

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EXPANDIDO REPENSUL  
PÓLO II – UFPEL – FURG – TURMA II**

**INTERAGINDO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA  
DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: CONTRIBUIÇÕES PARA O  
SABER E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Ana Claudia Garcia Vieira**

**FLORIANÓPOLIS**

**Maio, 1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EXPANDIDO REPENSUL  
PÓLO II – UFPEL – FURG – TURMA II**

**INTERAGINDO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA  
DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: CONTRIBUIÇÕES PARA O  
SABER E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em  
Assistência de Enfermagem da Universidade Federal  
de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre  
em Enfermagem.*

**Ana Claudia Garcia Vieira**

**Orientadora: Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO**

**FLORIANÓPOLIS**

**MAIO, 1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

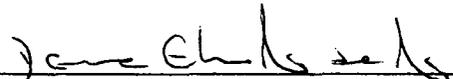
**INTERAGINDO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA DA  
CRIANÇA HOSPITALIZADA: CONTRIBUIÇÕES PARA O SABER E A  
PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

**ANA CLAUDIA GARCIA VIEIRA**

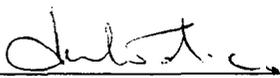
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Mestre em Enfermagem

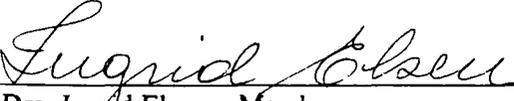
e aprovada em sua forma final em 07 de junho de 1999, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

  
Dra. Denise Elvira Pires de Pires – Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:

  
Dra. Zuleica Maria Patricio – Presidente

  
Dr. Ivo Gelain – Membro

  
Dra. Ingrid Elsen – Membro

  
Dra. Luciane Prado Kantorski – Suplente

V658i

Vieira, Ana Cláudia Garcia

Interagindo com a equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada : contribuições para o saber e a prática de enfermagem / Ana Cláudia Garcia Vieira. - Florianópolis (SC) : UFSC, 1999. - Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)

1. Criança hospitalizada – Equipe de Enfermagem – Família – Interação I. t.

CDD 610.7362

Catálogo na fonte: Bibliotecária Carmen Lúcia Lobo Giusti  
CRB 10/813

**“Em graus diferentes, todos fazemos parte dessa aventura, todos podemos compartilhar o êxtase que surge a cada nova descoberta; se não por intermédio de nossas próprias atividades de pesquisa, ao menos ao estudarmos as idéias daqueles que expandiram e expandem as fronteiras do conhecimento com sua criatividade e coragem intelectual”**

**(Gleiser, 1997)**

## **AGRADECIMENTOS**

**À Professora Doutora Denise Elvira Pires de Pires**, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Ao Pró-Reitor de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas e à Fundação – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior – CAPES.**

**Aos Professores do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.**

**Aos Professores** que ministraram os créditos no decorrer deste Curso.

**À Professora Maria Teresa Braga** pela correção do português.

**À Bibliotecária Carmen Lúcia Lobo Giusti** pela revisão metodológica.

**E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.**

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À **minha família** pela ajuda valiosa, sem a qual não seria possível dedicar-me a este trabalho e a tantos outros.

Às **minhas filhas, Julia e Isadora**, cujo amor tem norteado minha vida.

Às **crianças e familiares** que me permitiram a condução deste estudo.

À **querida amiga Elodi** que esteve presente apoiando-me nos momentos mais difíceis e, também, nos mais felizes.

A **minha orientadora Dra. Zuleica Patrício** cuja paciência, sensibilidade e estímulo impulsionaram-me a persistir nessa caminhada.

Ao **amigo e colega Cláudio Brazil** pela amizade sincera, sempre disposto a reconfortar nas horas mais difíceis.

À **amiga e colega Maria Beatriz** pela preciosa ajuda no transcórrer deste trabalho.

Aos **Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem da Unidade Pediátrica** pela colaboração na realização desta prática.

Ao **Frederico e família** pela acolhida, paciência e inesgotável cuidado na digitação deste trabalho.

## RESUMO

O presente estudo, com abordagem qualitativa, remete-se a uma prática assistencial desenvolvida na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, no período de novembro de 1997 a fevereiro de 1998. Tendo como objetivo refletir sobre o significado das interações entre a Equipe de Enfermagem e a família da criança, no contexto hospitalar, busca-se, a princípio, elaborar a descrição do processo de cuidar e, posteriormente, fazer a leitura analítico-reflexiva dessa realidade. Para isso, utilizam-se idéias de autores, focalizando a relação de ajuda. Os sujeitos participantes da pesquisa, constituíram-se de familiares de crianças hospitalizadas e da Equipe de Enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Os dados foram obtidos através de observação participante, aplicação de um formulário e discussão em grupo, sendo que a análise, orientada pelos princípios de análise de dados qualitativos evidenciou a ambivalência de intenções e ações no que tange aos trabalhadores de enfermagem, durante o processo de interação junto à família, revelando a ausência de sustentação teórico-prática para o desenvolvimento do cuidado. Ao final do trabalho, pontuam-se aspectos relacionados à capacitação do pessoal de enfermagem, sob a forma de um programa de educação, sugerido como possibilidade de intervenção para o cuidado à família.

## **ABSTRACT**

The present study, with a qualitative approach, refers to an assistant practice developed in the Pediatric treatment unit of the school hospital of UFPel, in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul from November 1997 to February 1998. Its objective is to reflect upon the meaning of interactions between the nursing staff and the family of the child, in the context of the hospital. It aims at elaborating a description of the caring process and making an analytical reflective reading of this reality. Ideas from authors focusing on helpful relationships are used. The subjects taking part in this research are constituted by the families of the children in the hospital and the nursing staff (attendants and the nursing professionals). Data was obtained through participant observation, application of a special form and group discussion, in which the analyses was guided by the principles of qualitative analyses. It made evident the nursing professionals' ambivalent intentions and actions during the process of interaction relating to the family, revealing the absence of theoretical and practical support for the development of the necessary cares. At the end of the work, aspects related to the capacity of the professional of nursing are punctuated like an educational program, suggested as a possibility of intervention in the care of the family.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>A FAMÍLIA CUIDANDO DA CRIANÇA NO HOSPITAL – A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO .....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>RESGATANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: O PROCESSO DE CUIDAR INDIRETO .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Apresentando o Referencial Teórico .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Compondo o Marco Conceitual .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Harmonizando os Conceitos .....</b>	<b>52</b>
<b>3.2</b>	<b>Apresentando o Caminho Metodológico .....</b>	<b>60</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Caracterizando o Tipo de Estudo .....</b>	<b>60</b>
<b>3.2.2</b>	<b>O Período, o Local e os Sujeitos da Prática Assistencial .....</b>	<b>65</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Princípios Éticos, Coleta de Dados, Registro e Análise .....</b>	<b>68</b>
<b>4</b>	<b>O SIGNIFICADO DAS INTERAÇÕES EQUIPE DE ENFERMAGEM-FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA .....</b>	<b>76</b>
<b>4.1</b>	<b>Enfrentando a Hospitalização da Criança .....</b>	<b>76</b>
<b>4.2</b>	<b>Percepções da Equipe de Enfermagem Acerca da Família da Criança Hospitalizada .....</b>	<b>88</b>
<b>4.3</b>	<b>A Presença da Família no Processo de Cuidar da Criança: Significados para a Equipe de Enfermagem .....</b>	<b>98</b>
<b>4.4</b>	<b>A Questão dos Maus Tratos .....</b>	<b>113</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: APROXIMAÇÕES PARA UMA INTERAÇÃO MAIS SAUDÁVEL .....</b>	<b>128</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>134</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>140</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A necessidade de um sistema de cuidados humanos personalizado e consoante com as expectativas dos sujeitos receptores, tanto nos aspectos físicos como emocionais, tem sido discutida e analisada por vários estudiosos de maneira mais acentuada, ao longo das três últimas décadas.

De maneira geral, essa temática tem se constituído tónica no cotidiano de muitos profissionais da área da saúde, acompanhando as intensas modificações e reorganizações das relações humanas.

Inseridas num contexto em “permanente ebulição”, as relações interpessoais simbolizam, talvez, uma crise mundial que tem em seu âmago a busca do prazer e da felicidade pelo ser humano.

Entretanto, essa busca enfrenta obstáculos que surgem do emaranhado de questões políticas, sociais e económicas que perpassam essas relações.

Desse cenário, emerge um outro contexto “globalizado” de miséria, gerando muita tensão e redução da expectativa da melhoria do padrão de vida de grandes parcelas da população, as quais vitimadas por uma violência que subjaz toda estrutura de poder, encontram-se pouco assistidas em relação às suas necessidades, especialmente no que concerne aos serviços de saúde.

No Brasil, apesar das muitas transformações e ajustes, houve um considerável declínio quanto à qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde que ainda se mostra ineficiente e precário para atender às populações de risco. E essa situação parece agravar-se, ao revestir-se de uma apatia e conformismo que refreia impulsos criativos, destrói sonhos e posterga atitudes mais agressivas frente à vida.

A presença constante de tensão no dia-a-dia de muitas pessoas tem suscitado maior sofrimento mental e contribuído para a fragilização e vulnerabilidade dos indivíduos com repercussão sobre sua saúde, se é que entendemos a saúde como a expressão da qualidade de vida dos sujeitos.

Nessas circunstâncias, as instituições hospitalares congregam, em suas dependências, ambientes de variado teor ansiogênico, onde se processam múltiplas relações interpessoais. Sendo que estas relações interpessoais parecem expressar o confronto entre formas de poder e submissão.

Caracterizadas, teoricamente, por oferecerem tecnologia avançada – humana e material – voltadas à resolutividade dos problemas graves de saúde, essas instituições encerram contradições no que se refere ao aperfeiçoamento dos recursos humanos.

Paradoxalmente, ao lado do avanço tecnológico imposto pelo mercado da especialização, observa-se que as instituições não promoveram um investimento real no sentido de maior sofisticação das relações interpessoais. Ou seja, os aspectos humanos relacionados a um processo de cuidar pessoas ainda são pouco trabalhados e muitas ações refletem comportamentos estereotipados, “disciplinadores”, normativos, por parte da equipe de saúde nas instituições hospitalares.

Nesse aspecto, Waldow (1998) reconhece a existência de pessoas não inclinadas a desenvolver ações de cuidado, exercendo atividades de enfermagem

com ausência de motivação para essas. Admite ser o cuidado, enquanto processo interativo entre os seres humanos, uma prática difícil de ser exercitada entre os próprios cuidadores.

De acordo com Defey et al. (1997) esses comportamentos podem ser atribuídos ao medo e aos sentimentos mobilizados pelos profissionais da saúde ao se depararem com dimensões complexas que envolvem a questão da finitude humana, a morte e a doença.

Assim, também, as vivências de profissionais da área de enfermagem – com crianças e famílias – podem deflagrar sentimentos de angústia, impotência e frustração diante de inúmeras situações em seu dia-a-dia. Esse fato parece ser acentuado pela ausência de um preparo mais criterioso ao longo da formação técnica e acadêmica.

Outro aspecto, citado pelos autores, está intimamente relacionado à rigidez imposta aos profissionais de enfermagem no sentido de não compartilharem seus sentimentos ou de não falarem deles durante o processo de cuidar, como se isso evidenciasse profissionalismo e perfeição. Em consequência desses fatos, surge uma tendência nociva, impedindo-os de refletir sobre suas dificuldades enquanto seres humanos cuidando de outros seres humanos.

Em consonância a isso, Lima (1998) contribui ao afirmar que o desfuncionamento das relações pode ser identificado quando os sentimentos de insegurança e medo paralisam as possibilidades do exercício de relações plenas entre as pessoas. Geralmente, ocorre em espaços em que o pensar desdenha o fazer, com resultados catastróficos para todos. A autora, em relação a isso, diz:

As pessoas medrosas e inseguras sofrem de um sentimento desmedido de perigo e fracasso nas comunicações, quase sempre são portadoras de desnutrição emocional. Por falta de

um tratamento específico, o medo e a insegurança cronificados transformam-se em hábito, que formam cadeados protetores contra a exposição de qualquer tipo de emoção, aliados também do comodismo e do endurecimento de padrões de comportamento conservadores.

Ao remetermos essa questão para um contexto hospitalar, personificado através de uma unidade de internação pediátrica, observamos que, num processo de cuidar crianças e suas famílias, estão presentes relações de conflitos que exigem da equipe cuidadora habilidades para o enfrentamento das emoções, bem como atitudes suscitadas nesse processo, especialmente em situações de extrema vulnerabilidade emocional por parte dos elementos foco do cuidado – a criança e sua família. E esse enfrentamento se dá numa relação dialética que envolve os cuidadores (Equipe de Enfermagem) e a família da criança hospitalizada.

Em minha experiência, inicialmente como enfermeira assistencial e agora como docente, sempre atuando na área pediátrica, percebia que os fatores de entrave no estabelecimento de vínculos de confiança entre a Equipe de Enfermagem e as famílias das crianças internadas, freqüentemente, relacionavam-se às dificuldades de compreensão da equipe em relação ao período de ajustamento pelo qual passavam essas famílias ao se depararem com seus filhos hospitalizados. Essa dificuldade de interação, que ocorre entre a família e os diversos profissionais da saúde no ambiente hospitalar, concretiza-se numa comunicação desprovida de empatia, permeada, muitas vezes, por atitudes hostis, nem sempre reconhecidas como tais.

Em várias ocasiões, as pessoas envolvidas no processo de cuidar, justificavam tais atitudes e atribuíam seu comportamento à necessidade de se manter a “ordem”, através do cumprimento rigoroso das normas. Isso parecia devolver-lhes uma sensação de conforto, isentando-os de reflexões mais profundas.

Toffler (1990), discutindo as mudanças de poder na sociedade do século XXI, salienta a necessidade de transformação da mentalidade manufatureira, que prioriza habilidades mecânicas, para o trabalho em campos como o dos serviços humanos – “ajudar a cuidar, por exemplo, da nossa população de idosos que aumenta rapidamente, cuidar das crianças, serviços de saúde...” – que exigirão uma gama expressiva de habilidades culturais e interpessoais.

Quanto às experiências registradas na literatura, elas também oferecem exemplos de limitações que perpassam as relações interpessoais nos processos de cuidados humanos.

Nascimento (1985), buscando identificar fatores que pudessem dificultar a participação dos pais na assistência à criança hospitalizada, percebeu que a maioria dos enfermeiros não era favorável a essa participação. As razões apontadas relacionavam-se ao insuficiente suporte teórica e à inexistência de experiência prévia no trabalho com famílias.

Outro aspecto, mencionado pela autora, enfatizava que os enfermeiros desconheciam os benefícios dessa participação na adaptação da criança ao hospital, à recuperação de sua saúde, ao serviço de enfermagem e aos próprios pais. Dentre as recomendações da autora, havia sugestões para incluir essa temática como conteúdo programático das disciplinas da área materno-infantil dos cursos médico e de enfermagem.

Motta (1997) ao discutir o cuidado de enfermagem à criança e à sua família, afirma que esse, sendo referenciado por uma realidade de normas e rotinas hospitalares, emprega um modelo com primazia de técnicas em seus cuidados, implicando, dessa forma, uma desumanização que, por sua vez, passa a ser a tônica da assistência.

Ainda segundo a autora, o ingresso da criança no hospital faz com que ela passe a viver o projeto da instituição, que se caracteriza como um mundo distante do seu, mundo que é hostil, gerador de sofrimento e de dor, fazendo com que a criança e sua família percam seus pontos de referência.

Elsen; Patrício (1989), evidenciando preocupações acerca destes aspectos, já apontavam, na década de oitenta, a necessidade de se desenvolver o cuidado de enfermagem com uma abordagem centrada na criança e sua família.

Para estas estudiosas, precursoras deste pressuposto, os profissionais que adotassem tal abordagem possuiriam uma visão de saúde resultante de fatores biopsíquicos, sócio-culturais, econômicos e ecológicos. As autoras enfatizam o papel da família como primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, destacando que crianças e familiares devem ser vistos no contexto físico, sócio-cultural e econômico, sendo que a execução dos cuidados implica participação da família conforme necessidades específicas. Salientam, ainda, que a internação produz não somente agravos psicológicos à criança, mas também “possível trauma” para a família, que necessita de apoio da equipe de saúde.

Fabre et al. (1992), ao relatarem a experiência desenvolvida numa unidade de tratamento intensivo, na qual o objetivo principal referia-se à humanização do atendimento, observaram que os médicos residentes acompanhados por ele eram capazes de desenvolver uma habilidade técnica apuradíssima, o que os fazia enfrentar situações de emergência com muita tranquilidade, mas isso muitas vezes não ocorria quando lidavam com as emoções dos familiares dessas crianças. Tecendo considerações finais, os autores referiram que há uma tendência de nos defendermos “arrogantemente” com o conhecimento por pensarmos que nos tornamos muito vulneráveis ao nos colocarmos emocionalmente. Salientam que se expor psiquicamente frente a uma equipe é tarefa das mais árduas, mas aponta o aprendizado importante que advém do confronto com o subjetivo e o sofrimento alheio.

Darbyshire (1993), pertencente ao Departamento de Estudos de Enfermagem da Universidade de Glasgow Caledonian na Escócia, em sua tese de Doutorado, buscou analisar as experiências e vivências dos pais que permaneciam junto aos seus filhos durante a hospitalização. Constatou que, na visão dos enfermeiros, o processo de cuidar ainda é visto com valor essencialmente funcional, ou seja, o autor argumenta que os pais “tornam-se problemas” que necessitam ser resolvidos, ao invés de participantes e colaboradores no cuidado da criança. Salienta que um dos fatores marcantes, dificultando o relacionamento entre pais e enfermeiros é a inexistência de uma demarcação entre o cuidado a ser desenvolvido pelos pais e pela Equipe de Enfermagem. Segundo o mesmo autor, a temporalidade dos personagens presentes nas unidades pediátricas, pouco tem sido compreendida. Os enfermeiros não estão habituados a considerar os fatores decorrentes da situação de estar com um filho doente em um ambiente que os inibe e os impede de desenvolverem cuidados rotineiros semelhantes aos realizados em seus lares.

Nesse sentido, Zamo; Almoarqueg; Schenkel (1997), reforçam o papel da família na interação da criança com a unidade hospitalar e a equipe. Mencionam que “a hospitalização pode representar uma ruptura em todos os níveis da vida da criança e, entre as estratégias para amenizar os fatores estressantes, a principal é atenuar a separação da família”. Entretanto, reconhecem dificuldades que podem advir no processo de interação com as famílias em função destas passarem por um período de medo, insegurança e “sensação de perder o controle sobre os cuidados e educação da criança doente”.

As autoras assinalam que a presença constante da família impõe condutas inéditas à estrutura assistencial hospitalar, sendo que, no caso da enfermagem, isso nos parece mais difícil, em virtude de sua formação estar permeada pelo apego às rotinas hospitalares, gerando dificuldades quanto à flexibilização das regras. “Daí a importância de se preparar a Equipe na identificação de sentimentos de insegurança, de condutas que demonstrem cansaço, irritação e que podem prejudicar o relacionamento de pais/criança com a Equipe” .

Em relação a esses aspectos, Andrade; Marcon; Silva (1997) ao desenvolverem um estudo sobre a forma como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar, obtiveram resultados demonstrando que os enfermeiros não dispõem de uma sistematização para avaliar o cuidado/cuidador familiar. O referido estudo mostrou a dificuldade de integração entre o cuidado formal e informal, causado pela deficiência de interação ou valorização efetiva do processo de cuidado familiar.

Um outro estudo, desenvolvido por Scochi; Rocha; Lima (1997) acerca da prática de enfermagem em unidades neonatais, revelou que de maneira geral, o objeto de ação da enfermagem ainda está centrado na criança, com priorização da patologia e de uma assistência clínica individual e curativa em contrapartida com as ações voltadas à integração do binômio mãe/filho na família.

As autoras comentam ser evidente que, embora o discurso sobre o alojamento conjunto acene como principal vantagem para o atendimento integral às necessidades do binômio mãe/filho, ocorre uma fragmentação do cuidado restrito à manutenção das funções biológicas dos assistidos, descaracterizando a maternidade como um fenômeno fisiológico. Citam Moreno apud Scochi; Rocha; Lima (1997) que, também, encontraram inadequações e deficiências nas atitudes e capacidades dos profissionais de saúde no contato com as puérperas e família, em serviços da América Latina, sendo que, na avaliação geral dos recursos humanos, essas deficiências foram mais enfatizadas do que os aspectos quantitativos e de conhecimentos técnicos.

Concomitante a estas constatações, estudiosos com outras abordagens, de cunho psicanalítico, vieram somar idéias sobre o cuidado às famílias, permitindo a incorporação das mesmas no cotidiano dos profissionais da saúde.

Bowlby (1996), ao estudar os efeitos da separação em crianças, na década de 50, destacava a importância dos cuidados maternos proporcionados pelos pais aos filhos durante a sua infância, afirmando serem de fundamental significação no futuro de sua saúde mental.

Já Brazelton (1991), em seus estudos acerca da relação mãe-bebê, evidenciou a idéia da necessidade de se ver cada mãe e cada bebê como um indivíduo com forças e fraquezas, com um modo especial de reagir ao seu mundo. Em suas observações, percebeu as diferenças individuais, apresentadas pelos bebês, quanto ao seu desenvolvimento e forma de se relacionar com o mundo, assinalando que essas diferenças determinavam a tônica das reações dos pais. E isto também se aplica à forma como cada família reage à hospitalização de um filho, no sentido de que os padrões de conduta adotados por essas famílias são, em realidade, uma tentativa para manter a estabilidade do grupo.

Moffatt (1986) em sua obra “Psicoterapia do Oprimido”, apresentou os resultados do estudo sobre as formas de comunicação nos hospitais psiquiátricos da Argentina, ressaltando o alijamento que sofre o processo de comunicação, nessas instituições, onde as evidências do empobrecimento deste processo são observadas através da pobreza dos estímulos verbais que não passam de ordens. Refere-se, também, à negação da linguagem corporal (não verbal), salientando a exclusão desta linguagem em nossa cultura abstrata e dissociada.

Sob esse aspecto, Lima (1998) aponta que a falta de compreensão dos familiares em relação ao que está ocorrendo no ambiente em que se encontram – o hospital – e aos fatores determinantes do processo saúde-doença de seus filhos, os impede de compartilhar de um saber científico com os profissionais de enfermagem, produzindo confusão e privando-os do direito de saber com que tipo de ação de enfermagem estão concordando e colaborando.

Nesse sentido, Freire, como um eminente educador, contribui ao ressaltar que:

o diálogo é o encontro dos homens para ser mais, não pode fazer-se na desesperança. Se os sujeitos do diálogo nada esperam do seu *que fazer*, já não pode haver diálogo. O seu encontro é vazio e estéril. É burocrático e fastidioso". Como posso dialogar, se me sinto participante de um grupo de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos que estão fora são "essa gente", ou são nativos inferiores? (Freire, 1983).

O mesmo autor vai além de suas considerações sobre o diálogo ao referir que "para o *pensar ingênuo*, o importante é a acomodação a este hoje normatizado, para o crítico, a transformação permanente da realidade, para a permanente humanização dos homens" (Freire, 1983)

Lima (1998), ao discorrer sobre o diálogo, apoiada nas concepções filosóficas de Hannah Arendt, afirma que o diálogo é um encontro entre seres humanos, determinado pela biografia das pessoas participantes do mesmo, motivadas pelo desejo de se comunicarem, com intenções, sentido e objetivos particulares. Para ela, o diálogo, com características autênticas, exige que cada pessoa exercite a liberdade, entendida como o sentimento de autodeterminação para pensar, sentir, querer e agir. Dessa forma, ocorre possibilidade de reformular escolhas, discuti-las e fazer novas escolhas.

Enfatiza que no âmbito profissional de enfermagem, o diálogo entre desiguais exige o exercício da solidariedade entre as parcerias profissionais e as diversas clientelas.

Em relação ao cuidado de enfermagem, vivenciado em minha prática profissional, verifiquei que o cuidado às famílias das crianças, em ambiente hospitalar, reproduz diálogos, freqüentemente, desprovidos de entendimento por parte dos receptores. A precariedade do conteúdo, muitas vezes, parece estar

relacionada ao uso de jargões de caráter “técnico”, comumente utilizados pelos profissionais de saúde incluindo médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Whaley; Wong (1989) complementam essas idéias acerca de comunicação ao comentar sobre esse processo com as famílias das crianças, mencionando que o fornecimento de informações aos pais envolve uma avaliação do nível atual de compreensão destes e de seu desejo de conhecimentos adicionais. Ressaltam que, os pais, por estarem vivenciando uma situação de ansiedade têm diminuída sua percepção, levando a más interpretações.

Acrescentam, ainda, que uma das áreas mais negligenciadas durante o cuidado de crianças e suas famílias é, provavelmente, a ausência de informações aos irmãos das crianças hospitalizadas.

É provável que atitudes estereotipadas por parte da Equipe de Enfermagem, quanto aos processos interativos envolvendo comunicação, repousem no fato de que durante a formação profissional ainda são priorizados os aspectos técnicos, em detrimento de reflexões e preparo quanto ao cuidado das crianças e suas famílias.

Os processos seletivos, rigorosos e exigentes, na área de enfermagem, parecem considerar mais relevante saber lidar com um determinado equipamento, imposto pela sofisticação tecnológica e a exigência da especialização, do que a preocupação com os futuros profissionais sobre o fato de possuírem habilidades para lidar com o ser humano.

Entendo que o cuidado de enfermagem a essas famílias implique a aquisição de habilidades no processo de comunicação para que, efetivamente, haja a aproximação com os sujeitos envolvidos, foco do cuidado.

Em relação aos aspectos jurídicos que envolvem o cuidar nas instituições, cabe salientar a existência da Lei nº 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1998) como um recurso legal, à disposição de todos que trabalham na área da criança, envolvendo também a família. Sobretudo atentando para o artigo 12, que diz: “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

Trata-se de um direito, assegurado através de nossa Constituição e que nos faz refletir sobre *como estamos preparados* e como nossas instituições de saúde, muitas delas vivendo uma crise sem precedentes nas últimas décadas, oferecem essas “condições” às crianças e suas famílias.

Associado à essa disposição legal, há um outro documento que discorre especificamente sobre os direitos da criança hospitalizada – Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995 (Anexo 8), merecendo fazer parte do cotidiano de trabalho e das reflexões dos profissionais de saúde, especialmente no que se refere aos trabalhadores de enfermagem quando se propõem a um cuidado que não prescinde do conceito de cidadania.

Sendo evidente que o processo de cuidar permeia todas as etapas da vida de um ser humano – ele cuida ou é cuidado –, na enfermagem ele precisa ser despertado, motivado e ensinado (Waldow, 1998).

Aqui, cabe salientar que um processo de cuidar pode se dar de forma direta ou indireta.

Entende-se por cuidado direto todas as ações de cuidado desenvolvidas pelo trabalhador de enfermagem frente ao cliente, com suas necessidades físicas e psíquicas, ao encontrar-se fragilizado, vulnerável, ou incapacitado para cuidar-se,

apresentando, então, uma especificidade que busca resposta no cuidado prestado pela enfermagem.

Quando falo em cuidado indireto, refiro-me, especificamente, às atividades de educação e planejamento promovidas no sentido de capacitar a Equipe de Enfermagem para a prestação do cuidado direto.

Nesse aspecto, Patrício (1996) reforça essa idéia ao enfatizar que administrar serviços de saúde de qualquer natureza pode ser caracterizado como um processo de cuidar indireto, envolvendo atividades de educação e planejamento, acompanhamento/avaliação; pontuando que todas essas atividades envolvem interações humanas.

Diante do que foi exposto, parece-me imperioso refletir sobre o cuidado que estamos prestando às famílias e crianças no ambiente hospitalar, considerando as exigências decorrentes da permanência dos pais nas unidades de internação pediátricas, em constante interação com a Equipe de Enfermagem.

Elsen (1994), estudiosa e precursora do cuidado de enfermagem à família, refletindo sobre este cuidado, reconhece tratar-se de um “desafio” que necessita ser enfrentado através de estudo e aprofundamento sobre essa temática. A mesma autora enfatiza que, embora se utilize um instrumental teórico-metodológico desenvolvido por outras áreas, para se abordar a família, é fundamental a contribuição da enfermagem para esse processo de cuidar.

Ainda segundo Elsen (1994), é no movimento constante de “olhar a família, tentando compreender suas características, necessidades, expectativas, relações e ações, de voltar-se para si própria, interrelacionando-se com outras áreas de conhecimento” que a enfermagem encontrará o caminho para o cuidado à família.

Entendo que para o trabalho junto às famílias, nessas condições, seja imprescindível a capacitação dos recursos humanos disponíveis, especificamente em se tratando da Equipe de Enfermagem no que tange ao modo particular e específico de cuidado, diferindo de outros profissionais.

Viabilizar possibilidades e estratégias de um cuidado de enfermagem a famílias que vivenciem a experiência da hospitalização de um filho, configurou-se, então, como a motivação principal deste trabalho.

Desse modo a necessidade de elaboração de um eixo norteador que sustente o cuidado às famílias – quando da hospitalização de uma criança – configura-se como alavanca na construção de um Marco Teórico para trabalhar essa realidade, inserido num novo paradigma, no qual as relações humanas destacam-se como elementos fundamentais para a qualidade de vida.

Portanto, a retomada desse estudo, a partir da experiência de uma prática assistencial, desenvolvida no segundo semestre de 1997, enquanto disciplina do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, correspondeu à possibilidade de aprofundamento teórico-reflexivo do mesmo.

