05, AE)

Eu penso que eu tou fazendo o certo, que eu tou realizada que era isso o que queria. Tá trabalhando com criança, eu gosto muito de criança (E 09, AE).

Enquanto as auxiliares referem estar realizando um bom trabalho, os enfermeiros revelam que, embora já tenham avançado em relação à qualidade do cuidado, ainda há necessidade de mudanças.

[...] é um trabalho bom, só que na realidade precisa melhorar [...] às vezes a gente quer fazer um bom trabalho, mas não tem recursos mesmo de fazer, mas a gente faz na medida do possível, no que está no alcance da gente (E 12, E).

As concepções acerca do trabalho são permeadas por uma diversidade de aspectos que constituem o processo de trabalho, refletindo no modo de sua organização. Dentre esses, temos as condições de trabalho as quais envolvem situações que impedem o andamento do trabalho cotidiano e são explicitadas nos depoimentos como incômodo e desarticulação no processo de trabalho. A falta de registros é um desses aspectos. Registros diários e concisos das atividades realizadas, junto à criança e à sua família, contribuem para a continuidade da assistência junto aos membros da equipe de enfermagem e saúde, contudo, não têm sido realizados na prática da unidade em estudo.

Uma das coisas que tem me angustiado muito na assistência é o registro do cuidado que a gente tenta fazer principalmente nas crianças que tem um quadro mais crítico [...] o registro do cuidado ele faz muita falta. Faz, você

faz procedimentos, medicação, você passa sonda, você faz tudo e na hora de registrar quando você vai catar é como se não tivesse feito nada, porque não tem nada registrado, é como se você tivesse passado a manhã com a criança fazendo de tudo, mas no momento que você coloca só que ela comeu que tem uma diurese presente, administrou a medicação, é como se só fosse isso que tivesse sido feito (E 03, E).

A falta de organização e sistematização do cuidado revela uma assistência fragilizada e descontínua, centrada em procedimentos. O trabalho articulado evita a repetição de tarefas e a sensação de que não se fez nada. Quando a equipe trabalha em busca de uma mesma finalidade, o processo de trabalho se aproxima da sua concretude numa perspectiva mais ampliada do cuidado. A enfermagem precisa dar visibilidade às ações que realiza, pois seus registros têm sido focados nas atividades técnicas. De acordo com Washington (2003), a comunicação escrita na enfermagem tem demonstrado cada vez mais sua importância na continuidade do trabalho prestado ao paciente, contribuindo para a qualidade da assistência executada pelos profissionais.

O fato de o hospital ser um ambiente predominantemente curativo, com todo o seu aparelhamento favorece uma assistência centrada em procedimentos e as equipes de saúde têm se deixado envolver por essa concepção, perdendo sua dimensão cuidadora em saúde, aquela que deve ser centrada nas necessidades do usuário. A enfermagem parece desvalorizar estratégias de trabalho para sua prática profissional como o diálogo, a relação criança-família, a criação de vínculos no cotidiano hospitalar ao importar-se predominantemente com os procedimentos técnicos, burocráticos, da tecnologia dura. Assim, observamos uma captura do trabalho vivo, em ato, pelo trabalho morto na medida em que os profissionais de enfermagem centram suas ações nos saberes estruturados da profissão e nos materiais e equipamentos para desenvolver os cuidados no cotidiano da assistência.

Segundo Merhy (1997, p. 84) o trabalho vivo, se “não conseguir exercer nenhuma forma autônoma, ficando, assim, completamente amarrado pela lógica do trabalho morto expresso por algumas das dimensões tecnológicas”, será capturado pelo trabalho morto.

Eu acho que a equipe de enfermagem se bitolou muito a só medicação [...] não é só um banho no leito, a enfermagem tá muito ligada só a isso e tá se esquecendo o realmente o cuidar, tá esquecendo dos procedimentos básicos de você ouvir, é muito importante você ouvir (E 11, AE).

A equipe de enfermagem identifica lacunas na assistência e reconhece que a prática profissional por ações condicionadas a procedimentos, impõem limites às transformações necessárias para um cuidado integral. A escuta é um instrumento de trabalho indispensável nos atos em saúde, estando, de acordo com Merhy (1997), diretamente relacionado à realização do trabalho centrado no usuário cujo compromisso é acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar.

Os profissionais devem estar atentos aos aspectos emocionais e sociais, utilizando técnicas adequadas de comunicação, escuta qualificada e constituição de um relacionamento que permita identificar e compreender as reais necessidades de cada criança, bem como da sua família (HUERTA, 1990; CECCIM; CARVALHO, 1997).

O processo de trabalho da enfermagem caracterizado pela realização de atividades procedimento centrado comporta um conjunto de aspectos institucionais, envolvendo pessoal, recursos materiais, infra-estrutura, administrativo, hierarquia, e é fruto do modelo assistencial hegemônico, ainda vigente, o biomédico. Segundo (MENDES-GONÇALVES, 1992, apud, CAMPOS; BATAIERO, 2007) o processo de trabalho organizado a partir da proposta do SUS, deveria atender necessidades ampliadas de saúde, aquelas que se direcionam as necessidades atinentes à essência humana. Entretanto, o modo como o processo de trabalho está organizado, conforme temos apontado, não tem dado conta de apreender e assistir aos indivíduos nessa perspectiva.

Os profissionais são co-responsáveis pela organização do seu processo de trabalho e devem buscar realizá-lo da melhor maneira possível. De acordo com a fala a seguir, na clínica em estudo, havia uma divisão, uma determinada organização de tarefas, no entanto, esta não tem sido realizada na prática.

[...] particularmente acho que nós é que acabamos nos desorganizando [...] quando eu cheguei a gente estabeleceu estratégias de se fossem duas no plantão uma ficar com metade da clínica, a outra com a outra metade e aquelas crianças mais graves a gente se responsabilizava pra evoluir, aí a coisa começou a cair, um fazia o outro não fazia e aí foi perdendo muito nessa relação (E 03, E).

Como se percebe houve falta de compromisso entre a equipe em relação às atividades do cotidiano, de modo que as estratégias estabelecidas no intuito de realizar uma assistência balizada pela integralidade foram aos poucos deixadas para trás pelos trabalhadores. A equipe

não parou para repensar o que poderia ser feito para dar continuidade à proposta ou quiçá encontrar outros meios. O trabalho em saúde deve ser construído na perspectiva da integralidade, nesse contexto, precisamos refletir acerca da organização do trabalho da equipe de enfermagem na atualidade.

O repensar da prática assistencial é urgente, pois o trabalho no cotidiano pode ser visto como a repetição de tarefas e cuidados pré-estabelecidos e reconhecido como de praxe pela equipe ou mesmo por outros profissionais. Sabe-se que a administração de medicamentos, punção venosa e cuidados com o soro, curativos, cateterismos, higiene, banho, são atividades diárias da enfermagem, e, portanto, não podem deixar de acontecer. Contudo, essas ações devem ser permeadas por atenção, carinho, cuidado, orientação, educação em saúde. No trabalho em saúde, a cada momento surgem necessidades que requerem conhecimento técnico, científico e prático. Mesmo sendo caracterizado como um trabalho de repetição, no cotidiano a equipe de enfermagem vivencia acontecimentos inesperados que carecem de competências, habilidade e criatividade. Para tanto, os profissionais precisam estar capacitados para lidar com as especificidades das diversas áreas, sobremaneira a enfermagem pediátrica, pois, as relações que constituem esse modo de trabalho não permitem a rigidez nas ações. Nisso se configura o processo de trabalho em saúde, e mais especificamente em pediatria, pois cada criança e cada acompanhante têm necessidades singulares, ímpares, e que estão sempre sujeitas a modificações.

No entanto, alguns profissionais ainda vêem o seu trabalho como uma rotina, é um modo acrítico de ver os fatos, em que os trabalhadores, embora reconheçam suas dificuldades, continuam a realizar ações pontuais e momentâneas, enquanto o cuidado integral é tangencial na prática assistencial. A naturalização dos atos em saúde é uma concepção que está relacionada ao comodismo profissional, em que os trabalhadores se acomodam com a situação em que se encontram e não buscam outros horizontes (GARIGLIO, 2006). Na prática assistencial as pessoas têm se acomodado com a situação em que estão e não buscam melhores condições de trabalho. Os trabalhadores não têm reavaliado suas práxis. De modo que vai se vivenciando uma naturalização dos atos em saúde que leva ao comodismo dos agentes do cuidado e reflete numa assistência impessoal que impede a superação da fragmentação do cuidado.

Os enfermeiros têm se dedicado ao desenvolvimento das atividades administrativas e burocráticas, indicando tendência para a rotinização e impessoalidade da assistência de enfermagem, o que a torna mecanizada, distanciada e fragmentada (COSTA; SHIMIZU,

2005). De acordo com Gariglio (2006), os serviços, podem criar novos modos de organizar o processo de trabalho, baseando-se em projetos centrados nos usuários e não na produção de procedimentos, em que se operam basicamente as tecnologias leves, definidas por Merhy (1997) com produção dirigida ao cuidado. Desse modo, na assistência à criança, a rotinização das ações contribui para a perda das especificidades da infância por não buscar atender as suas singularidades em cada encontro do cuidado. Na fala a seguir identificamos como o trabalho tem sido visto de uma forma engessada, naturalizada e rotinizada, em que a equipe sequer faz menção aos acontecimentos inesperados que surgem no cotidiano.

[...] o trabalho em enfermagem ele passa a ser uma rotina praticamente que diária, ele sempre tem assim, a gente sempre chega, os primeiros cuidados são olhar a criança como ela está, na passagem de um plantão como a criança está sendo, ai vai preparar a medicação, verificar sinais e acompanhar a criança durante o dia nas eliminações dela, asseio, na alimentação, todo o cuidado que a criança precisa (E 04, AE).

É comum vermos explicações simplistas para o nosso fazer. As ações são automatizadas porque os profissionais parecem realizar-se em cumprir prescrições e horários de trabalho, inviabilizando a identificação das necessidades ampliadas da criança e sua família durante a hospitalização. No entanto, o processo de trabalho em saúde é complexo e de natureza não-acomodativa, sendo importante o estudo da complexidade, da imprevisibilidade e da incerteza para a melhor compreensão das ações desenvolvidas pela enfermeira no cuidado direto ou indireto do cuidado de enfermagem (ANDRADE; VIANA, 2007). A realidade complexa desse trabalho convoca os profissionais a construir o curso de suas ações, a criar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho de forma a atender os diversos contextos específicos (BRASIL, 2001).

Consideramos que o estabelecimento de rotinas rígidas e inflexíveis do modelo tradicional de assistência, vai dando uma direcionalidade ao trabalho em que vai se perdendo as singularidades do momento do cuidar. Nesse sentido, as ações passam por um processo de automatização, não se fazendo reflexões acerca das necessidades da criança e da sua família.

[...] o enfermeiro passa o dia todinho no plantão é o dia do curativo de M, ele diz: “eu não quero fazer hoje, eu quero fazer amanhã” [...] O enfermeiro ele tem que se impor, dizer: “Não. Hoje é o dia de fazer o curativo”, então eu vou fazer o curativo entendeu? E ele tem que ter consciência de que tá fazendo o certo (E 06, AE).

A dimensão da relação de poder exercido pelo profissional nessa situação é praticamente indescritível, nos remete à concepção da manipulação de corpos dóceis referida por Foucault (1983, p.14).

Houve, durante a época clássica, uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder. Encontraríamos facilmente sinais dessa grande atenção dedicada então ao corpo - ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam.

Na atualidade, não cabe mais atitudes dessa natureza, na assistência à criança e sua família, que caminha em direção de uma política de humanização norteadas pela autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2001).

A partir da discussão realizada tendo como pano de fundo os depoimentos da equipe de enfermagem da unidade em estudo, acreditamos na necessidade da construção de uma organização do processo de trabalho, que seja coletivo, cujas diretrizes sejam pautadas pelas peculiaridades da infância e da família no processo de adoecimento de um filho e das necessidades que surgem no cotidiano. Na assistência à criança hospitalizada e à sua família os profissionais precisam utilizar as mais variadas estratégias de trabalho, entre as quais, interação, diálogo, criação de vínculos, aproximações diárias, além daquelas vinculadas às tecnologias duras e leve-duras, buscando apreender as singularidades deste objeto para atingir a finalidade do seu trabalho na perspectiva de integralidade.

Embora alguns profissionais apontem, em seus depoimentos, a rotinização da assistência, outros ampliam as possibilidades de cuidado buscando em seu cotidiano apreender as necessidades específicas em cada momento de encontro com a criança e sua família.

[...] cuidado na minha concepção é você estar junto ao paciente, você prestar assistência ao paciente com uma visão, holística, então você tem estar junto dessa criança, perceber o que essa criança tá precisando naquele momento, fazer o exame físico detalhado, tentar, tentar, junto a isso você detectar tudo o que a criança tá precisando, fazer um diagnóstico de enfermagem, poder planejar toda a sua assistência e, principalmente, você colocar em prática (E 07, E).

Apesar de demonstrar a busca de certa especificidade do cuidado ao ampliar a apreensão das necessidades singulares da criança, a enfermagem ainda não dá conta da complexidade desse cuidado no contexto hospitalar em ACP, pois a família ainda não é incluída no cuidado. A família deve ser encorajada a participar do tratamento da criança, não como uma realizadora de cuidados, mas como mediadora das necessidades da criança (MOTTA, 1995). Sob essa ótica Fernandes, Andraus e Munari (2006) afirmam que a família precisa ser vista fundamentalmente como mediadora da criança no hospital, ela é porta-voz das preocupações e sentimentos daqueles que acompanham, transmitindo à equipe os sinais e as mensagens enviadas pela criança.

Os profissionais precisam valorizar a presença da família e reconhecê-la como porto seguro das crianças, especialmente, durante a estada hospitalar e de todo o processo desconhecido e temeroso, que representa a hospitalização. Rossato-Abéde e Angelo (2002) afirmam que na valorização da presença da família durante o tratamento da criança, a enfermeira desempenha um papel singular no cuidado aos pais. A importância para o reconhecimento dessa singularidade no alojamento conjunto pediátrico é uma das questões que trazemos à discussão, uma vez que as concepções da equipe de enfermagem são controversas sob o aspecto da importância da família no cuidado.

A análise das entrevistas revela os diferentes olhares dos profissionais acerca do seu processo de trabalho. Apesar de se relatarem necessidades que, se resolvidas, poderiam melhorar o cotidiano assistencial, em um contexto mais geral o trabalho na unidade em estudo é visto como bom, é um trabalho que não é considerado cansativo, nem pesado, especialmente após o ACP, pois a equipe de enfermagem entende que as crianças estão sendo mais bem cuidadas desde a inserção da família no hospital. Buscaremos nas discussões a seguir identificar como tem sido a realização dos cuidados à criança hospitalizada, tentando apreender o que tem levado esse trabalho a ter características de ser mais leve. As falas apresentadas até aqui demonstram divergências nas concepções acerca do trabalho, retratando que o mesmo está desorganizado em um contexto geral e que acontece a mercê da vontade de cada profissional.

Ao término desse primeiro momento de discussão apreendemos que algumas questões relacionadas à organização do trabalho estão diretamente relacionadas à concepção do trabalho. A precarização institucional, escassez de material, falta de compromisso profissional, sobrecarga de trabalho atribuída ao desenvolvimento de atividades de outras categorias profissionais, parecem constituir-se em óbices na realização de um trabalho em

equipe na unidade em estudo. Corroboramos o pensamento de Pereira e Fávero (2001) quando explicam que a organização do trabalho em seus aspectos específicos pode ser transformada por meio de investimentos na área de recursos humanos e de mudanças na política organizacional. Situação organizacional que poderia ser minimizada com a constituição de um projeto terapêutico coletivo articulado que contemplasse as singularidades do binômio criança-família e dos profissionais.