Na primeira etapa, vista como uma forma de cuidado indireto, subsidiada por técnicas de pesquisa qualitativa, propus para a Equipe de Enfermagem a construção de um programa de cuidados centrado na família, através de um marco conceitual com foco nas interações entre esta e os trabalhadores de enfermagem.

Essa prática, desenvolvida junto à Equipe de Enfermagem de uma unidade pediátrica teve início quando a proposta de trabalho (Anexo 1) foi submetida à apreciação da Coordenadora do Serviço de Enfermagem do Hospital Escola da UFPel. Na ocasião, os objetivos do trabalho foram explicados, vislumbrando-se a possibilidade de desenvolvê-lo na unidade de internação

pediátrica. A Coordenadora, concordando com a realização do mesmo, encaminhou-me à responsável pela área Materno-Infantil a fim de formalizar a autorização, comunicar aos demais enfermeiros da unidade e agendar o período das atividades.

De posse da autorização, contatei com os diversos profissionais da Equipe de Enfermagem para exposição da proposta (Anexo 2) e obtenção da colaboração como participantes do estudo (Anexo 3). Em outra ocasião, encontrei-me com familiares que, após terem sido devidamente informados acerca do referido trabalho, também se dispuseram a participar (Anexos 2 e 3).

O conhecimento e as reflexões acerca dos dados, decorrentes dessa primeira experiência de trabalho com a Equipe de Enfermagem – prestadora de cuidados à família da criança hospitalizada –, motivou-me a dar continuidade ao processo de educação iniciado junto à equipe, agora, com o olhar ainda mais voltado à construção de conhecimentos dessa temática.

A Prática Assistencial revelou, entre outras observações, a necessidade de consubstanciar o referencial teórico, bem como maior detalhamento do caminho metodológico percorrido.

Propondo-me, então, a revisitá-lo, agora numa atitude intelectual de maior amadurecimento, com olhar mais aguçado de pesquisadora, fiz a releitura do relatório da Prática Assistencial, tendo como base técnicas dos diferentes métodos qualitativos de pesquisa.

Partindo do pressuposto de que um estudo qualitativo “descreve”, “compreende” e “interpreta” significados (Minayo, 1996; Patrício, 1997), busquei, a princípio, elaborar a descrição do processo de cuidado e, posteriormente, fazer a leitura analítico-reflexiva dessa realidade.

Dessa forma, reitero, como objetivo desse estudo, **descrever e refletir sobre o significado das interações entre a Equipe de Enfermagem e a família da criança, num contexto hospitalar.**

Assim, pode-se entender este estudo como um referencial de cuidado de enfermagem indireto, especificamente voltado à educação que orienta o processo educativo da equipe junto à família da criança hospitalizada, ou seja: o cuidado direto.

Penso que a realização deste trabalho justificou-se pela relevância do problema apontado, acrescido da necessidade de nos instrumentalizarmos, enquanto enfermeiros pediátricos cuidando de crianças, cujas famílias também fazem parte desse processo de cuidar, necessitando de uma atenção voltada à humanização desse cuidado.

Embora sem a pretensão de criar um “modelo ideal”, espero que o estudo contribua no sentido de oferecer elementos que favoreçam à discussão e reflexão acerca do cuidado às famílias das crianças em fase de hospitalização.

## **2 A FAMÍLIA CUIDANDO DA CRIANÇA NO HOSPITAL: A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO**

A participação dos pais no cuidado aos seus filhos, num ambiente hospitalar, ainda é vista com reserva por muitos profissionais da saúde, embora constitua-se em um direito legitimado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1998), Lei nº 8069/90.

Ao longo das três últimas décadas, estudiosos da área de enfermagem vêm desenvolvendo trabalhos acerca dessa temática, numa tentativa de oferecer contribuições e qualificar esse cuidado (Elsen; Patrício, 1989; Nascimento, 1985; Darbyshire, 1993; Lima, 1996; Motta, 1997).

O que se observa, durante a revisão de alguns trabalhos sobre este assunto, é o fato de que as dificuldades mencionadas pela equipe de saúde ao se por em prática a nova tendência – a de permitir aos pais o acompanhamento às crianças, nos hospitais – parecem, fortemente, atreladas aos vestígios de uma abordagem rígida a qual separava crianças doentes de seus familiares, com enfoque, preponderantemente, técnico no qual os direitos da criança e de sua família não eram considerados quanto a possibilidade de manterem-se juntos, e nem se discutia os efeitos danosos do rompimento desses vínculos, decorrentes do afastamento da família quando a criança necessitava ser hospitalizada.

Outro aspecto relevante, nessa revisão, refere-se ao despreparo dos profissionais de enfermagem – envolvendo todas as categorias – acerca do conhecimento básico sobre crescimento e desenvolvimento infantil, aliado às interações familiares como parte de um processo que interfere no psiquismo das crianças.

Desse modo, considerei interessante realizar uma breve retrospectiva da história que traça o surgimento da enfermagem pediátrica, enquanto área especializada.

Nesse contexto, a presença dos pais nos hospitais pode ser percebida como uma realidade recente nessa trajetória, constituindo-se uma conquista, principalmente, para as classes sociais desfavorecidas.

O primeiro hospital infantil foi construído em Paris, no ano de 1802, seguido pelo “Hospital for Sick Children”, em Londres. Três anos após, surgiu o primeiro hospital infantil nos EUA, Filadélfia (Waechter; Blake, 1979).

Paralelo a isso ocorreu a necessidade de instrumentalização dos profissionais, sendo que a especialidade de enfermagem na área pediátrica foi uma decorrência da especialidade médica.

Em alguns hospitais dos EUA (Filadélfia, Denver, Boston e New York) a existência de unidades destinadas ao cuidado das crianças, inicialmente separadas nos hospitais gerais, deu início às unidades pediátricas.

Assim, essas unidades serviram como locais nos quais se promoveram cursos e treinamentos voltados a capacitar a enfermagem para atendimento das crianças.

Embora essas iniciativas tenham sido observadas em muitos hospitais infantis, o estudo da enfermagem pediátrica somente foi oficializado na década de quarenta (Waechter; Blake, 1979).

A formação dos recursos humanos, nessa área, não se eximiu de absorver os preceitos e tendências do contexto no qual eram desenvolvidas as práticas de cuidado à criança e à família.

No início desse século, o desconhecimento sobre as causas das doenças, aumentando a mortalidade, propiciou o surgimento de crenças e “fantasias” que serviram para encobrir a ignorância sobre a causa e o efeito das enfermidades.

O cuidado à criança era realizado de tal forma rígida, isolando-a de seus familiares e até com o uso de práticas cruéis, como o hábito de mantê-las no leito, sob “camisas de força” para assegurar o repouso “absoluto”, crença cultuada na época, orientada para a recuperação da saúde (Waechter; Blake, 1979).

Os visitantes – familiares, amigos – eram percebidos como altamente nocivos e capazes de disseminar infecções.

O volume de enfermidades graves mantinha a equipe tão ocupada na atenção às crianças que não havia “tempo” para preocupação em relação às necessidades psíquicas da criança, como por exemplo, brincar, estar acompanhado e receber o auxílio dos pais.

Sobre isso, Lima (1996) discorre que a condução das ações de enfermagem traduziam uma espécie de ritual no qual o apego aos detalhes estava associado a uma rigidez no desenvolvimento do trabalho.

Entre outras afirmações, a mesma autora reforça que “a enfermagem pediátrica estava preparada para cuidar da doença, mas despreparada para conduzir a criança doente, que tinha medo, chorava, sentia-se só e estava impedida de brincar”.

Como que por uma necessidade, enfermeiras e médicos adotavam uma *indiferença casual* que reprimia preocupações e frustrações produzidas pela responsabilidade de cuidar nessas circunstâncias.

Na opinião de Waechter; Blake (1979), a presença dos pais junto às crianças era evitada, em parte porque exigiam seus direitos e, em parte, porque o pessoal de saúde sentia-se *pouco preparado* para enfrentar a ansiedade que se manifestava durante as visitas.

Dessa forma, essas questões que permeavam o cuidado à criança e sua família tornaram-se mais evidentes por volta da década de 50, na qual a investigação no campo da psiquiatria pediátrica chamou a atenção sobre as necessidades emocionais de pais e filhos durante os momentos em que os últimos estavam doentes ou incapacitados.

Nessa época, os seguidores de Freud afirmaram, com grande convicção, que lactentes e crianças menores necessitavam manter íntimas e sólidas relações com suas mães ou com substituto permanente.

Nesse contexto, surge a figura de John Bowlby, eminente pesquisador inglês, com formação psicanalítica pediátrica, cujos trabalhos deram um novo significado à abordagem às crianças e suas famílias, especialmente em relação à questão da privação materna como fator etiológico perturbador da saúde mental. O autor destacou a crescente e constante evidência de que a natureza dos cuidados proporcionados pelos pais aos filhos durante a infância seria de extrema importância, com repercussões sobre a saúde mental destes (Bowlby, 1951).

Aos poucos, novos modelos são incorporados à prática da enfermagem com criança e famílias, no ambiente hospitalar, tentando instrumentalizá-la para lidar com problemas comportamentais e emocionais decorrentes dessa situação. Essa capacitação passa, também, a vislumbrar possibilidades de ajuda nas interações com a criança, família e demais profissionais de saúde (Lima, 1996).

O Relatório Platt, de 1959, considerado como um marco internacional na assistência à criança hospitalizada, é citado por Lima (1996) enfatizando que o mesmo “tinha como preocupação o bem-estar das crianças hospitalizadas e propunha que os médicos ingleses concedessem aos pais horário livre para visita, facilidade para permanência junto aos filhos, participação da mãe nos cuidados hospitalares e máximo esforço para minorar os efeitos da hospitalização”.

No Brasil, as experiências de alojamento conjunto, como uma nova modalidade de manter mães ou responsáveis junto às crianças, começa a delinear-se por volta da década de oitenta.

Por ser essa tendência uma estratégia que possibilita a redução dos efeitos traumáticos da hospitalização sobre a criança, ela pode diminuir o tempo de internação, e, provavelmente, reduzir infecções cruzadas já que a criança passa a ser cuidada, preferencialmente, pela mãe ou responsável.

Em 1979, a Professora Doutora Dulce Maria Nunes, revelando sabedoria e sensibilidade em relação à participação dos pais no cuidado à criança, implanta o Programa de Permanência Conjunta quando da abertura das Unidades de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

Lima (1996) refere que esse direito da mãe, ou de outro familiar, de acompanhar sua criança durante a internação foi oficializado em São Paulo em 12

de outubro de 1988, através da Resolução SS-165, publicada no Diário Oficial do Estado, em 14 de março de 1989.

Posteriormente, em 13 de julho de 1990 foi promulgada a Lei nº 8069 que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual, através do seu Artigo 12, dispõe que: “os estabelecimentos de saúde devam proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes” (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1998).

Portanto, embora tenha ocorrido a universalização dos direitos da criança e adolescentes, essas medidas, adotadas recentemente, não parecem ter causado avanços na assistência hospitalar, na área pediátrica, talvez, por ainda não terem sido incorporadas, efetivamente, como essência para a prática do cuidado à criança e sua família.

Nesse sentido, Lima (1996) contribui ao assinalar que além da competência técnico-científica para o trabalho na área pediátrica, a enfermeira necessita de suporte teórico acerca do crescimento e desenvolvimento da criança, além de conhecimento sobre relações interpessoais que possibilitem compreender pais e filhos como pessoas.

A busca de um cuidado singular e centrado nas características de cada família requer interpretação constante e criatividade à luz das novas necessidades impostas pela hospitalização da criança.

Motta (1997), referindo-se ao impacto da hospitalização sobre a criança e sua família, salienta que a doença é vista como uma ameaça à integridade corporal e emocional da criança e de sua família. É um afastamento de todos os seus pontos de referência. Sendo assim, a autora pontua que “o ingressar em outro mundo, que se mostra ameaçador, distante do seu cotidiano leva a família a

transformar-se, a redimensionar sua vida para conviver com a doença e suas implicações”.

Ainda segundo Motta (1997), o ingresso da criança, no mundo das instituições, representa um desafio para a equipe, no sentido de que essas instituições mostram-se como “sistemas baseados nas premissas do rigor técnico-científico onde o objetivo é a recuperação da saúde, esquecendo-se, por vezes que o ‘ser’ que está doente possui um corpo biológico e simbólico, construído ao longo de sua trajetória”, sendo o seu referencial no mundo.

Neste sentido Lima (1996) reconhece não ser “uma questão simples trazer a mãe para a enfermaria, pois ela transforma uma relação que era entre dois, trabalhadores da saúde e criança, em uma relação entre três, na qual a mãe é o terceiro participante”. Argumenta que essa problemática deve ser analisada em profundidade, pois, segundo ela, a permanência da mãe durante a hospitalização da criança implica mudanças na rotina hospitalar, tanto nos aspectos relacionados à área física, como também “interfere na trama de relações sociais complexas e cristalizadas presentes nas instituições nas quais a burocracia, o poder, a hierarquização, a rigidez e a administração não participativa são os pilares”.

Naturalmente, é preciso reconhecer que a permanência dos pais junto às crianças no hospital pode ser encarada como algo que necessite revisões constantes por parte da equipe cuidadora, assim como uma infra-estrutura em relação ao espaço físico e condições mínimas que permitam o atendimento às famílias, dignamente.

Em vista disso, surge uma necessidade que me parece importante diante da vontade de avançar em relação à transformação da prática da assistência à criança hospitalizada para além da atenção ao corpo biológico: a formação de

grupos multidisciplinares para que possam ser debatidos os dilemas e impasses éticos, oriundos dessa situação.

Assim, provavelmente, os problemas, enfocados sob diferentes ângulos, permitam à equipe questionamentos, mudanças e possível crescimento dessa.

Um outro ponto que merece destaque deve ser a ênfase na capacidade dos profissionais de saúde poderem ser continentes<sup>1</sup> das ansiedades dos pais e das crianças durante a hospitalização.

---

<sup>1</sup> Continente: trazida por David Zimerman (1997, p.43), “a expressão (original de Bion), amplia o seu espaço de utilização e reconhecimento na literatura psicológica em geral. Esse atributo alude à capacidade que uma mãe deve possuir para acolher e conter as necessidades e angústias do seu filho, compreendendo, emprestando um sentido para devolvê-las à criança na dose e no ritmo adequados à capacidade desta.

### **3 RESGATANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: O PROCESSO DE CUIDAR INDIRETO**

#### **3.1 Apresentando o Referencial Teórico**

##### **3.1.1. Compondo o Marco Conceitual**

Teorias científicas jamais serão a verdade final: elas irão sempre evoluir e mudar, tornando-se progressivamente mais corretas e eficientes, sem chegar nunca a um estado final de perfeição.

Novos fenômenos estranhos, inesperados e imprevisíveis irão sempre desafiar a nossa imaginação. Assim como nossos antepassados, estaremos sempre buscando compreender o novo.

E, a cada passo dessa busca sem fim, compreenderemos um pouco mais sobre nós mesmos e sobre o mundo a nossa volta (Gleiser, 1997).

Marco Conceitual pode ser construído a partir de “conceitos inter-relacionados de teorias ou partes de teorias, fatos já classificados e analisados em pesquisas anteriores e idéias do próprio pesquisador a partir da análise e síntese dos conhecimentos existentes” (Neves; Gonçalves apud Penna, 1994):

O artista, ao dar forma a sua obra, descreve uma trajetória onde estão presentes a procura do melhor material, o método de trabalho mais adequado, a

ferramenta que se adapta ao material escolhido, enfim toda busca de beleza, todo ideal estético encerra em sua essência, não somente uma inspiração, mas traduz, sobretudo, uma caminhada disciplinada, prazerosa, às vezes árdua, com diferentes momentos de aprendizagem, na qual, exaustivamente, convive com erros e acertos, oferecendo-se inteiro à sua criação, na tentativa de dar ao outro o melhor de si.

Nesse sentido, a construção de um marco que pudesse ser implementado, durante a realização da prática assistencial, esteve permeada de elementos muito significativos tanto no plano afetivo como no intelectual, presentes em minha trajetória de vida.

Assim, os critérios, que determinaram a apropriação de algumas abordagens e concepções, originaram-se de tendências adquiridas ao longo de minha formação, quando aderi a alguns modelos e rejeitei outros. Naturalmente tudo isso esteve relacionado a um processo interno de profundas mudanças e reelaboração de conceitos no qual as aquisições intelectuais se entremearam de alegrias e sofrimento, oportunizando um modo diferente de perceber a vida, trazendo-me um pouco mais de confiança e, talvez, maturidade.

Reportando-me ao início de minha atividade profissional, reconheço ter sido fundamental a experiência e o aprendizado ao defrontar-me com o mundo do cuidado à criança no Hospital da Criança Santo Antônio, na cidade de Porto Alegre. Emociono-me ao lembrar, com muito carinho, dos colegas e, também, por ter merecido a oportunidade de convívio com essas pessoas afetuosas, calorosas e de um brilhantismo intelectual apoiado na simplicidade e sensibilidade.

Conhecer essa realidade na qual se abrigavam crianças e suas famílias, simbolizando a crueza de nossa sociedade desigual, proporcionou-me o desenvolvimento de algumas habilidades para conviver com essas diferenças.

O cuidado à criança, algo inusitado para mim ao sair de um curso de graduação, causou-me muita angústia e estresse.

Estaria eu capacitada a cuidar, sentindo-me tão despreparada e atuando às vezes em condições adversas? O que teria para oferecer a essas crianças e suas famílias? Como desenvolver um cuidado voltado às necessidades prementes dessa clientela? Tudo isso me inquietou, gerando angústia, talvez, decorrente de minha inexperiência. Posso dizer que me senti em “crise”.

Contudo ousei aceitar esse desafio inicial que me permitiu, lentamente, através da experiência, ir construindo, ao longo da caminhada, a enfermeira que hoje sou.

Não posso deixar de mencionar a importância da colega e amiga Liane Einloft que me apresentou, solidariamente, ao mundo do cuidado à criança quando de meu encontro com a unidade de tratamento intensivo pediátrica.

Vivenciar as histórias de tantas famílias e de suas crianças, especialmente nas áreas de oncologia e intensivismo não só me revelou potencialidades desconhecidas como me conscientizou sobre limitações pessoais e profissionais, motivando meu aprendizado junto a essas famílias.

Entretanto, em todo esse processo de construção profissional, sempre estive atenta às minhas respostas em relação ao cuidado do outro.

Em minhas atitudes de carinho com essas famílias, de compaixão, de me fazer presente, de sofrer com as crianças e suas famílias, de chorar, muitas vezes, ao perdê-los, busquei em todos os momentos compreender a sua dor, talvez numa tentativa de mostrar-lhes o quanto significava cuidá-los.

O cuidado esteve continuamente revestido de algo sagrado e imbuído de aperfeiçoamento técnico científico, sem jamais prescindir do meu afeto e da consideração àqueles a quem eu cuidava.

Ao partilhar a dor com outros seres humanos, não tive pudores em refrear sentimentos de comoção frente à morte, de entender os sentimentos hostis, a raiva, a negação diante do inevitável. Mas, sobretudo, desejei que eles se sentissem cuidados da forma como eu desejaria e desejo ser cuidada.

As primeiras impressões ao cuidar de crianças portadoras de leucemia e outros tipos de câncer infantil sensibilizaram-me profundamente, impulsionando a aquisição não somente de habilidades técnicas rigorosas – em virtude do trabalho com quimioterápicos antineoplásicos – mas também ao aprendizado do relacionamento com essas crianças e seus familiares.

Foi nessa época que “revolucionamos” o pequeno espaço no qual desenvolvíamos o nosso cuidado. Éramos “quatro mosqueteiros” – um pediatra (o Rubinho), um hematologista (o Dr. Édison, que declamava poemas enquanto realizava um medulograma), uma auxiliar de enfermagem (a Margarete, linda figura humana) e eu, como enfermeira, apaixonada pelo meu trabalho.

Recebíamos muitas famílias oriundas de outras cidades do Rio Grande do Sul, principalmente do interior, as quais não dispunham de condições financeiras para alojarem-se fora do hospital. Assim, compreendíamos que sua presença junto às crianças, muito mais do que uma necessidade de ter onde ficar, era de fundamental importância para o psiquismo das crianças e suas famílias. Principalmente porque as crianças não se sentiam desprotegidas ao permanecerem junto ao seus pais, todo o tempo de internação, tornando-se mais confiantes na terapêutica que, em determinados períodos, era agressiva.

Alguns colegas, inicialmente, mostraram-se resistentes a essa permanência, alegando a falta de condições físicas do ambiente, dificuldades quanto à infra-estrutura, dificuldades de adaptação das famílias às rotinas hospitalares, enfim tudo era motivo para não se continuar com a situação descrita.

Aos poucos, através de uma sistematização e organização do trabalho, promovida juntamente com essas famílias, fomos criando um novo conceito de permanência dos pais nos Hospital da Criança Santo Antônio. Isso ocorreu durante o ano de 1987 e, atualmente, este hospital é um centro de referência na área de oncologia pediátrica.

Mais tarde, minha atividade profissional dirigiu-se à neonatologia, quando me envolvi na estruturação da Unidade de Neonatologia do Hospital Mãe de Deus, em Porto Alegre.

Nessa fase, muitos colegas, entre eles a Enfermeira Clarice Zambrano, do HCPA, o Dr. Renato Fiori e sua equipe médica, oportunizaram-me o aprendizado na área neonatal. De modo elegante, sensível e preocupado essas pessoas dedicavam-se, profundamente, ao cuidado dos bebês e suas famílias.

Trabalhávamos numa área crítica, acompanhados pela presença constante dos pais (em regime de 24 horas), vendo nessa permanência possibilidades de um cuidado humanizado, compartilhando nosso saber com a esperança dessas famílias em relação ao futuro dos seus filhos.

Tentando compreender e trabalhar os efeitos, às vezes dramáticos e devastadores, das hospitalizações tanto para as crianças como para seus familiares, encontrei o apoio nos mestres e colegas mais experientes. E aqui cabe mencionar a presença constante de professores cuja orientação e atitudes profissionais despertaram paixões na área do cuidado à criança: a Professora Vera Da Poian, a Professora Helena Issi, a Professora Maria da Graça Motta, a Professora Flávia Hentschel e outros, cujo respeito, seriedade e dedicação constituíram excelentes modelos com os quais pude partilhar em minha formação. Assim, fui “apresentada” ao mundo de vários autores, que traziam em suas obras situações e conflitos percebidos em minha prática ao lidar com as famílias das crianças hospitalizadas.

Ao deparar-me com Bowlby e Brazelton, encantei-me pelo conteúdo fascinante de suas pesquisas desvelando, de modo particular e sensível, as nuances do afeto envolvendo pais, mães e bebês.

Numa outra fase, Carl Rogers passou a integrar minha construção teórica com uma abordagem, também psicanalítica, acerca das relações interpessoais.

A partir daí, esses modelos permearam e nortearam minhas atividades no cuidar da criança e sua família.

Posteriormente, antevendo possibilidades de aperfeiçoamento intelectual e científico, transferi-me para Pelotas, na qualidade de docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel, na área de Enfermagem Pediátrica.

Recomeçar, aos trinta anos, numa cidade até então desconhecida sob o ponto de vista profissional, foi estimulante. Ao mesmo tempo, exigiu-me reorganizações emocionais, determinando um longo processo de conquista no sentido de encontrar um espaço e novos parceiros com afinidades afetivas, intelectuais, como também parceiros distantes, desconfiados e, às vezes, hostis. Nesse aspecto, novamente, foi necessário desenvolver habilidades de relacionamento interpessoal.

Portanto, busquei nos autores, colegas, mestres e em minha trajetória de vida pessoal e profissional, os referenciais dos quais me utilizei para a condução deste trabalho.

Mais especificamente, utilizei, na elaboração do Marco Conceitual deste estudo, idéias de Carl Rogers, Patrício e Brazelton, as quais pontuam aspectos

relevantes vinculados aos processos interativos com foco nas relações interpessoais, enfatizando as atitudes de ajuda.

A reunião dessas idéias partiu da convergência entre as mesmas em relação aos elementos presentes numa dimensão humanística revelada através de concepções que vêem o ser humano como o ser capaz de dispor-se a cuidar, a ajudar, utilizando-se de recursos subjetivos, afetivos, intelectuais, criativos, inéditos e prazerosos, constituindo, assim, uma proposta de enfrentamento ao problema – aqui entendido como a capacitação para o cuidado à família da criança hospitalizada.

### **Brazelton: O Cuidado à Família Numa Situação Singular A Hospitalização da Criança**

Para Brazelton (1991) cuidar da família em crise, deflagrada pela doença de um de seus membros, apresenta-se como um desafio aos profissionais de saúde. De acordo com sua visão e baseado numa vasta experiência com famílias, postula ser necessário instrumentalizarmo-nos como pais e profissionais a fim de que seja possível provermos o melhor cuidado às famílias nessas circunstâncias – a hospitalização de um filho.

O autor, ao discorrer sobre o modo como as famílias enfrentam a doença, salienta que elas regridem, como fazem os indivíduos diante das ameaças; podem tornar-se desorganizadas, tensas, conflituosas. E, para ele, esse período regressivo pode ser assustador, pois vulnerabiliza-as expondo fraquezas e defeitos da família enquanto sistema.

Brazelton (1991) refere que a tensão possibilita a consciência das rivalidades subjacentes, dos elos fracos das relações familiares. Nesse aspecto, o autor revela que, para cada membro da família há um período de dúvida e confusão, onde se questionam possibilidades de terem suficiente energia para enfrentar as

novas exigências, de poderem se unir como forma de proporcionar uns aos outros a força de que necessitam. E os sentimentos de dor e desconforto, decorrentes desse processo, causam desorganização em todos os membros da família podendo, assim, preparar o terreno para o crescimento e a mudança diante da situação nova de se ter um filho hospitalizado.

Segundo o autor, em determinadas situações, após o primeiro choque – a hospitalização da criança – sobrevêm um período de descrença ou negação. Dando continuidade a esse período de negação, medo e culpa, pode ocorrer um retraimento caso a criança ou a família percebam a situação como “excessivamente esmagadora”, uma sensação de impotência, frente aos novos acontecimentos, emergirá com poucas possibilidades de vencer essa crise.

Para Brazelton (1990):

crianças com ar quieto, triste, que parecem agradar a todos, mas que também parecem desprovidas de emoção, que parecem não reagir à dor física ou emocional, podem estar se defendendo da tensão por meio do retraimento. Famílias também podem retrair-se num *mundo tenso*, distante, caso os membros individuais sintam-se impotentes em meio à crise decorrente.

Ao refletir sobre esse processo, comenta que muitas dessas reações a uma crise – regressão, negação, medo e retraimento – são consideradas saudáveis porque concedem à criança e à família tempo e espaço a fim de criar energias e encontrar o caminho para um novo equilíbrio. Porém, acrescenta que, se a criança ou a família permanecem muito ligadas a essas reações, elas podem tornar-se destrutivas ao invés de úteis.

Um outro aspecto, assinalado por ele em relação à hospitalização de uma criança, registra a possibilidade dos profissionais de saúde ajudarem a família no preparo da criança para essa nova situação.

Embora, muitas vezes, os pais acreditem que no hospital o pessoal técnico – principalmente médicos e enfermeiros – possam cuidar melhor dos seus filhos, muitas mães revelam-se ambivalentes em relação a se posicionarem frente à equipe porque se sentem extremamente culpadas pela doença dos mesmos.

A fim de traduzir com maior fidedignidade a idéia do autor sobre esse assunto, permito-me transcrever uma passagem do livro “Ouvindo uma criança”, na qual ele aborda essa questão crucial para a família – a hospitalização da criança.

Fui o mais preciso possível ao responder à pergunta da sra. Landis quanto a poder ficar com Tommy no hospital: “Claro que sim. É nessa hora, mais do que em todas as outras, que a criança precisa de consolo. Por que não deveria ele recebê-los da senhora e de seu marido?” Ela respondeu que o hospital onde Tommy faria a operação não queria a presença dos pais. Eles haviam afirmado que as enfermeiras e os médicos sabiam muito bem cuidar de crianças doentes e que os pais interferiam com sua agitação e ansiedade, acabando por transmiti-las à criança. O pessoal do hospital também achava que as crianças choram mais quando os pais estão por perto. Como Tommy ficaria internado apenas dois dias, eles estavam convencidos de que seria melhor o menino ficar sozinho para recuperar-se e ser cuidado no dia seguinte à operação. Eu quis saber da sra. Landis o que ela achava de tudo aquilo, e ela disse: “Bem, não acredito muito nisso. Mas é culpa minha Tommy ter ficado tão doente, e ele talvez se saia melhor com um pessoal médico mais competente. Na verdade, eu não saberia como cuidar dele. Estou certa de que ele choraria mais com a minha presença. Assim, eu estava disposta a aceitar as explicações deles... até conversar com o senhor. Agora me sinto culpada por ter tido medo de lutar para ficar com Tommy (Brazelton, 1990).

Por sentirem-se desamparadas e com sentimento de culpa em relação a qualquer doença de seus filhos, não tendo clareza quanto à realidade dos fatos, mães e pais incorporam uma sensação de inaptidão que interfere na execução das coisas necessárias para a criança. E esse sentimento de desamparo é compreensível diante do pessoal do hospital, que se apresenta aos pais como especialistas superpoderosos,

não permitindo que estes argumentem e, o que é pior, se aproveitam dos sentimentos naturais de culpa e inaptidão desses.

Assim, os pais podem reagir exageradamente a esses sentimentos, tornando-se agressivos com o pessoal da área de saúde, que sequer tenta compreendê-los, na opinião do autor. Os pais, nessa situação, passam a constituir, então, um problema nas enfermarias e podem interferir no cuidado mais favorável à criança.