## **4.2 Significado da Participação da Família para a Equipe de Enfermagem**

A participação da família no cuidado à criança hospitalizada tem sido discutida neste estudo no que concerne à dimensão e o modo como essa participação tem se dado no cotidiano assistencial. Assinalamos anteriormente que a inserção da família trouxe uma nova abordagem ao cuidado da enfermagem ampliando o seu objeto de cuidado (COLLET; ROCHA, 2004; SABATÉS; BORBA, 2005). Nesse enfoque, a enfermagem tem seu objeto de cuidado ampliado, passando a ser a criança e a família, pois as necessidades desse binômio são produzidas concomitantemente, em decorrência do processo de hospitalização. Fernandes, Andraus e Munari (2006) explicam que os profissionais precisam entender que o cuidado à criança não deve ser desvinculado do cuidado à família considerando suas necessidades.

Desde a implementação do ACP no país, as unidades pediátricas, vêm sofrendo um processo de reorganização de suas práticas, pois a inserção da família no hospital modifica a estrutura de organização do processo de trabalho, o que requer dos profissionais uma compreensão acerca da dinâmica das relações interpessoais (COLLET; ROCHA, 2004).

A respeito dessas relações, a enfermagem é a categoria profissional que vivencia mais de perto essas modificações no seu cotidiano, pois permanece constantemente junto do binômio (COLLET, 2001; CORREA, 2005). Não houve na prática um preparo profissional para lidar com as modificações desse advento e muitos profissionais não entendem como deve acontecer a participação da família durante a hospitalização, o que tem gerado conflitos (FERNANDES; ANDRAUS; MUNARI, 2006).

O não preparo profissional para lidar com a presença da família no hospital, tem sido um tema discutido desde a década de 1990, período em que o ACP foi criado, e, conforme

temos discutido, os profissionais não sabiam, muitas vezes, como lidar com o acompanhante (ANDRAUS et al., 2004). Como não se sabia como deveria acontecer a participação da família, essa foi sendo constituída a mercê da vontade de cada profissional (COLLET, 2001). Embora tenha se passado quase duas décadas, na atualidade a presença da família é apresentada, algumas vezes, como um óbice no cuidado. A presença do acompanhante não é mais um desconforto para os profissionais, como fora no início do ACP, pois ao longo de dezessete anos houve superação da concepção de que a família era fiscalizadora dos cuidados. Na atualidade, o ACP apresenta um novo contexto em relação à permanência da família no ambiente hospitalar, e a preocupação tem se voltado à dimensão da participação da família no cuidado. Por não existir até o momento um delineamento desse envolvimento, essa construção tem se dado no cotidiano da prática assistencial.

Embora a participação da família nos cuidados não seja uma situação regulamentada, a mesma desempenha tarefas e atos em saúde junto à criança durante a hospitalização. A falta de reconhecimento desse fato, desde a implantação do ACP, fez com que equipe de enfermagem e família se esquivassem de uma relação aberta e vivessem uma relação silenciosa e implícita de poder, na qual a família foi assumindo as ações do cuidado à criança, da responsabilidade da enfermagem. As ações de imposição e poder ainda permeiam as relações da família e da equipe no âmbito hospitalar (COLLET, 2001; COLLET; ROCHA, 2004), de forma que não existe uma negociação entre essas partes quanto ao cuidado à criança.

O cuidado infantil deve ser realizado pela equipe de enfermagem com a colaboração da família, de acordo com as condições do binômio, negociado a cada situação em particular (COLLET, 2001). O envolvimento familiar precisa ser trazido à discussão para que os profissionais reconheçam a importância da sua presença durante a hospitalização para a recuperação da saúde da criança. A família deve ser comunicada acerca do tratamento e recuperação da criança, conforme apontamos no referencial, o acompanhante tem que ter conhecimento suficiente acerca do processo de hospitalização para que tenha condições de enfrentá-lo.

No ACP em estudo, a família tem participado da execução de tarefas e cuidados entendidos como semelhantes aos domiciliares e mesmo de saúde. Apresentaremos a seguir o modo como esse cuidado tem se efetivado na unidade em estudo, a partir dos depoimentos dos sujeitos e buscaremos apreender a dimensão cuidadora da equipe de enfermagem.

### **4.2.1 Cuidado realizado pelas profissionais da equipe de enfermagem**

Conforme vimos anteriormente, as modificações na dinâmica do trabalho da enfermagem desde o início do ACP trouxeram novas demandas no cuidado. Embora o novo aspecto do ACP fosse a presença do acompanhante para oferecer segurança à criança, na prática assistencial a família passou a dividir alguns cuidados com a equipe durante a hospitalização infantil. Sob essa ótica, a assistência à criança tem sido realizada pela equipe e pela família, ou quem sabe até ao inverso pela família e pela equipe.

A gente faz os cuidados de administrar a medicação, a enfermagem administra toda a medicação, punciona as veias, a questão dos soros é com a enfermagem, nebulizações, curativos (E 05, AE),

[...] cuidados específicos da enfermagem, por exemplo, passar sonda né? [...] uma escara que a mãe tá precisando de um auxílio você tem que tá lá e logo em seguida daquele banho você fazer o curativo, por exemplo, puncionar veia, [...] uma alimentação por sonda [...] o curativo (E 06, AE).

Os depoimentos em análise referem-se aos cuidados realizados pela equipe de enfermagem revelando uma prática que corrobora o modelo biomédico e medicamentoso, centrado em procedimentos por ações técnicas. O foco na cura leva os profissionais a terem uma leitura prática tecnicista e fragmentada.

A equipe de enfermagem tem ficado com procedimentos, com punção, com administração de medicamentos, passagem de sonda e, muitas vezes, tem se limitado a essas questões dos procedimentos (E 03, E).

Mesmo quando as questões relacionadas aos aspectos emocionais que permeiam a hospitalização são apontadas, verifica-se que não são retratadas com a relevância devida:

[...] você cuidar de todos os sinais vitais como você sabe que compete a gente. Os cuidados corporais [...] dar apoio psicológico aos familiares [...] a gente sempre procura fazer todas elas (dietas por sonda) dentro dos horários, feita por nós mesmas (E 01, AE).

As questões relacionadas ao âmbito psicológico e emocional da criança e de sua família aparecem superficialmente nos depoimentos das profissionais, entre os procedimentos realizados pela equipe. O aspecto psicológico que envolve a hospitalização infantil tem sido negligenciado pelos profissionais da enfermagem, os sentimentos e o sofrimento do binômio são, muitas vezes, despercebidos por esses trabalhadores que têm se restringido a realizar técnicas.

Assim ajuda a dar um banho num bebezinho, às vezes, a criança tá com soro a gente também ajuda, manda elas (as mães) segurarem o soro e a gente vai dar o banho ou ao contrário [...] curativo, dá a alimentação, dá remédio, medicação, faz nebulização (E 09, AE).

Quando são questionados acerca da frequência com que fazem determinados procedimentos os sujeitos da pesquisa não conseguiram explicitar, levando a crer que esses cuidados não têm sido realizados pela enfermagem no cotidiano, senão esporadicamente:

**Entrevistadora:** Você lembra a última vez que você realizou esse cuidado (banho)?

Na verdade foi uma criança que já saiu de alta [...]. Uns dias, uma, duas semanas (E 09, AE).

Os relatos das atividades no ACP estão condicionados a: “[...] cuidados, higienização, que seria o banho, mudança de decúbito” (E 01, AE). Não obstante, em relação ao tempo em que realizou:

**Entrevistadora:** Você lembra a última vez que você fez?

Mais ou menos assim, foi no início, no fim, no início desse mês. Foi agora há pouco, acho que tá fazendo mais ou menos 15 dias (E 01, AE).

A equipe de enfermagem tem realizado um cuidado centrado em tarefas, enfoque que compreende ser de sua competência, no entanto, algumas profissionais não conseguiram relatar uma vivência recente junto ao paciente, nem à sua família. O cuidado a que se referiram tem como finalidade a cura da doença. Assim, as profissionais estão cada dia mais distantes do binômio e, portanto, de suas necessidades. O suporte à família é esporádico e superficial, sobretudo, as profissionais têm ficado tão afastadas da criança, à exceção do horário da medicação, que mal conseguem se lembrar que passam de duas a três semanas sem

realizar uma higiene, um banho, uma alimentação. A realização desses atos pelo acompanhante é um acontecimento institucionalizado na unidade em estudo, tornou-se rotina e é aceito por todos de forma acrítica e “natural”. Muitas ações antes realizadas pela enfermagem, hoje são entendidas pela mesma, como sendo de competência da família.

Assim, os cuidados têm sido realizados quase em sua totalidade pela família e a equipe de enfermagem parece não estar se dando conta da dimensão desse evento. A presença do acompanhante é insignificante para o trabalho da enfermagem e eventualmente a família é vista como objeto de cuidado na concepção dessas profissionais. Pontualmente algumas necessidades da família são referidas nas falas dos sujeitos deste estudo como uma questão que deve ser reconhecida e atendida no ambiente hospitalar.

Converso com as mães das crianças [...] qualquer coisa: peça à gente, se quiser alguma coisa, se precisar. Até pra ela mesmo às vezes não tem, falta alguma coisa, algum remédio, tá com dor de cabeça, não custa nada: “enfermeira eu tô com dor de cabeça”, “menstruei agora e tô sem dinheiro, dá pra arrumar um absorvente?” E isso faz parte, é natural de todo mundo [...] Tratar bem, respeitar, tá doente, vamos levar pra o médico medicar, conversar, dar uma palavra de conforto, tudo isso é bom (E 10, AE).

Quando o acompanhante está constantemente inserido no ambiente hospitalar, além das necessidades naturais e fisiológicas, como uma cólica menstrual, uma indisposição gástrica, ele também fica mais suscetível à adoecer, tendo em vista a falta de condições oferecidas ao mesmo pela instituição. Assim, a equipe deve buscar solucionar ou minimizar as dificuldades da família durante a hospitalização infantil. O cuidado realizado pela enfermagem deve ser um cuidado solidário.

O cuidado solidário é percebido pelo vínculo, interesse, contato, diálogo, suporte, apoio, ser presença, ouvir, pela empatia, transmissão de confiança e esperança. O cuidado solidário se estabelece pelo trabalho multiprofissional, preparo da equipe, conhecimento, disponibilidade, respeito pelo outro (ALVES et al., p. 12, 2006).

A criação de vínculos entre a equipe e a família pode contribuir para que esse cuidado se realize na prática assistencial. Quando a família está bem a criança tem mais probabilidade de recuperar-se melhor ou sofrer menos: “se o acompanhante não tá bem, a criança não tá bem, se a mãe não tá bem, o filho não vai tá bem, tem que ver muito esse lado assim do

acompanhante” (E 11, AE). O acompanhante representa segurança para a mesma. Quando o binômio está sofrendo, a recuperação da criança se torna difícil.

De modo geral, o acompanhante não tem sido objeto de cuidado e é visto como um realizador de cuidados. A presença da família no hospital tem se restringido a cuidar da criança, em muitos casos, a criança é internada e sai de alta e os familiares sequer sabem do seu diagnóstico, mas, durante toda a sua estada, realizaram cuidados à criança. A família não tem sido co-partícipe do cuidado, mas essencialmente a cuidadora. A equipe de enfermagem tem delegado ao acompanhante, atividades atribuídas anteriormente à sua prática profissional (COLLET; ROCHA, 2004). Dessa forma, a família tem sido conduzida a cuidar da criança enferma e hospitalizada e as suas condições não têm sido levadas em consideração. Aspectos relevantes nessa forma de participação da família, como, as suas necessidades, o seu desejo, e seu sofrimento não têm sido valorizados durante o processo de hospitalização da criança (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005).

A doença e o processo de hospitalização alteram a dinâmica intrafamiliar, portanto, a assistência à criança hospitalizada sobremaneira requer dos profissionais ações balizadas pela atenção, acolhimento, criação de vínculos (MONTEIRO; FERRIANI, 2000). A prática pautada em técnica é reconhecida como sendo “sempre um trabalho de rotina” (E 04, AE). O cuidado tecnicista vai se repetindo no dia-a-dia e os profissionais se adaptam a realizar tarefas, acriticamente. Assim, institucionalizam um processo contraditório das relações entre os sujeitos envolvidos, que nada tem de “natural”, e, embora realizem o trabalho desse modo, reconhecem que as ações da enfermagem devem ir para além do que tem sido implementado na prática assistencial.

[...] É muito importante você ouvir, tem muitas pessoas, às vezes, que estão ali acompanhando ou mesmo ali no leito que são maiores, que já conversam, que precisam muito a gente só escutar eles falarem, tem tantas coisas que eles querem dizer, e, às vezes não tem ninguém que queira escutar, então a gente esqueceu muito essa parte, até de humanização, a gente fala tanto de humanização que, mas a gente esquece o que é realmente humanização. Humanização não é só medicação, não é só um banho no leito, não é só esse tipo assim de procedimento ligado só a enfermagem, eu acho que a enfermagem está muito bitolada só a isso. E que está deixando muito assim, mais, mais essas coisas o tocar também no paciente, mais pro acompanhante do que pra equipe mesmo de enfermagem. A gente tá deixando muito, até eu mesma. Porque a gente vê que aquele paciente tá com acompanhante [...] então a gente tá se bitolando muito só a medicação (E 11, AE).

Nesse texto há um reconhecimento de que o trabalho da enfermagem está se distanciando do cuidado integral e humanizado. Os trabalhadores, mesmo sabendo dos seus potenciais e das suas atribuições, continuam deixando de lado muitas atividades que constituem a sua práxis. A partir do momento em que os profissionais passam a ter a concepção de seu trabalho como uma rotina, uma repetição diária, há uma repercussão da não busca pela subjetividade que permeia o processo de trabalho em saúde, corroborando a desqualificação da profissão e de seu objeto de trabalho, o cuidado, bem como, o desenvolvimento acrítico dos atos em saúde que leva os trabalhadores ao comodismo e a se satisfazerem em cumprir carga horária e não ir além das necessidades físicas aparentes no processo de saúde-doença. O comodismo vai sendo o fio condutor do trabalho.

[...] às vezes você tá sem fazer nada, você poderia muito bem ir lá e ajudar a dar um banho numa criança, auxiliar numa limpeza, numa higiene, às vezes você se acomoda, ou porque tá cansada, ou porque tá com preguiça, ou porque não quer, isso ocorre muito com a gente, mas que temos a obrigação de fazer, temos. Isso é uma evidência, né? E tá dentro dos cuidados de enfermagem. São essas coisas que eu acho que a gente deveria fazer (E 10, AE).

O fato de a equipe reconhecer algumas fragilidades da sua prática assistencial já é uma forma de refletir acerca do seu trabalho, contudo, não há um movimento de mudanças. Não há por parte da enfermagem uma sinalização para a preocupação com a subjetividade da família, que é o que defendemos na assistência centrada no usuário, no cuidado solidário.

A falta de um projeto terapêutico assistencial pode favorecer o comodismo dos trabalhadores, pois não há uma integração entre as necessidades dos grupos. Ações acontecem de acordo com os saberes de cada integrante da equipe em seu horário de trabalho. É possível que parte da equipe identifique determinados problemas, mas não há, em geral, encontros entre toda a equipe, de modo que os problemas não são discutidos, nem as possíveis soluções são colocadas em práticas.