Como alternativa para resolver problemas decorrentes dessa situação, Brazelton registra a experiência de hospitais que treinam seu pessoal para compreender esses sentimentos e considerá-los naturais e saudáveis em pais angustiados, além de incorporá-los nos cuidados à criança doente, afirmando que, assim, esses pais desamparados passam a ser “um grande trunfo” junto à equipe de saúde. Cita o exemplo da Unidade de Participação dos Pais no Hospital Infantil Riley, de Indianápolis, EUA, onde os custos hospitalares foram reduzidos pela metade e as crianças melhoram mais depressa com seus pais. Acrescente-se a isso a possibilidade de aprendizagem dos pais ao cuidarem seus filhos enquanto se encontram sob a supervisão segura de um pessoal técnico competente.

Essa forma de cuidar famílias e suas crianças, num ambiente hospitalar, dá uma nova significação do *estar doente* para a criança, pois o fato de ter seus pais por perto, numa condição singular – a de estar hospitalizada – proporciona-lhe uma imagem saudável e conhecida, oferecendo melhores condições para que elas possam lidar com a doença.

Não acredito que crianças se dêem melhor com estranhos, por mais competentes que eles sejam. Não acredito que os pais transmitam sua ansiedade à criança, a menos que não disponham de nenhuma outra saída. O pessoal hospitalar deve ser capaz de reconhecer essa ansiedade e ajudar os pais a enfrentá-la. Estou certo de que o choro em nada prejudica uma criança que está infeliz ou sofrendo. Na verdade, acho que em

momentos como esse chorar faz bem. Estou convencido de que, enquanto protestar, lutar por seus direitos, chorar quando for seguro chorar, a criança estará participando da batalha do modo mais saudável possível. Estou certo de que ela sairá desta batalha sem muitas cicatrizes psicológicas (Brazelton, 1990).

Ao lado dessas considerações sobre a necessidade da criança em ter seus pais presentes, Brazelton também pontua casos em que isso se torna complicado para a família, exigindo outras maneiras de ajudá-la a atravessar a crise. Introduz a experiência nova das “mães substitutas”, avós ou substitutivos para eles, ou seja, mulheres que se dedicam a envolver a criança em brincadeiras terapêuticas ligadas à questão da doença e da separação. Reforça a necessidade de empenho da equipe, nessa situação, para a rápida recuperação da criança tanto nos aspectos físicos como psicológicos.

Finalizando as idéias desse autor sobre a participação dos pais, durante a hospitalização da criança, salienta-se os aspectos recomendados por ele no que se refere à revisão da presença dos pais nos hospitais, para que essa presença não aconteça ao acaso, mas que ocorra como decorrência de um maior conhecimento do pessoal técnico acerca das reações da criança à hospitalização e, principalmente, que as pessoas que trabalham nas instituições sejam preparadas para receber e compreender essas famílias e suas crianças.

### **Carl Rogers – A Relação de Ajuda**

Dentre as concepções de Rogers (1991) sobre relações interpessoais, utilizo-me, para esse estudo, dos aspectos referenciados por ele ao descrever uma relação de ajuda.

O autor entende essa expressão como uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a

maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida, ou seja, uma maior expressão e uma utilização dos recursos latentes do indivíduo.

Segundo Rogers (1991), atitudes de ajuda requerem que o indivíduo mostre-se caloroso na sua expressão, respeitador da própria individualidade e da do outro, com interesse sem desejo de posse. O autor cita Fiedler como um estudioso que, também, descreveu algumas características representativas de uma relação de ajuda: “uma capacidade para compreender o que o cliente pretende significar e os seus sentimentos, uma receptividade sensível às atitudes do cliente, um interesse caloroso, sem uma excessiva implicação emocional”.

Rogers (1991), ao refletir sobre a relação de ajuda, aponta inicialmente um questionamento a respeito de quais aspectos podem favorecer o crescimento e quais as características de uma relação que não assume o papel de ajuda, embora possa estar presente o sincero desejo de promover o crescimento e o desenvolvimento.

Pontua que as atitudes e os sentimentos são mais importantes que a orientação teórica quando se trata de processos interativos entre as pessoas, ressaltando ser a maneira como essas atitudes e esses processos interativos são apreendidos que adquire uma importância crucial nessas relações. Diz, ainda, que, quando a aceitação é sentida como mais fraca, o organismo organiza a sua defesa contra a ameaça, mesmo em nível fisiológico.

O outro, para ele, pode ser um indivíduo ou um grupo. Nesse estudo, o outro adquire a identidade das famílias das crianças hospitalizadas para as quais pretendemos um cuidado que implique relações de ajuda.

Para Rogers (1991) “as atitudes e sentimentos de quem ajuda são muito mais importantes do que sua orientação teórica. Seu processo e técnica são menos importantes do que suas atitudes”. Torna-se evidente, segundo o autor, o fato

de que as relações de ajuda têm características diversas das que não o são, sendo que estas diferenças dizem respeito às atitudes da pessoa que ajuda e a forma como são percebidas por quem é ajudado.

Assim, retomando o que, segundo ele, é essencial em uma relação de ajuda considero oportuno enumerar algumas das características dessa forma de relação, partindo de suas questões e reflexões sobre o tema.

1. A relação de confiança que se estabelece entre duas pessoas não implica coerência de uma delas, de forma rígida, mas que se possa confiar no outro do jeito que ele realmente é.
2. A comunicação não deve ser ambígua, ou seja, encerrar mensagens contraditórias. O fato de se assumir uma atitude de irritação em relação a outra pessoa, não se tendo consciência disso, produz distorção na comunicação à medida que esta irritação se apresenta, de maneira sutil, na mensagem emitida, produzindo no outro confusão e dificultando o estabelecimento da confiança. A consciência desse “distúrbio” de comunicação pode ser uma tarefa difícil, mas ajuda a reconhecer o que está errado nas relações interpessoais pouco efetivas. Dessa forma, há possibilidades de uma recondução mais construtiva.
3. Uma terceira reflexão de Rogers (1991) analisa a capacidade das pessoas de adotarem atitudes positivas para com o outro – atitudes de calor, de atenção, de afeição, de interesse, de respeito. O autor salienta ser essa uma tarefa das mais difíceis, principalmente pelo modo como muitas pessoas se colocam diante das outras, utilizando-se de um profissionalismo excessivo que parece impedir a visão de que se trata de uma relação entre duas pessoas.

4. Capacidade de independência de sentimentos frente ao outro. De permitir ao outro ser o que é – *sincero ou hipócrita, infantil ou adulto, desesperado ou presunçoso* – bem como ser capaz de aceitar os próprios sentimentos (Rogers, 1991).
5. Ter sensibilidade para que o comportamento de ajuda não seja percebido como uma ameaça.
6. Evitar o julgamento das ações do outro.
7. Ser capaz de ver o outro como uma pessoa em processo de transformação.

Rogers (1991), ao comentar o que possa se constituir numa relação de ajuda ótima, assinala que esse tipo de relação é criado por uma pessoa psicologicamente madura, ou seja, com capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como uma pessoa independente, mediado pelo seu próprio desenvolvimento. Observa que isso pode ser percebido, sob certos aspectos, como uma idéia perturbadora, mas igualmente fecunda e estimuladora. E o interesse das pessoas em criar relações de ajuda, como um objetivo de vida, constitui-se numa tarefa apaixonante que poderá ampliar e desenvolver potencialidades em direção à plena maturidade.

Pois, como diz Rogers (1991):

se tentarmos refletir para compreender o nosso trabalho como orientadores de grupo, professores, orientadores educacionais e orientadores profissionais, psicoterapeutas, então estaremos trabalhando no problema que será determinante para o futuro deste planeta. Porque não é das ciências físicas que o futuro depende. É de nós que ele depende, de nós que tentamos compreender e enfrentar as interações entre os homens – que procuramos criar relações pessoais de ajuda.

Embora o conteúdo dessas idéias exclua os aspectos sociais e políticos dos sujeitos envolvidos, opto por essa vertente consciente da priorização dos

aspectos emocionais sobre aqueles, sobretudo porque acredito que ao nos sentirmos “doentes”, numa instituição hospitalar, nossa vulnerabilidade, frente a essa condição, volta-se em busca do desejo que sentimos de sermos cuidados, protegidos e cercados de calor humano.

### **Patrício – O Cuidado Holístico-Ecológico**

A abordagem do cuidado por Patrício (1995b) remete-se a sua trajetória de trabalho a qual é resultado de inúmeras pesquisas que refletem uma nova postura na enfermagem, ao longo das duas últimas décadas.

Partindo de concepções inéditas no processo de cuidar, Patrício (1995b) constrói um novo referencial apoiado em elementos que se dinamizam, flexibilizam, cuja origem repousa na Teoria de Leininger, Gramsci e princípios holísticos.

Segundo Patrício (1995b), o cuidado holístico-ecológico é uma práxis participante, com sentido de transformação que encerra um conteúdo humanístico, além de se mostrar como um processo dialético, que se dá pela dinâmica contínua de promoção, de integração de conhecimentos e de saberes, de energias, criações e de sentimentos que geram uma nova construção.

Para ela, o processo de cuidar, que é o processo de enfermagem, caracteriza-se por interações entre o trabalhador de enfermagem e o cliente – aqui entendido como a família da criança hospitalizada.

As interações ocorrem nos encontros, através da comunicação verbal e não-verbal e, também, das ações físicas mediadoras no processo de transformação das necessidades de saúde do ser humano com sua percepção ativa. Dessa forma há um entrecruzar de conhecimentos, saberes, advindos das diferentes culturas;

consentimentos e energia do cuidador e entre aquele a quem se destina o cuidado, não prescindindo do contexto onde se dá o processo, ou seja, o ambiente.

Assim, o profissional enfermeiro para desenvolver os cuidados pauta-se num método próprio – o Processo de Enfermagem – no qual é auxiliado por uma equipe de trabalhadores de enfermagem.

É através desse processo, caracterizado por interações entre o trabalhador de enfermagem e o cliente (indivíduo, família, outros grupos sociais e comunidade), que se apresentam os componentes do **cuidar/cuidado** como forma de operacionalizar essas interações.

Dessa forma, permito-me transcrever os componentes que representam, na visão da autora, **objetivos, ações e modos de cuidar direto e indireto**, respondendo às questões: “Para que cuidar?”, “Quais cuidados?” e “Como cuidar?”.

Dialogar, refletir, meditar com: trocar idéias, energias, experiências; promover conhecimentos; esclarecer, informar, orientar, reforçar, nutrir; criar, educar, desenvolver potencialidades; confortar; tocar (diferente de manuseio); prevenir; agir para; adotar atitudes com relação a; fazer por; fazer com; ter sensibilidade, compaixão, consideração, paciência; ser empático, autêntico, sincero; observar, analisar, comparar, validar, expressar; manter (preservar), acomodar e/ou repadronizar modos de cuidar; propor e negociar modos de cuidar; planejar, organizar com; coordenar; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; demonstrar interesse, estar dando importância, disponibilidade; ouvir atentamente (escutar); preocupar-se com o outro; empenhar-se, dedicar-se, fazer favor, gentileza; compreender; calar; tolerar; amar; valorizar; colocar limites; estar presente; comparecer; assumir responsabilidade, compromisso; respeitar; não condenar; aceitar; desafiar; estimular; lutar com; desenvolver capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas (pensar criticamente); proteger; socorrer; supervisionar – vigiar (segurança com liberdade); executar ações físico-técnicas, como curativos, higiene corporal, massagens e relaxamento;

aliviar a dor, promover momentos de alegria, prazer; aceitar expressões de sentimentos negativos; preservar a individualidade e a integridade do outro e de si próprio; demonstrar sentimentos de ternura, de aceitação, como acariciar o corpo e o ego, através do toque e do reforço de comportamento construtivo, estimulando a valorização de si próprio e dos outros seres; executar medidas de promoção, tratamento e reabilitação; desenvolver afetividade-compromisso entre pares; considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidades e limitações, valores, crenças, metas, desejos e expectativas; considerar a história de vida, queixas e sinais do corpo; demonstrar confiança e ajudar o indivíduo a desenvolver confiança, esperança, fé, coragem, também entre seus pares; ter comportamento altruísta somente em caso de emergência, visando sempre ao resultado positivo também para o cuidador; auxiliar o indivíduo na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar o indivíduo a desenvolver suas possibilidades (potencialidades) de liberdade e também de assumir responsabilidade pela própria existência e existência dos outros, incluindo ser solidário e ter cuidados com a natureza; ajudar o indivíduo a identificar, desenvolver e utilizar recursos individuais, incluindo sua vontade, motivação, de seus familiares, de sua comunidade e sociedade como um todo, em busca de transformação de limitações para bem-viver; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de gerir a melancolia e conflitos do cotidiano de forma ética e estética; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de participar ativa e politicamente consciente nas decisões que envolvam seu processo de viver coletivo, incluindo seu próprio cuidado; cuidar, baseando-se em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e práticas culturais próprias do indivíduo, família, comunidade; focalizar os recursos e limitações, individuais-coletivos, de bem-viver (qualidade de vida); focalizar os recursos que o profissional necessita para prestar os cuidados integrais, incluindo o uso da Constituição Federal, abrangendo o Estatuto da Criança e do Adolescente; e desenvolver o processo de cuidar com a população e profissionais de outras disciplinas (Patrício, 1995b).

Um aspecto que merece ser destacado e que tem íntima relação com o estudo em tela, refere-se às idéias da autora sobre o modo como as necessidades de cuidados podem ser atendidas: “pelo próprio ser humano e pelos outros seres

humanos dentro de um contexto popular de saúde, como na família e em outros grupos sociais, e pelo enfermeiro, enquanto integrante de um contexto profissional de saúde” (Patrício, 1995b).

Nesse sentido, a autora enfatiza que ao trabalharmos com famílias e outros grupos, precisamos percebê-los enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde popular, e também, enquanto unidade recebedora de cuidados de saúde, popular e profissional.

Baseada em idéias de Leininger, Patrício (1996) reforça que administrar é cuidar, caracterizando essa atividade como um processo de cuidar indireto que envolve atividades de Educação e Planejamento, Acompanhamento/Avaliação; enfatizando que esse processo de cuidar envolve interações humanas. Patrício manifesta-se a respeito desse cuidado dizendo:

administrar é um processo de cuidar indireto porque quando você está planejando, organizando, coordenando..., você está pensando, elaborando atividades que visam à qualidade da assistência (dos cuidados), a qualidade da vida (o bem viver) dos seres humanos seus clientes. Seja através de atividades com a Equipe de Enfermagem, seja em parceria com outros profissionais e com a própria população, nesse momento do processo de trabalho da enfermagem, você está indiretamente cuidando (Patrício, 1996).

Entendendo o cuidar como um processo afetivo, energético Patrício (1995b) assinala a necessidade de se trabalhar o referencial das pessoas envolvidas, no sentido de que elas possam compreender porque agem e pensam “dessa ou daquela forma”.

A partir dessa concepção inovadora de cuidar, surgem técnicas de comunicação verbal e não-verbal, individuais ou grupais (observação participante, relato do cotidiano de vida, encontros face-a-face e outras) que se revelam apropriadas a essa forma de cuidar, bem como de pesquisar-cuidando, de modo

participativo, envolvendo múltiplas possibilidades da equipe e do ser cuidado, numa perspectiva que transcende o momento vivido, mas que vislumbra resultados ao longo da construção desse processo.

Nessa trajetória, valorizam-se o conhecimento e a compreensão das trocas cultural-afetivas do indivíduo-família em seu cotidiano, espontâneas e impostas, que se dão pelas suas relações sociais, nas quais se incluem aquelas com os profissionais de enfermagem.

Permeando esse processo, existe um outro movimento de troca de energia-sentimentos, que advém de um “estar junto com”, de tocar (que difere de manusear).

Favorecendo o engajamento do profissional nas questões do processo de viver e ser saudável dos indivíduos, essa nova abordagem inclui as questões de cidadania, de direitos e deveres, sendo uma postura ética e, também, estética frente ao ato de cuidar, implicando o prazer e a satisfação recíprocas tanto do ser cuidado como do cuidador.

O processo de Cuidar Holístico-Ecológico preconiza nas situações de saúde-doença um diálogo de teor reflexivo acerca do conteúdo cultural e terapêuticas alternativas de diferentes culturas, permitindo valorizar as questões de amor, de afetividade dos indivíduos nas relações com os demais seres humanos e a natureza.

Esse referencial possibilita, aos que o adotam, o estímulo da criatividade na liberdade de ser e de se fazer expressivo.

Partindo da visão qualitativa e dialética da realidade, ao manter os pressupostos básicos, não impede que os caminhos e os instrumentos sejam

continuamente reconstruídos na trajetória do trabalho, através de situações trazidas pelos sujeitos envolvidos ou participantes no processo.

E é nesse aspecto que, em meu entendimento, se torna um cuidado de vanguarda, enquanto marco para a prática de enfermagem, permitindo que as construções se processem no cotidiano de cuidar-ensinar-pesquisar com o sujeito a partir do contexto histórico-social.

As dificuldades, presentes no processo de cuidar, originam-se da complexidade, diversidade e dinâmica das situações que perpassam a unicidade de cada indivíduo, família, grupo e comunidade, e nem sempre encontram consonância – sob a forma de parceria – nos serviços de saúde, enquanto colaboradores de um processo de promoção da saúde integral.

A respeito disso, o trabalhador de enfermagem – na qualidade de ser consciente, reflexivo, crítico e sensível – é tido como mediador que permite possibilidades de gerir a vida de maneira mais saudável, individual e coletivamente.

Assim, é imprescindível que o profissional, sob esse prisma, acompanhe a realidade em constante transformação frente aos novos desafios dos modelos de serviço de saúde, possibilitando um processo de cuidar baseado na compreensão holística do homem, em novos conceitos de saúde-doença que emergem dessa realidade e que determinam as “necessidades do cuidado”, implicando como se cuida e como cuidar da natureza.

### 3.1.2 Harmonizando os Conceitos

Ao me deparar com o processo de elaboração de conceitos para a construção do marco conceitual, imprimi elementos significativos relacionados ao meu modo de ser e estar no mundo – enquanto mulher, enfermeira, professora e mãe. Portanto, estão impregnados de crenças, valores e são uma tentativa de

oferecer consistência ao marco. Todavia, esses conceitos, permeados das idéias de alguns dos autores utilizados como referenciais, constituem nuances que foram adquirindo contornos mais definidos ao longo deste estudo. Por isso, não são estáticos, não são conclusivos, são inacabados, não se fecham em si. Traduzem emoções, possíveis questionamentos, inconformismos, paixão, amor, humildade, honestidade, às vezes excesso de objetividade, são polêmicos, arrogantes, num movimento dialético, incorporando alguns elementos e desfazendo-se de outros. Sobretudo propõem-se uma atitude ética frente a vida e ao cuidado à família da criança num contexto hospitalar.

**O Ser Humano** é o ser pensante, dotado da capacidade de amar, sofrer, frustrar-se, sentir raiva, amedrontar-se, fazer escolhas, emitir julgamentos, cuidar de si e de seus semelhantes, do seu ambiente. É o ser capaz de personalizar-se descrevendo uma história própria, permeada de interações com outros seres em vários contextos históricos e na natureza.

Necessita ser cuidado, amado, ter limites para o convívio social, ser solidário e compartilhar o seu saber. Assim, o ser humano em contato com um ambiente favorável, que enriqueça suas potencialidades, poderá obter melhores condições para desenvolver-se.

Ao sentir-se agredido ou ameaçado tenderá a mostrar-se hostil frente aos seus semelhantes e ao ambiente em que se encontra. Ao mesmo tempo, as experiências vividas poderão contribuir no amadurecimento e equilíbrio de suas atitudes, oportunizando-lhe momentos de crescimento frente à dor e ao sofrimento. Ao sentir-se seguro, exibirá sinais de tranquilidade e confiança através de suas atitudes com o outro, mesmo diante do desconhecido, exercitando sua capacidade de ser solidário.

**A Criança Hospitalizada** é o ser humano particular, único, num processo de crescimento e desenvolvimento, deslocado, abruptamente de seu

cotidiano, afastado de seus familiares encontra-se num ambiente externo ao seu ambiente doméstico e familiar, em virtude de agravos à sua saúde. A criança, neste contexto, poderá apresentar respostas e comportamentos singulares frente à nova situação que se mostra ameaçadora, conferindo graus variáveis de ansiedade de acordo com sua idade, gravidade da doença, meio social, suporte familiar e apoio da equipe de cuidadores. É a criança num estado extremo de fragilidade física e emocional, carente de afeto e proteção, que necessita um cuidado de enfermagem sensível e personalizado que não pode prescindir do cuidado de sua família. Respeitá-la é aceitar sua cultura e valores. Esclarecê-la, sempre que possível, e que sua idade permitir, de tudo o que está acontecendo com ela em termos de sua saúde/doença, e o que será feito para que ela possa sentir-se melhor e confortável. Cuidá-la é, também, não omitir que determinados procedimentos são dolorosos, desagradáveis, mas que sempre se procederá com muito cuidado para que ela não se sinta agredida ou machucada. A criança hospitalizada necessita confiar na equipe, sentindo-se segura pela presença de pessoas conhecidas – a família – vendo nessas circunstâncias possibilidades de acreditar que é capaz de superar os agravos à sua saúde. Dependendo de sua idade, poderá mobilizar angústias, medos e culpas no sentido de se perceber como responsável pela sua doença e ver na hospitalização uma forma de punição. À criança deverá ser permitida, e mesmo estimulada, a expressão de seus sentimentos para que ela possa, efetivamente, aliviar-se, recompondo-se dessa situação inusitada – a hospitalização.

A **Família** é um dos principais núcleos de convívio entre os seres humanos, estabelecido através de relações afetivas ou de necessidade de proteção e segurança, que promove cuidados que se perpetuam ao longo de gerações.

Pode ser vista como uma unidade de produção e reprodução, dentro do sistema social, destacando a função que cumpre em relação aos processos individuais de socialização e apoio afetivo, como a seu papel na manutenção da vida de todos os seus integrantes.

A proximidade e o convívio configuram uma forma de agir norteada por normas e condutas que repousam em padrões culturais, os quais se flexibilizam ou modificam-se em resposta ao ambiente sócio-político-cultural na qual está inserida.

Assim, ao ser envolvida por todas as contradições da sociedade, apresenta no seu desenvolvimento múltiplas formas condicionadas pelas necessidades e pelas urgências que a sobrevivência coloca.

A família surge como um grupo social delimitado e identificável, cujas dinâmicas internas vão estar com o contexto social mais amplo, ao qual, por sua vez pertencem. Tratam-se de pessoas que se influenciam mutuamente com intensidade (dependem emocionalmente) e respondem a expectativas recíprocas que os determinam. Em geral compartilham alguns significados, entre os quais possuem peso especialmente os mitos históricos e os códigos e lógicas que configuram uma cultura particular (Ravazzola; Barilari; Mazieres, 1997).

O que merece ser destacado em relação à família é o fato de que, ao adquirir novas características e necessidades, estas criam novos desafios à intervenção profissional.

Já a **Família da Criança Hospitalizada** é a família que se encontra numa situação particular, num ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, possivelmente vivendo uma situação de “crise”, que adquire contornos diferentes e variações comportamentais decorrentes de agravos que atingem um de seus membros, aqui se tratando da criança. A família da criança poderá constituir-se num dos elementos provedores do cuidado durante a internação, desde que se sinta apoiada e estimulada pelos profissionais de saúde que lhe assistem.

A hospitalização de uma criança pode causar medo e angústia em seus familiares, sendo comum o surgimento da culpa e possíveis conflitos entre esses

familiares (Brazelton, 1991). Nesse sentido, muitas famílias podem ser tornar hostis e extremamente exigentes durante a internação de seus filhos, sendo que esse comportamento precisa ser investigado para que o cuidado de enfermagem possa, efetivamente, ser desenvolvido, voltado às necessidades peculiares de cada unidade familiar.

Compreender que existem mecanismos utilizados pelas famílias para que possam se reorganizar, enfrentando suas “crises” de maneira muito particular, faz-se necessário para a humanização do cuidado de enfermagem.

Especialmente porque é a família que, na maioria das vezes, constitui o suporte emocional da criança hospitalizada, sendo um referencial de afeto para esta, mesmo quando em possíveis condições adversas, como, por exemplo, em caso de maus tratos.

Expressivo número de crianças internadas em unidades pediátricas pertencem às famílias de baixa renda, o que evidencia, de certa forma, as precárias condições de vida dessas famílias. E são essas famílias que necessitam da presença da Equipe de Enfermagem, enquanto pessoas cuidadoras, preocupadas com o seu bem-estar. Precisam ser orientadas e esclarecidas em relação às condutas adotadas pelos profissionais de saúde imbuídos em restituir-lhes a saúde e contribuir na melhoria da qualidade de vida.

Para a família que se depara diante de um ambiente novo – o hospital – às vezes ameaçador, ou em outros casos, com mais conforto do que em suas residências, os sentimentos de medo, culpa e constrangimento podem aflorar, revestidos de algumas reações pouco compreendidas pela Equipe de Enfermagem. Principalmente, quando o período de hospitalização da criança torna-se prolongado, ou mesmo, quando são necessários repetidos exames e procedimentos invasivos para o estabelecimento de um diagnóstico ou melhora das condições de saúde desta.

Entendo que a presença da família junto à criança no hospital venha atender, prioritariamente, às necessidades de afeto, proteção e segurança. Portanto, considero inadequado e antiético responsabilizá-la pelos cuidados de enfermagem, embora possa participar sob orientação e supervisão no cuidado à criança. No hospital, a família precisa, fundamentalmente, sentir-se acolhida como mais um partícipe com possibilidades de minimizar os possíveis traumas decorrentes de uma hospitalização na infância.

**Cuidar é cultivar a vida** (Patrício, 1995b).

O **Cuidado de Enfermagem** é o cuidado legalmente legitimado através da lei do exercício profissional do enfermeiro em consonância com o Código de Ética. Cuidar é um processo de interação entre pessoas, constituindo-se numa relação de troca em que o aprendizado é recíproco e produz mudanças do comportamento dos sujeitos envolvidos. Cuidado de enfermagem caracteriza-se por uma presença que compartilha a dor e o sofrimento, bem como a alegria e o prazer. Nesse processo de interação, o cuidado transcende necessidades e expectativas concretas e vislumbra uma troca que se perpetua em relações futuras. Cuidar requer empatia e capacidade de despreendimento para encontrar o outro numa relação de ajuda revestida de dignidade, respeito e nobreza. E essa ajuda por parte do cuidador não comporta atitudes julgadoras, porém resulta de maturidade emocional, que o torna “contínente” diante das mais variadas reações expressas pela família da criança no ambiente hospitalar.

O cuidado de enfermagem à família da criança hospitalizada implica desenvolvimento de habilidades interpessoais e repercute de forma saudável para a criança e sua família quando atende suas necessidades de forma personalizada.

Cuidar da família da criança hospitalizada poderá mobilizar reações na equipe em função de atitudes, também hostis por parte da família. Entretanto, é

preciso que a Equipe de Enfermagem perceba esses sentimentos e atitudes como parte de um processo normal onde se faz necessária a aprendizagem e convivência com adversidades. Buscar estratégias, compreender o que mobiliza nossos sentimentos hostis, também, faz parte de nosso cuidado. Assim como ajudar a família a superar a crise que advém da internação da criança num ambiente, muitas vezes, assustador para ela e seus familiares.

O cuidador é um mediador, transformando as necessidades do ser humano com o objetivo de viver saudável, de viabilizar potencialidades, de ajudar a nascer, de estimular o desenvolvimento, de proteger, mas também de ajudar a morrer com dignidade. O cuidado de enfermagem com razão e sensibilidade deve repercutir em prazer e felicidade, tanto para quem cuida como para quem é cuidado.

Para alcançar este objetivo de “cuidar humanizado”, os próprios componentes do constructo cuidado são instrumentos para a arte do cuidado (Patrício, 1995b).

O **Ambiente** abriga diversos micro-ambientes que interagem, esboçando imensa variabilidade em que práticas culturais se entrelaçam.

Refere-se ao meio em que os indivíduos se relacionam, habitam, traçam suas histórias de vida. O ambiente poderá enriquecer as possibilidades de aprimoramento do ser humano, mas, também, poderá impedir esse crescimento caso se torne hostil e inadequado ao desenvolvimento do potencial criativo do ser humano.

Já o **Ambiente Hospitalar** constitui-se num local reservado à terapêutica mais “invasiva” com recursos diagnósticos especializados, bem como pessoal capacitado, onde os cuidados de enfermagem variam de complexidade em função de áreas específicas e podem ser realizados com a participação da família.

O ambiente hospitalar modificou-se ao longo dos anos descaracterizando-se como um local de confinamento e delineando-se, também, com espaços mais acolhedores, buscando a satisfação dos indivíduos para os quais o domicílio não se mostra adequado ao desenvolvimento do cuidado. O ambiente das unidades pediátricas reveste-se de uma decoração voltada às crianças em que a preocupação com as cores já é uma realidade em muitas instituições. A presença de salas de recreação infantil, também, propicia maior leveza durante a internação das crianças, tanto para estas como para seus familiares.

Contudo, ambientes hospitalares que denotem precariedade quanto aos recursos materiais e humanos podem repercutir tanto sobre o psiquismo da equipe de saúde quanto das famílias das crianças, favorecendo maior desgaste ou desajuste no processo de interação e adaptação à nova situação.

O **Processo Saúde-Doença** é o processo “dialético” que ocorre individual ou coletivamente, caracterizado por situações de alternância entre o sentir-se saudável, estar saudável com participação ativa no mundo e o sentir-se doente, estar doente com impedimentos devido aos agravos sentidos e manifestados, desfavorecendo o desenvolvimento das tarefas cotidianas e/ou produzindo incapacitação ao convívio social. Dessa forma, entendo a saúde como a expressão de qualidade de vida dos indivíduos. A doença poderá determinar graves alterações para o funcionamento familiar provocando “crise” e respostas variáveis sob a forma de comportamentos inusitados que poderão necessitar de um cuidado de enfermagem mais elaborado, de intervenção.

Pode ser entendido como o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (Laurell, 1983).

O caráter benéfico ou prejudicial desse período de crise será percebido pelos sujeitos envolvidos, dependendo da forma como foi enfrentado e resolvido.

Motta (1997) comentando o impacto da doença no universo familiar, enfatizou aspectos relacionando-a como “geradora de angústia, estresse, culpa e medo da perda do filho associado à insegurança em relação ao diagnóstico e prognóstico da doença”. Referiu que a desorganização da família, causada pela doença, provoca “uma crise neste grupo, levando a família a adaptar-se à nova realidade e reorganizar-se para enfrentar a experiência de viver e conviver com a doença”. Postula que a doença é uma ameaça à integridade corporal e emocional da criança e da família.

## **3.2 Apresentando o Caminho Metodológico**

### **3.2.1 Caracterizando o Tipo de Estudo**

A Prática Assistencial, tendo em vista o Marco Teórico, foi conduzida numa abordagem de investigação qualitativa, na qual se buscou, num primeiro momento, observar e registrar os processos interativos envolvendo trabalhadores de enfermagem e a família da criança hospitalizada e, após, investigar o significado do cuidado à família, num contexto hospitalar, tanto para os trabalhadores como para os familiares, assinalando aspectos apontados por ambos como possíveis fatores de entrave e/ou favoráveis ao estabelecimento dessas interações.

Como estratégia metodológica, utilizei alguns princípios da Pesquisa-Ação enquanto forma de intervenção voltada ao processo de educação junto à Equipe de Enfermagem.

Nesse aspecto, ao me apropriar de alguns desses princípios, os quais passarei a enumerar a seguir, considero oportuno tecer alguns comentários a respeito desse método.

Fazendo um breve histórico da Pesquisa-Ação, observa-se que ela surge na América Latina a partir da década de 60, tendo nas idéias de Paulo Freire uma marca desta nova tendência (Costa, 1994).

No Brasil, a Pesquisa-Ação, desenvolveu-se vinculada ao intenso movimento de valorização da cultura popular. Assim, a Pesquisa-Ação pareceu surgir num contexto que expressa uma reação ao modelo de redução da ciência a um conjunto de conhecimentos comprovados e objetivos, produzidos por métodos rigorosos e supostamente neutros (Costa, 1994).

Thiollent (1998) destaca que essa forma de investigação encontra um contexto favorável quando os pesquisadores não querem limitar suas investigações aos aspectos acadêmicos e burocráticos da maioria das pesquisas convencionais, mas, sobretudo, querem pesquisas nas quais as pessoas implicadas tenham algo a dizer e a fazer. Ao discorrer sobre esses aspectos, menciona a “atitude de escuta” reforçada no pesquisador que desenvolve esse método. Salienta, também, que ela é orientada para estimular os profissionais a se aprofundarem na compreensão e interpretação de sua própria prática por se efetivar ao longo dos processos, com o agir associado à reflexão.

Oliveira (1990) vem reforçar o pensamento anterior ao salientar que “a finalidade da pesquisa-ação é de favorecer a aquisição de um conhecimento e de uma consciência crítica do processo de transformação pelo grupo que está vivendo este processo, para que ele possa assumir, de forma cada vez mais lúcida e autônoma, seu papel de protagonista e ator social”.

Entendo que aqui não se trata, rigorosamente, de um estudo preconizado nos moldes de uma Pesquisa-Ação, porém, como já foi dito, absorve alguns princípios que considero apropriados tanto ao método de trabalho quanto aos objetivos propostos – a reflexão associada à prática.

Portanto, ao incorporar alguns desses princípios enquanto método de trabalho, saliento aqueles implícitos nesse estudo, reiterando-os como parte de um processo de construção conjunta – com os trabalhadores de enfermagem – de um programa de educação relacionado ao cuidado à família da criança hospitalizada.

Dentre os princípios da Pesquisa-Ação, citados por Thiollent (1998) que se mostraram convenientes ao desenvolvimento desta proposta, utilizei os seguintes, que passo a descrever, ao mesmo tempo em que os relaciono à construção de um processo de cuidados à família da criança no ambiente hospitalar.

**– Ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada**

Ao me dispor a cuidar de outros seres humanos julgo necessário interagir profundamente com estes, para que desse encontro seja possível perceber, implementar e avaliar o cuidado que o outro necessita. Nesse caso, a situação investigada exige a participação dos cuidadores e da família, como personagens que imprimem suas expectativas, subjetividade e sensibilidade na construção do cuidado. E a interação que ocorre entre nós se dá seja por compartilharmos espaços comuns, seja pela inquietação frente à necessidade do cuidado a famílias que experienciam a hospitalização de uma criança.

**– Ser o objeto de investigação constituído pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação**

A presença dos pais nas unidades de internação pediátrica vem ocorrendo, nas últimas décadas, em diversas instituições hospitalares, como

resultado, também, de vários estudos que reconhecem a importância da manutenção dos vínculos familiares para as crianças (Brazelton, 1988; Bowlby, 1990). Atualmente, essa presença constitui-se um direito, assegurado na forma da Lei nº 8069 – Estatuto da Criança e do Adolescente, configurando uma situação social especial no ambiente hospitalar. Entretanto, isso implica a adoção de novas posturas e a aquisição de habilidades por parte da equipe de saúde para lidar com os problemas que possam advir dessa situação. O convívio diário com famílias diferentes, num ambiente externo ao domiciliar, com funcionamento diferenciado imposto por normas e rotinas, exige que se lance mão de novas estratégias para melhor atender essas famílias.

**– O objetivo da Pesquisa-Ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada**

O que se vê na prática, em algumas instituições hospitalares, refere-se ao fato dos profissionais de saúde, aqui se tratando da Equipe de Enfermagem, considerarem difícil trabalhar as várias dimensões do cuidado à criança hospitalizada junto à família. Nesse caso, o problema passa a ser a família que atrapalha, que produz ansiedade na criança, que é muito exigente e que não respeita as normas e rotinas da instituição. Enfim, parece haver muitos aspectos conturbados nessa relação “Equipe de Enfermagem-família da criança hospitalizada” que merecem ser examinados, com mais profundidade, para que sejam compreendidos e, talvez, solucionados.

**– Pretender aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o “nível de consciência” das pessoas e grupos considerados**

A reflexão-discussão acerca do cuidado à família no contexto hospitalar poderá contribuir à medida que proporcione espaço para aspectos emergentes de um processo de cuidar, permitindo que as condutas sejam avaliadas e, novamente, implementadas. O aprendizado decorrente desse processo parece

oferecer possibilidades de crescimento a todos que se mobilizam por um objetivo comum – a capacitação para o cuidado.

Patrício (1990) concebe o processo de cuidar, quando associado a técnicas de pesquisa, como um processo de pesquisa na Enfermagem; método participante de abordagem holística; construído na dinâmica de ir-e-vir de coleta, análise e reflexão de dados e cuidar. Para ela o processo de cuidar também pode ser utilizado como uma estratégia de trabalho de pesquisa. Ao citar Minayo, na sua definição de pesquisa como “a atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade”; “uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”. A partir dessas definições, Patrício (1994) considera ser possível perceber o processo de enfermagem como uma metodologia de pesquisa, desde que o caminho e o instrumental (a forma de cuidar) sejam coerentes com os princípios de pesquisa qualitativa, ou seja, que a realidade estudada seja abordada com critérios humanísticos de pesquisa.

Assim, a autora assinala que o trabalho da enfermagem, quando em bases de pesquisas e de participação do sujeito, pode ser, caracterizado como “Pesquisa-Ação” ou “Pesquisa-Participante”.

Patrício (1990) afirma que nessa metodologia de cuidar-pesquisar, participante, a análise reflexiva refere-se a quatro dimensões: enquanto análise crítica, do enfermeiro-pesquisador, dos dados colhidos; enquanto reflexão na interação com o cliente para validar dados que refletiu; enquanto relação dialógica reflexiva com o cliente sob suas questões de saúde-doença e, finalmente, enquanto pesquisador, na análise dos dados dos trabalhos como um todo: a pesquisa propriamente dita.

É nesta última dimensão que o momento desse estudo se pauta como dissertação de mestrado.

### 3.2.2. O Período, o Local e os Sujeitos da Prática Assistencial

#### **Período**

O presente estudo foi desenvolvido a partir de dados obtidos através da experiência de uma prática assistencial, realizada numa unidade de internação pediátrica, de um hospital escola, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, no período de novembro de 1998 à fevereiro de 1999.

#### **Local**

A Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Escola da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas situa-se no segundo piso do prédio.

Trata-se de um hospital de referência para a Região Sul, com atendimento exclusivamente através do SUS. A Unidade de Internação Pediátrica recebe crianças de zero a quinze anos, procedentes de Pelotas, da área circunvizinha ao município e de outros próximos à cidade.

Nessa unidade existe uma área delimitada que atende às necessidades de ensino (sala de aula, sala de reuniões, estar médico, quarto para os médicos residentes) e outra, de caráter operacional, que compreende quatro enfermarias com capacidade para cinco leitos cada, dois quartos que são utilizados como ambiente de isolamento, posto de enfermagem, copa, sala de recreação, expurgo e um pequeno nicho onde são acondicionados alguns materiais, além da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, localizada ao final do corredor.

No local destinado ao Posto de Enfermagem, situa-se uma pequena área, mais restrita, onde são realizados procedimentos ditos “invasivos” (curativos, punções venosas, aspiração de vias aéreas, e outros). Nesse mesmo ambiente estão as balanças utilizadas para a pesagem das crianças, o que em certos horários torna o ambiente mais agitado, determinado pelo maior fluxo de pais e crianças no Posto de

Enfermagem, tanto pela pesagem como por quaisquer dos procedimentos já enumerados, que costumam ocorrer simultaneamente.

As paredes são pintadas em tons de azul claro, adotado após estudo de cores feito com o objetivo de tornar o ambiente mais agradável.

A Unidade de Internação dispõe de uma sala de recreação, a qual foi estruturada tendo na Professora Celmira Lange, da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel, uma incentivadora desse espaço como uma forma de conferir humanização e proporcionar lazer às crianças hospitalizadas. A colaboração de estudantes de Enfermagem, juntamente com os estudantes do Instituto de Letras e Artes da UFPel foi decorrente do esforço e da mobilização dessa professora para a criação dessa sala. Atualmente, estudantes da Faculdade de Educação, da Faculdade de Enfermagem e colaboradores do Instituto de Letras e Artes realizam atividades estruturadas num projeto de extensão, do qual sou coordenadora.

O sistema de acomodação para os pais é precário. Existem algumas cadeiras, pouco confortáveis, utilizadas como um recurso para um dos familiares da criança permanecer à noite. Em virtude disso, os pais costumam deitar-se junto aos seus filhos, nos pequenos berços e camas, comprometendo a estrutura destes.

A unidade não dispõe de rouparia e as crianças usam roupas próprias e fraldas trazidas de casa. Existe um pequeno estoque de fraldas que é oferecido às mães mais carentes ou que não disponham de fraldas. Esse aspecto, relacionado à ausência de roupas fornecidas pelo hospital merece ser destacado por ocasionar problemas quanto à disponibilidade de roupas limpas, constituindo, cotidianamente, desconforto para os familiares e a Equipe de Enfermagem, já que o hospital não dispõe de lavanderia, locando esse serviço de outra instituição.

A equipe de saúde é formada por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, professores da UFPel (médicos e enfermeiros), médicos residentes, assistente social, psicólogo e nutricionista). Também fazem parte da

equipe de trabalho funcionários do serviço de limpeza e copeiras. A Equipe de Enfermagem está assim distribuída:

- turno da manhã: 1 enfermeiro e 4 auxiliares de enfermagem;
- turno da tarde: 1 enfermeiro e 4 auxiliares de enfermagem;
- turno da noite: 1 enfermeiro e 3 auxiliares de enfermagem.

A clientela atendida é constituída, basicamente, por uma população de baixa renda e baixo nível de escolaridade, predominantemente oriunda do meio urbano, sendo que os principais motivos das internações relacionam-se às precárias condições sócio-econômicas desta.

Os familiares e suas crianças expressam através do modo de vestir, de se comunicar, enfim, de se relacionar com a equipe, dificuldades condizentes com sua condição social.

Neste contexto, a presença dos distúrbios respiratórios e dos distúrbios do trato gastrointestinal oscilam como principais causas dessas internações, tendo seus picos nos meses de inverno e de verão, respectivamente. Verifica-se a coexistência de situações de gravidade cuja indicação de hospitalização da criança é condição imprescindível para a sua recuperação, bem como a situação de “baixa social” cuja necessidade se impõe pela falta de recursos financeiros e/ou de esclarecimentos por parte da família. Nesses casos o cuidado de enfermagem, dedicado a essas crianças e suas famílias, torna-se o principal suporte para o restabelecimento da saúde.

### **Os sujeitos do estudo: participantes da Prática Assistencial**

Os sujeitos que fizeram parte deste estudo constituíram-se de doze (12) pessoas pertencentes à Equipe de Enfermagem dos turnos manhã e tarde (enfermeiros (E1, 2 ...) e auxiliares de enfermagem (A1, 2 ...), que concordaram em participar dos grupos e cinco (5) pessoas que eram familiares (F1, 2 ...) de crianças internadas, sendo que estes foram escolhidos aleatoriamente. Inicialmente a

proposta incluiu a Equipe de Enfermagem do turno da noite, mas isso se tornou inviável, em função da falta de disponibilidade desses para participar dos encontros.

Em relação aos familiares participantes, estes foram em número de cinco (anexo 5), a escolaridade variou da 3ª a 7ª série do 1º grau e a média de idade foi de 27,8 anos.

Quanto ao vínculo parental com as crianças hospitalizadas, quatro eram mães e uma era tia. Exerciam como ocupação principal a função de dona de casa e, também, prestavam serviços como faxineiras, diaristas e uma trabalhava no comércio. A situação marital indicou serem todas casadas. O número de filhos variou de 1 a 5. A média de permanência desses familiares no hospital foi de 5,8 dias. Quase a totalidade (4) deles disseram que alternavam a permanência com outro familiar e alegavam fazer isso porque precisavam trabalhar em suas casas atendendo outros filhos.

Em relação à Equipe de Enfermagem, observou-se que a atuação na área pediátrica variou de 2 a 32 anos de experiência, sendo que apenas dois integrantes da equipe possuíam menos de 1 ano de atuação na área. A média de idade ficou em torno de 35,8 anos.

Em relação ao estado marital, 8 estavam casados e 4 eram solteiros. Quanto ao número de filhos, cinco (5) participantes têm um (1) filho, três possuem três (3) filhos, um (1) possui dois (2) filhos e três não possuem.

### **3.2.3 Princípio Éticos, Coleta de Dados, Registro e Análise**

#### **Princípios Éticos**

A realização de qualquer trabalho científico não pode prescindir dos aspectos éticos quando trabalhamos com seres humanos.

Entretanto, esses aspectos estão permeados durante todo o processo do trabalho, envolvendo desde a autorização para realizá-lo, com a conseqüente obtenção da colaboração dos sujeitos, até a possibilidade de desistência da participação no estudo.

A instituição, na figura de seus coordenadores, e todos os participantes foram esclarecidos a respeito dos objetivos, da justificativa do trabalho e de sua possível contribuição à prática do cuidado à família de crianças num contexto hospitalar (Anexos 1, 2 e 3). Não houve, sequer em algum momento, qualquer forma de coerção ou intimidação para que tomassem parte no estudo. O estudo não foi submetido à apreciação de uma Comissão de Ética por não existir este grupo na instituição onde foi realizada a pesquisa.

No desenvolvimento deste trabalho, houve uma preocupação constante em preservar os sujeitos e assegurar o sigilo e o anonimato que envolveu os dados coletados através das observações, formulários e verbalizações quando da realização dos grupos.

Durante cada encontro, o surgimento de algum assunto polêmico ou constrangedor fez com que se primasse pelo reforço dos aspectos éticos, no sentido de oferecer segurança e credibilidade ao grupo. Esses cuidados foram pautados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas, envolvendo seres humanos.

A própria elaboração do Marco Conceitual conduziu-se numa postura ética diante do cuidado à família da criança hospitalizada.

O cuidado e o zelo frente às manifestações da equipe e familiares, permitiu a adoção de condutas eticamente adequadas, ao lidar com as mesmas, no desenrolar das atividades de grupo.

### Coleta de Dados

Na coleta de dados para a realização da Prática Assistencial utilizei-me de observação participante, aplicação de formulário com questões norteadoras e discussão em grupo. Inicialmente, as observações realizadas serviram de material para as discussões junto à equipe, sendo que procurei destacar os aspectos relevantes, do ponto de vista das interações ocorridas entre familiares das crianças e trabalhadores de enfermagem, para que os mesmos pudessem ser apreciados no grupo.

A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face à face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (Minayo, 1996).

Polit (1995) refere que a observação participativa constitui uma técnica, através da qual o observador pode obter “*insights*” que poderiam ter passado despercebidos a um observador mais passivo e dissimulado. Segundo a autora “os partidários da observação participante defendem o fato de ela representar tanto uma fonte de dados quanto uma base para a compreensão do significado dos mesmos”.

Assim, o observador participativo esforça-se para garantir às observações em cada contexto, experiência, estrutura e símbolos que são relevantes aos sujeitos.

No estudo em foco, optei pela técnica de observação participante através do posicionamento único, ou seja, a permanência de um observador na

enfermaria onde ocorreram os processos interativos entre a Equipe de Enfermagem e familiares das crianças hospitalizadas (Polit, 1995).

As observações tiveram duração média de duas horas por turno (manhã, tarde e noite), perfazendo um total de sete dias consecutivos e a escolha das enfermarias observadas ocorreu de forma aleatória, exigindo apenas que houvesse crianças internadas, acompanhadas por seus familiares.

Tal procedimento despertou, inicialmente, curiosidade e pareceu-me causar certo constrangimento nas pessoas observadas, embora todos estivessem informados e esclarecidos sobre o desenvolvimento do trabalho. Com o desenrolar das atividades e a familiarização com esse processo, o “desconforto” inicial foi se dissipando. Por se tratar de um ambiente conhecido – local onde desenvolvo o Estágio de Pediatria do Curso de Graduação – senti-me à vontade, tanto em relação aos familiares quanto à Equipe de Enfermagem dos turnos da manhã e tarde. Não trabalhei com a Equipe de Enfermagem do turno da noite, pois tornou-se inviável a disponibilidade destes para reuniões em grupo.

Adotei, como forma de registro, o diário de campo acompanhado pelas anotações de campo ou notas da pesquisadora com as percepções e análise das situações observadas (Anexo 6), conforme Patrício (1997) e Triviños (1995).

Os formulários utilizados (Anexos 4 e 5) continham dados de identificação e questões semi-estruturadas sobre a área temática. Os formulários dirigidos aos familiares (Anexo 5) foram aplicados nas enfermarias onde se processaram as observações, após esclarecimento acerca do trabalho e concordância dos mesmos em participarem. Já os dirigidos à Equipe de Enfermagem foram feitos da seguinte forma: primeiro foi entregue o formulário (Anexo 4) a cada elemento que se dispôs a participar, tendo-se o cuidado de proceder a leitura e explicar todos os itens constantes. Agendei, então, o regresso em dias diferentes para conversar e retomar as questões abordadas no referido material. Essa etapa foi prolongada pela

ausência de alguns membros da equipe em virtude de férias, às vezes esquecimento, ou mesmo outros compromissos que impediram a obtenção do referido formulário na época prevista.

Na etapa seguinte, promovi os encontros para as discussões em grupo nos quais os dados obtidos, através das observações e formulários, após agrupados constituíram os “temas geradores” dessas discussões, ao mesmo tempo em que outros temas foram incorporados à discussão.

Para a realização dos encontros com a Equipe de Enfermagem houve um agendamento prévio que contou com a colaboração do enfermeiro responsável, que selecionou dias favoráveis na escala de trabalho (quando não havia folgas), otimizando, assim, a participação de todos no grupo.

Dentre os entraves iniciais para a realização dos encontros, pareceu-me interessante ressaltar o fato de a Equipe de Enfermagem ter dificuldades em se permitir reservar um período de tempo, em seu turno de trabalho, para desenvolver atividades de teor mais reflexivo em contrapartida com aquelas habituais em seu cotidiano, como por exemplo, a execução de procedimentos técnicos.

Uma outra percepção referiu-se à dificuldade que temos de falar sobre nós, conseqüentemente de nos vermos enquanto pessoas e profissionais.

Em vários momentos, senti-me como se estivesse “invadindo” o espaço de trabalho dessas pessoas. Em outros, fui acometida por desânimo. Aos poucos, conversando com outras colegas que, também, atravessaram dificuldades ao realizarem trabalhos semelhantes, busquei motivação para continuar na “garimpagem” dos sujeitos e das situações.

Reunimo-nos algumas vezes, em horário reservado ao lanche, o que me constrangeu, de certa forma, mas tal sensação dissipava-se diante da boa

vontade de todos em participarem, especialmente porque, simultaneamente, saciavam uma fome real e “nutriam-se” com nossas reflexões.

O local de nossos encontros variou de acordo com as necessidades do grupo e, muitas vezes, não se mostrava muito adequado. Isto, considerando que não podíamos nos deslocar da Unidade. Ora reuníamos-nos numa pequena sala em frente ao posto de enfermagem, ora no próprio posto de enfermagem e, em outras ocasiões, num pequeno espaço utilizado como local de lanche.

As interrupções freqüentes, por parte de outros membros da Equipe de Saúde, ocorreram em quase todos os encontros. Talvez a inexistência de comunicação formal, esclarecendo a equipe médica da realização desses encontros tenha contribuído para isso. Entretanto, esses fatos suscitaram uma situação que parece estar arraigada nos vários elementos das equipes de saúde de muitos Serviços: à Equipe de Enfermagem não é reservado o direito de reunir-se para estudar durante o processo de trabalho, como acontece habitualmente com outros técnicos que costumam realizar discussões acerca dos pacientes que estão sob seus cuidados. Isso, também, pareceu-me causar um certo desconforto às auxiliares de enfermagem que se sentiam compelidas a atender, rapidamente, às solicitações como se estivessem utilizando-se de tempo que não lhes pertencia.

Quando ocorreram essas interrupções, vi-me motivada a lançar para o grupo um questionamento de tais atitudes.

Naturalmente, em muitas instituições ocorrem *treinamentos em serviço*, contudo essa prática parece, em muitos casos, atender apenas a uma necessidade de se “contar” carga horária investida na provável *qualificação* do que, propriamente, capacitar recursos através de uma motivação própria da equipe. O ideal seria criar uma tradição que proporcionasse o estudo mais elaborado acerca do trabalho de enfermagem nas diversas áreas.

Antes da realização dos mesmos, distribuí material referente à temática proposta, sob a forma de textos e artigos. Tive cuidado em selecionar textos com linguagem acessível aos auxiliares de enfermagem como, também, textos “enxutos”, considerando-se o pouco tempo, disponível, dessas pessoas para procederem a leitura. A maioria dos participantes alegou não ter lido o material, justificando acúmulo de atividades ou cansaço, embora outros tenham considerado o conteúdo interessante.

Foram efetivados seis (6) encontros com a Equipe de Enfermagem, sendo que a duração de cada um oscilou em torno de 1 h 30 min. e 2 horas (Anexo 7). Os mesmos ocorreram nos turnos da manhã e tarde. Não utilizei gravador e, por isso, as falas foram registradas, simultaneamente, durante as discussões, sendo repassadas ao final de cada encontro, para que o grupo validasse as observações pontuadas. Após, eram transcritas e analisadas com o auxílio dos autores referenciados nesse estudo.

### **Análise dos Dados**

Para Goldin (1997) “a avaliação de dados qualitativos é um processo altamente criativo, caracterizado, igualmente, pelo rigor intelectual”, sendo que essa característica criativa, utilizada de diferentes maneiras pelos pesquisadores, não impõe uma única maneira correta de organizar, analisar e interpretar os dados qualitativos.

Entretanto, entendo que um estudo acadêmico não possa prescindir da orientação de outros pesquisadores hábeis no sentido de configurar-lhe credibilidade. Dessa forma, mesmo que a análise tenha uma configuração subjetiva, favorecendo a flexibilidade por parte do pesquisador (Triviños, 1995) ela se dá de forma meticulosa, seguindo algumas etapas.

Vários autores orientam, inicialmente, a realização de sucessivas leituras da totalidade do material (Patrício, 1997; Goldin, 1997; Triviños, 1995), para que desse primeiro momento possam emergir temas e categorias, constituindo-se no que se chama de análise de conteúdo. Assim, para essa segunda fase de análise e interpretação dos dados obtidos através da Prática Assistencial, guiei-me pelas sugestões desses autores.

Segundo Goldin (1997), as etapas que devemos percorrer num processo de análise constituem-se num processo metucioso, lento e cuidadoso. Para este autor, deve-se: “a) buscar as regularidades e elementos de repetição existentes entre os dados; b) avaliar os critérios de homogeneidade das categorias propostas”.

Dessa forma, o processo de análise ocorreu ao longo da obtenção dos dados, quando refletia criticamente sobre os mesmos (Triviños, 1995).

Efetuei uma releitura minuciosa do relatório da Prática Assistencial, sendo que esse se constituiu em fonte de dados primária, tentando encontrar “regularidades” e “elementos de repetição”, relacionando-os aos conceitos e idéias dos autores adotados como referenciais visando a compreender o significados emergentes da situação em foco – o cuidado á família da criança, no ambiente hospitalar.

## **4 O SIGNIFICADO DAS INTERAÇÕES EQUIPE DE ENFERMAGEM-FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Neste capítulo, apresento a análise das interações dos participantes – Equipe de Enfermagem e familiares de crianças hospitalizadas – numa perspectiva de construção do “cenário” onde se processam as relações interpessoais, e de compreensão sobre a movimentação dos “atores”, constituindo um interjogo de papéis.

Quando falo em *cenário*, refiro-me ao ambiente no qual se dá o processo interativo, ou seja, na Unidade de Internação Pediátrica, da mesma forma que os sujeitos participantes são denominados, metaforicamente, de *atores* ao assumirem *papéis* de acordo com sua condição – ora de sujeito-família, ora de sujeito-equipe.

Os seguintes temas surgiram a partir da análise efetuada ao longo do estudo, buscando-se agrupá-los de modo a favorecer a compreensão do leitor sobre o processo interativo.

### **4.1 Enfrentando a Hospitalização da Criança**

Vivenciar a hospitalização de um filho representa uma ruptura no curso normal da vida familiar e pode ser sentido de maneira diferenciada pelas famílias, sobretudo no que se refere ao motivo que levou a criança a ser hospitalizada. Se houve um preparo inicial à família e à criança ou se essa hospitalização aconteceu abruptamente, causando sensação de medo, ansiedade e desorganização na família.

Ao ouvir os familiares das crianças internadas manifestarem sua impressão inicial acerca da chegada na Unidade Pediátrica, ocorre unanimidade quanto à referência aos sentimentos de medo, tensão e pavor.

Sentia-me apavorada ao ver meu filho afundar (F1).

Muito aflita, apavorada (F2).

Sentia uma agonia, sentia-me muito mal (F4).

O contato inicial da família com a instituição revela-se como algo assustador, desesperador, embora até possa ser compreendido por esta como essencial para o tratamento da criança, sem que isto possa excluir a ansiedade inicial.

Para outros familiares, esses sentimentos são exacerbados pelo desconhecimento em relação ao provável diagnóstico que impõe a hospitalização.

Sentia um desespero para descobrir o motivo da internação (F5).

Nesse aspecto, em decorrência da agitação emocional presente nas circunstâncias iniciais de uma internação, muitas famílias não compreendem a linguagem técnica utilizada pelos profissionais de saúde quando estes “esclarecem” os motivos. O entendimento, talvez, seja prejudicado não somente pelo aspecto emocional como, possivelmente, pelas dificuldades de ordem cognitiva de muitos familiares que, através de uma postura de constrangimento e humildade, revelam a necessidade de uma abordagem sensível e clara, por parte dos profissionais que os atendem, priorizando a adoção de uma linguagem acessível à sua compreensão, menos técnica, e que favoreça o processo de comunicação.

A fala de um dos técnicos da Equipe de Enfermagem ilustra essa situação que costuma acontecer freqüentemente:

Nas enfermarias eles perguntam coisas que não têm coragem de perguntar a um médico. Até anotam em pedaços de papel (A7).

A figura do médico parece causar constrangimento à família que o percebe como uma pessoa distante, com um poder “inquestionável”, com total autonomia para gerenciar a saúde de seu filho, criando um certo temor no imaginário da família, que a leva supor serem seus questionamentos prejudiciais à condução do tratamento médico.

Em outras situações, a condução da terapêutica implica realização de exames para fins diagnósticos, os quais somente são realizados mediante a internação das crianças. Isso me parece ter se tornado uma prática institucional-administrativa com repercussões negativas, tanto pela ocupação desnecessária de leitos como pelo caráter iatrogênico de uma indicação de hospitalizar a criança expondo-a física e psiquicamente.

Nenhum familiar mencionou a forma com que foi recebido pela Equipe de Enfermagem durante a admissão da criança, o que, possivelmente, possa ter ocorrido em decorrência de que, habitualmente, a admissão não tem se constituído numa oportunidade inicial de contato mais prolongado entre a equipe e a família, conferindo-lhe um caráter eminentemente “técnico”, quando o foco principal deste encontro desloca-se para a avaliação dos sinais físicos exibidos pela criança ou, em outras ocasiões, para orientações superficiais a respeito da rotina hospitalar, descaracterizando-se, assim, de um momento de acolhida no qual a família possa ser apresentada e ouvida pela Equipe de Enfermagem.