O olhar tecnicista e hospitalocêntrico condicionam as profissionais a não alcançarem o que está além da doença física. As questões relacionadas à emoção, às inseguranças, às dúvidas da criança e da família são passadas praticamente despercebidas. Os atos profissionais estão absolutamente voltados para a enfermidade desde a admissão até a alta.

Desde a chegada, da admissão, faz a admissão até a hora dele sair, de certa forma a gente está dando esses cuidados. Indo lá, admitindo, perguntando o que tem acontecido, verificando a temperatura, fazendo nebulização, essas coisas todas [...] punção venosa e troca de soro e, às vezes, eu pergunto, eu passo a visita assim, se está aceitando a dieta, está sentindo alguma coisa, se está fazendo cocô direitinho, xixi, essas coisas (E 12, E).

A realização de ações humanizadas pautadas pelo diálogo e criação de vínculos são consideradas de forma superficial, como instrumentos de trabalho da enfermagem “assim de cuidado mesmo com o paciente é conversar, é um cuidado também” (E 12, E). O cuidado humanizado precisa ser revisto na prática a partir de discussões dessa natureza.

Conforme temos apontado, o processo de trabalho da enfermagem na assistência à criança hospitalizada, no ACP, apresenta características singulares o que tem sido para nós motivo de discussão uma vez que o trabalho tem se organizado no cotidiano a partir de regras criadas entre a própria equipe, nas quais a família não está envolvida nesse processo. A presença do acompanhante que outrora foi motivo de inquietação para os profissionais hoje é assunto superado. A permanência constante do acompanhante durante a hospitalização infantil e a sua efetiva participação quando da realização de cuidados, é um dos fatos que contribuíram para tal superação, a partir do momento em que a equipe reconhece que com o ACP a carga de trabalho da enfermagem diminuiu e o trabalho hoje é leve e prazeroso. Embora não seja envolvida no processo, a família exerce um papel indispensável: a de cuidadora, pois na ótica dos trabalhadores ela tem uma relação de proximidade e confiança com a criança, o que os mesmos dizem que: “é até uma forma de ajudar a gente a realizar o procedimento com a criança” (E 04, AE). Entretanto, a relação de confiança já estabelecida entre a criança e a família tem sido um argumento usado pelos profissionais para não realizarem atividades de sua competência profissional, o que tem levado a equipe a se eximir do seu trabalho e atribuir à mãe muitos desses cuidados.

#### **4.2.2 Cuidado realizado pela mãe / fiscalização profissional**

Para os profissionais, os cuidados realizados pela família no cotidiano hospitalar são semelhantes aos realizados em casa. De acordo com Vernier e Dall’Agnol (2004), os

profissionais de enfermagem pressupõem que a família deve realizar cuidados semelhantes aos domiciliares a exemplo de higiene, alimentação e recreação. No entanto, a prática assistencial assinala que os cuidados realizados pela família têm ido para além desses. Pesquisas revelam que o acompanhante não tem sido chamado a participar do cuidado de acordo com as suas condições ou desejo e o que tem ocorrido na prática é uma submissão velada e implícita de poder, em que o saber do profissional supera o da família (COLLET, 2001; COLLET & ROCHA, 2004; VERNIER & DALL'AGNOL, 2004). Os profissionais não têm se preocupado com a família tendo em vista as condições adversas que enfrenta diante do processo de hospitalização de um filho.

A equipe acredita estar realizando um trabalho caracterizado por uma boa assistência, conforme discutimos no item Concepções das profissionais de enfermagem em relação ao trabalho. A concepção da equipe acerca da participação da família é de que esta dá segurança à criança e realiza cuidados. A presença da família no ambiente hospitalar é identificada a partir de diferentes aspectos, entre os quais **realizadora de cuidados**<sup>1</sup> (VERNIER, DALL'AGNOL, 2004).

A higiene corporal a mãe faz, eu oriento a mãe a fazer, a limpeza na boca, a limpar a mucosa oral, a pomadinha na genitália também deixo ela fazer [...] a nebulização eu peço pra mãe fazer (E 02, AE).

#### **Minimizadora do sofrimento da criança**<sup>2</sup> (PNHAH, 2002).

[...] a mãe junto da criança faz todo esse trabalho (banho, higiene) além de minimizar o sofrimento dela devido à hospitalização, porque está presente alguém com confiança do seu ambiente familiar, do seu amor maior que geralmente é a mãe e, passa pra ela a confiança. Está aqui nesse ambiente, mas tá de forma segura porque ela (a mãe) está presente (E 02, AE).

#### **Além da realização de cuidados apreende as necessidades singulares da criança**<sup>3</sup> (RIBEIRO, 1998; MENDES; BOUSSO, 2006).

A família, em si, ela tem realizado mais os cuidados com relação à higiene e à alimentação. Elas sempre se preocupam assim quando a dieta não vem [...] as mães sempre observam quando as crianças estão piorando, vezes por

---

<sup>1-3</sup> Grifo nosso.

outras com o passar do tempo elas já conseguem relatar quando a criança passa muito tempo sem urinar, quando está há muito tempo sem defecar; então, esse era um cuidado que era da gente e com a presença dela elas tão também conseguindo fazer, o que ajuda o serviço da gente (E 04, AE).

O primeiro cuidado é que o que ela (a criança) sente ela (a mãe) corre logo pra avisar, pra comunicar a gente, esse é um dos primeiros cuidados que o acompanhante se preocupa (E 12, E).

Para as profissionais, as ações realizadas pela família são óbvias: “elas (as mães) já vêm pra cá sabendo que vão cuidar, ter a obrigação de cuidar diretamente da criança; isso elas já sabem pra que vêm” (E 02, AE). As condições de saúde da criança devem ser levadas em consideração ao serem delegadas atividades para a família, pois o cuidado realizado no hospital geralmente difere daquele realizado no domicílio. “A avó não tinha o menor jeito com a criança e tinha poucos dias que ela tava com a criança, não sabia, a menina tava com soro, com sonda, com um monte de coisa, complicada que só” (E 11, AE). As profissionais devem entender que a presença de cateteres, sondas, curativos gera medo e insegurança na família quando da realização dos cuidados no hospital. Os cuidados que a família presta no hospital não são semelhantes aos realizados em casa, pois as necessidades de saúde do contexto hospitalar são diferentes das necessidades do ambiente doméstico. Assim, os atos realizados no hospital com a criança enferma, por mais simples que possam parecer, se tornam complexos devido às condições de saúde da criança e exigem um cuidado ampliado que o acompanhante, por diversas razões, não tem competência para oferecer. A família, antes de ser uma participante de atos em saúde, precisa ser envolvida no processo e instrumentalizada a realizar funções em condições de co-partícipe do processo de saúde-doença da criança.

Os agentes do trabalho na assistência pediátrica pressupõem que o acompanhante está consciente de que tem que realizar cuidados e, portanto, não oferecem informações ao mesmo. Desse modo, as relações interpessoais não contemplam a perspectiva da interação. A equipe de enfermagem só tem tido contato com o binômio ao realizar procedimentos que exigem a sua presença. Instrumentos de trabalho que envolvam a interação interpessoal não são utilizados por esses profissionais e, muitas vezes, são os demais acompanhantes as pessoas responsáveis pelas informações relacionadas à organização do serviço na unidade.

[...] as próprias acompanhantes é que quando chegam já vai dizendo logo. “Oh, aqui” já vai mostrando aquela 317 A, vai mostrando aonde dá banho, já dizendo até o banheiro delas. Se bem que a gente diz: oh, o seu banheiro é lá no final do corredor tal. Muitas acompanhantes que já são mais antigas, ensinam tudo, passam tudo pra elas (E 12, E).

Como não há uma organização no processo de trabalho que oriente os profissionais a realizarem uma assistência pautada pela integralidade, as informações importantes, no que tange ao envolvimento da família no processo de cuidar, são transmitidas aos acompanhantes por outros mais antigos, os quais podem ter recebido informações não suficientes para o seu entendimento. Com isso, se aumenta a chance de repassar orientações impróprias para quem chega, pois cada binômio precisa de aproximações sucessivas com a equipe para que possa tomar parte do processo terapêutico da sua criança com conhecimento.

A equipe de enfermagem afirma que todas as mães já sabem que a elas cabe realizar determinados cuidados porque elas não perguntam às mães se querem ou não fazê-lo, tampouco se precisa de ajuda (COLLET; ROCHA, 2004).

[...] assim quando a criança anda, consegue se movimentar. Ela (a mãe) sabe que tem que dar banho, que tem o banheiro na enfermaria, ela mesma só faz pedir a roupa, né? Agora quando é uma criança que um bebezinho, tem muita mãe que não tem muito, geralmente as primíparas, que não tem muito cuidado, assim muita prática, muito jeito de ajeitar, aí fica sem saber aonde é que vai dar banho, como é que vai ser. Já aconteceu de eu pegar uma mãe na enfermaria que disse: “olhe hoje é o segundo dia que esse bebê não toma banho!” Aí eu disse: por que não toma banho? “Porque eu não sei onde é que dá banho.” Eu disse: por que você não perguntou a gente, a equipe de enfermagem, o pessoal de enfermagem que vem aqui fazer a medicação, porque aí tem bacia, aí eu expliquei que tem água morna sabe e ela dava lá no bercinho mesmo (E 12, E).

A falta de informações pode trazer implicações no tratamento da criança, pois os acompanhantes não têm obrigação de saber conduzir as situações no ambiente hospitalar, nem mesmo aqueles com sucessivas admissões no hospital. Cada momento vivenciado pelo binômio é ímpar e requer do profissional conhecimento e dedicação para lhe ajudar em suas necessidades. Os profissionais não podem deixar de exercer suas atividades por pressupor que a família sabe que deve realizar um banho, uma alimentação por distinguir a complexidade desses atos. A comunicação é um instrumento de trabalho indispensável na assistência pediátrica e deve ser utilizado pelas profissionais da saúde a cada encontro de cuidado com o binômio, pois o acompanhante pode não reconhecer a condição (de gravidade ou

complicação) da criança para realizar determinados procedimentos, até mesmo os que parecem ser mais simples. Por meio do diálogo e da criação de vínculos equipe e família podem ter momentos de partilhas de conhecimentos que viabilizem o processo de cuidar da criança enferma no cotidiano assistencial, favorecendo o enfrentamento do binômio.

Outro aspecto relevante é que além das atribuições delegadas à família, consideradas semelhantes às domiciliares, algumas técnicas mais complexas, em alguns casos, são realizadas pela família como, por exemplo, a administração de dieta por sonda.

[...] a gente nunca deixa pra mãe administrar (dieta por sonda), a não ser que ela peça, que tenha costume, quer administrar que sabe como administrar e ele toma, aceita bem direitinho com ela, melhor [...] (E 01, AE).

[...] não é só alimentação, não é só o banho, mas assim podia ser alguma medicação tópica que ela poderia assim implementar [...] se for uma esses menininhos já com problemas neurológicos, então ela já tem muita prática na dieta por sonda (E 02, AE).

Uma especificidade da unidade em estudo é ser um hospital de referência para o tratamento de doenças crônicas. Essa característica é reconhecida pelas entrevistadas como um motivo para a família realizar cuidados mais específicos: “uma criança como a neuropata que está ali na 315 agora, que a mãe tem muito mais jeito pra alimentar (por sonda) do que nós né? Nós trabalhamos, mas a gente não tem o mesmo jeito de alimentar do que uma pessoa que cuida diariamente daquela criança” (E 06, AE).

O fato de a criança continuar necessitando de alguns procedimentos no domicílio, como a sonda, por exemplo, não diminui a responsabilização da equipe de enfermagem no cuidado da criança na estada hospitalar, pois concordamos com Campos (2003) quando ele afirma que a participação da comunidade não desobriga ou diminui o compromisso e a responsabilidade dos serviços com a defesa da vida. O mesmo se aplica à situação em estudo.

Ao se referir ao trabalho das profissionais da enfermagem no cuidado à criança, as entrevistadas revelam que a assistência de enfermagem tem se organizado à mercê da vontade de cada profissional, sendo possível identificar individualmente quem realiza um ou outro procedimento:

[...] X é uma pessoa muito competente que dá banho, que se preocupa no bem-estar, de passar uma pomada, de cortar uma unha, do conforto para que a criança durma, tudo isso ela faz! Têm outras também, tem umas meninas que fazem também, tem Y, que gosta muito dessa parte, desses cuidados e muita gente aqui que faz, tem Z, W, faz, tem muita gente que usa o lado humano ainda, não só o profissional. Aquele que só faz medicação, verifica PA e pronto, não. Tem aquele que traz uma coisa pra criança, traz outra, tem essa parte (E 10, AE).

Na unidade em estudo, a assistência de enfermagem tem se organizado a partir da autonomia e do interesse de cada profissional, não existindo diretrizes coletivas que norteiem a prática assistencial, nem tampouco um projeto terapêutico que contemple as singularidades do trinômio equipe-criança-família. Dessa forma, o processo de trabalho apresentado tem características de um trabalho fragmentado e sem peculiaridades, no qual o cuidado a ser realizado pela família é, muitas vezes, imposto.

Essa é uma realidade que parece não ser única. Reeves, Timmons e Dampier (2006) apontam em uma pesquisa que fatos dessa mesma natureza também acontecem nos EUA e relatam que em uma unidade assistencial em que os pais foram entrevistados acerca da participação no cuidado ao filho hospitalizado, os acompanhantes sentiram que seus papéis como pais foram desvalorizados pelas enfermeiras e tenderam a ser vistos como realizadores de cuidados. Além disso, o cuidado não era sempre negociado.

A dimensão da participação da família na assistência à criança hospitalizada é uma condição não regulamentada, mas imprescindível. Deve acontecer não de forma imposta, mas negociada (COLLET, 2001). A realização de ações interdisciplinares e de responsabilizações integrais, permeadas pelo diálogo e criação de vínculos, a cada situação em particular, é um meio que pode ser utilizado na perspectiva de um cuidado ampliado e singular (ANDRAUS et al., 2004; VERNIER; DALL'AGNOL, 2004). Os profissionais devem buscar identificar as necessidades da criança e da família no cotidiano e, utilizando instrumentos de trabalho pautados pela integralidade, atender a essas necessidades individuais.

### **4.2.3 Relação equipe-família: o cotidiano de uma submissão velada**

A rotina do processo de trabalho aponta que as relações interpessoais no cotidiano hospitalar entre a equipe e a família da criança hospitalizada têm se constituído, muitas vezes,

de encontros entre profissionais e acompanhantes durante a realização de procedimentos (SUGANO; SIGAUD; REZENDE, 2003). Os profissionais têm mantido uma relação de distância com a família. Não existe uma aproximação interpessoal balizada pelo diálogo, escuta qualificada e apreensão das necessidades. Um convívio dessa natureza não propicia a aproximação e a criação de vínculos entre equipe-criança-família, dificultando as relações no cotidiano. Durante o período de internação, ouvir a família em suas necessidades e tentar ajudá-la de alguma forma, realizando encaminhamentos, é de fundamental importância para a realização de um cuidado centrado nas singularidades do binômio (LIMA et al., 2006).

O diálogo é um instrumento de trabalho, por meio do qual se aplica os saberes da enfermagem para informar a família sobre o cuidado. Essa é uma das ferramentas de trabalho deve fazer parte de um projeto terapêutico para a enfermagem pediátrica pois, no encontro entre indivíduos, “deve ser reclamada a centralidade do diálogo no cuidado” (AYRES, 2007, p. 59). Para o mesmo autor, esse diálogo não se caracteriza apenas em fazer o outro falar sobre aquilo que o profissional deseja saber. É necessário ouvir o que é indispensável para aquele que demanda o cuidado e, a partir de então, utilizar os meios de trabalho adequados para atender às necessidades. De acordo com Barbosa e Rodrigues (2004), o diálogo se faz importante no cotidiano assistencial, quebrando barreiras, fortalecendo as relações, facilitando a interação equipe-criança-família.

A falta de comunicação entre a equipe e a família corrobora a prática de um cotidiano pautado nas ações de poder e submissão. Contudo, as profissionais não têm se dado conta que os cuidados realizados pela família, discutidos no item 3.1, não são negociados, mas impostos.

No cotidiano assistencial o diálogo tem sido confundido com orientação: “a questão da orientação ela é bem aceita [...] geralmente quando é uma pessoa, até que vem estressada, se você fala direito, você fala direito, você orienta direito é bem aceita” (E 06, AE). A orientação é entendida, por algumas profissionais, apenas pela verbalização acerca de um procedimento ou de atitudes a serem tomadas pela família, restringindo-se a informações. Alguns profissionais relatam que demonstram os procedimentos e depois pedem para a família dar continuidade.

A gente prepara e leva o material lá e faz e mostra a ela como é que faz e pergunta se ela pode fazer de outra vez se achar que ela tem condição (E 05, AE).

Eu vou ajudar, ensino a limpar, como botar o remédio, pra dar uma dieta por sonda eu ajudo também, ensino também como fazer [...] primeiro eu faço, mostro a ela como é que eu vou fazer pra poder ela também na outra dieta eu vou olhando ela fazer pra ver se está correto. Se ela aprendeu mesmo o que eu ensinei (E 09, AE).

A equipe relata que prepara o material e faz o procedimento para a família ver e após avalia as condições da mesma, seja pela repetição dos atos ou pelo questionamento de sua apreensão, em dar continuidade na realização do procedimento. No entanto, antes de “ser ensinada” a família não é questionada acerca do seu desejo, interesse ou aptidão em fazer tal procedimento.

Segundo Peduzzi (1998), no trabalho em saúde o saber técnico instrumentaliza as ações e distingue os trabalhos especializados, de modo que o conhecimento científico não acontece de forma direta e imediata. O que subsidia e instrumentaliza o trabalho em saúde é a especificidade do conhecimento técnico ou tecnológico. Nesse sentido, entendemos que o cuidado que tem sido delegado aos acompanhantes no âmbito hospitalar deve ir para além de orientações teóricas.

[...] as questões de cuidado de orientações a essas mães [...] de elas compreenderem a necessidade de um cuidado mais específico, principalmente quando se trata [...] do cuidado mais direto, essas orientações como alimentação que tem muita que criança que vai ficar em casa fazendo alimentação via sonda, mas no serviço é necessário que a gente oriente essa mãe como vai fazer, porque, às vezes, as mães chegam aqui fazendo (dieta por sonda) via jato e aí elas não sabem o risco que um jato na mucosa gástrica, o que pode desencadear as alterações até o risco de uma hemorragia dependendo do quadro que esteja essa mucosa dessa criança ela não sabe como é que vai ficar [...]. (As auxiliares falam): “eu já orientei, mas aí orienta, elas falam de orientar é a história da didática do que você ouve, você capta de um jeito, o que você ouve e vê você capta de outra forma. Então essa questão de dizer como faz e mostrar como que tem que ser feito” (E 03, E).

O depoimento vislumbra um envolvimento com a família em que a equipe deve não apenas falar, mas ter atitudes práticas no processo de ensino-aprendizagem às famílias, especialmente àquelas que darão continuidade ao tratamento no domicílio. A vinculação entre teoria-prática é apontada como o meio de ensino mais apropriado para a realização de atos tão específicos, como cuidados em saúde. Entretanto, a concepção geral da equipe consiste de que

a orientação está relacionada a dizer ou mesmo deixar subentendido que é responsabilidade da família realizar determinados procedimentos.

Embora a práxis da unidade em estudo mostre que a família tem realizado uma diversidade de cuidados à criança hospitalizada, as profissionais não sentem qualquer segurança em entregar a medicação ao acompanhante e deixá-lo administrar sozinho. A enfermagem responsabiliza a acompanhante para alguns cuidados como higiene, conforto, alimentação, inclusive a alimentação por sonda; porém, em relação a outros cuidados não a considera capacitada, mesmo que sejam realizados frequentemente no domicílio, como é o caso da medicação oral.

(Dá a medicação) Pra mãe, junto com nós pra que a gente tenha certeza de que a medicação foi administrada [...] a gente sempre que não administra fica na presença porque se deixar elas não dão (E 01, AE).

Identificamos, a partir de então, um paradoxo na relação de confiança que permeia o convívio equipe-família, uma vez que a equipe tem se eximido de algumas responsabilizações no seu processo de trabalho e conferido à família o encargo pela realização de cuidados considerados complexos no ambiente hospitalar. Ao mesmo tempo, realiza uma fiscalização policiaesca na hora da administração de medicação por via oral, quando explicita que precisa certificar-se que a medicação foi de fato administrada. Aparentemente, não existem razões para que a família não administre a medicação, considerando que essa é uma condição indispensável para que a criança se recupere e retome suas atividades. Condutas dessa natureza inviabilizam o cuidado compartilhado, a construção conjunta entre mãe, equipe e criança (quando a sua idade assim permitir) de uma assistência singular e que atenda às necessidades identificadas em cada momento específico do processo de hospitalização e enfrentamento de uma doença.

[...] mesmo quando ela a mãe tá com a medicação eu vou lá e verifico se tá sendo dado a medicação; sempre verifico (E 02, AE A família)

[...] da medicação até o banho porque a gente dá pra mãe pra que ela dê pra o filho (a medicação oral). Geralmente a gente faz assim, nem que a gente fique lá esperando (E 11, AE).

Acompanhar um determinado cuidado com a finalidade de verificar se a família o fará, desqualifica esse cuidado e a enfermagem, que deveria responsabilizar-se pelo mesmo transfere essa responsabilidade para a família. Essa condução no trabalho faz com que a enfermagem assuma um papel de fiscalizadora dos procedimentos desenvolvidos pela família. Esse modo de organização do processo de trabalho nos leva a refletir sobre a relação entre a equipe de enfermagem e a família na unidade em estudo. Os cuidados realizados pelos sujeitos da investigação não têm sido compartilhados. A equipe parece não se preocupar com a dimensão da participação da família no cuidado para ver o seu trabalho diminuído. Contraditoriamente, não reconhece no acompanhante uma pessoa de sua confiança em quem possa conferir a realização total de uma ação terapêutica a ela atribuída. A falta de aproximação e de relações interpessoais compartilhadas no cotidiano hospitalar entre equipe e família podem contribuir para uma relação permeada pela desconfiança.

A comunicação, o diálogo, a escuta, a criação de vínculos, não tem sido instrumentos utilizados pela equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada nem tampouco há apreensão por parte das profissionais da ampliação do seu objeto de cuidado. Além de não ser envolvida no cuidado, a família tem se submetido muitas vezes a uma permanência hospitalar abnegada em que não tem tomado parte nas decisões e quando realiza alguma atividade esse acontecimento se dá por meio de uma relação velada e implícita de poder entre os profissionais e acompanhantes.

A família tem realizado cuidado à criança, mas não há uma relação de estreita confiança, uma vez que não são supervisionadas, mas fiscalizadas em alguns procedimentos. A enfermagem não vê riscos e complexidade no fato de a família dar banho, ou oferecer uma dieta, para uma criança com soros, drenos, cateteres. Mas não confia na administração da medicação oral. Podemos pressupor que os cuidados de higiene não são reconhecidos pelos profissionais como relevantes para a recuperação da saúde da criança, de tal forma que a equipe tem delegado implícita ou explicitamente sua responsabilidade em realizá-lo. Faz-se necessário buscar apreender qual a importância dada pelas profissionais, nesse momento, aos cuidados que constituem necessidades fisiológicas da criança e que superam os procedimentos técnicos.

A subjetividade dessa relação deve ser retomada, ou quem sabe construída, pois a enfermagem está de tal forma distante da família que ainda não tomou consciência da ampliação do seu objeto de trabalho. Embora a presença da família como barreira para a realização do trabalho da enfermagem tenha sido superada e os conflitos entre a equipe e a

família não tenham sido manifestados nesta pesquisa, a relação que permeia esse convívio não é uma relação de parceria. Neste tipo de relação há articulação e discussão entre os saberes das partes envolvidas. O que constatamos foi uma relação em que, enquanto a família permanece ao lado da criança e ajuda nos cuidados, ou seja, divide tarefas com a enfermagem, sua permanência, como acompanhante, é vista como positiva. Caso contrário, representa um óbice para o cuidado.

Defendemos o argumento de que a família deva ser envolvida no cuidado assistencial à criança hospitalizada e co-executora do cuidado. Para tanto, precisa ser habilitada a partir das necessidades produzidas no cotidiano. Vale ressaltar que a execução de cuidados à criança pela família não deve reduzir a responsabilidade da equipe de seu fazer, mas ser um momento de aproximação e aprendizagem para os sujeitos envolvidos no cuidado. Para tanto, a enfermagem precisa reconhecer o seu objeto de trabalho no novo contexto, ampliando-o, para que a família seja de fato envolvida no cuidado à criança, mas que também seja cuidada. Nesse processo, a enfermagem precisa também superar a mera expectativa da realização de cuidados para a diminuição da sua carga de trabalho e consolidar a perspectiva do cuidado integral, por meio de novos instrumentos de trabalho. A organização do processo de trabalho nessa direção deve estar fundamentada nas tecnologias leves do cuidado, entre as quais se encontra a relação de parceria.

#### **4.2.4 As concepções da equipe de enfermagem acerca da participação da família no cuidado**

O ACP é um modelo assistencial que trouxe uma nova demanda de cuidados para a enfermagem devido ao objeto de trabalho ter sido ampliado, conforme discutimos anteriormente. Os primeiros anos da década de noventa foram os primórdios da nova relação que se constituía no âmbito hospitalar entre a equipe de saúde e a família da criança hospitalizada, sendo que, a partir de então, esse acompanhamento foi regulamentado. Durante os primeiros anos desse modelo de assistência houve um processo de negação por parte dos profissionais quanto à permanência da família. Os trabalhadores se sentiram ameaçados e possivelmente supervisionados legalmente pelos acompanhantes.

A inserção do acompanhante no âmbito hospitalar tinha uma perspectiva de oferecer uma assistência mais humanizada e uma estada menos sofrida à criança e à sua família, pois a hospitalização era um momento de separação entre ambas as partes. Os possíveis traumas à criança advindos dessa separação foram reconhecidos como contributivos para que a criança tivesse seqüelas por toda a vida. Segundo Bowlby (1993), a presença da mãe e seu amor na infância são tão importantes para a saúde mental da criança quanto as vitaminas e proteínas são para a saúde física.

Com a instituição do ACP, a família iniciou um processo de inserção no ambiente hospitalar. No entanto, não houve um delineamento do âmbito da participação do acompanhante no cuidado, até então da responsabilidade exclusiva da equipe de saúde. No novo contexto, nem a instituição nem a enfermagem, particularmente, promoveram uma reorganização para receber a família. Assim, o advento do ACP causou impacto aos profissionais, pois os mesmos não sabiam como se comportar na presença do acompanhante, nem como lidar e atender às novas necessidades de saúde que se produziam. Na atualidade, a equipe de enfermagem e a família vivem outro momento de sua relação, a dimensão da participação da família no cuidado.

A falta de um projeto que delineie o envolvimento familiar no processo de hospitalização tem propiciado o estabelecimento de uma relação superficial e contribui para uma comunicação enfraquecida entre equipe e família, fato que tem afastado os profissionais do binômio. Essa característica da organização do processo de trabalho não tem dado visibilidade às necessidades do binômio nem aos conflitos desencadeados na relação ora estabelecida entre os agentes que cuidam da criança. É possível que esse fato esteja relacionado à falta de aproximação entre a equipe e família. Parece que esses estão tão distantes que os conflitos não têm aparecido mais com a intensidade verificada em pesquisas semelhantes realizadas em outros anos por outros pesquisadores.

Na atualidade, a concepção da equipe de enfermagem acerca da participação da família no cuidado revela-se controversa uma vez que os depoimentos reconhecem que a presença da família é importante para oferecer aconchego e segurança à criança. Por outro lado, embora os sujeitos desta pesquisa recorram à participação da família na realização de cuidados e na ajuda ao trabalho da enfermagem, criticam essa mesma família quando ela não aceita as imposições feitas pela equipe. Assim, desde que os acompanhantes aceitem certas condições, que dependem de cada profissional individualmente, sua presença é reconhecida como importante no ACP; caso contrário, torna-se um óbice para o cuidado.

Inicialmente os depoimentos das profissionais relatam que a presença da família é boa e contribui para uma melhor recuperação da criança, especialmente pelo fato de as crianças serem postas diante de desconhecidos e submetidas a procedimentos quase sempre dolorosos.

[...] eu acho que a companhia da mãe, do acompanhante em si, deixa a criança mais segura, deixa a criança como se ela tivesse, ela está num ambiente totalmente estranho, então pelo menos ter alguém que ela conheça naquele ambiente é muito importante pra ela, eu acho que ajuda no desenvolvimento, no prognóstico das crianças (E 11, AE).

A família representa segurança e estabilidade emocional para a criança hospitalizada e as profissionais entendem a contribuição dessa presença para a sua recuperação. O suporte emocional para a criança é um aliado nas diversas situações de conflito vivenciadas por ela na situação de hospitalização (COA; PETTENGILL, 2006). Contudo, na prática assistencial, os depoimentos apontam que a família representa ajuda nos cuidados: “a mãe veio pra acompanhar a criança, acompanhar a criança e ajudar nesses cuidados” (banho, alimentação) (E 02, AE).

A concepção de que a mãe sabe que está no hospital para cuidar da criança, conforme discutimos no item 3.3, tem feito com que as profissionais se eximam de seus afazeres ao impor, veladamente, que cuidados como conforto, higiene, alimentação sejam realizados pela mãe.

[...] Eu acho que as mães aqui são ótimas que fazem, tem aquela mãe que infelizmente não tem aquela educação de dar banho na criança, aquela higiene toda, então falta ainda aquela higiene, é preciso você tá dizendo mãezinha dê um banho na criança, mas eu acho que elas cuidam (E 10, AE).

Quando o acompanhante não executa o cuidado de acordo com as expectativas das profissionais, estas não tomam para si a responsabilização do seu trabalho, mas insistem e mandam a mãe fazê-lo. A enfermagem não busca compreender as razões pelas quais o banho não foi dado adequadamente. Como não há diálogo, a equipe não identifica as condições da família em participar do cuidado assistencial, mas impõe a realização dessa atividade. Esse modo de organização do trabalho conduz ao distanciamento das profissionais do binômio e é um dos principais determinantes de uma relação de responsabilização individual, na qual a família apenas ajuda, mas não é envolvida no cuidado. Embora os depoimentos afirmem que

não tem havido diálogo no cotidiano assistencial, a falta de comunicação ainda não foi percebida pela equipe como um empecilho na relação do cuidado ao binômio.

O reconhecimento da “ajuda oferecida pela mãe” no cotidiano assistencial é colocado como aspecto fundamental na concepção das profissionais acerca da presença da família no ambiente hospitalar.