Naturalmente, a cordialidade, o mostrar-se sensível, não assegura que os sentimentos de angústia se dissipem, “magicamente”, nesse contato inicial, contudo favorecem e oportunizam o estabelecimento de um vínculo entre a família e os trabalhadores de enfermagem.

Talvez, seja esse o momento crucial no qual o processo de comunicação verbal e não-verbal, propiciado pela interação entre os sujeitos – equipe e família – possa ser mediatizado por ações de enfermagem que denotem proteção, compaixão, segurança e disponibilidade afetiva dos cuidadores (Patrício, 1995b).

Aliado a isso, a solidariedade da equipe ao expressar tais sentimentos apresentar-se-á como um elemento favorecedor no estabelecimento de vínculos desta com a família.

Essa criança é tudo para mim (F3)

É a minha vida (F2).

É como se fosse meu filho (Tia da criança) (F5).

É notório o impacto da importância afetiva da criança para esses familiares. O apego e o amor parecem traduzir-se nas expressões que evidenciam o significado das crianças como figuras essenciais em suas vidas.

A percepção do cuidado de enfermagem pela família é algo que se mostra, ainda, pouco expressivo em sua totalidade e essência adquirindo conotação de um cuidado “doméstico”, “costumeiro” como pode ser observado através das falas dos familiares.

Ajudam, conversam, dão remédio (F5).

Examinam, verificam a temperatura... (F1).

Dão medicamento, olham a pressão, dão carinho... (F3).

Percebe-se o predomínio de procedimentos técnicos e terapêuticos relacionados à prática de enfermagem, entremeados com manifestações de carinho as quais são sentidas pelos familiares.

O cuidado, numa perspectiva humanística, enquanto relação de ajuda, parece, ainda, mostrar-se distante do cotidiano dos trabalhadores de enfermagem. A administração de medicamentos, a verificação dos sinais vitais, são tarefas muito valorizadas pela enfermagem, obviamente imprescindíveis, mas que influenciam uma imagem profissional que tende a deturpar a essência do cuidado. Por estarem fortemente arraigadas à figura do profissional, estas tarefas são associadas a um cuidado de caráter mais técnico, pragmático, desprovido de zelo e de prazer ao interagir com o outro.

A ausência de “comportamentos de cuidar” também foi assinalada por Waldow (1998) ao discutir características do cuidado na enfermagem. Para a autora é bastante comum o fato dos trabalhadores de enfermagem perceberem-se como executores de tarefas, cumprindo uma obrigação de trabalho, em troca de remuneração, um meio de sobrevivência. Pontua que os cuidadores podem até ser pessoas eficientes e responsáveis, mas traduzem, através de suas atitudes, distanciamento e frieza em relação aos pacientes.

Nas observações dos processos interativos entre os trabalhadores de enfermagem e a família da criança estes aspectos do cuidado, envolvendo distanciamento, foram registrados reiterando-os como prioritários nas ações desenvolvidas pela equipe.

A auxiliar de enfermagem entra no quarto e pergunta à mãe se a criança evacuou, alimentou-se. A mãe responde afirmativamente. Ela sai desejando um bom dia e fala que retornará amanhã.

A auxiliar de enfermagem entra na enfermaria para verificar os sinais vitais das crianças. Cumprimenta a todos, antes de iniciar a atividade.

As mães observam que o sangue está refluindo através do equipo de soro de uma das crianças. Uma delas sai para chamar a enfermagem. Logo, a auxiliar resolve o problema.

Entra uma auxiliar de enfermagem com expressão facial “carrancuda”. Não cumprimenta. Inicia a verificação dos sinais vitais.

... o pai de uma das crianças quer saber mais sobre o que estou fazendo ali. Volto a conversar com ele, explicando-lhe acerca do trabalho que estou realizando. Nesse momento, a enfermeira entra e conversa com os familiares de um bebê, solicitando que o levem até o posto de enfermagem para realizar aspiração da boca e do nariz...

A auxiliar de enfermagem entra na enfermaria, inicia a verificar os sinais vitais após ter colocado a medicação na “bureta” do equipo de soro. Não se comunica com os familiares.

A partir destas descrições, percebem-se aspectos do cuidado vinculados ao desempenho de tarefas, a execução de prescrições médicas, a realização de técnicas e procedimentos, com pouca proximidade entre os sujeitos – Equipe de Enfermagem e família da criança –, no que tange ao estabelecimento de vínculos.

Os diálogos observados mostram-se pouco consistentes, os contatos são rápidos, geralmente relacionados à execução de algum procedimento, com expressões faciais pouco acolhedoras por parte de alguns trabalhadores.

Associado a isso, oportunidades de ensino às mães em relação aos cuidados com as crianças parecem não ser bem aproveitados, pela Equipe de Enfermagem, quando surgem na enfermaria, conforme a seguinte observação.

... a mãe começa a dar o banho na criança, parece insegura, sem muita habilidade. O pai, ao lado, toma chimarrão e a auxiliar de enfermagem presente não faz qualquer intervenção a respeito desse cuidado...

Em outros casos, as atitudes de alguns elementos da equipe não encontram sintonia em relação às necessidades da família, no que concerne à capacidade e disposição para ouvi-la, atentamente, em momentos de angústia.

A mãe de uma criança comenta com a auxiliar de enfermagem que a cirurgia da menina será realizada em Porto Alegre. A mãe insiste no comentário e diz que é uma “doença do sexo”, que sua filha é “mais menina” do que “menino”. A auxiliar de enfermagem não lhe concede atenção. Murmura: Ah! Sim! Sai logo depois.

Aqui, evidencia-se uma forma de dificuldade no processo de comunicação o que, geralmente redundando em insatisfação de uma, ou de ambas, partes. Pode-se pensar que este aspecto do cuidado com “pouca atenção e disponibilidade para ouvir” traduza impotência do trabalhador frente a uma situação complexa, como é o caso de crianças que apresentam genitália ambígua, revelando, talvez, despreparo ou desconhecimento para lidar com a família nestas circunstâncias. Por outro lado, estas atitudes podem ser percebidas pelo familiar como um descaso, tornando a relação pouco satisfatória.

Estes aspectos de cuidado com descaso tendem a vulgarizar-se a ponto da equipe não perceber estas atitudes como negativas. Aos poucos, passam a ser o “lugar comum” na enfermagem, impedindo perspectivas de satisfação recíproca, seja em relação à equipe, seja em relação à família por se sentir desprotegida.

A observação a seguir traz alguns elementos referentes ao processo de cuidar que merecem ser analisados.

A mãe de uma das crianças internadas na enfermaria... relata para as demais mães ter falado à auxiliar de enfermagem... sobre seu filho ser alérgico ao esparadrapo sendo que não foi atendida em sua queixa pois a auxiliar de enfermagem... disse-lhe que aquilo era “necessário”. Irritada e magoada, mostra o local que se apresenta muito hiperemiado e edemaciado. – Parece que jogaram água quente!, diz a mãe. Reclama pela sua alta.

Observam-se atitudes que denotam certa hostilidade em relação a determinados cuidados de enfermagem. Patrício (1995b), enfatiza a importância de

se propor e negociar modos de cuidar com vistas a preservar a integridade de quem assistimos, sendo importante demonstrarmos sentimentos de ternura ao adotarmos estas condutas.

Uma situação comum de se encontrar é o uso de adesivos em crianças e neonatos, necessitando, esta prática, constante avaliação, como forma de proteger a pele diante de situações em que não se pode prescindir destes materiais, pois algumas crianças apresentam reações de hipersensibilidade, com lesões características e dolorosas.

Os pais, geralmente, percebem esses danos muito precocemente, alertando a equipe sobre tais aspectos.

Alguns dos trabalhadores de enfermagem demonstraram tratar estes cuidados com pouca importância, talvez, por considerarem as queixas infundadas. É possível interpretar estas atitudes como algo que expresse um funcionamento da equipe, agindo da mesma forma, com todas as crianças e que o fato não mereça ser discutido com os pais, revelando tendência à padronização e rigidez quanto às atitudes de cuidar.

Numa perspectiva de caráter tecnicista, mostram-se pouco afetuosos, demonstrando, também, incapacidade de compreender as preocupações e o zelo dos familiares com as crianças, o que, possivelmente, favorece o surgimento de situações de conflito.

Esta análise, possivelmente revela uma faceta que permeia o trabalho de enfermagem, vinculando-o a uma certa rigidez e imposição decorrentes do poder “técnico” de que dispõe a equipe sobre o conhecimento empírico de família – o senso comum. Novamente Patrício (1995b), torna-se referência quando salienta a preocupação de considerarmos queixas e “sinais” do corpo ao prestarmos o cuidado de enfermagem.

Num dos momentos de observação aparece essa questão que contrapõe o trabalho médico ao cuidado da família, indicando uma necessidade de se rever padrões de cuidado referenciados como paradigmas que precisam ser seguidos, mas que nem sempre satisfazem os sujeitos foco desse cuidado.

A mãe da criança comenta comigo que não acredita em médicos, pois nenhum detectou o problema de seu filho, a causa disso. Mas ela acredita em “benzedura” que ajuda mais, diminui o número de crises...

Outro aspecto que merece ser destacado, verificado através das observações revela que dentre as atividades de cuidado direto, alguns trabalhadores preferem outras não relacionadas ao cuidado profissional, sugerindo um comportamento que expressa uma distorção do exercício da enfermagem, desvinculado do processo de cuidar esperado ou ideal.

A mesma auxiliar de enfermagem que não se mostrou sensível a queixa da mãe em relação ao uso do adesivo, agora procede a limpeza do balcão da enfermaria passando um “pano umedecido com álcool”. Após a tarefa sai da enfermaria sem falar nada.

... outra auxiliar de enfermagem entra na enfermaria, abre as cortinas, não cumprimenta, retira a roupa de cama de um dos berços, conversa com o auxiliar de enfermagem que se encontra ali e sai levando a roupa...

Na questão que investiga possibilidades de conflitos entre a Equipe de Enfermagem e a família, todos os familiares responderam que procuravam resolver os problemas falando com a equipe. Entretanto, outros reconheceram ser mais fácil comunicar-se com alguns elementos da equipe nos quais depositavam mais confiança ou porque se sentiam mais à vontade. Outro relatou ter sido atendido por uma pessoa “um tanto” grosseira e isso lhe chateou muito.

Essas referências às atitudes e comportamentos da Equipe de Enfermagem somaram-se a outras que foram descritas nas observações realizadas,

principalmente no que se refere à ausência de atitudes de empatia ou à presença de expressões de mau-humor, manifestadas pela Equipe de Enfermagem.

Nessas circunstâncias, a estada no hospital apresenta-se como algo, às vezes, desconfortável, cansativo, gerando estresse nos familiares, o que pode ser percebido através das seguintes observações.

A mãe de um menino com diagnóstico de pneumonia comenta sobre o seu cansaço. – “O hospital cansa”. Ela permanece sempre ao lado do filho.

A irmã da criança chega para trocar a permanência com a mãe. Essa se mostra contrariada e um pouco “rígida” com a filha pelo fato do atraso. Pergunta pelos outros filhos em casa (a prole é de 7 filhos).

A mãe e a filha discutem pois esta não quer acompanhar a mãe no cuidado ao irmão. Diz que não gosta de estar ali. A mãe, também, diz o mesmo. O menino pede salgadinhos...

A irmã janta algo que trouxe de casa. Refere que está com medo de passar a noite pois não sabe o que fazer se o mesmo chorar (ela tem 12 anos).

Associado ao estresse de estar no hospital, as famílias encontram problemas sérios em relação a alternar a permanência na instituição, utilizando-se, até mesmo, de outros filhos para dividir o cuidado, sendo que a responsabilidade imposta a essas crianças, além de causar-lhes ansiedade requer da equipe desvelo e apoio para enfrentamento da situação.

Nesse sentido, seria interessante adotar a sugestão de Brazelton (1990) em relação às “mães substitutas”, ou seja, pessoas da comunidade, previamente selecionadas e treinadas pela instituição, para dar esse suporte às famílias que encontram dificuldades em manter-se junto às crianças.

Dessa forma, famílias reorganizam-se, tendo na figura materna o “comando” de administrar a situação de internação causada pela doença, já que o

pai, geralmente, sendo provedor dos recursos financeiros, habitualmente não participa dos cuidados da criança.

O ambiente hospitalar, nem sempre se mostra adequado à permanência dos pais.

Embora muitas instituições públicas tenham promovido mudanças no sentido de adaptação a essa nova realidade, ainda se observam carências de infraestrutura quanto a exigências básicas como sanitários, uma sala de estar ou copa para que os familiares possam ter escolha de fazer suas refeições fora do horário determinado pela instituição ou poder optar por uma alimentação trazida de casa.

A ausência de algo confortável para dormir à noite é outro aspecto que parece “penalizar” os familiares em lugar de acolhê-los no hospital.

Ao lado de algumas queixas expressas por familiares, como a que segue:

Chega mais uma visita para o acompanhante da criança. Durante a conversa as pessoas comentam sobre a precariedade dos berços, sobre os colchões que estão “rasgados” e a cadeira que se torna incômoda para passar a noite...

Percebe-se o “descuido” com o ambiente o qual se reflete no comportamento adotado pelos familiares, traduzindo um certo desleixo:

Sobre o balcão estão algumas seringas sem agulhas (utilizadas para administrar medicação por via oral), casca de maçã, mamadeira, frasco com medicação, chimarrão (bebida quente à base de erva-mate que é servida em cuia) bolachas, copos sujos, roupas estendidas nas janelas, secando.

O cumprimento de regras simples, como por exemplo, não fumar, também não é respeitado por alguns.

A mãe do menino... vai fumar no banheiro com a porta entreaberta. O cheiro do cigarro espalha-se pela enfermaria... retorna pálida, sentindo tonturas.

Nesse caso, a atitude da mãe ao fumar na enfermaria, pode traduzir desinformação ou indicar a necessidade de um momento de relaxamento para essa mulher. Creio que em situações semelhantes, seja possível lançar-se mão de algumas combinações, como por exemplo, dispor-se a ficar junto à criança, liberando o familiar para que este possa usufruir de alguns períodos de descanso no hospital.

Cabe lembrar que a presença dos pais junto às crianças deva atender, preferencialmente, às necessidades afetivas e psíquicas destas, em lugar de incumbi-los de responsabilidades próprias da Equipe de Enfermagem, legitimadas através da lei do exercício profissional.

Em outros momentos, o ambiente propicia a confraternização entre as famílias das crianças:

Familiares de uma criança preparam o “chimarrão” e formam uma roda para tomá-lo.

Em contrapartida há algumas observações que denotam precariedade e desconforto em relação ao ambiente hospitalar, há relatos que indicam ser o mesmo mais adequado do que o ambiente domiciliar:

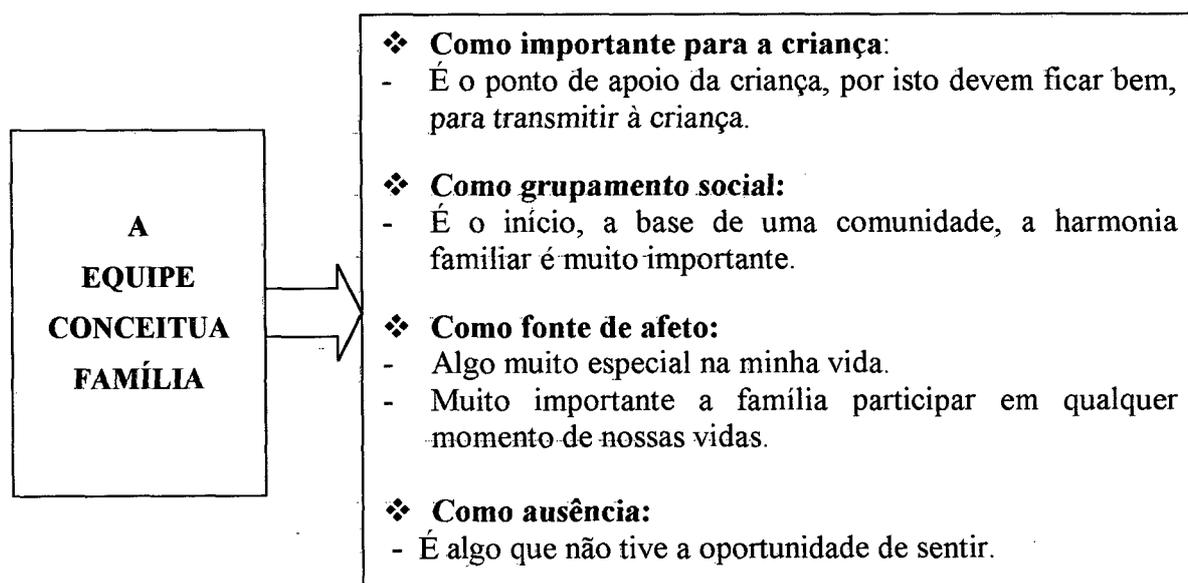
A mãe da criança diz que daqui a quatro dias irá para casa com seu filho – estão no hospital em torno de três meses. Fala que sua casa é úmida, e isso prejudica a saúde de seu filho.

Há registro de situações de violência vividas pelas famílias ao deixarem seus domicílios, quando da necessidade de internação da criança, como por exemplo, o assalto ocorrido em uma das residências. De certa forma, esses acontecimentos, envolvendo aspectos externos ao hospital repercutem

negativamente sobre os familiares e produzem na Equipe de Enfermagem sentimentos de impotência e frustração, já que não podem interferir diretamente nesses problemas, ou contribuir para a solução dos mesmos.

#### 4.2 Percepções da Equipe de Enfermagem Acerca da Família da Criança Hospitalizada

Os significados do conceito de família para a Equipe de Enfermagem traduzem a importância desta, enquanto unidade social, provedora de afeto, segurança e conforto.



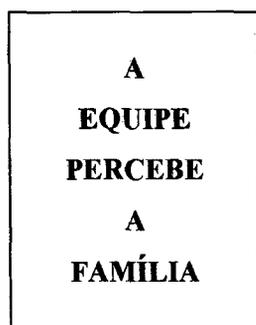
A falta do convívio familiar também aparece expresso na fala de um dos elementos da equipe, na qual é possível perceber a ausência de um modelo de família, sugerindo, talvez, sentimento de perda.

Em outros momentos falamos das reações da família que se vê com um filho hospitalizado.

Assim como um bebê alcança um novo equilíbrio e um senso de si mesmo após desenvolver uma nova habilidade, uma família empenha-se em buscar uma nova estabilidade após lidar com uma crise (Brazelton, 1991).

Ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de gerir a melancolia, segundo Patrício (1995) é, também, “aceitar expressões de sentimentos negativos, confortar, ter sensibilidade, compaixão, consideração e paciência, preocupar-se com o outro, dedicar-se, ser gentil, baseando-se em conhecimentos e técnicas científicas e práticas culturais próprias do indivíduo, família e comunidade” .

Discutimos as atitudes da Equipe, ao lidar com essas famílias, buscando apoiá-las. Nestas ocasiões, as percepções da equipe em relação à família da criança, no ambiente hospitalar, serviram de subsídio a essa discussão, trazendo aspectos pontuados pela equipe, de acordo com o quadro abaixo.



❖ **Necessitando ajuda:**

- Família que está vivenciando uma situação de desajuste e que também necessita de ajuda.
- Muito triste, angustiada que é normal. Precisa de compreensão e afeto para cooperar com o tratamento do filho.
- Carente, cheia de medo, por isso devemos passar muita segurança e carinho.

❖ **Desestruturada:**

- Impaciente, dependente, nervosas, por vezes agressivas.
- Angustiada, nervosa.

❖ **Desconfiada:**

- Acho que a família está sempre preocupada quando fazemos qualquer procedimento no paciente.
- A família chega sempre apreensiva, com pouca confiança nos profissionais e a grande dificuldade é com relação a higiene do paciente e da família dele.
- Muito inseguros quanto aos procedimentos de enfermagem e médicos.

❖ **Negando a realidade:**

- Ela muitas vezes não se dá conta da gravidade da situação.

❖ **Insegura, com medo:**

- Muito retraídos, com medo de falar as coisas, com medo de incomodar as enfermeiras.
- Com medo de repressão por parte do pessoal de enfermagem, medo da situação que estão vivendo.

Brazelton (1991) ressalta a importância dos pais não terem medo de expressar sua dor diante das crianças. De poderem chorar e de compartilhar seus sentimentos.

Nessa ocasião, relatei minha experiência de lidar com situações muito graves como, por exemplo, a morte de uma criança no hospital. Nesses momentos, uma atitude saudável da equipe cuidadora pode ser a de compartilhar e favorecer a expressão dos sentimentos dolorosos, do choro.

Negar esse espaço, adotando estereótipos do tipo “*precisamos ser fortes*”, talvez seja algo nocivo à essas famílias.

Ajudar à família a prantear a sua dor, a viver esse período de modo peculiar, produz segurança e contribui para que ela possa se reorganizar emocionalmente.

Impaciente, dependente, nervosas, por vezes agressivas (A6).

Geralmente são famílias desestruturadas, é difícil ver uma família completa com pai e mãe (A8).

Novamente as falas expressam desconhecimento em relação aos sentimentos comuns a um processo de crise. Isto parece traduzir uma forte tendência na enfermagem: a padronização das atitudes e sentimentos dos sujeitos receptores do cuidado. Como se fosse possível compartimentalizar a dor e o sofrimento, a partir de nossos referenciais, desconsiderando a experiência acumulada pelos sujeitos em relação a essas questões.

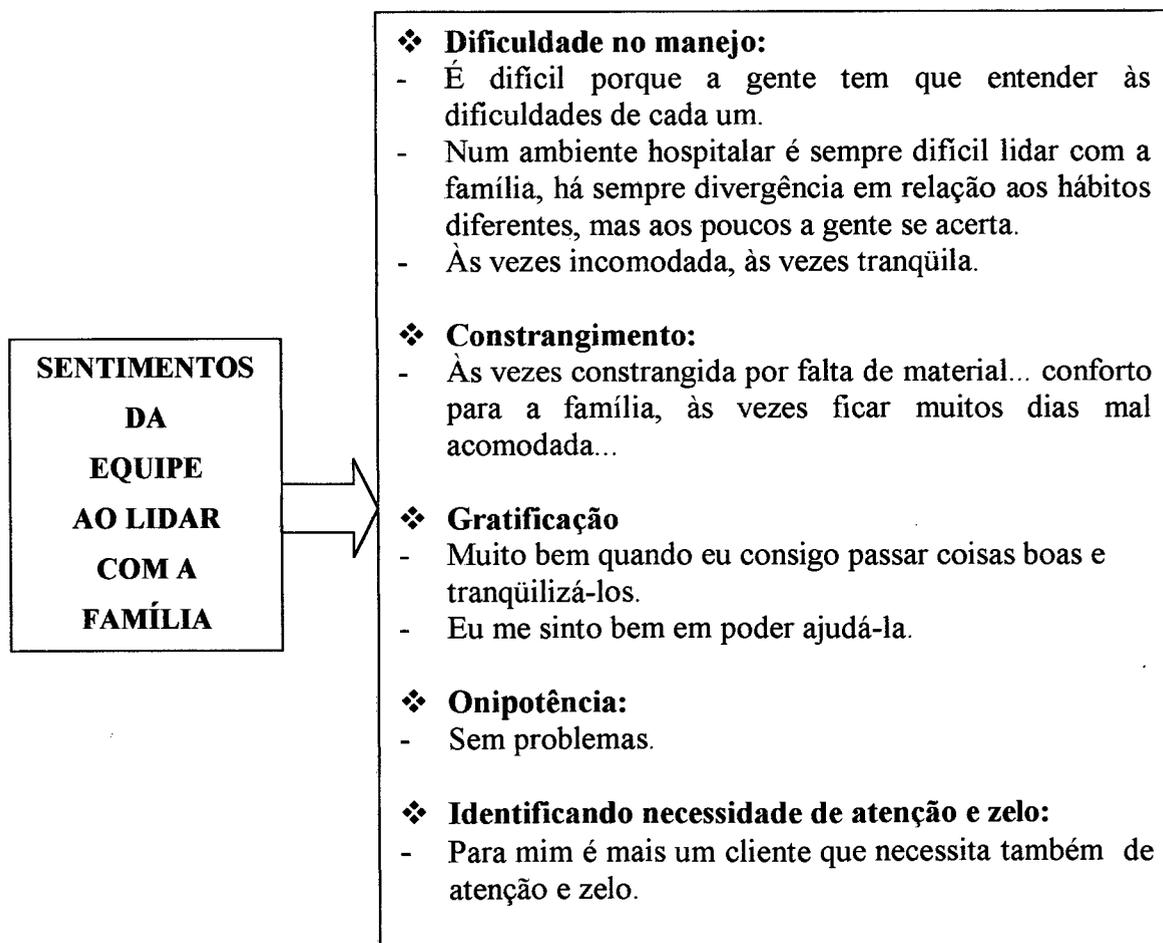
Ficam implícitas atitudes julgadoras e preconceituosas, como se o fato de ter o pai e a mãe presentes pudesse assegurar o controle da estrutura emocional das famílias.

Revelam, ao mesmo tempo, dificuldades de alguns membros da Equipe para lidar com esses conflitos, o que foi motivo de reflexão do grupo.

Para Brazelton (1991), as famílias também regridem diante de uma nova situação ou perda e podem tornar-se tensas, conflituosas, desorganizadas. Ele salienta que muitas dessas reações a uma crise – regressão, negação, medo e retraimento – são reações adaptativas saudáveis, na medida que concedem à criança e à família tempo e espaço para criar energias e encontrar o caminho para um novo equilíbrio.

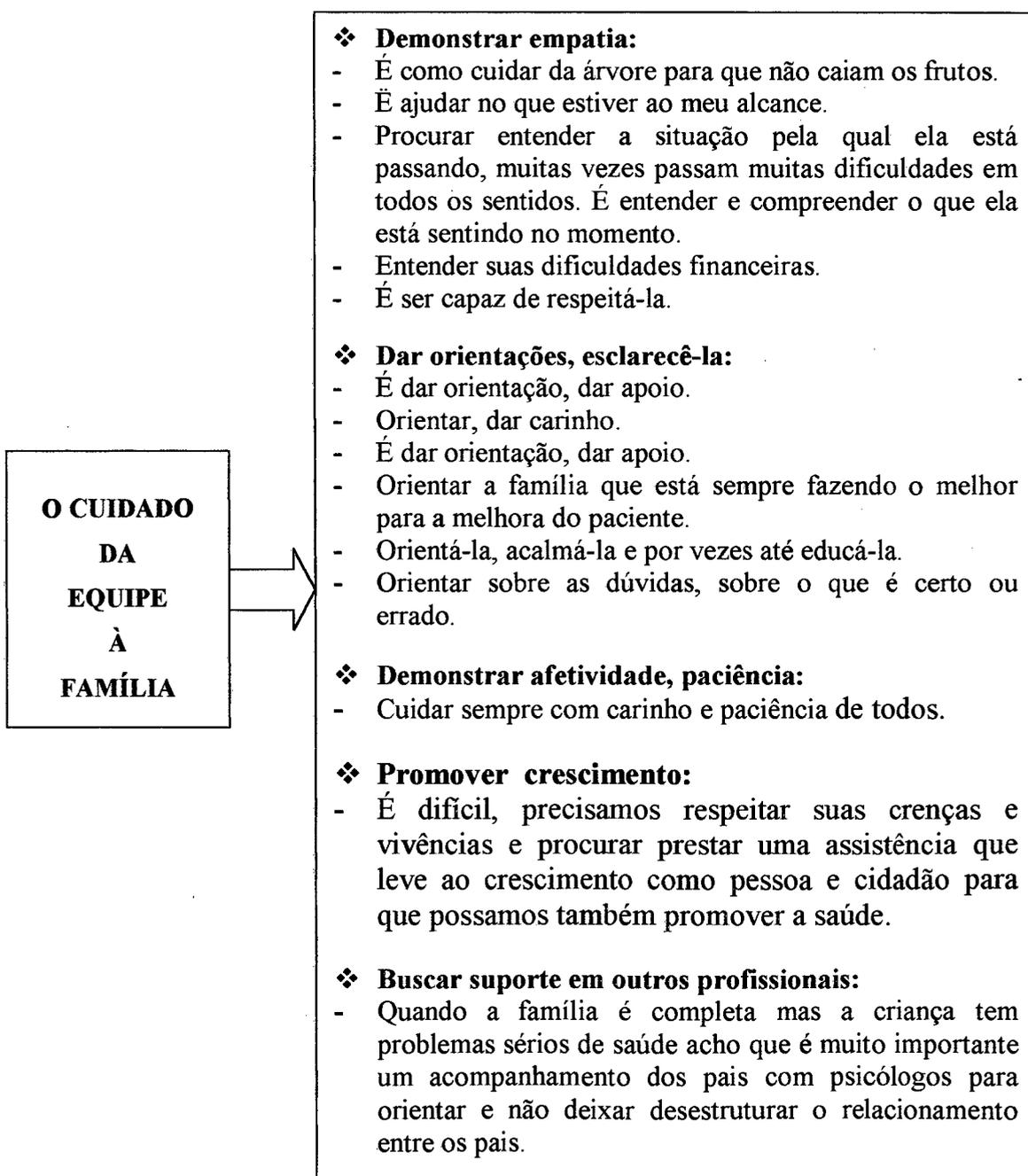
Outros membros da Equipe de Enfermagem teceram considerações acerca da família, que mostraram estar em sintonia com o que foi exposto, revelando maior habilidade para lidar com esses conflitos.

Lidar com a família no hospital parece despertar sentimentos contraditórios na Equipe, sendo que a presença dos familiares junto às crianças, ainda, é vista com restrições por esses trabalhadores, conforme o seguinte quadro.



As restrições, implícitas nessas colocações, vão além dos aspectos envolvidos nas “divergências” entre a equipe e família no que concerne aos hábitos dessas, mas repousam também naqueles relacionados à infra-estrutura hospitalar disponível para receber as famílias e suas crianças, durante a internação.

A Equipe de Enfermagem, ao discorrer sobre como deve ser o cuidado à família da criança, assinala questões que envolvem atitudes de empatia, ações educativas, afetividade e busca de suporte técnico com outros profissionais, o que pode ser visto no quadro abaixo.



A fala de um dos integrantes da Equipe de Enfermagem expressando constrangimento, encontra sintonia em referências, feitas pelas pelos familiares, associadas às observações realizadas.

É interessante assinalar o fato de que as verbalizações, traduzindo preocupação com o bem estar das famílias durante a internação das crianças, provêm dos trabalhadores há mais tempo na área pediátrica, o que sugere, possivelmente, maior amadurecimento desses profissionais para lidar com as famílias, em contrapartida àqueles com menor tempo na área.

Os trabalhadores de enfermagem, ao serem questionados sobre o cuidado à família da criança, revelam preocupações que incluem a necessidade de apoio, de esclarecimento e de afetividade por parte deles.

A preocupação da equipe em relação às condições de vida da família, confere ao cuidado de enfermagem uma conotação social quando esta atribui relevância às dificuldades financeiras vividas pelas famílias, constituindo-se estas dificuldades em elementos que influenciam no cuidado.

Alguns membros da equipe reconhecem que cuidar das famílias, no ambiente hospitalar, é algo difícil. Sugerem a participação de outros técnicos – psicólogos – como uma estratégia de condução das situações difíceis, decorrentes da doença, causando impacto sobre as famílias das crianças.

A equipe posiciona-se, em relação ao cuidado à família, assumindo uma atitude empática quando *teoriza* sobre esse cuidado.

Entretanto, percebe-se certa contradição, evidenciada através das observações das atitudes da equipe, durante o processo de interação, no que se refere à ausência desses *comportamentos empáticos*, norteando a assistência às famílias.

É possível perceber, em alguns momentos, atitudes de tolerância da equipe que se mostra continente, quando reconhece as necessidades da família, aceitando sentimentos e reações como parte de um processo pelo qual elas passam ao terem seus filhos hospitalizados.

Ao incorporar essas atitudes que revelam preocupação e solidariedade, a equipe demonstra maturidade e compromisso emocional ao se deparar com as famílias.

Por outro lado, surgem contradições e atitudes opostas a essas que refletem um outro modo de ser e de agir da equipe, em relação à família.

Eles têm medo do pessoal da enfermagem, medo de tudo, medo da situação. Tenho muita pena deles (A1).

Não conseguem enxergar o lado deles, fragilizados no hospital (A9).

Essas percepções de alguns elementos da equipe, sugerem que os impulsos individuais transcendem as atitudes que obedecem a uma certa linearidade por parte dos trabalhadores, fato já comentado durante a análise das entrevistas e observações.

No momento seguinte, a reunião foi polarizada pela percepção do grupo da dificuldade que temos em flexibilizar rotinas e condutas no ambiente hospitalar, provavelmente porque elas propiciem relativa segurança aos membros da equipe.

O desconhecido, a adoção de novas maneiras de proceder em relação à família pode ser entendido como uma ameaça a desestruturação de papéis já estabelecidos pela equipe.

Ao final desse encontro, o grupo reconheceu que algumas atitudes na enfermagem são envolvidas por outras de teor normativo e controlador. Em muitas ocasiões, essas percepções não estão bem claras à equipe.

Pode-se pensar que esse caráter disciplinador conceda aos cuidadores um arcabouço de segurança para poderem desenvolver suas ações, protegidos, confiantes de que sua estrutura emocional não sofrerá abalos.

Desse modo, ao reproduzirmos alguns comportamentos estamos estereotipando o cuidado, o que não parece muito adequado se é que desejamos, realmente, personalizá-lo.

Nos mais diversos serviços hospitalares, observa-se no cotidiano de enfermagem, que a “obsessão compulsiva” por higienizar os pacientes parece remeter-se a uma época em que os hospitais apareciam como locais de confinamento, em precaríssimas condições de higiene tanto na sua estrutura, quanto pelo descaso com as pessoas portadoras de agravos à saúde.

A tendência “julgadora” da aparência física, também, pode estar ligada à influência maciça da mídia que estabelece e vincula padrões estéticos, moldando opiniões e não considerando as possíveis dificuldades enfrentadas ao não se obter determinada aparência.

Esses ditames perpassam atitudes hostis de muitos profissionais da saúde que através de suas atitudes e falas expressam rejeição ao trabalharem com uma clientela carente, que demonstra, muitas vezes, através de suas “dermatoses” e “parasitoses” o baixo padrão de vida. A fala seguinte ilustra essa situação.

A mãe que chegou na enfermaria X não tinha água nem luz... O marido dela bebe, ela se sente envergonhada... A médica fez uma observação sobre suas condições de higiene na frente dos demais familiares das outras crianças... Eu percebi que ela

sentiu vergonha, ela queria explicar o porquê de estar assim... (A3).

O desconhecimento e/ou rejeição das condições sócio-econômicas como determinantes de saúde, por parte de profissionais produz condutas estereotipadas e “fragmentadas” destituídas de teor humanístico.

Acreditar que água e sabão, associados a medicamentos, podem solucionar esses problemas, nega nossa capacidade intelectual e compromete nossa sensibilidade crítica em tentar resolvê-los.

Um outro exemplo experienciado por um dos participantes é relatado a seguir.

Já me aconteceu de eu chegar na (citou um plano de saúde) com minha filha que estava febril. Saí apressada e assustada! Vestia uma roupa dessas que a gente usa em casa, bem velhinha. Estava de chinelos e mal penteada. Fui maltratada! Estavam olhando o jogo de Copa (1994), pareciam muito contrariados por terem de interromper o que estavam fazendo... Senti o modo como me olhavam, examinando-me em lugar de se mostrarem atentos à minha filha... (A4)

Essas agressões, embora veladas, podem impedir o estabelecimento de confiança e, muitas vezes, inibem a adesão da clientela a determinada terapêutica ou à orientação dos profissionais de saúde.

De certa forma, revelam o poder da equipe diante dos sujeitos que se submetem, sem questioná-la, por medo de represálias.

A enfermeira é um ser proibitivo, normativo (E1).

A crítica sobre o papel da enfermeira, emitida nessa fala, reconhece na condução de nossa prática a tendência, fortemente, normativa como algo difícil de ser abandonado.

No contexto hospitalar, a necessidade de maior controle associada a inúmeras regras, também, parece confundir outros profissionais responsáveis pelos diferentes setores e serviços. Na Unidade Pediátrica uma situação assinalada pelo grupo foi exemplificada pela fala:

O pai veio de Jaguarão, deixou o serviço. Teve dificuldades para isso. Contou que o porteiro havia dito que só poderia ficar em torno de 10 minutos. Essas regras não são para todos... (A2)

Ao procedermos a análise dessa fala, surgiram muitas indagações e questionamentos no grupo.

Em primeiro lugar, o impedimento aos pais de estarem com seus filhos durante as internações fere de forma grosseira o direito assegurado a esses pela Constituição, especificamente através do artigo 12º da Lei nº 8069 (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1998). Tal fato, também, demonstra desconhecimento e despreparo da pessoa que ocupa o cargo referido na fala.

Segundo, pareceu-nos que quando há a verbalização de que as “regras não são para todos” existem padrões diferenciados e discriminatórios de tratamento conforme seja o caso e conforme se relacione com determinada família.

Nesse aspecto, essas condutas não nos pareceram éticas e tampouco justificáveis.

Mesmo quando houve algumas considerações argumentando que isso dispndia tempo e gerava muitos conflitos quanto à liberação dos familiares para ingressarem na Unidade.

Embora não se pretendesse julgar ou responsabilizar pessoas, concordamos ser este um ponto de confronto a merecer atenção e outras formas de

conduzi-lo. Buscar, junto aos demais setores envolvidos, uma solução mais eficiente e sensata foi a sugestão de todos no grupo.

#### **4.3 A Presença da Família no Processo de Cuidar da Criança: Significados para a Equipe de Enfermagem**

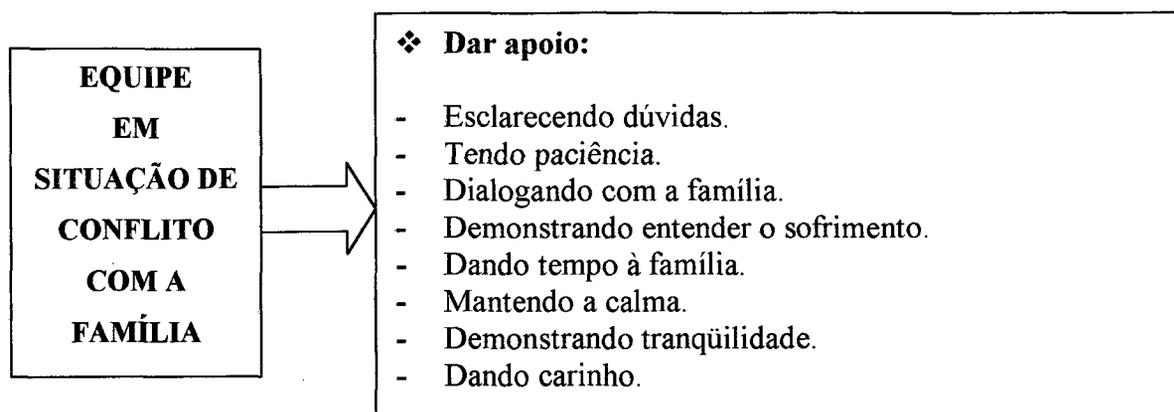
A questão que aborda a presença da família, revela aspectos que permeiam a relação desta com a equipe, no ambiente hospitalar, evidenciando significados que mostram tanto aspectos positivos como outros negativos, atribuídos pela equipe, decorrentes do convívio com ela durante a internação da criança. O quadro a seguir ilustra essa situação.

<b>ASPECTOS POSITIVOS</b>	<b>ASPECTOS NEGATIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interação adequada facilitando a assistência.</li> <li>- Restabelecimento do cliente.</li> <li>- A família interessada e cuidadosa com o filho, que luta para saber o mais rápido o que tem o filho, o que vai ser feito.</li> <li>- Porque a família é importante para que o paciente se sinta mais seguro.</li> <li>- Quando conseguimos resolver os problemas com as mesmas.</li> <li>- A criança não se sente sozinha, se sente melhor psicologicamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A dificuldade de interação, comunicação por diferenças culturais e educacionais.</li> <li>- Quando atrapalham as tarefas.</li> <li>- Chorar, nervosismo.</li> <li>- A família não quer ouvir, somente brigar.</li> <li>- Agressividade.</li> </ul>

A Equipe de Enfermagem reconhece a importância e a influência dessa presença sobre o psiquismo das crianças. Contudo, ao pontuar os aspectos negativos emanados dessa situação, parece demonstrar desconhecimento quanto ao processo de adaptação e reorganização das famílias durante o período em que acompanham seus filhos no hospital.

Em relação às situações de conflito durante o cuidado à família a equipe demonstra capacidade em ser continente, enumerando atitudes consideradas apropriadas no sentido de melhor condução das situações de conflito que emergem

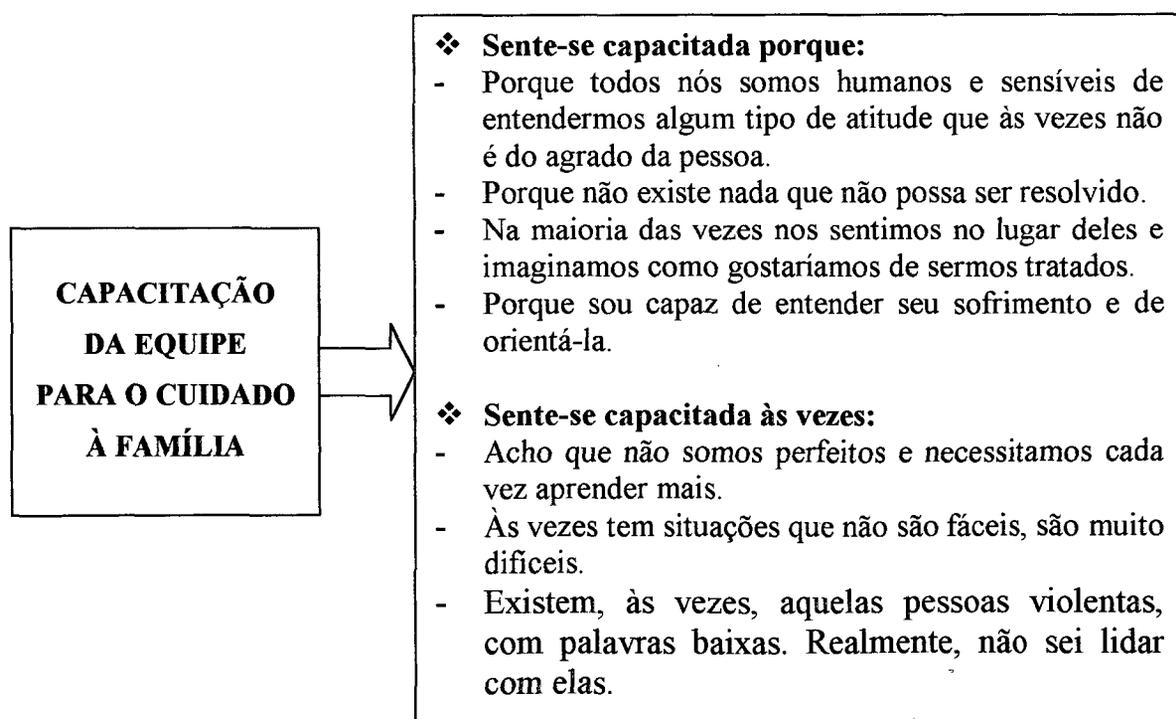
durante o processo de cuidar. Nessas circunstâncias, a equipe faz sugestões de atitudes possíveis de serem adotadas, conforme o quadro abaixo.



Os trabalhadores de enfermagem assinalam a necessidade de “tempo” para que os vínculos se estabeleçam, viabilizando relações mais consistentes.

A equipe cita atitudes empáticas como estratégia de abordagem à família, durante os momentos nos quais esta se mostre desestruturada.

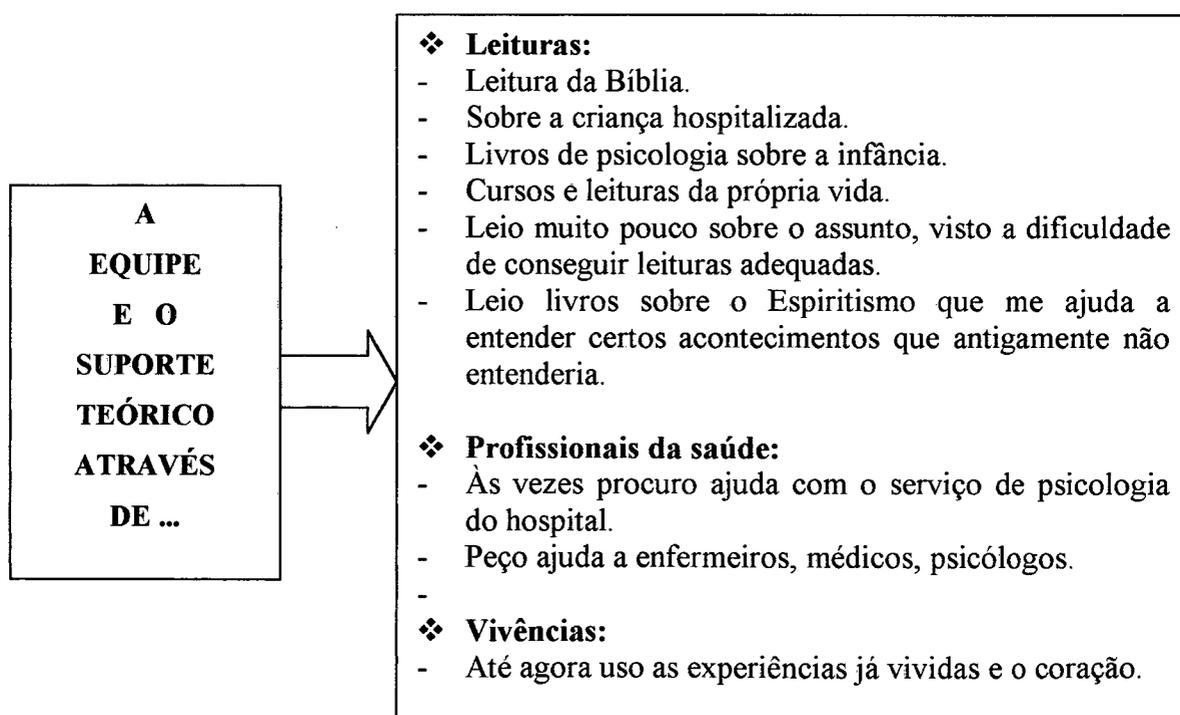
Em relação à capacitação da equipe para o cuidado às famílias, esta é referenciada através do seguinte quadro.



As justificativas apresentadas por determinados integrantes da equipe, ao se sentirem capacitados para o cuidado às famílias, expressam uma certa ingenuidade e, por outro lado, atitude de arrogância “porque não existe nada que não possa ser resolvido”.

Quanto aos que referiram sentirem-se capacitados, às vezes, é possível observar ponderação e modéstia, além de pontuarem o aprendizado constante como um fator que interfere no cuidado. O reconhecimento de limitações pessoais, em certas situações, envolvendo pessoas agressivas com a equipe, é pontuado como uma dificuldade de alguns integrantes dessa, por não se sentirem hábeis na condução de episódios de desarmonia com a família.

Em relação ao suporte teórico utilizado para o desenvolvimento do cuidado, a Equipe revela como subsidia sua prática, conforme o seguinte quadro:



Nota-se uma multiplicidade de idéias quanto à sustentação teórica para o desempenho das ações de cuidado à família, emitida através dessas referências que mencionam crenças religiosas e experiências de vida pessoal

justificando-as como norteadoras de sua prática. Embora estes aspectos culturais e religiosos estejam implícitos na prática profissional de muitos trabalhadores, observa-se que os aspectos teóricos oferecidos através de uma educação formal, ou mesmo oportunizados pela instituição, não são referidos.

Aqui é possível perceber uma possível deficiência da instituição enquanto provedora de capacitação aos recursos humanos, destinados a assistir às famílias e suas crianças, durante o período de internação hospitalar. Entendo que esta lacuna seja passível de reformulação, uma vez que a instituição, sendo uma unidade de ensino, encontra-se constantemente em evolução, buscando a formação e o aprimoramento dos profissionais que nela desenvolvem suas atividades.

Ao mesmo tempo, a ausência de um referencial teórico adotado pela Equipe, que consubstancie o cuidado, parece favorecer a condução de uma prática sustentada por impulsos de caráter individual, que talvez não sejam eficientes enquanto forma de abordagem às famílias.

Nesse sentido, os profissionais de enfermagem encontram-se *solitários*, com períodos esporádicos de ajuda, sendo realizados de maneira informal por outros técnicos da instituição.

Há uma grande diferença em gostar de criança e gostar de cuidar crianças doentes... (E2).

Essa fala, promoveu o início das discussões a respeito da capacitação de pessoal na área de pediatria.

Houve concordância no que se refere ao despreparo inicial de muitos participantes quando começaram suas atividades de cuidado à criança.

Não se tem uma seleção e uma avaliação que permitam, efetivamente, atender às necessidades da criança e sua família. A seleção do pessoal e a avaliação, às vezes, falham... (E1).

Há uma dificuldade muito grande em se avaliar o profissional para trabalhar com a família e a criança (E1).

Muitos não suportam o sofrimento e a dor e não conseguem trabalhar (E2).

A motivação que impulsiona o trabalho com crianças, sem dúvida, é o fato de se gostar delas. Percebe-se reciprocidade entre os sentimentos referidos pela equipe, quando esta relaciona o motivo para trabalhar na área pediátrica aos sentimentos decorrentes de sua vivência na mesma, como por exemplo: sentir-se gratificada, realizada profissionalmente, sentir bem-estar espiritual e físico, sentir satisfação e prazer, sentir-se bem e gostar muito.

Pode-se pensar que essas colocações revelem-se de fundamental importância, à medida que conferem ao trabalho de enfermagem, conotação prazerosa, no sentido de viabilizar propostas de aperfeiçoamento dos processos interativos entre a Equipe de Enfermagem e a família da criança, no contexto hospitalar.

Portanto, é possível admitir que, se o trabalho com a criança e sua família adquire características estimulantes, conseqüentemente o cuidado de enfermagem oferece possibilidades de se converter numa relação de ajuda.

A equipe, ao emitir conceitos sobre o “ser criança” e o “ser criança hospitalizada” revela riqueza de significações que, talvez, remetam-se à própria infância, ou ao modo de relacionar-se com a criança, tanto na vida pessoal como na vida profissional, conforme se pode observar no quadro a seguir.

## SIGNIFICADOS DA EQUIPE SOBRE CRIANÇA E CRIANÇA HOSPITALIZADA

❖ CRIANÇA	❖ CRIANÇA HOSPITALIZADA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser especial, divino.</li> <li>- Ser em desenvolvimento.</li> <li>- Ser com necessidade de apego.</li> <li>- Ser capaz de reagir e interagir com o meio.</li> <li>- Ser inocente, ingênuo.</li> <li>- Ser sincero.</li> <li>- Ser amado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser vivenciando situação de desajuste.</li> <li>- Ser necessitando de ajuda.</li> <li>- Ser deprimido, nervoso, assustado, agressivo, inquieto, carente, frágil, indefeso.</li> <li>- É um ser que precisa de assistência médico-hospitalar,</li> <li>- Ser que precisa de cuidados médicos.</li> <li>- Ser que precisa de carinho e compreensão.</li> <li>- Ser limitado pelas circunstâncias.</li> <li>- Ser com medo do tratamento, pensa que vai ser maltratado, choram, gritam, desconfiam, ...</li> </ul>

Nessas definições, percebe-se uma conotação de “divindade”, um ser “quase mágico” que precisa ser amado, assim como está presente a vertente de caráter mais biológico – “ser capaz de reagir e interagir com o meio” – não particularizando o estado de um ser humano em desenvolvimento, com características peculiares a esse processo.

A referência à necessidade de apego, sugere a importância atribuída por alguns, à manutenção dos vínculos parentais.

Em relação aos conceitos que definem a criança, num estado de hospitalização, verifica-se uma variedade de percepções dos elementos da equipe, surgindo três grupos caracterizados como: primeiro os que a concebem necessitando ajuda por vivenciar uma situação de desajuste; segundo os que denotam fragilidade emocional com alterações no comportamento e, em terceiro, aqueles que a colocam numa situação de limite, imposta pela doença.

Um fato interessante para ser comentado refere-se à negação dos cuidados de enfermagem quando elementos da equipe reforçam a idéia de que a criança hospitalizada é a criança que necessita de *cuidados médicos* ou de *assistência médico-hospitalar*.

Assim, prioriza-se o saber médico, conferindo ao trabalho de enfermagem na instituição, uma dimensão pouco significativa para a recuperação da saúde.

Neste sentido, Collière (1989) contribui ao refletir sobre a prática de cuidados desenvolvida pela enfermeira, “vendo-a inteiramente tributária da prática médica”.

Velar pelo bem do doente, confortá-lo, consolá-lo, continua de fato a ser a finalidade, a intenção, mas do conteúdo “profissional” da prática de cuidados é o médico o grande detentor, por isso servir o doente leva a servir o médico’.

Veladamente, essas idéias que dicotomizam cuidados médicos e cuidados de enfermagem ainda permanecem como “mitos” que são referenciados por alguns profissionais de enfermagem na instituição hospitalar.

Penso que essa subestimação do trabalho de enfermagem esteja intimamente relacionada à baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade no cotidiano de trabalho desses componentes da equipe.

E são esses sentimentos que, em minha opinião, mobilizam outros, os quais implicam falta de prazer e felicidade na relação profissional com demais técnicos da equipe de saúde e, principalmente, na relação com as famílias.

As crianças, em virtude da crise deflagrada pela doença, tornam-se rebeldes, ansiosas, chorosas e pouco colaborativas em relação aos procedimentos invasivos.

Talvez esse seja o comportamento saudável. Imaginemos que seria patológico gostarem de “sofrer picadas”, submeterem-se à aspiração de nasofaringe, terem seus pelinhos “arrancados” por adesivos, enfim, gostarem de estar no hospital.

Nesse caso, quando uma criança se mostra bem adaptada, preferindo o hospital à sua casa, isso constitui motivo de preocupação para a Equipe cuidadora. Pode-se pensar nisso como sinal de que algo não está bem no ambiente familiar.

Portanto, a presença de uma equipe continente permite devolver a segurança à criança e seus familiares em momentos estressantes.

Além disso, Brazelton (1991) salienta a importância de não tomarmos um padrão tido por “normal” e aplicá-lo na comparação com uma família que se encontre sob “tensão”. Refere que toda família tem seu próprio padrão para lidar com crises.

Essa abordagem trouxe tranquilidade ao grupo ao propiciar espaço para essas reflexões.

Integrantes da Equipe de Enfermagem mencionam o fato de não haver oportunidades para que sejam discutidos os significados do cuidado, especialmente, permitindo o confronto entre o que fazemos na prática e o que pensamos ser correto fazer no trabalho com a criança e sua família. E essas oportunidades não costumam ser oferecidas pela instituição, sob o aspecto formal, através de um processo sistematizado de educação em serviço, voltado à capacitação do pessoal de

enfermagem e que, ao mesmo tempo sirva de “respiradouro<sup>2</sup>” (Patrício, 1995b), para que a equipe se recomponha do estresse constante a que é submetida ao trabalhar com as famílias das crianças, no ambiente hospitalar.

Dessa forma, ao compartilharmos nossas dificuldades, crescemos por não nos sentirmos solitários diante delas.

Entendemos que essa oportunidade de reflexão deva fazer parte de nosso dia-a-dia quando cuidamos das famílias e suas crianças em instituições hospitalares.

As verbalizações da equipe, ao discorrer sobre a família vivenciando a hospitalização da criança, revelam, também, sua capacidade para identificar as reações habituais pelas quais passam as famílias nessa situação (Brazelton, 1990).

Ao mesmo tempo, parece implícito uma conotação de censura, por parte da equipe ao referenciar os comportamentos e sentimentos dessas famílias, quando se encontram no hospital, o que pode ser interpretado como uma situação de ambivalência da equipe em relação aos sentimentos expressos pela família durante a hospitalização da criança.

Outro aspecto relevante evidencia a preocupação quanto à higienização da criança e sua família, apontada por alguns da equipe como “a grande dificuldade” inserida no processo de cuidar.

De certa forma, além das orientações históricas de higienização do passado da Enfermagem, pode-se pensar que esses *rituais compulsivos* sirvam como mecanismos para aliviar as tensões decorrentes do trabalho com pessoas em dificuldades sócio-econômicas reveladas através de hábitos precários de educação e higiene.

---

<sup>2</sup> “Respiradouro” é trazido para o viver saudável por Patrício (1995) a partir de idéias de Maffesoli (1984).

Assim, parece que o convívio diário com esses familiares pode tornar-se penoso e assustador também pelo fato desses trabalhadores sentirem-se próximos dessa condição social de miserabilidade e ausência de perspectiva de uma melhor qualidade de vida.

A discussão acerca dos aspectos circunjacentes ao cuidado de enfermagem à família da criança hospitalizada polemizou-se, principalmente, em função dos sentimentos e atitudes da Equipe-Família, relatados, nesse processo de interação.

Muitas mensagens, que advêm desse processo, parecem não ser compreendidas pelos sujeitos participantes, tanto no que se refere à Equipe, quanto à família.

Ao falarmos que cuidar requer empatia, ousamos discutir, também, os sentimentos, “tidos como negativos”, que a família mobiliza na Equipe em função do momento no qual se encontra.

Brazelton (1991) vem mais uma vez ao nosso encontro, esclarecendo que os pais ao culparem outras pessoas (médicos, enfermeiros, membros íntimos da família) por não tomarem cuidado com seu filho ou desconhecerem o tratamento certo, projetam sobre essas pessoas os inevitáveis sentimentos de culpa, especialmente quando algo vai mal.

Ter consciência dessas atitudes pode, em nosso entendimento, facilitar a interação com essas famílias. Alguns participantes relataram, de maneira constrangida, situações negativas durante interação da Equipe de Enfermagem com familiares de crianças hospitalizadas. Aqui, cabe salientar o seguinte: sempre que qualquer relato envolveu um comportamento receoso, temendo má interpretação no grupo, reforcei a intenção, enquanto processo educativo, da necessidade de discutir-se, maduramente, nossas possíveis falhas.

Portanto, qualquer conteúdo, presente na interação enfermeira-pesquisadora e sujeitos do estudo, sempre adquiriu uma conotação de aprendizado.

Algumas mães ficam muito apreensivas quando há troca de plantão... 'Hoje quem é?' (é uma pergunta freqüente) 'Falam que existem pessoas agressivas...' (A7).

Quando eu entrei na enfermaria, notei pela fisionomia que elas estavam tensas, pareciam assustadas. Parece que ficam esperando a reação da gente para ver como vão agir. Depois que eu comecei a conversar com uma das mães as outras ficaram observando e logo todas já estavam à vontade... (A4).

Através dessas falas, é possível perceber uma certa tensão dos familiares em função do desconhecimento do possível prestador de cuidados.