Na maioria das vezes eu acho que é proveitosa (a presença da família), além da ajuda que elas dão. Que a gente tá com bem menos trabalho, que já ajuda na parte de higiene do filho, fica olhando o soro e, se faltar qualquer coisa chama: “o menino tá com uma dor”, chama a gente (E 05, AE).

A diminuição da carga de trabalho da enfermagem desde o início do ACP é outro aspecto reconhecido pela equipe de enfermagem. Enquanto a família aceita as condições impostas, implícita ou explicitamente pela equipe, a sua presença é reconhecidamente valorizada, mas a partir do momento que deseja partilhar algum conhecimento ou tenta proteger a criança de uma situação dolorosa ou de sofrimento, passa a ser um complicador no cuidado.

[...] às vezes a mãe atrapalha, não deixa a gente fazer as coisas direito. Quando vai puncionar uma veia fica com aquela coisa, não punciona num canto, num punciona noutro, um remédio, fica às vezes duvidando: “que remédio é esse?” (E 05 , AE)

Assim, a equipe de enfermagem espera que a família só intervenha quando lhe for conveniente, pois “quando começam (as acompanhantes) a se meter nos procedimentos que elas não entendem, elas passam a atrapalhar” (E 04, AE).

Esses depoimentos apontam que a relação entre a equipe e a família não tem acontecido na perspectiva da interação entre os saberes profissional e familiar. A enfermagem ainda não tem como objeto de seu trabalho o cuidado ampliado e realiza uma assistência hospitalocêntrica e tecnicista. A família não é envolvida no processo de cuidar de modo negociado, tampouco objeto de cuidado, de modo que as relações de poder têm permeado o cotidiano assistencial no ACP e o processo de trabalho não incorpora a dimensão da subjetividade que esse tipo de trabalho exige e que se traduz no acolhimento, escuta qualificada, troca de saberes e experiências.

À medida que o poder, a falta de vínculos e de escuta qualificada prevalece nas relações interpessoais entre a equipe e a família, as necessidades da criança durante a hospitalização são desconsideradas ou despercebidas.

A gente quer o paciente num banho, é impedido porque ele está dormindo. Eu acredito que dentro de um leito do hospital isso não pode existir, a gente quer fazer uma medicação que tá dentro daquele horário, aí é impedido: “deixe ele acordar, mais tarde (eu dou o banho)”. Só que a gente tem o horário do medicamento, então os familiares atrapalham neste momento, que a gente queria o apoio dele independente disso aí, quer dizer quando a equipe de enfermagem chegasse pra exercer sua função direcionada ao paciente, eles não atrapalhassem, não impedissem, e a gente tem essa pequena barreira, essa pequena barreira existe. [...] a gente nunca realiza o banho na hora em que a gente quer (E 01, AE).

Nesse depoimento, a imposição prevalece sobre a flexibilização das ações, o repouso da criança não é reconhecido pela equipe como uma necessidade de saúde e a realização de um banho torna-se superior às condições de saúde da criança, que podem esclarecer o sono em um horário considerado inapropriado para as profissionais. A desconsideração das reais necessidades da criança evidencia que a assistência não é centrada no usuário, mas no cumprimento de horários que nem sempre são justificáveis.

De acordo com Merhy (1997) a assistência centrada no usuário e no conjunto de subjetividades que o mesmo produz continuamente se caracteriza pela articulação entre os diversos saberes profissionais e traduz um trabalho pautado pela mediação entre as tecnologias leves, leve-duras e duras do cuidado. O cuidado usuário centrado é comprometido com benefícios para os usuários por meio de uma assistência que vislumbre a conexão dos atos em saúde e atenda a singularidade de cada um no enfrentamento dos problemas de saúde.

No depoimento acima quando o acompanhante solicita: “deixa ele acordar, mais tarde (eu dou o banho)”, a enfermagem percebe que a família manifesta a sua disponibilidade em cuidar da criança. Contudo, a equipe justifica a necessidade de cumprir suas tarefas, explicitando uma controvérsia acerca da realização dos cuidados, pois anteriormente falava que o banho é realizado pelo acompanhante. A controvérsia está em afirmar que atende as necessidades da criança e, ao mesmo tempo, organiza seu trabalho a partir do estabelecimento de rotinas inflexíveis como é o caso do horário do banho. Há uma inversão de prioridades. No processo de recuperação da saúde o repouso da criança é fundamental e tal aspecto não é

respeitada, ao ser priorizada a realização de uma tarefa, que também é importante, mas que pode ser adiada.

A família é capaz de reconhecer as necessidades da criança, enquanto a enfermagem parece estar passando despercebida da subjetividade infantil. Schmitz (2000 apud LITCHTENEKER; FERRARI, 2005) explica que os familiares se tornam críticos em relação à assistência e aos procedimentos, com o passar dos dias, e supervalorizam os pequenos detalhes do cuidado. Além disso, desejam realmente ser envolvidos no processo assistencial, não sendo meros realizadores de cuidados.

O saber em saúde aparenta superar quaisquer conhecimentos que a família já tenha acerca das necessidades da criança. A equipe acredita que realiza uma assistência que atende às necessidades do binômio quando concretiza atos em saúde com rigor a normas e horários.

[...] seguir a risca o horário que nós temos, se você não seguir o horário que está estipulado, que a gente tem aí então a gente vai atrapalhar já pra o próximo (horário) [...] Poderia (ser flexível) se deixasse assim pras 07 horas (o banho). Mas aí eles vão acostumando porque 07, 07 e 30 chega o café. Seria ótimo se todo mundo tivesse tomado banho, pesado e lá no seu leito mesmo sentado, esperando a hora do café, aí muitas vezes a gente deixa, aí ele tá lá nas condições só Deus é quem sabe, pra tomar café, pra tomar nebulização, pra pesar, porque a gente tem horário (E 01, AE).

[...] eu acho que hospital tem que ter hora pra isso, hora pra aquilo, até mesmo pra assistir televisão, às vezes, passa direto. Eu acho assim, o paciente porque ele tá doente, não tem que estar assim à vontade, ah, porque o bichinho tá doente (E 06, AE).

O fato de o hospital ter hora certa para a implementação da assistência aos seus usuários, não significa que oferece uma assistência fundamentada no cuidado ampliado, ao contrário aponta um trabalho centrado em normas e rotinas rígidas e pouco flexíveis que não visualizam para além da doença e não atendem ao cuidado ampliado. No cuidado à criança hospitalizada, corroboramos Collet e Oliveira (2002) quando explicam que devemos considerar a criança como sujeito de sua história e plena de direitos, dentre os quais o direito à liberdade e à dignidade. Sob essa ótica, a rigidez de normas e rotinas hospitalares devem ser reavaliadas na prática e no cotidiano uma vez que muitas necessidades advêm de peculiaridades da criança, características da fase de desenvolvimento pela qual passa.

A assistência pediátrica requer dos profissionais ações balizadas pela atenção, acolhimento e criação de vínculos (MONTEIRO; FERRIANI, 2000). Na prática assistencial,

a família tem realizado cuidados considerados simples e, muitas vezes, comparados aos domiciliares. Entretanto, não tem sido levado em consideração que o exercício de qualquer atividade no âmbito hospitalar requer um cuidado ampliado, tendo em vista a complexidade do processo saúde-doença e as condições do binômio.

O cuidado às necessidades do binômio não têm sido apreciado pelos profissionais. Além disso, a assistência centrada em procedimentos assinala a não apreensão das peculiaridades do processo de trabalho da Enfermagem na assistência em ACP. Ao nosso ver, a organização do trabalho centrado na família amplia nosso objeto de trabalho e requer novos instrumentos para operacioná-lo.

É importante destacar que o envolvimento da família nos cuidados à criança demanda da Enfermagem rever como ela tem delineado esse processo. Muitas vezes, é imposto à família prestar cuidados que nem sempre se sente em condições de realizar. A Enfermagem precisa assegurar-se se o acompanhante deseja participar diretamente no cuidado da criança doente, bem como se está instrumentalizado para exercê-lo de forma a atender às necessidades da criança na situação em que se encontra, quando da realização dos cuidados (PIMENTA, 2006). Nesse sentido, a Enfermagem deve reorganizar sua prática assistencial a partir do cuidado negociado e compartilhado a cada situação singular, promovendo, assim, a autonomia da família e, ao mesmo tempo, respeitando as demandas de cuidado da família. Sob essa ótica, ressalta-se, ainda, que não podemos perder a dimensão cuidadora da Enfermagem, pois mesmo quando a família presta o cuidado à criança, a responsabilidade por esse cuidado é da Enfermagem.

### **4.3 Repercussões/Implicações da Organização do Trabalho para a Profissão**

As repercussões da inserção da família no ambiente hospitalar para a criança é um tema discutido por profissionais das várias áreas da saúde. Os estudos que buscam apreender a concepção das crianças acerca da participação da família no cuidado hospitalar apontam, em sua totalidade, que o ACP é uma forma de organizar a assistência por demais benéfica (LITCHTENEKER; FERRARI, 2005). Com a presença da família as crianças sofrem menos no ambiente hospitalar, pois encontram nos familiares pessoas de sua confiança.

O vínculo que as crianças estabelecem com seus parentes não deve ser quebrado durante o internamento; ao contrário, as mesmas precisam se sentir seguras para que a estada hospitalar não gere traumas. De modo geral, todos os procedimentos hospitalares aplicados à criança enferma causam sofrimento e, muitas vezes, dor. Portanto, a família é a melhor companhia que a mesma pode ter nesse ambiente de cuidado. Na concepção dos profissionais, a presença da família, de fato, minimiza o sofrimento infantil e contribui para que as crianças se fortaleçam para enfrentar o processo de hospitalização. De acordo com Oliveira e Collet (1999) a criança busca apoio, orientação, proteção para o desconhecido e para o sofrimento em pessoas que lhes são significativas. Portanto, a presença do acompanhante representa para a mesma a segurança necessária para enfrentar as adversidades da hospitalização. Para Bretãs et al. (1995) a presença da família tem ação terapêutica na saúde da criança.

Assim, (a família) é uma segurança pra a criança [...]. Somos estranhos pra aquela criança, então ela acompanha a criança até o procedimento, é uma ajuda que a gente tem dela com relação à criança olhar e ver uma pessoa conhecida e tentar se acalmar (E 04, AE).

Um estudo realizado em 1994 já apontava que a presença dos pais no hospital é um método efetivo para reduzir os traumas psicológicos e emocionais da hospitalização da criança (GUARESCHI; MARTINS, 1997). À época, o ACP havia sido instituído há, aproximadamente, quatro anos mas os seus benefícios para a saúde da criança já eram sinalizados. A equipe de enfermagem acredita que o ACP “só veio a melhorar o tratamento assistencial entre funcionário e acompanhante” (E 11, AE), pois o binômio criança-família não vivencia mais a separação do passado. Antigamente, a criança ficava desacompanhada e recebia visitas diárias, mas ao término das visitas se iniciava um processo de sofrimento.

[...] quando a mãe vinha pra visitar a criança e ia embora, (a criança) ficava chorando demais, sentindo a falta; às vezes, nem comia. Você tinha que enganar, muitas vezes, pra ela comer (E 09, AE).

A inserção da família no processo de hospitalização, por meio da presença de um acompanhante nas unidades pediátricas, contribui para despertar na enfermagem a necessidade de desempenhar suas atividades assistenciais com mais cautela e atenção.

O interesse de fazer as coisas mais certinhas, as medicações mais certinhas (aumentou), porque antigamente a gente chegava aqui e ainda fazia Penicilina direta na veia, Oxacilina direta na veia. Então, foi mudando isso, foi vendo que fazendo no soro era melhor para a criança, doía menos, hoje em dia a gente vê o pessoal antigo já tá aprendendo a mexer mais com gelcro, que é uma coisa que dura mais, que a criança vai sofrer menos picada, menos traumatismo futuramente. Então, eu acho assim que teve uma melhoria nesse ponto (E 10, AE).

A partir do ACP, o convívio entre equipe e família passou a ser mais constante, uma vez que os encontros entre essas partes na atualidade vão para além do horário de visitas, durando toda a hospitalização infantil. O que chama a atenção no depoimento acima e que requer reflexão é a abordagem de que a partir da inserção da mãe no hospital surgiu o “interesse em fazer as coisas mais certinhas”. O fato de a mãe estar com a criança no hospital e acompanhar todos os momentos de cuidado, incluindo os procedimentos, revela que desencadeou mudanças no modo como a equipe de enfermagem desempenha suas atividades no hospital. Atitudes que antes não consideravam a dor e o sofrimento da criança, passam a ser revistas e mudanças de comportamento vão acontecendo na dinâmica do próprio trabalho.

Dentre as situações pelas quais passa o binômio durante a hospitalização infantil, a dor é uma das condições que mais gera angústia. Entendemos que a prática da realização de cuidados humanizados, que minimizem a dor, incentivados especialmente a partir do ACP, se concretize no cotidiano assistencial, mesmo nos casos em que a criança venha a ficar desacompanhada. A assistência à criança exige dos profissionais interesse pelo seu trabalho. Cada criança apresenta características peculiares à fase do desenvolvimento em que se encontra e a equipe de enfermagem precisa criar estratégias para a construção de uma assistência centrada nas necessidades do binômio. Segundo Rocha, Nascimento e Lima (2002) as profissionais que atuam na enfermagem pediátrica devem se aproximar das ciências humanas e das teorias sobre terapias familiares a fim de estarem preparadas para lidar com o binômio. Entretanto, na ausência do acompanhante, a equipe não deve eximir-se do cuidado pautado por tecnologias leves, uma vez que muitas crianças até hoje, pelos motivos mais variados, permanecem durante toda a sua estada hospitalar sem acompanhante devendo ser cuidadas com todo zelo pela equipe, não só de enfermagem, mas de saúde.

A concepção da equipe de enfermagem acerca das repercussões da participação da família na assistência à criança hospitalizada assinala para pólos que vão desde o reconhecimento da importância da família, quando esta realiza cuidados, até a inquietude, quando a enfermagem diz que a mãe intervém nas condutas ou faz algum questionamento em

relação ao tratamento. Esses pólos obstaculizam a identificação das necessidades ampliadas da criança e sua família e a construção de uma assistência pautada na integralidade. Assim, identificamos a perda da dimensão cuidadora da enfermagem na assistência ao binômio criança-família.

Enquanto a família permanecer acompanhando a criança hospitalizada na perspectiva da realização de cuidados, sem envolvimento no processo saúde-doença, uma das concepções da enfermagem será a de que a família está no hospital para reduzir sua sobrecarga de trabalho ao mesmo tempo em que minimiza o sofrimento da criança.

Lucrativo, reconhecido [...] a família também ajuda no tratamento. Então é um trabalho assim que traz boas perspectivas que continue crescendo nessa maneira sempre (E 04, AE).

Eu acho importante, eu acho que é uma boa. A participação, além de ajudar um pouco a enfermagem, tem o lado da criança, que a criança se sente segura, não fica só e se sente segura ao lado dos pais, ao lado da mãe, qualquer pessoa da família, ter uma referência, porque ele só vê estranhos (E 05, AE).

A equipe não tem conseguido ver o acompanhante para além da questão da divisão de tarefas. A não apropriação do objeto de cuidado ampliado tem constituído uma relação de distância entre equipe e família, impedindo que as profissionais superem o modo como tem realizado as ações de cuidado para além das necessidades físicas da criança, limitando-se ao desenvolvimento de procedimentos.

E o apoio da equipe junto com os familiares do paciente ele é de suma importância, a gente tá tendo um trabalho assim muito bom. Desde que ele não atrapalhe a equipe direcionada ao paciente. [...] A gente queria o apoio dele [...] quer dizer quando a equipe de enfermagem chegasse pra exercer sua função direcionada ao paciente, eles não atrapalhassem, não impedisse e a gente tem essa pequena barreira, essa pequena barreira existe (E 01, AE).