Essas atitudes apontadas como "agressivas", possivelmente, referem-se a condutas de caráter mais individual, não constituindo uma tônica no atendimento por parte da Equipe. Entretanto, o fato de permearem determinados turnos podem estigmatizá-los, distorcendo a imagem dos demais personagens da Equipe.

Nesse sentido, aparece como um aspecto marcante a questão da Equipe, aparentemente, mostrar-se conivente com as atitudes inadequadas de outros colegas em relação à família. À medida que não se envolvem com esses problemas referentes ao tratamento descortês e, muitas vezes, hostil, dedicado aos familiares, a equipe, de certa forma, contribui para que esses episódios continuem a transcorrer como fato normal e *aceitável*.

Considero lamentável, tanto do ponto de vista da família quanto do trabalhador, a exposição freqüente a sentimentos de medo, desprazer, intolerância, especialmente porque a família já vivencia, naturalmente esses sentimentos em função da hospitalização da criança.

Outra contribuição, nesse sentido, vem de Rogers (1991) ao nos dizer:

Quando assumo uma atitude de irritação para com outra pessoa e não tomo consciência dela, a minha comunicação passa a encerrar mensagens contraditórias. As minhas palavras comunicam uma determinada mensagem, mas estou também comunicando de uma forma sutil a irritação que sinto e este fato provoca no outro uma confusão e tira-lhe a confiança.

Passamos a refletir sobre a permissão desses sentimentos hostis para que possam, efetivamente, serem trabalhados pela equipe sem que isso traga sensação de culpa ou inadequação.

Aceitar nossas limitações pareceu-nos ser o ponto de partida nessa caminhada.

Assim, discorreremos sobre a necessidade dos cuidadores, ao se sentirem estressados, com repercussões negativas no trabalho junto às famílias, reverem suas atitudes, buscando apoio junto a pessoas especializadas para que, dessa, forma evitem projetar suas dificuldades pessoais sobre as pessoas que se encontram à mercê de seus cuidados.

Trata-se de uma questão ética, que merece atenção extrema por parte dos sujeitos responsáveis – coordenadores de área, coordenadores da instituição – os quais devem primar pelo atendimento digno ao ser humano.

O próprio discurso da humanização da assistência tende a esvaziar-se à medida que não são priorizados os aspectos de cidadania que envolvem o processo de cuidar. Para que possamos, efetivamente, implementar o cuidado humanizado é preciso que se dê atenção – na figura da instituição e dos profissionais dos processos de seleção de pessoal – aos critérios de exigência mínima necessários à

admissão de pessoas com características e comportamentos compatíveis ao trabalho em unidades de internação pediátrica.

É comum, verificar-se o deslocamento de profissionais de enfermagem, na mesma instituição, para áreas opostas a sua atividade, o que redundava em insatisfação pessoal para estes trabalhadores e riscos para quem recebe o cuidado, tanto pela inexperiência em áreas especializadas, como é o caso da pediatria, como pela pouca motivação para o trabalho.

Em relação ao modo de apresentação da equipe à família da criança, os participantes, habitualmente referem cumprimentar familiares e crianças antes de realizarem os cuidados de enfermagem. Entretanto, poucos reconhecem a importância de se apresentarem dizendo o nome.

Difícilmente eu me apresento. Às vezes, digo meu nome para a mãe de uma criança na enfermaria. Daí, as outras mães começam a me chamar... (A5).

Eu me apresento dizendo: - Eu sou a enf.<sup>a</sup> ... Meu nome é ... Gosto quando me chamam pelo apelido ... Acho engraçado as crianças me chamarem assim... Dá mais intimidade (A1).

Em decorrência desse assunto – a apresentação – surgiu como tema, um tanto polêmico, no que diz respeito ao chamamento adotado por muitos profissionais nos serviços materno-infantis.

O modo de se dirigir à mãe de uma criança, chamando-a de “mãe” parece ter se tornado comum e aceito pelos prestadores de cuidados.

Semelhante ao que ocorre com a professora ao ser chamada de “tia”, ou mesmo, quando a equipe se permite usar esse termo, identificando-se através dele, isso revela a despersonalização presente nesse processo de cuidado.

Digo mãe porque acostumei assim. Não pego o nome das pessoas (A9).

Não gosto de chamar mãe. Digo: a mãe de Patrícia, por exemplo. Não consigo guardar os nomes... (A7)

Aqui, a fala ilustra a dificuldade sentida pelo profissional em dirigir-se ao familiar da criança porque, em sua argumentação, não consegue lembrar-se do nome.

Essa questão, ao ser abordada no grupo, trouxe algumas reflexões sobre esse fato estar “arraigado” em nossa prática.

Eu já soube da mãe de uma criança que ficou muito chateada por ter sido chamada de mãe... (A7).

Nunca pensei nisso... (A5).

Outro aspecto, que foi assinalado pelo grupo, refere-se ao possível constrangimento ao perguntarmos, mais de uma vez, o nome da pessoa que acompanha o filho durante a internação hospitalar.

Vimos que isso depende muito da forma como é abordado, sendo que o grupo reconheceu, mais tarde, não ser essa pergunta percebida como falta de atenção ou desdém, mas, sobretudo, como parte integrante de uma relação que aproxima ao se colocarem como “sujeitos”, mulheres, profissionais, cujo nome é de fundamental importância.

Em nossas relações pessoais, às vezes, reproduzimos esses *esquecimentos*, sobretudo quando as pessoas com as quais nos relacionamos não adquirem importância para nós, ou passam despercebidas, configurando relações fugazes de pouco apreço, carentes de maior interação.

Esse interesse pelo outro implica a formação de vínculos e esses podem facilitar a abordagem da Equipe à família.

Uma técnica, aparentemente eficiente, pode ser:

- Mas, como é mesmo o seu nome?
- Desculpe-me, poderia repetir seu nome?
- A senhora é a... ?

Dessa forma, ao demonstrarmos interesse estamos buscando elos de ligação nessas interações e, ao mesmo tempo, mostramo-nos autênticos porque não somos perfeitos, aos olhos dos familiares dessas crianças, e podemos esquecer seus nomes, mas procuramos recompor tal esquecimento.

Quando tenho afinidade chamo pelo nome. A Márcia é diferente, ela é minha amiga (A9).

Márcia, nome fictício, era a mãe de um menino, ela já era bastante conhecida da equipe, com um bom vínculo, especialmente com a auxiliar de enfermagem que assim se expressou, afirmando ser ela uma *amiga*.

Nessas falas, observa-se com maior evidência, que o vínculo estabelecido se dá entre pessoas, sujeitos que têm um nome, que se personalizam.

Mãezinha parece ser um chavão costumeiro. É um hábito. É muito difícil abandoná-lo (E1).

Penso ser aquele “mãe” que sai espontaneamente (A5).

Outra vez, o termo revestido de conotação carinhosa reforça comportamento pueril e revela a infantilização sofrida pelos sujeitos ao terem seus filhos internados. Ponderamos que isso, de certa forma, reflete a “massificação” do cuidado.

Além disso, verificamos, também, que a apropriação indevida, às vezes, traz consigo sentimentos e atitudes hostis como ficou claro pela fala abaixo.

Aquela mãe, deve ser assim em casa... (A3).

As atitudes adotadas pela Equipe, também, parecem relacionar-se ao medo que temos de nos aproximarmos. Se isso acontece poderemos sofrer junto a essas famílias.

Assim, torna-se “tranqüilizador” prestarmos o cuidado detendo-nos na realização dos procedimentos, minimizando nosso estresse.

Às vezes, a gente se estressa (A8).

Portanto, aprender a trabalhar esses sentimentos que permeiam as relações de cuidado torna-se uma exigência em nossa prática, pois algo, aparentemente óbvio, pode se tornar complicado quando nos deparamos com situações estressantes, nas unidades pediátricas, como é o caso dos maus tratos à criança.

#### **4.4 A Questão dos Maus Tratos**

A gente se revolta com muitas mães... (A10).

Pessoas que não sentem afeto pelo filho... Procuo me distanciar (A3).

Aquele dia eu fiquei com raiva pois eu pensei que ela não gostasse do filho... Aí eu comecei a explicar... Depois fiquei com muita raiva (A2).

As considerações do grupo a respeito do modo com que certas mães tratam seus filhos traduzem, em parte, sentimentos de hostilidade e uma atitude, eminentemente, julgadora para com essas mulheres. Contudo, ao discutirmos com

mais profundidade sobre o porquê de algumas mães mobilizarem raiva em nós, surgiam novas observações que denotavam capacidade da equipe para poder ser tolerante e compreensiva com as mães.

A ambivalência do grupo pôde ser evidenciada em um dos nossos encontros no qual surgiu o relato de uma experiência “traumática”, segundo verbalizações de alguns participantes. Esse fato causou desgaste emocional intenso na Equipe de Enfermagem.

A história referia-se à mãe de um menino de nove anos, que era acompanhada pela Equipe Multidisciplinar em virtude de um de seus filhos – uma menina – já ter ido a óbito tendo como causa básica a “desnutrição”, possivelmente por negligência de cuidados maternos. Sendo conhecida há mais de um ano pela Equipe de Enfermagem, essa mãe tem uma vida pessoal muito confusa associada a enormes dificuldades econômicas, pois sustenta seus quatro filhos sem o auxílio do pai das crianças ou qualquer outra pessoa da família. Além de viver em precárias condições, não possui qualquer suporte afetivo por parte de seus parentes. Na visão da Equipe, trata-se de uma pessoa que necessita de “auxílio”, antes de ser julgada como ocorreu naquele episódio.

O filho, de nove anos que estava internado na Unidade Pediátrica, foi enviado á FEBEM, sendo levado à força, “aos berros”, “arrancado” da Unidade, conforme verbalização da Equipe. O menino foi colocado num carro da Polícia sem qualquer intervenção, razoável, dos outros membros da Equipe de Saúde, que pudesse minimizar tal agressão com a criança. O menino chorava muito e pedia por sua mãe!

Essa situação, descrita sucintamente, produziu um efeito devastador na Equipe de Enfermagem presente durante a retirada do menino, a tal ponto de não se sentirem em condições de permanecer trabalhando.

Durante o relato, houve uma comoção geral no grupo, e eu senti uma imensa vontade de chorar, mesclada com um sentimento de perplexidade e indignação. Coloquei-me no lugar do menino e imaginei a agressão por ele sentida, ao ser retirado do convívio de sua mãe. Tentei me ver diante da impotência e desespero da mãe, sem nenhuma defesa ou apoio. Procurei me situar entre a Equipe de Enfermagem pensando qual seria minha atitude num momento desses, presenciando uma cena com tal teor de crueldade.

A partir desse caso, discorreremos sobre a questão dos maus tratos na infância, questionando o “preparo” dos profissionais para lidar de forma apropriada, na tentativa de assegurar à criança e à sua família o desfecho mais adequado, o qual, em muitos casos, significa tratar o agressor, procurando manter os vínculos familiares, oportunizando apoio e reeducação aos pais.

Em relação a isso, uma das falas expressa o sentimento de empatia e solidariedade com a mãe do menino.

Se formos levar em conta que um grande número de crianças que chega até nós vive uma situação de desnutrição com graus variados e habita em condições insalubres, teremos que retirar todas as crianças pobres de seus pais! Na verdade, a situação econômica, cultural, social é a grande vilã da história. Os pais, também, sofrem os maus tratos impostos pela sociedade em que vivemos (E1).

Outra verbalização referiu a pouca intervenção da enfermagem em consonância com outros profissionais da Equipe.

Ao que parece, a Equipe de Enfermagem demonstrou dificuldades para lidar com esse tipo de situação, sugerindo uma postura de espera pela atitude de outros técnicos da equipe de saúde.

Cuidar de famílias onde exista a possibilidade de um dos pais cometer atos de violência contra a criança, requer maturidade emocional para que não se tenda a atitudes *apaixonadas*.

Todavia, é freqüente a mobilização de rechaço e raiva contra os pais, por parte da equipe.

Um dos desafios iniciais, segundo a equipe participante desse encontro, referiu-se à abordagem com a família, constituindo-se um processo de grande desconforto e constrangimento, tanto para a equipe como para os familiares das crianças.

Nesse sentido, por mais que a equipe esteja disponível, afetivamente, há uma desconfiança recíproca e um sentimento de mal-estar que se manifesta através dos contatos rápidos e formais, muitas vezes, servindo como pretexto para que não ocorra uma aproximação mais franca, sem rodeios que permita aos pais, também, compartilhar suas dificuldades, sua desestrutura e, principalmente, *sua culpa*.

Sem dúvida, é uma das situações de maior impacto para a enfermagem quando esta se depara com famílias que maltratam suas crianças, pois a Equipe, ao cuidar da criança maltratada, “conflitua-se entre o sentimento de rechaço e/ou sentimento de ajuda aos familiares responsáveis, também agressores” (Biehl, 1997).

Outro aspecto da discussão trouxe à tona a percepção do grupo acerca do pouco conhecimento deste a respeito da legislação que dispõe sobre a proteção à criança.

Embora o artigo 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente (1998) diga:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência,

crueledade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais

Pelo que foi relatado, podemos pensar que houve violência ao tentar retirar o menino, daquela maneira, da Unidade Pediátrica.

O grupo, mesmo desconhecendo tal artigo do Estatuto da Criança e do Adolescente, ponderou a possibilidade de utilizarmos o episódio descrito para reflexões criteriosas com todos os membros da Equipe de Saúde da referida Unidade.

Assim, trabalhar as questões de maus tratos sob enfoque mais abrangente revelou-se como uma prioridade a fazer parte do futuro Programa de Educação a ser elaborado por nós.

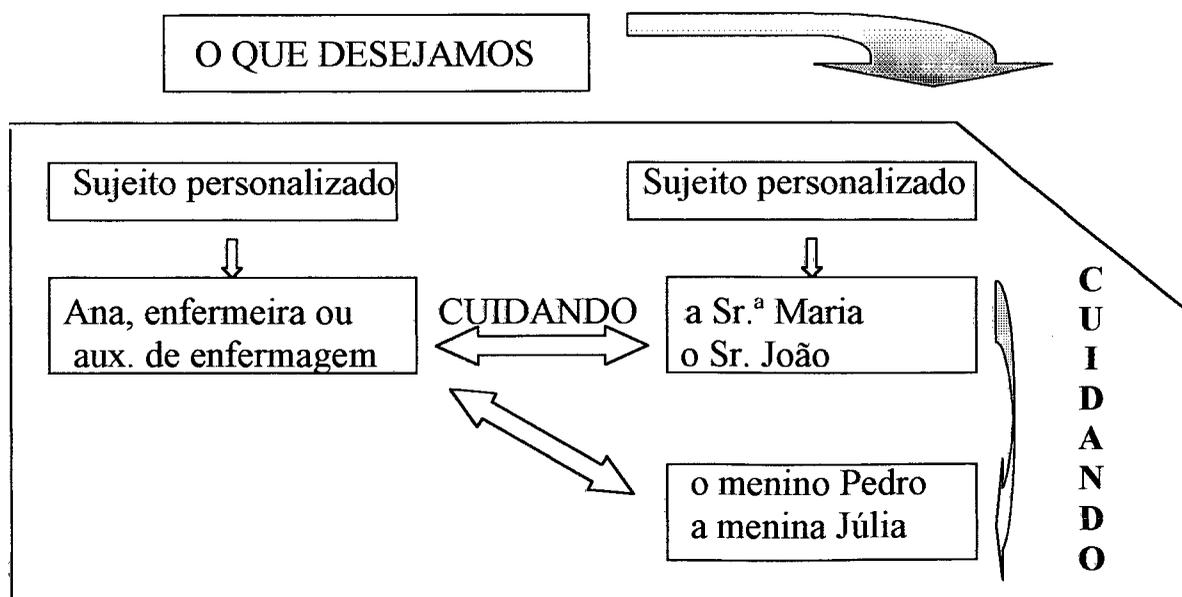
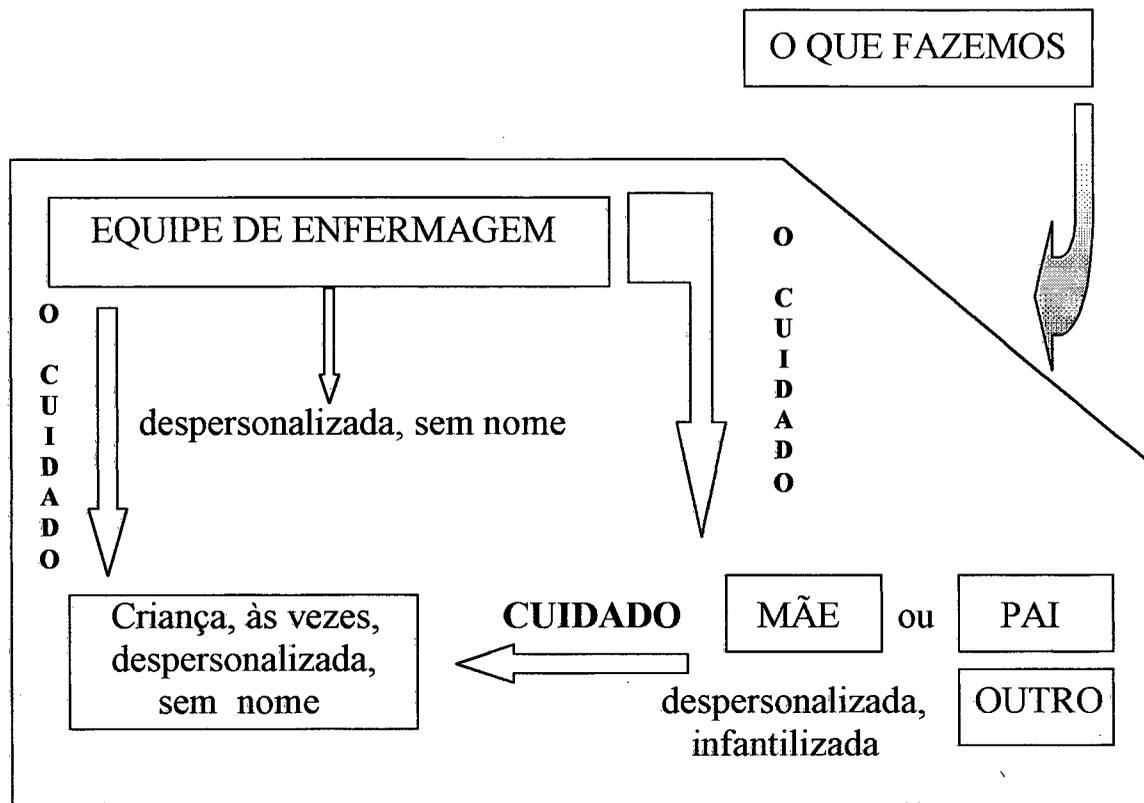
Reconhecer o fato de que, algumas vezes, nos sentimos estressados, cansados, até mesmo irritados, pode aliviar nossa tensão se pudermos falar sobre isso, permitindo, assim, reorganizar nossas emoções e atitudes.

Ao buscarmos equilíbrio, sendo receptivos às atitudes da família e mostrando um interesse caloroso, sem excessiva implicação emocional, poderemos desenvolver ações de cuidado mais gratificantes, tanto para nós como para a família da criança hospitalizada.

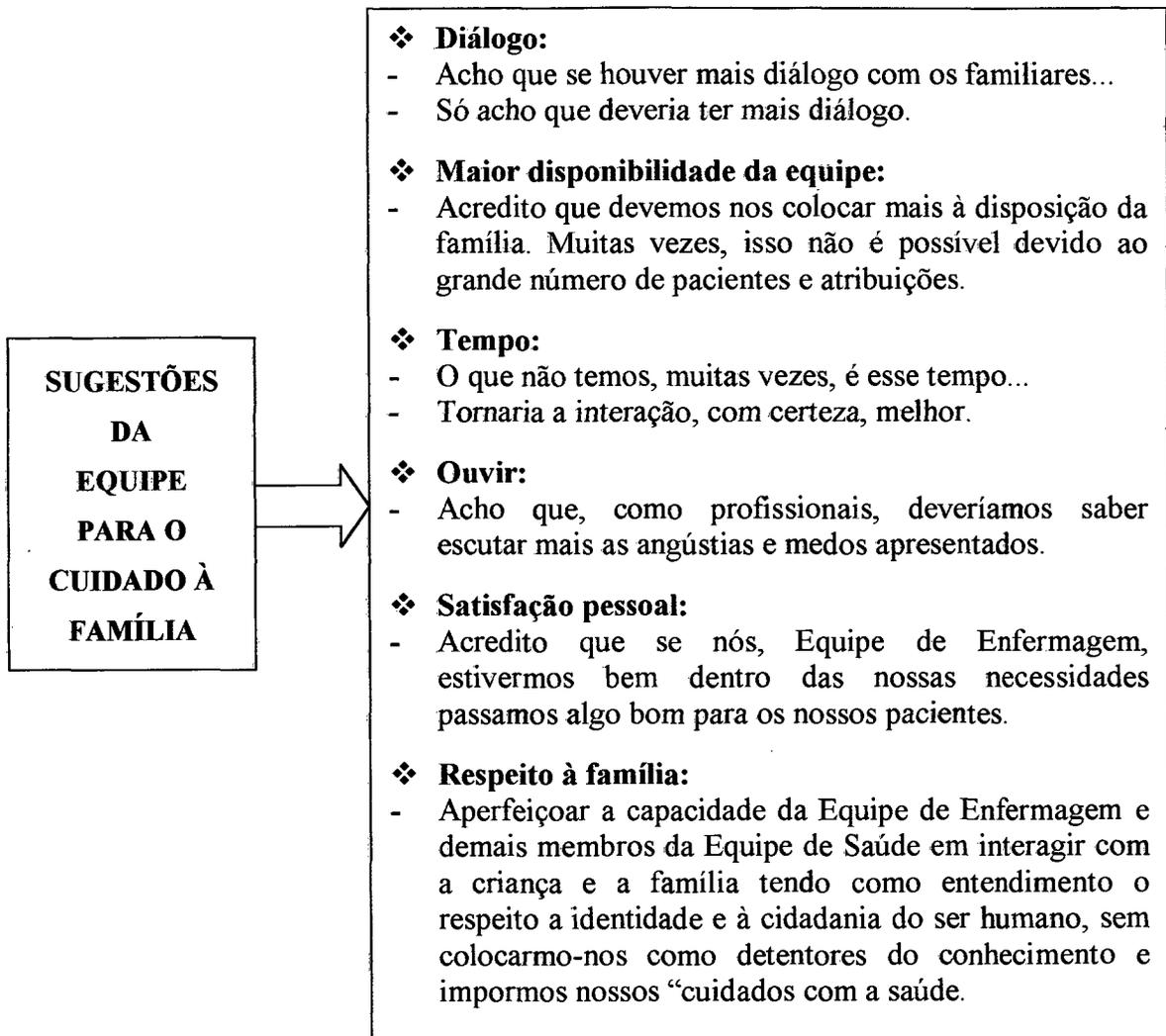
Considero importante salientar a conclusão dessa discussão, sob a forma de esquemas, que surgiram como um “*insight*” enquanto elaborava a descrição deste encontro com a equipe.

Portanto, apresento-os como duas possibilidades de desenvolvermos o cuidado, nas quais numa se observa uma dimensão ética comprometida com o

sujeito-cidadão foco de nosso cuidado, e noutra se verifica despersonalização, com ausência de repercussões gratificantes para cuidadores e famílias.



Neste sentido, a equipe aponta sugestões quanto à sua forma de cuidar a família, objetivando tornar esse processo prazeroso e saudável para ambos, o que pode ser visto no quadro que é apresentado a seguir.



As sugestões da equipe para tornar a interação com a família algo mais saudável e prazeroso expressam o desejo de um cuidado concebido como um modelo “ideal”, implicando satisfação recíproca, tanto da família quanto da equipe.

Entretanto, nos processos interativos observados entre a equipe e a família, a freqüente mecanização das ações de cuidado revelam atividades repetitivas que se configuram num automatismo por parte da equipe, nem sempre percebido por esta.

Mecanismos inconscientes, utilizados como defesa pela equipe, são apreendidos e incorporados ao trabalho, reproduzindo um modo de cuidar impessoal, que não oportuniza o verdadeiro encontro entre os seres humanos envolvidos nesse processo – Equipe de Enfermagem, família e criança.

As contradições que permeiam esse processo de cuidar remetem-se a uma prática eminentemente curativa, *asséptica*, que parece compartimentalizar as sensações e percepções do sujeitos foco do cuidado.

A maioria dos trabalhadores assinala a necessidade do cuidado com afeto, com respeito, com carinho à família, mas a observação da prática desse cuidado evidencia insuficientes possibilidades de estabelecimento de vínculos afetivos entre os trabalhadores e familiares das crianças. Quase não se observa o *toque* (diferente de manuseio) (Patrício, 1995b), como algo que signifique proximidade e afeto, mesmo quando há necessidade de fazê-lo em determinados procedimentos.

Quando afirmo isso, não aponto culpados ou vítimas, mas desvelo uma situação paradoxal na prática de enfermagem, que se reflete na incoerência de intenções e atitudes dos trabalhadores.

No hospital, além de cordialidade e boas maneiras, é preciso, sobretudo, incorporar sensibilidade ao trabalho desses profissionais.

Cuidar sem emoção é algo que fere princípios básicos de uma profissão que se propõe a “compartilhar saberes, ter atitudes de compaixão, ser presença física e espiritual, ajudar o outro a encontrar suas melhores possibilidades diante das situações de saúde-doença” (Patrício, 1990).

O tempo também atrapalha... Tu não tens só um paciente, às vezes, tens que fazer medicação. Tu não tens tempo disponível para ouvir... (A7).

Às vezes têm tantas coisas para ensinar para a gente... Quando eu estagiei na clínica, eu gostava de ouvir as histórias de vida. Principalmente das pessoas idosas. Eu que não tenho pai... (A10).

Ouvir o outro ainda é um aprendizado que se apresenta para todos nós.

Estar disponível, poder compartilhar a dor ou mesmo a alegria, ainda surge como algo distante do cotidiano de enfermagem.

Analogamente, como em nossa vida pessoal, estamos, sempre, muito apressados, muito atarefados, sem tempo!

A falta de tempo tenta justificar tudo, até mesmo a nossa desorganização em relação às prioridades do que queremos resolver.

Ouvir, estar presente junto aos nossos pacientes produz grande alívio e conforto a esses. Fato verificável através da observação e acompanhamento desses quando nos dispomos a ouvi-los.

Isso ocorreu durante nossa discussão, sendo ilustrado pela fala que se segue:

Ontem eu estava triste. Tenho um sobrinho na UTI com hiperbilirrubinemia. Está em fototerapia. É prematuro e a família me procurou para ajudá-los... (A5).

Esse foi, segundo um membro da Equipe de Enfermagem, o momento em que pode expressar sua tristeza no grupo.

Muitas vezes, ao nos afastarmos, atribuímos tal atitude por termos “muitas tarefas”, outros compromissos: são muitos a necessitarem de nossa atenção. Enfim, existe resistência porque, também, sentimos medo do que vamos ouvir. Sentimos medo de nossas reações, sentimos medo de nos vincularmos. Às vezes, parece faltar equilíbrio nesse encontro. Noutras, sentimo-nos vulneráveis a toda problemática envolvendo as crianças e suas famílias.

Sentimo-nos impotentes em nosso cuidar!

Sentimos medo, temor, de sofrer, sentimos medo da perda.

Contudo, como seres humanos, necessitamos de apoio para desenvolver o cuidado junto a essas famílias.

Falamos, especificamente, de um apoio sistematizado, oferecido pela instituição através de profissionais experientes e sensíveis. Profissionais que possam trabalhar com a Equipe de Enfermagem, ajudando-a a reconhecer em sua prática os aspectos merecedores de mudanças. Sem que isso possa ser interpretado como algo punitivo, o que é comum em casos de comportamentos inadequados identificados e encaminhados aos setores de psicologia em diversas instituições.

É preciso que se dê atenção profunda a esses membros de equipe ao atravessarem dificuldades de relacionamento, a partir do entendimento de que, talvez, seja este um dos modos pelo qual poderemos nos capacitar ao atendimento à criança e sua família.

Vislumbrar os diferentes potenciais e habilidades da Equipe Cuidadora promoverá, também, maior gratificação.

Contudo, esses efeitos serão percebidos pela família ao se sentir, efetivamente, acolhida no ambiente hospitalar.

Cabe salientar a problematização quanto à melhor distribuição dos recursos humanos.

Sabemos ser uma constante a política de “redução” de pessoal imposta por muitas instituições sob o pretexto de dificuldades econômicas.

Atualmente, essa prática produz distorções, seja pela rotatividade de pessoal, seja pelo ambiente conturbado que isso acarreta, contrariando qualquer tipo de benefício utilizado como argumento para justificá-la.

Colocar-se, profissionalmente, com respaldo legal e teórico frente a essas questões, também, é uma condição fundamental para que possamos desenvolver nossas atividades com dignidade e segurança, o que, certamente, implica exercício da cidadania.

Portanto, a discussão sobre o tempo e nossa disponibilidade para a família envolve questões complexas que ultrapassam as características individuais e coletivas, culminando num processo dinâmico onde emergem relações de poder e submissão.

Dessa forma, assegurar suporte adequado, tanto do ponto de vista de estrutura de área física como no aspecto técnico-científico, para o trabalho junto às famílias das crianças, no ambiente hospitalar, requer o comprometimento da instituição como um todo, em respeito, principalmente, à legislação que se apresenta sob a forma do Estatuto da Criança e do Adolescente, salientando-se a Resolução nº 41/95, que dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada (Anexo 8).