Essas concepções acerca do trabalho da enfermagem podem estar associadas à falta de articulação e responsabilização conjunta entre equipe e família, ou seja, à falta de uma relação de parceria, de interação. A família não tem obrigação de saber como é a organização do trabalho no ambiente hospitalar. Antes, precisa ser instrumentalizada no cotidiano para que

suas ações estejam coerentes com as necessidades de saúde da criança, considerando também as suas próprias condições de realizá-las. Os familiares podem estar sendo vistos como óbices no cuidado quando na verdade não estão sendo informados acerca do processo terapêutico e da organização do processo de trabalho. A carência de vínculos de confiança contribui para que as ações realizadas pela família e equipe na assistência hospitalar sejam desarticuladas e fragmentadas. Diante das características do ACP em estudo, identificamos que a forma como o processo de trabalho da unidade em estudo tem se organizado não tem permitido a construção de vínculos que possibilitem a interação e evitem a desconexão entre os atos em saúde realizados pela equipe e pela família à criança. Tal processo de trabalho assinala o cuidado centrado em procedimentos, consubstanciando uma prática assistencial pautada pela responsabilização individual da equipe e da família em relação ao projeto terapêutico da criança de acordo com a divisão funcional de tarefas.

Eventualmente, o trabalho realizado pelas profissionais na clínica em estudo aponta para o movimento em favor da assistência balizada pela integralidade; mas o poder técnico está arraigado nas concepções das profissionais obstaculizando o atendimento das necessidades ampliadas em saúde.

A participação da família no processo terapêutico, na concepção de algumas profissionais da enfermagem, além da realização de cuidados, envolve o conhecimento do tratamento, dos horários dos medicamentos usados pela criança.

[...] a mãe ela tem que participar dos cuidados da criança. Como eu digo a ela: “olhe quando não vier uma medicação, que a senhora sabe que toda aquela hora, a criança toma a medicação, por exemplo, prednisona, aldactone, que é uma medicação muito importante para a criança e se, a gente por algum motivo, ou esquecimento (não trouxer) vá atrás da gente e lembre”. Olhe fulana tá faltando tal medicação, tal hora. E outra coisa: procure ver a medicação que o filho da senhora toma porque, às vezes, pode vir errado no copinho; aí, a senhora sabe e diz: “olhe essa medicação não é do meu filho”, porque vai acontecer de ter erros e é uma forma de a senhora ajudar (E 11, AE).

A família que conhece o tratamento da criança pode tomar parte das condutas e intervir sem ser vista como empecilho no cuidado. Para tanto, faz-se necessária uma organização no processo de trabalho que direcione todas as profissionais para a mesma perspectiva assistencial, balizada por um projeto terapêutico coletivo que apreenda às necessidades do binômio no cotidiano assistencial.

Conforme dissemos inicialmente, os depoimentos da equipe acentuam três aspectos acerca das implicações da família para o trabalho da enfermagem: o primeiro deles foi o que ora discutimos quando a participação da família no ACP é reconhecida como positiva no ACP em estudo.

O segundo está relacionado aos aspectos negativos do ACP para a Enfermagem. A expectativa da equipe, de modo geral, é que a família realize cuidados à criança hospitalizada e que a mesma esteja à mercê da vontade dos profissionais, pois esses são detentores do saber que rege o cuidado. Já entendemos que o benefício do ACP, na concepção da equipe, está relacionado à subordinação profissional. Mas, há outro aspecto ainda não apontado que converge para a concepção da equipe de que a presença da família não é benéfica para o trabalho da Enfermagem, que também está relacionado à subordinação, mas emerge das falas sob um outro olhar: o sofrimento da família.

O cotidiano da família que tem uma criança enferma se modifica e passa a ser organizado a partir do que exige o tratamento (OTHERO; CARLO, 2006). Quando a família encontra-se na condição de acompanhante, enfrenta juntamente com a criança um sofrimento que, em muitos casos, faz com que os acompanhantes expressem o desejo de impedir a realização de alguns procedimentos que são dolorosos e que fazem o binômio sofrer mais, independente de ser uma dor física ou emocional, momentânea ou duradoura. Muitas vezes, a família até tenta impedir o procedimento.

Já teve assim de equipes mesmo comigo da gente ter que pedir pra mãe se retirar, algumas vezes teve que chamar outras pessoas assim no caso o próprio enfermeiro ou o médico pra tentar conversar com a mãe, pra deixar que a gente faça o trabalho com a criança porque tem umas que impedem mesmo, não deixa de forma alguma. [...] nos primeiros dias elas aceitam (os procedimentos) porque são os primeiros dias de internamento, mas com o passar do tempo elas vão ficando estressadas até mesmo pelo cansaço físico delas. Tem umas que acham que o que a gente faz não tá ajudando a criança, porque não vê melhora. Aí, elas começam a ficar chateadas, começam a dificultar o trabalho da gente (E 04, AE).

O sofrimento vivenciado pela família pode ser entendido como um empecilho no processo de trabalho da enfermagem. A enfermagem sabe que em alguns momentos durante a hospitalização a criança passará por procedimentos dolorosos e tenta entender a necessidade da realização dos mesmos para o restabelecimento ou minimização dos problemas de saúde da criança, ainda que para elas seja também uma angústia. Já a família, embora também seja

capaz de entender esse aspecto, a sua relação de amor impede que em todos os momentos ela esteja preparada para enfrentar o sofrimento infantil.

Porque assim a gente se chateia quando é uma daquelas mães que chegam aqui já querendo se achar dona do pedaço como se diz, se achar que é enfermeira [...] no caso assim a criança precisa de soro, aí tem acesso venoso difícil isso aí quando é daquelas pequeninhas (crianças), às vezes a gente precisa puncionar na cabeça, aí a mãe já não quer: “não na cabeça não, pra não raspar”. Aí, esse já é um problema, já atrapalha o serviço da gente. A família diz: “não eu não quero que pegue em tal canto, tem que ser aqui e num sei o quê” e, às vezes, também quando não quer botar soro no menino porque perde com facilidade (o acesso venoso). A família diz: “ah, se perder de novo eu não deixo mais furar” (E 12, E).

O fato de o acompanhante pedir para a punção venosa ser em um local ou outro, não necessariamente envolve questões de saber ou não saber. Pode estar relacionado, simplesmente, ao conforto do paciente. Uma criança pode ser destra e então a família prefere que o acesso venoso seja no lado esquerdo pra facilitar a sua habilidade. Uma criança que já deambula, se tem condições de puncionar um acesso venoso nos membros superiores, a família pode solicitar que não seja nos membros inferiores para não impedir a deambulação, ou devido ao medo que o local da punção possa oferecer ao acompanhante, a exemplo do couro cabeludo. Os depoimentos assinalam que quando a família intervém nas condutas, a enfermagem entende que a mesma está querendo saber igual ou mais que as profissionais. Entretanto, essa concepção não valoriza o saber da família e impede a criação de espaços de autonomia, interação e responsabilização mútua entre equipe e binômio, uma vez que a participação da família deve ir para além da realização de cuidados e alcançar a tomada de decisões no processo terapêutico assistencial. É necessário que equipe e família busque viver uma relação com vínculos, uma relação-parceria, para viabilizar a apreensão das singularidades do binômio, pois acreditamos que não é intenção da família se apropriar do exercício profissional da Enfermagem, tampouco a equipe deve querer assumir o papel da mãe na prática assistencial.

Às vezes, há um estresse dos funcionários [...] com os acompanhantes que rotulam a gente como a ovelha negra da história porque a gente vai furar o paciente [...] eles não entendem a necessidade que o paciente está tendo de ser furado e de receber aquela medicação e a gente não tem culpa se o paciente tá tendo dificuldade de haver essa função e, muitas vezes, eu acho que isso atrapalha o serviço. Por que a mãe por ela não está preparada pra

questão da dor, da angústia dela diante do quadro que ela vê. À vezes ela age de uma forma agressiva, toma a criança da mão da gente, ela não sabe o prejuízo que tem naquele momento (E 08, E).

O depoimento suscita a falta de comunicação vivenciada no cotidiano assistencial. A família não recebe informações suficientes que lhe fortaleça para superar o sofrimento e, portanto, toma atitudes de impedimento. As questões fisiológicas, como a dificuldade de acesso venoso não pode ser resolvida pela equipe de saúde. No entanto, o enfrentamento da família diante da dor da criança pode ser minimizado com medidas praticadas no cotidiano, desde que a família seja instrumentalizada acerca de todos os procedimentos antes da sua realização. Com isso, o seu envolvimento no processo de cuidar será mais eficiente, podendo-se fazer uso de brinquedo terapêutico para a criança (quando a idade permitir), uma vez que se a criança chorar menos o acompanhante sofrerá menos, conseqüentemente.

Embora reconheça que o acompanhante não está preparado para enfrentar a dor infantil, a equipe não toma para si a responsabilização desse ato no ambiente hospitalar. Não é apreendido pela equipe que a família deve ser convidada a participar do processo terapêutico desde a admissão até a alta hospitalar. O acompanhante deve ser informado acerca do que precisa ser realizado com a criança hospitalizada com antecedência para que possa se posicionar a respeito de sua aceitação ou não na conduta (CONANDA- 1995). Para tanto, ele precisa ser envolvido em todas as questões que permeiam o processo saúde-doença da criança. De acordo com Côté e Pettengill (2006), o processo de aprendizagem no ambiente hospitalar deve ser gradual, tendo em vista a vulnerabilidade que envolve a criança no processo de hospitalização. Acreditamos que essa vulnerabilidade se estende à família, de modo que se faz necessário dar ao binômio a oportunidade de participar das tomadas de decisão no cotidiano assistencial, para que o mesmo desenvolva gradativamente sua autonomia. Essa autonomia deve ser reconhecida pelas profissionais como forma de envolvimento e não intervenção.

A concepção da negatividade no ACP em relação à participação da família durante a hospitalização infantil, apontada no estudo, é absolutamente contrária ao modelo assistencial pautado pela integralidade, que se constitui a partir da criação de vínculos, escuta qualificada, relação-interação e autonomização, que buscamos construir. Portanto, esse processo precisa ser repensado no cotidiano assistencial para que a permanência do acompanhante alcance os objetivos pretendidos quando da instituição do ACP, quais sejam diminuir o sofrimento do binômio durante sua estada hospitalar.

Ainda acerca das implicações da participação da família no cuidado à criança hospitalizada emerge das falas um aspecto novo até o momento nesta pesquisa, o terceiro, a saber, a perda da dimensão cuidadora da Enfermagem. A permanência do acompanhante no ambiente hospitalar é uma realidade que se concretiza dia-a-dia. Sob essa ótica, a equipe de Enfermagem deve buscar meios para realizar um cuidado compartilhado e negociado com a família. A equipe precisa repensar seu processo de trabalho para que a presença da família não represente simplesmente a possibilidade de diminuição da carga de trabalho profissional, mas, de fato, um meio de fortalecer a criança durante a hospitalização. As profissionais precisam utilizar instrumentos de trabalho que abarquem o binômio e suas necessidades que surgem em cada situação particular, bem como buscar realizar um trabalho que apreenda o objeto de cuidado ampliado, dando visibilidade ao desempenho da assistência na perspectiva da integralidade.

Quando a equipe atribui à família, ainda que de forma implícita, a realização de cuidados antes inerentes à sua prática profissional, pode estar se desresponsabilizando da finalidade do seu processo de trabalho.

Uma das coisas que eu vejo a princípio (em relação a realização de cuidados pela família) é muito a desvalorização do cuidado, [...] fazer o cuidado e aí esse cuidado sem explicação sem orientação científica [...] ah então qualquer um pode fazer, “se é pra fazer assim, então basta eu olhar, basta eu olhar como é que faz, eu aprendo como é que faz e é suficiente” (E 03, E).

Diante do que temos estudado nessa clínica pediátrica, o cuidado não é negociado entre equipe e família, mas naturalizado na prática assistencial. O acompanhante realiza os cuidados que a Enfermagem não os faz e, ainda, reproduz a prática de outros acompanhantes, pois a equipe acredita que a família sabe por que está no hospital e não busca apreender suas necessidades. O depoimento retrata a necessidade da valorização do trabalho realizado pela equipe de Enfermagem.

Mesmo quando a família realiza cuidados à criança, ainda que sejam cuidados considerados simples, embora não acreditemos em atos em saúde simples, tendo em vista a complexificação do processo saúde-doença conforme discutimos, ela precisa ser instrumentalizada para enfrentar todo o contexto que permeia o trabalho vivo em saúde. É importante que haja um delineamento do cuidado assistencial e que esse seja compartilhado entre a equipe e a família no ambiente hospitalar. A família não pode acreditar que suas ações

dentro do hospital são simples, pois todos os procedimentos a serem realizados à criança hospitalizada requerem conhecimento, capacitação, habilidade e flexibilidade de modo que apreendam as necessidades da criança, bem como as suas próprias necessidades, pois são também objeto de cuidado.

Se a enfermagem não se apropriar da importância do cuidado que atende às necessidades singulares de saúde do binômio, pode estar contribuindo para a perda da dimensão cuidadora que constitui o exercício profissional. Na clínica em estudo, a permanência da família, na concepção da equipe, é quase sempre benéfica. Contudo, a perda da dimensão cuidadora da Enfermagem tem sido apontada a partir do ACP.

[...] quando foi aberta a questão das mães terem o direito de acompanhar, então aí eu acho assim que houve uma falha da nossa parte, principalmente das coordenações de enfermagem da clínica [...] porque a coisa foi ficando assim, é como se foi assim, relaxando... vamos dizer, a mãe está presente, então a mãe é quem tem obrigação de fazer e eu acho que não é por aí. Ela tem a obrigação de ajudar, mas a responsabilidade é nossa. Eu acho que a coisa ficou muito assim a critério do acompanhante e, muitas vezes, a mãe abre a boca e diz: “não porque o pessoal da enfermagem não liga”, e a gente sabe que elas frizam muito isso: “sou eu quem faz isso”, então eu acho que a gente da enfermagem deveria se acordar pra isso, pra que a gente não deixasse a nossa responsabilidade (no cuidado) (E 08, AE).

É importante repensar as questões que emergem da fala, uma vez que o ACP apareceu como colaborador para que a enfermagem se eximisse da sua responsabilização profissional de cuidadora e transferisse para a família tal condição. A presença do acompanhante deixou as profissionais acomodadas quando da realização de cuidados, especialmente higiene, conforto e alimentação. Embora a participação da família, como realizadora de cuidados, seja mostrada como uma obrigatoriedade na clínica em estudo, a responsabilização profissional é destacada como indispensável. É importante destacar que a família reconhece que a equipe não compartilha as ações e as confere a ela. A Enfermagem precisa repensar sua concepção a respeito do cuidado compartilhado, num movimento que busque superar a simples divisão de tarefas. O depoimento assinala a necessidade de movimento de repensar o seu processo de trabalho quando diz que os profissionais precisam acordar para não perder a responsabilidade pelos atos em saúde.

A pesquisa suscita o entendimento que as profissionais precisam refletir e debater o seu processo de trabalho acerca da participação da família no cuidado hospitalar e das

transformações ocorridas no cotidiano da equipe com o ACP. A equipe de enfermagem precisa entender que a presença da família como co-partícipe do cuidado não diminui a sua responsabilidade no ambiente de trabalho, senão contribui para a realização do cuidado ampliado, centrado nas singularidades do binômio.

Quando a equipe consegue identificar que a responsabilização profissional é iminentemente necessária, emerge das falas o entendimento da importância da intervenção da família nos cuidados a serem realizados pelas profissionais.

[...] um grande problema aqui é o limite do cuidado da enfermagem e o limite do cuidado da mãe. Às vezes, as coisas tão se confundindo muito, porque tá certo a mãe é responsável pela higiene. Mas, até que ponto ela sozinha é responsável por isso, ela é responsável pelo banho de uma criança no leito, até que ponto essa mãe sozinha ela é responsável por tá mobilizando essa criança? E aí as coisas têm se confundido um pouco [...] tem algumas mães que cobram porque é o direito delas cobrarem, certos procedimentos, a gente sabe que é direito delas cobrarem, delas conversarem, delas pedirem que o procedimento seja realizado e, às vezes o pessoal diz: “ah, mais essa mãe é muito chata, essa mãe ela, ela, ela cobra demais, ela pede demais, ela quer saber demais” né? Tem algumas (profissionais) que a gente já ouviu o pessoal “ah, essa mãe quer saber demais”. Não é que ela quer saber demais, é que é um direito dela saber tudo o que está sendo feito com a criança o que é que vai ser feito se tem um horário determinado e aí, porque é que tá sendo feito, e não custa nada dizer, não custa nada explicar (E 03, E).

A falta de um projeto terapêutico coletivo específico para a clínica pediátrica em estudo faz com que equipe e família não tenham um delineamento da dimensão dos cuidados que devem ser compartilhados com a família no cotidiano e o processo de trabalho vai se configurando a partir da vontade de cada profissional no seu horário de trabalho. Em certos momentos a família é chamada a compartilhar o cuidado com a equipe e essa forma de cuidar vislumbra a realização do cuidado-interação, na perspectiva da integralidade.

Com essas pessoas (que se envolvem no cuidado com a família) o que eu tenho observado é que elas conseguem, talvez por serem mais comunicativas ou não, elas conseguem estabelecer mais esse cuidado com a mãe; as mães acabam decorando o nome das pessoas, acabam tendo mais segurança. Tem algumas crianças que acabam tendo também mais segurança com essas pessoas e pedem pra que essas pessoas, quando elas tão no plantão, às vezes nem tão na enfermaria, mas às vezes solicitam que elas façam procedimentos. Tem algumas mães que chegam pra gente e perguntam quando é que vai estar no plantão,

quando é que vai estar e comentam que alguém que tava fez do jeito que a outra tinha feito e aí a gente sente que quando essas pessoas estão de plantão as mães sentem mais segurança, quando vai fazer qualquer procedimento com a criança e aí acho que elas ficam mais à vontade pra perguntar, pra saber como é que a coisa acontece, pra saber um pouco mais da doença, mais dos procedimentos que vão ter que fazer alguma coisa em casa, sempre que tem, se abre uma relação um pouco melhor, principalmente de conversa, de informação (E 03, E).

Acreditamos que o envolvimento da família no cuidado é um meio de construção da assistência compartilhada em que a família pode participar do cuidado de forma que se sinta bem e não sobrecarregada e a equipe possa estar trabalhando consciente de que o seu trabalho está assistindo ao binômio e buscando contemplar suas singularidades. A assistência que vislumbra essa perspectiva contempla o objeto de cuidado ampliado e não se desresponsabiliza da finalidade do seu processo de trabalho.

Ao passo que emerge das falas da equipe em estudo concepções controversas acerca das implicações da participação da família no cuidado à criança hospitalizada para o trabalho da Enfermagem, as mesmas atribuem à falta de qualificação, educação continuada e capacitação profissional como algumas das razões para a desarticulação entre os trabalhadores na unidade em estudo, junto ao binômio.

Eu acho que a sistematização ela tem que realmente ser implantada na clínica. [...] se tivesse uma forma organizada (de trabalho) teria condições, agora pra isso também teria que os auxiliares de enfermagem passassem por um treinamento rigoroso (E 07, E).

A sistematização da assistência de enfermagem é reconhecida como um meio de organização o trabalho, mas que ainda precisa ser trabalhada pela equipe, no que tange à qualificação e capacitação de pessoal.

[...] eu digo desde que eu cheguei aqui: gente, vocês que são professoras dêem curso pra gente, não custa nada, entendeu? Olha: "hoje vai ter um curso disso, vou falar dessa doença, eu gostaria que tivesse mais isso pra gente, porque a gente não tem condições financeiras de tá fazendo cursos e cursos [...] aí eu gostaria que vocês, (enfermeiras) que estudam que tem os conhecimentos começa a dar umas aulinhas a gente, que eu venho tranquilo. Olha, hoje vai ser, tal dia vai ter uma aula de num sei o quê (E 10, AE).

Uma das necessidades da equipe está relacionada à falta de educação permanente, com enfoque nas características do trabalho da própria clínica. A equipe acredita que com grupos de estudo com enfoque no processo de trabalho local, a organização do trabalho apontaria mudanças na assistência. A falta de um fio condutor que direcione a equipe no cotidiano conduz à fragmentação dos atos, enquanto que a organização e sistematização da assistência, balizadas pelas singularidades do trinômio equipe-criança-família, assinalam a busca da integralidade. Para tanto, a capacitação e qualificação profissional devem iniciar desde a academia, pois não há durante a formação curricular, momentos de reflexão acerca da complexidade da assistência à criança hospitalizada, sobretudo, a respeito da participação do acompanhante durante o processo de hospitalização. De acordo com Martinez, Fonseca e Scochi (2007), a formação dos profissionais, no geral, centra-se na fisiopatologia. Segundo Rocha et al. (1999), o enfermeiro deve ter conhecimento aprofundado e específico na pediatria para desempenhar um trabalho voltado às singularidades da infância, buscando apreender sua subjetividade e vivenciar relações interpessoais com a família pautada pela negociação do cuidado equipe-família.

Diversos aspectos a respeito das implicações/conseqüências da participação da família para o trabalho da Enfermagem foram apontados e discutidos nesse capítulo, quais sejam, a participação da família é benéfica quando realiza cuidados à criança; é incômoda quando, apesar de cuidar, questiona a equipe acerca do que as profissionais realizam com a criança durante o internamento infantil, sobretudo os procedimentos dolorosos; o modo como tem se efetivada a participação da família contribui para a perda da dimensão cuidadora da enfermagem. A partir dessa discussão, a falta do delineamento da dimensão da participação da família emerge como importante elemento na organização tecnológica do processo de trabalho da enfermagem pediátrica. Entendemos ser importante o envolvimento da família no processo de cuidar, desde que seja instrumentalizada e sinta-se segura. Para Lunardelo (1998), essa participação, muitas vezes, é vista pelos enfermeiros a partir de uma perspectiva funcional e imediatista. Assim, as relações entre equipe e família na prática assistencial não têm criado espaços para apreender as necessidades singulares do binômio e a assistência permanece como outrora, centrada em procedimentos e pautada pelo modelo biomédico hospitalocêntrico.

A enfermagem delegou tarefas e responsabilidades à mãe e se eximiu de seu principal papel. Assevera-se a fragmentação da assistência, não mais entre os profissionais de enfermagem, mas entre eles e a família, dando indícios de desprestígio para a profissão (COLLET; ROCHA, 2004, p. 196).

O processo de trabalho da clínica em estudo evidencia um modelo assistencial que não tem dado conta de atender ao binômio criança-família na perspectiva cuidado centrado no usuário.

A inserção do acompanhante no ACP não representa necessariamente que ele é um cuidador na instituição, sobretudo porque a família vivencia um momento de rupturas promovido pelo adoecimento e hospitalização da criança. São momentos de sofrimento, angústia, além de uma total desorganização do cotidiano, na ótica de Othero e Carlo (2006). No entanto, pode estar sendo envolvida na prática assistencial como co-partícipe do cuidado, com prévia negociação com a equipe e até com a própria criança quando sua idade, desenvolvimento e condições de saúde lhes permitir.

A enfermagem não pode se eximir de seus afazeres e de sua responsabilização profissional devido à presença do acompanhante. É necessário que a mesma identifique como a presença da família tem influenciado a especificidade da profissão, para que com o passar dos anos não perca a compreensão da finalidade do seu processo de trabalho.

## **\_\_\_\_\_CONSIDERAÇÕES FINAIS\_\_\_\_\_**

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A compreensão das concepções da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada e à sua família foi o fio condutor dessa pesquisa. Os resultados encontrados suscitam a necessidade de reflexão acerca do seu processo de trabalho na unidade em estudo.

O modo como está organizado o processo de trabalho da enfermagem em pediatria, na unidade em estudo, é um fator deveras importante para podermos relacionar os determinantes sociais e culturais que têm influenciado a equipe de enfermagem a tomar a posição que tem tomado nas relações interpessoais com o binômio criança-família no ambiente hospitalar.

Pesquisadores têm realizado estudos nas variadas organizações de trabalho em saúde com intuito de apreender o delineamento desses trabalhos e também contribuir para a constituição do processo de trabalho organizado na perspectiva da atenção às necessidades ampliadas de saúde.

Embora pesquisadores desde 1990 tenham aprofundado seus estudos para apreender as repercussões do ACP para o trinômio equipe-criança-família, buscando fornecer subsídios que fortaleçam tal prática assistencial, o cotidiano do trabalho vivenciado na prática pela enfermagem e binômio criança-família é tangencial à proposta do ACP.

No cotidiano assistencial a família tem sido partícipe do cuidado, na condição de agente do cuidado. De modo geral, tem se responsabilizado por uma diversidade de cuidados, a saber, banho, higiene, alimentação, conforto, administração de medicação oral, tópica, mudança de decúbito, organização e arrumação de leito até mesmo procedimentos mais invasivos como dieta por sonda, ou ainda aqueles, que de acordo com a literatura, são pertinentes à prática profissional da enfermagem. Entretanto, os procedimentos realizados no âmbito hospitalar são complexos e exigem conhecimento e habilidade para a sua realização no cotidiano. Quando não o são, assim se complexificam tendo em vista as condições adversas que permeiam o processo saúde-doença. Além disso, a condição do familiar como agente do cuidado não tem sido negociada no cotidiano pela equipe com a família, mas imposta e, nesse aspecto, a enfermagem não tem levado em consideração as condições ou o desejo da família em fazer tais procedimentos.

O processo de trabalho da clínica em estudo tem se organizado numa prática em que a participação da família é entendida pelas profissionais como continuidade dos cuidados domiciliares. A esse respeito vale ressaltar que as crianças hospitalizadas, estão muitas vezes

sob o uso de cateteres, sondas, curativos, punções venosas periféricas ou profundas, e esses aparatos complexificam os cuidados, mesmo os mais simples, realizados rotineiramente no cotidiano, mas que, no hospital, assumem outra dimensão. Alimentar, banhar, mobilizar, vestir, arrumar uma cama podem ser tarefas simples desde que a criança não esteja com as características supracitadas e a família esteja em condições, físicas e emocionais, de realizá-las.

A equipe de enfermagem tem entendido que seu trabalho, sobretudo após o ACP, tem se resumido à administração de medicamentos parenterais e, em alguns casos, realização de cateterismos e curativos. A enfermagem não tem se dado conta de assistir ao binômio e atribui a fragmentação da assistência à falta de recursos materiais, infra-estrutura institucional, sobrecarga de trabalho inerente, via de regra, a outras categorias profissionais.

Na concepção da enfermagem todas as questões que não são resolvidas no cotidiano devido à ausência de um profissional não médico, quais sejam, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, são atribuídos à sua responsabilidade e esse fato gera sobrecarga para a equipe de enfermagem. As profissionais acreditam que, responsabilizar-se por ações como controlar as dietas das crianças, dar apoio psicológico e emocional, resolver problemas que envolvem questões sociais, falta de documentos, transporte para alta, é uma atitude que vai além das suas atribuições profissionais. As mesmas não conseguem, ainda, contemplar a necessidade das articulações e conexões entre os diversos saberes em saúde visando realizar um cuidado ampliado, para além das ações individualizadas. É importante lembrar que o trabalho em saúde acontece em meio a uma divisão social e técnica do trabalho, influenciada pela ideologia predominante em cada período da história, estabelecendo as atribuições por categorias profissionais, cuja interação na prática cotidiana se faz de forma fragmentada.

Na unidade em estudo, as profissionais entendem que realizam um trabalho coletivo e, embora seus depoimentos iniciais apontem para um trabalho dessa natureza, revelam que a prática cotidiana se dá a partir da justaposição de tarefas, característica da equipe do tipo agrupamento. Portanto, o modelo assistencial continua fragmentado e desarticulado, em que cada membro da equipe exerce as funções que acredita ser pertinente à criança no horário do seu plantão. Em seus relatos a equipe reconhece suas carências, mas não apresenta um movimento de mudanças, senão ações isoladas balizadas no modelo biomédico e centradas na doença e em procedimentos, quando muito na criança, mas não no binômio.

A família é vista quase sempre como uma realizadora de cuidados. A partir do momento em que deseja intervir na assistência, tomar parte nas decisões, é vista como um óbice no cuidado. Na assistência as situações que envolvem o diálogo e emergem das falas

são pontuais e superficiais, não havendo na práxis profissional relações interpessoais profundas entre equipe de enfermagem e binômio. Além disso, o diálogo quando apontado se resume, muitas vezes, à informação de mão única em que a família não tem espaço para questionar a respeito de suas dúvidas cabendo-lhe aceitar o que lhe é imposto.

Esse modo de organização do processo de trabalho tem feito com que a enfermagem, venha gradativamente, se eximindo de seus afazeres e impondo de maneira, muitas vezes, implícita, suas tarefas ao acompanhante. Essa característica do trabalho pode desencadear um processo de perda da dimensão cuidadora da enfermagem. O processo de trabalho da enfermagem pediátrica precisa centrar seu cuidado nas necessidades do binômio, por meio da construção de vínculos e assistência compartilhada.

A concepção da enfermagem acerca do processo de trabalho cuja família é tratada como agente de cuidado e não como objeto de cuidado, deve ser superada. Nesse sentido, deve-se buscar construir um delineamento da participação da família no cuidado de forma que essa seja envolvida no processo de cuidar e também ser tomada como objeto a ser cuidado. A enfermagem pediátrica precisa se apropriar dos elementos de seu processo de trabalho, na perspectiva do cuidado ampliado. Apontando para a necessidade de incorporar novos instrumentos de trabalho no cuidado, esses precisam ser pautados nas tecnologias leves do cuidado, quais sejam, cuidado centrado no usuário, responsabilização conjunta, criação de vínculos, escuta qualificada, para dar conta de assistir ao seu objeto ampliado de cuidado, o binômio criança-família e, assim, atingir a finalidade do seu processo de trabalho, a assistência às necessidades ampliadas de saúde.

Os empecilhos para o cuidado integral apreendidos nesta pesquisa, estão relacionados à precarização institucional, escassez de material, sobrecarga de trabalho atribuído ao desenvolvimento de atividades de outras categorias, bem como ao delineamento da dimensão da participação da família no cuidado à criança hospitalizada. Estes precisam ser revistos pela equipe de enfermagem que atua na clínica em estudo, a partir da construção de um projeto terapêutico coletivo que contemple as necessidades do binômio e da equipe.

Ademais, a família deve ser co-partícipe do cuidado, este negociado em cada situação em particular, por meio de uma relação de parceria com a equipe, promovendo assim sua autonomia. Contudo, a enfermagem não pode se desresponsabilizar em nenhum momento do cuidado, pois, mesmo quando executado pelo acompanhante, a responsabilização é das profissionais.

A inserção do acompanhante no ambiente hospitalar trouxe, além de novas demandas para o cuidado à criança, repercussões para o processo de trabalho da enfermagem pediátrica. Na clínica em estudo, as concepções da equipe de enfermagem acerca da participação da família no cuidado à criança e as implicações para a sua prática profissional revelaram três diferentes aspectos, a saber, o reconhecimento da importância da participação da família para o trabalho da enfermagem, quando o acompanhante ajuda nos cuidados; a família como óbice no cuidado em situações nas quais as profissionais se sentem invadidas; a perda da dimensão cuidadora representada pelo reconhecimento das profissionais de que a participação da família, na quase totalidade dos cuidados à criança, contribui para que a enfermagem se desresponsabilize do seu exercício profissional.

A equipe reconhece que o modo como está organizado o processo de trabalho ainda não superou o modelo tradicional de assistência e, para tanto, aponta a necessidade de refletir acerca desse trabalho e da implantação da educação permanente no serviço. A falta de articulação e conexão entre os saberes profissionais tem contribuído para a fragmentação da assistência e para a falta de encontros entre profissionais-profissionais e profissionais-família. Tais encontros podem possibilitar a superação do modelo centrado nas tecnologias duras e leve-duras do cuidado para o alcance do cuidado ampliado. Portanto, entendemos que a partir de encontros que contemplem essas articulações e conexões, quando pautados pelas tecnologias leves do cuidado, tendo como pano de fundo a construção do projeto terapêutico coletivo, a equipe em estudo estará se instrumentalizando para construir uma organização tecnológica do trabalho na perspectiva da integralidade.

## **REFERÊNCIAS**

---

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan./abr., 2007.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e a sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALVES, A. M. et al. A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 08, n. 02, p. 192-204, mai./ago., 2006. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a04.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a04.htm)>. Acesso em: 12 de jun. de 2007.

ANDRADE, L. de F. S.; VIANA, L. de O. Algumas considerações sobre o paradigma da complexidade e o caos e a enfermagem do terceiro milênio. **XIV Pesquisando em Enfermagem**, Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Disponível em: <<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?Id=192>> Acesso em: 18 de jul. de 2007.

ANDRAUS, L. M. S. **A assistência prestada à criança e ao adolescente em unidade de internação pediátrica**: os incidentes críticos positivos e negativos segundo familiares acompanhantes. Goiânia, 2005, 180 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Convênio Rede Centro-Oeste-UNB-UFG-UFMS, 2005.

ANDRAUS, L. M. S. et al. Ensinando e aprendendo: uma experiência com grupos de pais de crianças hospitalizadas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, 98-103, jan./abr., 2004.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-64, mar./abr., 2007.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica, **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 205-12, jan./jun., 2004.

BEZERRA, L. F. R.; FRAGA, M. N. O. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 49, n. 4, p. 611-24, out./dez., 1996.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Definições e Normas das Instituições e Serviços de Saúde**. Diário Oficial da União de 5/4/1977, Seção I, Parte I, Ministério da Saúde, 1977.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Resolução Nº 41, 13/ out./ 1995. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 5, n. 2, p. 12-42, abr./jun., 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Medida Provisória Nº 2190-34. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. PNHAH. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **SICON** Sistema de informações do congresso nacional <http://www6.senado.gov.br/sicon/ListaReferencias.action?codigoBase=2&codigoDocumento=137707>. Acesso em: 04 de dez. de 2006.

BRÊTAS, J. R. S. et al. A aplicação do teste de triagem do desenvolvimento de Denver pelo enfermeiro pediatra: relato de caso, **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 9-18, mai./dez., 1995.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da redução científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo12.pdf> Acesso em 15 de jul. de 2007.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Lisboa: Afrontamento, 1993.

CARVALHO, M. T. de; LOMBA, M. da R. **Sorriso da cura**: "um olhar sobre o projeto alegria. Disponível em :<http://www.saudebrasilnet.com.br/saude/trabalhos/002s.pdf>. Acesso em: 30 de nov. de 2006.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (orgs.) **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

COA, T. F.; PETTENGILL, M. A. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 433-8, out./dez., 2006.

COLLET, N. **Criança hospitalizada**: participação das mães no cuidado. Ribeirão Preto, 2001, 321p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. **Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica**. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

- COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.
- COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 260-3, mai./jun., 2003.
- COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 191- 7, mar./abr., 2004.
- CORREA, I. Vivências do profissional de saúde diante do familiar da criança internada na unidade pediátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p. 237-41, jul./set., 2005.
- COSTA, R. de A.; SHIMIZU, H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 654-62, set./ out., 2005.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. **Programas saúde criança**. Governo do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br> Acesso em: 04 de dez. de 2006.
- DYTZ, J. L. G.; CRISTO, R. de C. A ludoteca como espaço para uma nova abordagem de educação em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 134-9, abr./jun., 1995.
- ELIAS, M. A.; Navarro V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-25, jul./ago., 2006.
- FERNANDES, C. N. S.; ANDRAUS, L. M. S; MUNARI, D. B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 108–18, jan./abr., 2006.
- FONTES, R. de S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 119-38, mai./ago., 2005.
- FOUCAULT, M. **Os corpos dóceis**. In: \_\_\_\_\_. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. Campinas, SP, 2003, 240p. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas.
- FREITAS, M.C. **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1997.
- FREITAS, G. F.; FUGULIN, F. M. T.; FERNANDES M. de F. P. A regulação das relações de trabalho e a e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 434-8, jul./set., 2006.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-76, mai./jun., 2004.

GARIGLIO, M. T. O médico e seu processo de trabalho em serviços públicos de saúde: a descrição de um problema. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]** 2006 out. [Citado em 23 de outubro de 2007]; [cerca de 13 p.] Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 23 de out. de 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, F. Z.; ADORNO, R. de C. F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde: revisão histórica do conceito de criança. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 204-11, jun., 1990.

GUARESCHI, A. P. D. F.; MARTINS, L. M. M. Relacionamento multiprofissional x criança x acompanhante: desafio para a equipe. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 423-36, dez, 1997.

GUELER, R. F. **Grande tratado de enfermagem**. 15. ed. São Paulo: Santos-Maltese, 1999.

HUERTA, E. P. N. Brinquedo no hospital. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 24, v. 3, p. 319-28, dez., 1990.

JAEGER, W. **Paidéia**: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

JUNQUEIRA, M. de F. P. da S. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 8, n. 1, p. 193-7, jan./abr., 2003.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, abr., 1997.

LIMA, R. A. G. **Criança hospitalizada**: a construção da assistência integral. Ribeirão Preto, 1996, 255p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p.33-9, abr. 1999.

LIMA, E. C. de, et al. Modelo de cuidado diferenciado de enfermagem à família da criança internada na unidade de terapia intensiva pediátrica. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 168-77, mai./ago., 2006.

LICHTENEKER, K.; FERRARI, R. A. P. Internação conjunta: opinião da equipe de Enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 19-28, jan./abr. 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 22 de mar. de 2006.

LUNARDELO, S. R. O aluno de enfermagem no cuidado à criança portadora de doença crônica: relato de experiência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 111-2, dez., 1998.

LUNARDI FILHO, W. D.; LEOPARDI, M. T. **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral.** Rio Grande: Editora Gráfica FURG, 1999.

MACHADO, M. M. de P.; MARTINS, D. F. G. Criança hospitalizada: espaço potencial e o palhaço. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 27-8, jan./dez., 2002.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica.** 8. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

MARTINEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCH, C. G. S. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 51-9, mar./abr., 2007. Disponível em: < [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) > Acesso em: 29 de out. de 2007.

MARX, K. **O capital.** 14. ed. São Paulo: Difel, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDES, A. M. C.; BOUSSO, R. S. O desafio de aprender e experimentar o cuidado da família na graduação em enfermagem. **Reme: Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 79-81, jan., 2006.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** Campinas: Abril, 1997.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) *Agir em saúde um desafio para o poder público.* São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY E. E. et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) *Agir em saúde um desafio para o poder público.* São Paulo: HUCITEC, 1997.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER L. M. **Micropolítica do trabalho e o cuidado em Saúde. Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade.** Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf)> Acesso em: 20 de jul. de 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-23, set./dez., 2003.

MITRE, R. M. de A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 147-54, jan./abr., 2004.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 2007.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-48, jul./set., 1993.

MONTEIRO, A. I.; FERRIANI, M. G. C. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 99-106, jan., 2000.

MONTEIRO, A. I.; ENDERS, B. C.; MEDEIROS, J. D. de. A hospitalização conjunta: participação conquistada. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p.25-31, mai./ ago., 2006.

MOTTA, M. da G. C. Princípios da teoria de Piaget como instrumento no processo de cuidar à criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 170-9, jan./jun., 1995.

MOTTA, M. da G. C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais**. Florianópolis: Enfermagem PEN/UFSC, 1998.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, jan./abr., 2004.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é**. Trad. CARVALHO, A. C. São Paulo: Cortez, ABEN-CEPEN, 1989.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em serviços de saúde**. In: SANTANA, J. P de (org.) Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília: OPAS, 1997.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 95-102, dez., 1999.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-84, mar./abr., 2006.

ORLANDI, O. V. **Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

OTHERO, M. B.; CARLO, M. M. R. P. A família diante do adoecimento e da hospitalização infantil: desafios para a terapia ocupacional. **Prática Hospitalar**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 100-4, set./out., 2006.

PEDROSO, G. C. **Programas de mãe participante: uma reflexão**. 1996. 20 p. Monografia de conclusão do curso, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Campinas, 1998, 343p. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-9, fev., 2001.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 07-12, jul., 2001.

PIMENTA, E. A. G. **Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: revisão de literatura.** 2006. 52p. Monografia (Especialização) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

PINHEIRO, M. C. D.; LOPES, G. T. R. A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 46, n. 2, p. 117-31, abr./jun., 1993.

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. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 974-81, nov./dez., 2005.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 1998.

QUEROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 71-81, jan./jun., 2004.

REEVES, E.; TIMMONS, S.; DAMPIER, S. Parents' experiences of negotiating care for their technology-dependent child. **The Journal of Child Health Care**, Londres, v. 10, n. 3, 228-39, 2006.

REICHERT, A. P. S.; COSTA, S. F. G. **Experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro.** João Pessoa: Idéia, 2000.

RIBEIRO, C. A. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 73-9, abr., 1998.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, S. M. M. et al. Perspectivas da enfermagem pediátrica no Estado de São Paulo. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 09-22, set./dez., 1999.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez., 2000.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. de. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 709-14, set./out., 2002.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, mai./ago., 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acesso em: 22 de out. de 2006.

ROSSATO-ABEDE, L. M.; ANGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 48-54, jan., 2002.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Trad. MOREIRA, M. F. da S.; BONFIN J. R. de A. São Paulo: HUCITEC: Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SABATÉS, A. L.; BORBA, R. I. H. de. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 968-73, nov./dez., 2005.

SABATÉS, A. L.; CHAUD, M. N. Interação enfermeira-mãe da criança hospitalizada: estudo do efeito do método de Roy. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 23-31, set./dez., 1999.

SÃO PAULO (Estado) Leis, Decretos, etc... Resolução SS- 165, 12/ Out./1988. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 14 de mar. de 1989. Seção I, p. 99.

SHIELDS, L.; KRISTENSSON-HALLSTRÖM, I. We have needs, too: parental needs during a child's hospitalisation. **Online Brazilian Journal Of Nursing** (OBJN-ISSN 1676-4285) [online] v. 3, n. 3, dez. 2004. Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn303shieldsetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn303shieldsetal.htm). Acesso em: 10 de nov. de 2006.

SILVA, K. L. **Construção e validação de instrumento de coleta de dados para crianças de 0-5 anos**, 2004, 118p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 180-7, mar./abr., 2005.

SIQUEIRA, L. S.; SIGAUD, C. H. S.; RESENDE, M. A. Fatores que apóiam e que não apóiam a permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 270- 15, jul./set., 2002.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. Trad. Erothildes Millian Barros da Rocha. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

SUGANO, A. S.; SIGAUD, C. H. S.; REZENDE, M. A. A enfermeira e a equipe de Enfermagem: segundo mães acompanhantes. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 601-17, set./out., 2003.

VELLOSO, C. **Equipe multiprofissional de saúde**. Disponível em <[http://www.confef.org.br/revistasweb/n17/09\\_equipe\\_multiprofissional de saude.pdf](http://www.confef.org.br/revistasweb/n17/09_equipe_multiprofissional_de_saude.pdf)> Acesso em: 10 de Jun. de 2007.

VERNIER, E. T. N.; DALL' AGNOL, C. M. (Re)ações de uma equipe de Enfermagem mediante a permanência conjunta em pediatria. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 172-0, abr./ jun., 2004.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p.552-0, jul./ ago., 2002.

WASHINGTON, D. C. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. Oficina sanitária Pan Americana, Organização Mundial da Saúde. Março, 2003. Disponível em < <http://www.med.fm.usp.br/dim/livrosdim/prontuario.pdf>> Acesso em: 10 de jul. de 2007.

WITIUK, I. L. **Serviço social e saúde**: processo de trabalho do assistente social. On-line. Disponível em:<[http://www.cpihts.com/2003\\_07\\_06/SSS.htm](http://www.cpihts.com/2003_07_06/SSS.htm)>. Acesso em: 18 de Jul. de 2007.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ZIONI GOMES, F.; ADORNO, R. de C. F. Crescimento e desenvolvimento na pra serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Rev. Saúde Pública**, [online]. v. 24, n. 3, p. 204-11, jan., 1990.

## **APÊNDICE I**

---

## ROTEIRO DA ENTREVISTA

I - Caracterização dos sujeitos da pesquisa:

Categoria profissional:

Tempo de experiência profissional no local em estudo:

Sexo:

Idade:

II – Questão:

O que você “pensa” sobre a forma como você tem desenvolvido o seu trabalho na assistência a criança hospitalizada?

Quais cuidados a Enfermagem tem realizado na assistência e quais cuidados a família tem realizado?

Que implicações têm essa forma de prestar assistência para o trabalho da Enfermagem?

## **APÊNDICE II**

---

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Colega,

Eu, Erika Acioli Gomes Pimenta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, na linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem pretendo desenvolver uma pesquisa intitulada: Concepções da Equipe de Enfermagem Acerca do Processo de Trabalho no Cuidado à Criança Hospitalizada e à sua Família, cujo objetivo geral é: compreender como está organizado o trabalho da prática assistencial da enfermagem no cuidado à criança hospitalizada e à sua família, na pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW.

Por este motivo, solicito a sua participação como colaboradora, por meio de uma entrevista semi-estruturada, bem como a autorização para gravar a entrevista. Informo que, o seu anonimato será mantido e a sua privacidade assegurada durante todas as fases da pesquisa, bem como lhe é garantido o direito de desistir a qualquer momento da coleta de dados sem ônus algum. Ressalto que as informações colhidas, após análise farão parte da minha dissertação de mestrado, podendo ser divulgadas em eventos científicos, periódicos e outros conclave a nível nacional e/ou internacional.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e colaboração, o que possibilitará a realização desta pesquisa.

Erika Acioli Gomes Pimenta

---

---

Eu, \_\_\_\_\_, diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida acerca da pesquisa, estando ciente dos objetivos, bem como o direito de desistir a qualquer momento com a liberdade de tirar o consentimento sem que traga qualquer prejuízo a minha pessoa. Dou o meu consentimento para participar desta pesquisa e para a gravação e a publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento, assinado por mim e pelas pesquisadoras.

João Pessoa, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura

**ANEXO**

---