As instituições de saúde, ao pretenderem inovação tecnológica, não devem restringir-se apenas à aquisição de equipamentos sofisticados. É imprescindível fazê-lo, priorizando a formação e aptidão dos recursos humanos envolvidos. Sobretudo, em áreas específicas e de variável complexidade, como é o caso da enfermagem, cujo trabalho encerra inúmeras situações estressantes e mobiliza um desgaste físico e mental considerável, tendo em vista o caráter permanente desse serviço no hospital.

Propostas ingênuas, traduzidas como treinamentos esporádicos, muitas vezes ministrados por inexperientes profissionais denotando baixo investimento financeiro, ou atitudes punitivas por parte de supervisores, não parecem contribuir para melhoria das atividades de cuidado na enfermagem.

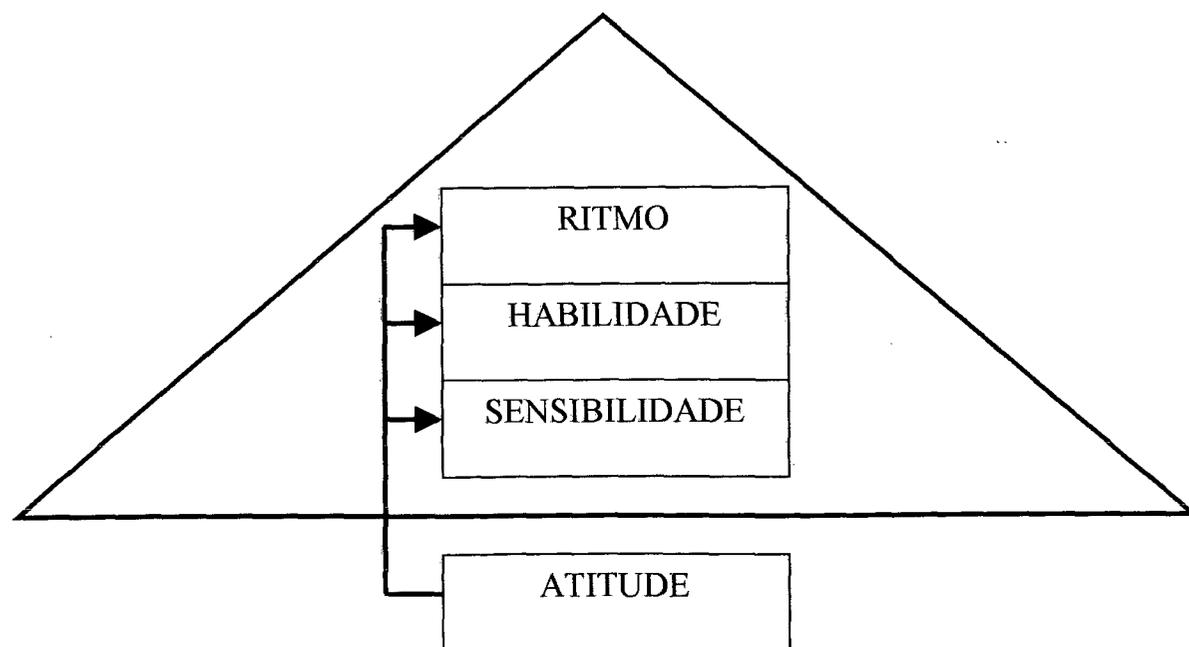
Assim, a construção de um eixo norteador de cuidado à família, repousa em questões éticas, jurídicas, científicas, administrativas, firmemente alicerçadas numa vontade que expressa o compromisso de todos os envolvidos – profissionais da saúde – na assistência a essas famílias.

Portanto, finalizo essas reflexões trazendo sugestões de pressupostos como contribuição a um programa voltado à educação de trabalhadores de enfermagem que assistam famílias de crianças, no ambiente hospitalar.

A construção das diretrizes, para um programa de educação, pode ser entendida como possibilidade de oferecer uma tecnologia de cuidado à família, subsidiada pela análise do que se vivenciou ao longo deste trabalho, acrescido dos referenciais contidos no Marco Conceitual, bem como de participação ativa dos sujeitos envolvidos no estudo.

Segundo Balint (1975), “o único modo de adquirir uma nova capacidade técnica consiste em expor-se à situação real e aprender a reconhecer os problemas que ela encerra e os métodos que permitem encarar tais problemas”.

A reflexão sobre estratégias de operacionalizar o programa de educação à equipe, propiciou o surgimento de atributos fundamentais à implementação do mesmo: **Atitude, Sensibilidade, Habilidade e Ritmo**.



### **Atitude do Coordenador**

Em propostas que visem ao aprimoramento da Equipe no que tange à educação para o cuidado, é de fundamental importância a atitude assumida pelo coordenador.

O enfermeiro, designado para exercer esse papel, necessita de maturidade emocional, flexibilidade diante de situações inusitadas e, acima de tudo, ser receptivo e sensível às necessidades do grupo, quer sejam aparentes ou “veladas”.

Outro aspecto marcante, refere-se à promoção de um “clima” que permita a livre expressão de todos, criando possibilidades para que cada um diga o que quer dizer a seu modo e, quando o fizer, formulando as sugestões apropriadas.

Finalmente, o coordenador deve sentir-se confortável para saber lidar com as diferenças entre os elementos participantes do grupo, sem que isso possa ser percebido de maneira parcial.

Na verdade, a atitude do coordenador é a de um “mediador”, com o objetivo de conduzir os conflitos no grupo de modo que isso possa representar crescimento individual e coletivo.

### **Sensibilizando a Equipe**

O foco desse outro tópico reside em se ajudar à equipe na aquisição de maior sensibilidade ante o processo de interação que se desenvolve, quando está junto à família. Adquirir a consciência da discrepância entre nossa conduta real, nossas intenções e crenças não é tarefa fácil.

Nessa etapa de intervenção devem ser considerados os aspectos de caráter, acentuadamente, subjetivos e pessoais que envolvem os diversos elementos

da Equipe de Enfermagem. Pode-se dizer que esta se constitui numa fase preliminar, na qual um diagnóstico criterioso da situação se faz necessário.

### **Habilidade Para o Trabalho em Grupo**

A aquisição de habilidade para o trabalho junto à equipe implica transformação de atitudes e condutas por parte da Equipe.

Programas tradicionais de estudo, na forma de “treinamentos”, não parecem levar em conta o fato, o fenômeno, fazendo com que a experiência do dia-a-dia, vivida pela Equipe, ao cuidar a família, deixe de ser aproveitada e compartilhada através da discussão e supervisão.

Assim, a habilidade para se trabalhar em grupo precisa ser exercitada, sistematicamente, com o auxílio de profissionais experientes e técnicas adequadas, como, por exemplo, um Grupo Operativo<sup>3</sup>.

Dessa forma, propicia-se aos elementos constituintes do grupo condições para que se sintam à vontade ao expor suas dificuldades no cuidado à família. A percepção do grupo quanto ao respeito coletivo e individual, bem como o estabelecimento de um diálogo franco entre todos poderá favorecer a condução do trabalho com essas características.

Nessas circunstâncias, o indivíduo, integrante da equipe, aceitará mais facilmente a compreensão de seus próprios erros quando sentir que o grupo compreende e se identifica com prováveis faltas, e, também, quando percebe que não é o único que as comete.

---

<sup>3</sup> Os Grupos Operativos foram introduzidos por H. Pichon-Rivière, na década de 40 na Argentina. Em linhas gerais, os grupos operativos propriamente ditos cobrem os seguintes quatro campos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos (Zimmerman, 1997). A didática utilizada por Pichon-Rivière, baseia-se na pré-existência, em cada um de nós, de um esquema referencial (conjunto de experiências), conhecimentos e afetos com os quais o indivíduo pensa e age) que adquire unidade através do trabalho em grupo (Pichon-Rivière, 1998).

Se existe uma coesão positiva e harmônica entre os membros da Equipe, os erros, omissões e limitações de cada um podem ser encaminhados de maneira franca.

Acrescido a isso, a discussão dos diversos métodos individuais de abordagem à família, bem como a demonstração de suas vantagens e limitações, possivelmente, estimulem a realização de experiências, repercutindo em ganho de habilidade para a Equipe.

### **Importância do Ritmo**

O trabalho com grupos, numa perspectiva de educação, precisa ser visto como um investimento a longo prazo, constante, submetido a freqüentes avaliações, por quem faz e por quem se beneficia dele, sendo que um dos mais importantes fatores neste tipo de proposta é o ritmo.

Se o ritmo é mais ou menos adequado, os integrantes da Equipe sentem-se mais livres para serem eles mesmos, tendo coragem para assumir os erros. Contudo, o estabelecimento de um cronograma flexível, passível de ajustes pela Equipe, é razoável, uma vez que auxilia na demarcação dos objetivos que vão sendo alcançados, bem como nos progressos da Equipe ao lidar com a família.

Desse modo, a realização de um trabalho educativo mais elaborado concede à equipe espaço para introspecção individual, reflexão e, finalmente, a exposição do pensamento, a argumentação.

Cabe salientar que a condução de uma proposta como esta necessita firmeza do coordenador para que não se deixe influenciar ou “impressionar” por sugestões rápidas, no sentido de obter resultados breves, os quais podem ter um caráter efêmero e de pouco impacto para a educação da Equipe.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: APROXIMAÇÕES PARA UMA INTERAÇÃO MAIS SAUDÁVEL**

Ao cair da tarde, o crepúsculo que se anuncia nos concede espaço e beleza para refletirmos sobre o dia que se desfaz. Infindáveis pensamentos e emoções tornam-se mais claros, outros, matizes de um colorido harmonioso, fruto de nosso viver.

Imaginar que o término de um trabalho acadêmico possa ser comparado ao crepúsculo, finalizando outro dia, dá uma sensação de continuidade aparente.

Permite-nos sonhar com um novo dia, outros desafios, enfrentamentos, problemas que surgem à espera de nossas atitudes, enfim, ter esperança.

Creio que a vida, também, se conduz, de certa forma, segundo alguns projetos, cujo desfecho pode nos trazer alegria e satisfação ou impulsionar-nos a outros aprendizados.

Diante de mim, encontro a imprevisibilidade, o desconhecido, a eterna pergunta: será que cheguei lá?

Em que momento alcançamos o término dessa caminhada que se constitui em fonte de prazer, feita passo a passo em direção à busca de um cuidado

muito especial, de um processo que se constrói conjuntamente, no qual a participação de outras pessoas torna-se imprescindível.

Acreditar que atingimos, em parte, nossos objetivos, devolve-nos a certeza de que conseguimos cumprir com o que nos propusemos.

Sonhar que este trabalho possa se constituir em estímulo e desejo para outras pessoas que se dedicam à arte de cuidar pessoas-famílias, assusta-me, principalmente pela responsabilidade do que foi dito, observado e interpretado.

A lacuna que se apresenta, refere-se à ausência da família como elemento integrante da proposta de educação, capaz de pontuar os aspectos prioritários ao seu cuidado no ambiente hospitalar.

O desafio, portanto, é recriar uma postura profissional que se mostre atenta e sensível às necessidades da família, deslocada de seu ambiente doméstico para o ambiente hospitalar, tendo que se adaptar a essa nova situação.

Reconhecer que os *mitos*, *tabus* e, principalmente, os “dogmas”, em determinadas circunstâncias, favorecem ao obscurantismo, ao comportamento maquiéista, dissociado de humanidade.

Parece-me que um outro grande desafio é o de aproximar intenções e ações. O que julgamos coerente, ético e saudável, ainda não está em consonância com nossa atividade de cuidado em enfermagem.

Brazelton, Rogers e Patrício, constroem, cada um a seu tempo, em diferentes contextos históricos, modelos de cuidar cujo arcabouço repousa na plenitude de viver saudável, autenticamente, permitindo-se ter prazer ao ajudar outros seres humanos na reconstrução de seu processo de viver.

A confluência dessas idéias aponta, indiscutivelmente, para a reflexão acerca da importância do afeto em nossas vidas, quer de uma forma pessoal, quer em nossas relações profissionais e, principalmente, ao nos sentirmos fragilizados, dependentes de outros seres humanos.

Patrício, com sensibilidade, representa uma era de vanguarda para a Enfermagem, rompendo com modelos cujos referenciais já não satisfazem às expectativas atuais do “ser paciente”, do “ser enfermeiro”, do “ser criança hospitalizada” e do “ser família da criança hospitalizada”, o que se traduz na proposta do “cuidado ético e estético”.

Nesse sentido, este estudo revela a necessidade de incorporarmos arte, criatividade e uma postura menos “asséptica” para que nosso convívio junto à família da criança – enquanto Equipe de Enfermagem, e enquanto elementos integrantes de outras equipes da saúde – represente algo motivador, prazeroso, na busca de harmonia e de trocas de conhecimentos, de disponibilidade afetiva, de compaixão, de saber oferecer limites, de encantar, de dar esperança, fé, de acreditar que podemos conduzir o nosso fazer permeado por todos esses sentimentos.

As ações de enfermagem observadas no cuidado à família não assumem particularidades inerentes a cada situação e a cada processo interativo, tornando-se despersonalizadas, num âmbito massificador, negando a obtenção de prazer, vulnerabilizando a capacidade de se mostrar solidário, e de se comover no desempenho das mesmas.

Os contatos entre a Equipe de Enfermagem e a família denotam superficialidade e brevidade. Um tom de “pressa” e de “falta de tempo” por parte da equipe aparece como fator que inviabiliza a interação, mas percebe-se que isso é utilizado pela equipe como uma forma de justificar a ausência de envolvimento emocional.

A proximidade e o vínculo estabelecidos entre a Equipe de Enfermagem e as famílias adquirem uma conotação superficial, atrelada aos procedimentos de caráter técnico, com pouca ênfase na relação interpessoal.

O cansaço, a falta de prestígio e reconhecimento social, a má remuneração, as deficientes condições de trabalho retratam a relação da instituição com os trabalhadores de enfermagem. Estes passam a reproduzir, então, em suas práticas, o mesmo descuido e desconsideração que lhes é destinado, desumanizando-se, num processo de alienação que não é percebido conscientemente.

O gosto pelo trabalho e as sensações de prazer e gratificação pessoal, expressos como sentimentos decorrentes dessa prática com a família, não encontram espaço para manifestações no dia-a-dia, durante encontros com a família, no ambiente hospitalar.

Os conflitos entre a Equipe de Enfermagem e a família implicam algumas atitudes ásperas por parte da equipe, em lugar de se transformarem em oportunidades para as pessoas exercitarem o diálogo, discutir sobre o que as incomoda. Muitas atitudes da equipe assumem um teor *passivo-agressivo*, através de expressões verbais e não-verbais.

A dicotomia entre o que é preconizado pela equipe, como proposta de um cuidado humanizado, e o que é feito, efetivamente, aparece nas observações e falas dos sujeitos revelando a ausência de atitudes continentais por parte da equipe. Os desvios de comunicação, expressos através de palavras inadequadas ou atitudes grosseiras, estão presentes tanto nas relações dos trabalhadores com a família quanto nas relações entre os elementos da equipe, criando, em determinados momentos, um clima desfavorável ao crescimento profissional, com repercussões negativas sobre as famílias e suas crianças.

Sinto que, de certa forma, trabalhadores na área de enfermagem, parecem “amordaçados”, reproduzindo atitudes e comportamentos sem questioná-los por que acostumaram-se a isto.

A labuta do dia-a-dia parece causar grande desconforto físico e emocional aos cuidadores que, portanto, tendem a proteger-se ocultando emoções, negando-se a assumir, também, sua vulnerabilidade enquanto seres humanos.

Essa “esquizofrenização” do cuidador, talvez provenha de uma época em que a formação rígida, voltada, essencialmente, para a técnica, impedia vislumbrar outras dimensões do cuidado.

Ter coragem para assumir uma nova estética do cuidado, pode soar como algo ameaçador ou mesmo utópico. Mas, a paixão que se revela ao nos sentirmos plenos para cuidar de outros seres humanos devolve-nos a serenidade, reconfortando nossa prática.

O cuidador, efetivamente, precisa resgatar sua identidade. Precisa recompô-la a partir dos traços suaves, delineados ao longo da trajetória dos cuidados humanos.

Rejeitar algumas propostas que ferem a natureza humana e ecológica, que violente nossa essência, parece-me um ponto razoável.

Outro aspecto marcante, refere-se a não omissão enquanto ser humano político, a favor da vida, lutando e preservando os direitos da criança e da família.

Preservar os direitos da criança e de sua família significa preparar-se, investindo na capacitação profissional, no crescimento pessoal e coletivo, buscando através de recursos disponíveis – humanos e materiais – os subsídios necessários a uma assistência digna e eficaz.

Cuidar da família, no hospital, não deve ser encarado como um atendimento pontual, circunstancial, mas merece reflexões e condutas éticas que indiquem o comprometimento dos profissionais envolvidos no cuidado, à medida que as repercussões desse cuidado irão manifestar-se a médio e longo prazo, evidenciando se houve uma interação saudável entre cuidador e familiares, ou se dessa interação resultaram distorções em suas práticas de cuidado.

Estar em consonância com as expectativas e necessidades das famílias exige conhecimentos, empatia e sensibilidade, sobretudo ao considerarmos toda a problemática social, envolvendo o contexto familiar, o que de uma forma ou de outra acaba vulnerabilizando crianças e trazendo-as para o hospital, como um reflexo de suas péssimas condições de vida, de seu desconhecimento sobre direitos, enfim da negação da cidadania a essas pessoas.

Portanto, ao finalizar essas reflexões, visando a uma interação mais saudável entre Equipe de Enfermagem e a família da criança hospitalizada, destaco o papel desta Equipe enquanto elemento mediador, na instituição, advogando em prol da família.

Entendo que para isso, torna-se imprescindível a adoção de uma postura de estímulo e capacitação por parte da instituição, sob a forma de um serviço de educação, voltado ao aprimoramento dos recursos humanos, sobretudo numa política que traduza, com consistência, a preocupação com o cuidado de enfermagem destinado à criança e sua família.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e doença : um olhar antropológico**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1998.

ANDRADE, Oséias Guimarães; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Doris Marli Petry da. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.18, n.2, p.123-132, jul. 1997.

ARIÈS, Philippe. **História social da família e da criança**. Rio de Janeiro : LTC – Livros Técnicos e Científicos, 1981.

BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença**. 2.ed. Rio de Janeiro : Atheneu, 1975. 332p.

BEZERRA, Lúcia de Fátima; FREJA, Maria de Nazaré de Oliveira. Acompanhar um filho hospitalizado : compreendendo a vivência de mãe. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.49, n.4, p.611-624, out/dez, 1996.

BIEHL, Jane Isabel. **Criança hospitalizada por maus-tratos : o cuidado e o significado das vivências de cuidadores de enfermagem**. Porto Alegre, 1997. 212p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.

BOWLBY, John. **Maternal care and mental health**, Genebra, WHO, 1951, (Monograph series, n.2).

\_\_\_\_\_. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo : Martins Fontes, 1990.

BRAZELTON, T. Berry. **O desenvolvimento do apego**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1988.

\_\_\_\_\_. **Ouvindo uma criança**. São Paulo : Martins Fontes, 1990.

\_\_\_\_\_. **Cuidando da família em crise**. São Paulo : Martins Fontes, 1991.

- BUBER, Martin. **Eu e tu**. 2.ed. São Paulo : Editora Moraes, 1974.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida** : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa : Printipo, 1989.
- COSTA, Marisa C. Vorraber. Pesquisa ação e hermenêutica : interpretando a tradição em educação popular. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.19, n.2, p.35-46, jul/dez, 1994.
- CREMA, Roberto. **Introdução à visão holística** : breve relato de viagem do velho ao novo paradigma. São Paulo : Summus Editorial, 1989.
- DANIEL, Liliana Felcher. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo : Ed. Pedagógica e Universitária, 1983.
- DARBYSHIRE, P. **Parents, nurses and paediatric nursing** : a critical review. J. Adv. Nurs., n.18, p.1670-80, 1993.
- DEFEY, Denise et al. **Duelo por un niño que muere antes de nacer** : vivencias de los padres y del equipo de salud. 3.ed. Montevideo : Prensa Médica Latinoamericana, 1997.
- DILLY, Cirlene Maria Lessa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. **Processo educativo em enfermagem** : das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo, 1995.
- ELSEN, I; PATRÍCIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada : tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo : Atheneu, 1989.
- ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, Ingrid et al (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : Editora da UFSC, 1994.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Lei n.8069**, de 13 de julho de 1990. São Paulo : Saraiva, 1998.
- FABRE, Zalmi Luiz et al. Humanização em UTI pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.1, n.1. Jan/mar, 1992.
- FREIRE, Madalena. O sentido dramático da aprendizagem. In: GROSSI, Esther Pillar; BORDIN, Jussara (orgs.). **Paixão de aprender**. Petrópolis : Vozes, 1992.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1983.

- GELAIN, Ivo. O significado do “êthos” e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. **ACTA – Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.5, n.1/4, p.14-25, 1992
- GLEISER, Marcelo. **A dança do universo : dos mitos de criação ao big-bang**. São Paulo : Cia. das Letras, 1997.
- GOLDIN, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre : Dacasa, 1997.
- HARRIS, Paul L. **Criança e emoção**. São Paulo : Martins Fontes, 1996.
- HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa, psicoterapia dialógica**. São Paulo : Summus Editorial, 1995.
- LAURELL, Asa Cristina. **Salud y trabajo**. México : Editorial Siglo XXI, 1983.
- LIMA, Maria José de. Desafio de hoje : o desenvolvimento de profissionais de enfermagem – uma década de trabalho com criatividade, sensibilidade e expressividade. In: MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques (orgs.). **Marcas da diversidade : saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.
- LIMA, Regina Aparecida Garcia de. **Criança hospitalizada : a construção da assistência integral**. Ribeirão Preto, 1996. 260p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- MENDES, Isabel Amélia Costa. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.
- MINAYO, Maria C. **Pesquisa social**. 3.ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1996.
- MOFFAT, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido**. São Paulo : Cortez, 1986.
- MOTTA, Maria da Graça Corso da. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital : uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais**. Florianópolis, 1997. 210p. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina.
- NASCIMENTO, Maria José P. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada : opinião de enfermeiras do Recife. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.5, n.3, p.119-126, 1985.
- OLIVEIRA, Rosiska Darcy de Oliveira; OLIVEIRA, Miguel Darcy de. Pesquisa social e ação educativa : conhecer a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Pesquisa participante**. São Paulo : Brasiliense, 1990.

ORTEGA Y GASSET, José. **O homem e a gente, intercomunicação humana**. Rio de Janeiro : Livro Ibero-Americano, 1973.

PATRÍCIO, Zuleica M. **A prática do cuidar-cuidado à família da adolescente grávida solteira através de marco referencial de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.3, n.1, p.58-74, jan/jun. 1994.

\_\_\_\_\_. A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável, individual e coletivo : uma abordagem holístico-ecológica transcultural. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.1, p.191-193, jan/jun. 1995.

\_\_\_\_\_. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável, individual, coletivo** : uma questão de bioética numa abordagem holístico-ecológica. Florianópolis, 1995. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. Administrar é trabalhar com gente... a inter/transdisciplinaridade no processo de cuidar indireto através da educação. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n.2, p.55-77, jul/dez. 1996.

\_\_\_\_\_. **Métodos Qualitativos de Pesquisa**. Florianópolis, 1997. (Notas de aula. Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem. Mestrado Expandido Repensul - Polo II – UFPel-URG – Turma II).

PENNA, Claudia Maria de Mattos. **Repensando o pensar** : análise crítica de um referencial teórico de enfermagem à família. Florianópolis (SC), 1992. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. Uma questão conceitual. In: ELSÉN, Ingrid et al. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : Editora da UFSC, 1994.

PICHON-RIVIÈRE, Henrique. **O processo grupal**. São Paulo : Martins Fontes, 1998.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

- RAVAZZOLA, Maria Cristina; BARILARI, Susana; MAZIERES, Gastón. A família como grupo e o grupo como família. In: ZIMERMAN, David E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.
- ROGERS, Carl R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo : Martins Fontes, 1991.
- SALOMÉ, Jacques. **Relação de ajuda : guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional**. Petrópolis : Vozes, 1995.
- SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan; ROCHA, Semiramis Melani Melo; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. A organização do trabalho e a prática de enfermagem em unidades neonatais. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1997.
- SILVA, Maria Julia Paes de. **Comunicação tem remédio : a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo : Gente, 1996.
- THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo : Cortez e Autores Associados, 1998.
- TOFFLER, Alvin. **Powershift : as mudanças do poder**. Rio de Janeiro : Record, 1990.
- TRIVINÕS, Augusto N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais : a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo : Atlas, 1995.
- WAECHTER, E.H.; BLAKE, F.G. **Enfermagem pediátrica**. 9.ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1979. 764p. Trad. Raimundo Martagão Gesteira.
- WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar : a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- \_\_\_\_\_. **Cuidado humano : o resgate necessário**. Porto Alegre : Sagra Luzzatto, 1998.
- WHALEY; WONG. **Enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro Guanabara-Koogan, 1989.
- YALOM, Irvin D. **O executor do amor e outras estórias sobre psicoterapia**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.

ZAMO, Clair da Graça de Souza; ALMOARQUEG, Sheila Rovinski; SCHENKEL, Simone Schramm. O cuidado : terapia de enfermagem na pediatria. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. **Criança hospitalizada**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO REPENSUL  
TURMA II – PÓLO II – UFPel – URG**

Pelotas, 03 de outubro de 1997.

Ilm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup>  
Enf.<sup>a</sup> MÁRCIA BORCK  
M.D. Chefe da Divisão de Enfermagem  
Hospital Escola – FM – UFPel

Senhora Chefe:

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos por meio desta, solicitar autorização para desenvolver o Projeto de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem – UFSC / REPENSUL – Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul –, nesse hospital, sob orientação da Doutora Zuleica Patrício.

O grupo junto ao qual pretendemos desenvolver o referido Projeto, será constituído pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem da Unidade Pediátrica do Hospital.

O tema do trabalho a ser desenvolvido refere-se ao cuidado à família da criança hospitalizada, num contexto hospitalar. Para tanto, pretende-se fazer observação participante e entrevistas com familiares e Equipe de Enfermagem.

Teremos presente o compromisso ético em resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição.

Os encontros serão combinados com os participantes, de acordo com sua disponibilidade, e as observações serão realizadas nos diversos turnos de trabalho desses.

Na certeza de contar com Vosso apoio desde já agradecemos por esta oportunidade, ao mesmo tempo em que nos colocamos ao inteiro dispor para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Ana Claudia G. Vieira  
Mestranda

Ciente. De acordo.

Data: \_\_\_\_\_

Enf.<sup>a</sup> Chefe HE/FM/UFPel \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO REPENSUL  
TURMA II – PÓLO II – UFPel – URG**

**Enf.º(a) / Auxiliar de Enfermagem / Sr. (a)  
Hospital Escola/FM/UFPel**

Prezado (a) Enfermeiro (a):

- 1.) Vimos mui respeitosamente, através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do trabalho que será por nós desenvolvido na disciplina de Prática Assistencial do Mestrado Expandido REPENSUL / UFSC – Turma II – Pólo II.
- 2.) O objetivo do trabalho é desenvolver junto à Equipe de Enfermagem um programa de cuidados voltado à família da criança hospitalizada, num contexto hospitalar.
- 3.) A orientadora deste trabalho é a Doutora Zuleica Patrício.

Informamos que os aspectos éticos do trabalho serão assegurados garantindo sobremaneira o sigilo e o anonimato dos participantes e da instituição, respeitando a privacidade de cada participante. Outrossim, comprometemo-nos em compartilhar os resultados deste trabalho através de divulgação.

### ANEXO 3

#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, da forma de trabalho através de discussões em grupo e/ou individuais, com uso de gravador se necessário, bem como de respostas por escrito sobre questões relativas ao tema. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao trabalho;

- Da garantia de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;

- Da segurança de que não serei identificado e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;

- De que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;

- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar participando.

**- Responsável pelo trabalho: Mestranda Ana Claudia G. Vieira**  
**Faculdade de Enfermagem / UFPel**  
**Fone: 713031 – 212740**

**- Nome do participante:** \_\_\_\_\_

**- Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**- Assinatura do responsável:** \_\_\_\_\_

**- Local e Data:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO REPENSUL  
TURMA II – PÓLO II – UFPel – URG

INTERAGINDO COM A FAMÍLIA DA CRIANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR:  
SIGNIFICADOS E REFLEXÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

### Formulário de pesquisa

Elaborado por Ana Claudia G. Vieira  
Sob a orientação da Dra. Zuleica Patrício.

Enf.º n.º \_\_\_\_\_ Auxiliar de Enfermagem n.º \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Estado marital: \_\_\_\_\_ Turno de trabalho: \_\_\_\_\_

Filhos:        ( ) Sim        N.º \_\_\_\_\_  
                  ( ) Não

Tempo de atuação na área pediátrica: \_\_\_\_\_

- \* Por que você trabalha na área pediátrica?
- \* Como você se sente trabalhando nessa área?
- \* O que é “*ser criança*” para você?
- \* O que é “*ser criança hospitalizada*”?
- \* Qual é o significado da família para você?
- \* Como é que você vê a família da criança hospitalizada?
- \* O que é para você cuidar da família da criança hospitalizada?
- \* Como é que você se sente ao lidar com a família no ambiente hospitalar?

- \* Você pode apontar aspectos positivos e/ou negativos durante a internação com a família? Quais?
- \* Como você reage frente a situações desconfortáveis ou de conflito com a família da criança?
- \* Você se sente capacitado para trabalhar com a família da criança hospitalizada?  
 Sim                       Não                       Às vezes  
Por quê?
- \* Que cursos, leituras ou auxílio de outros profissionais você busca para desenvolver atividades com a família da criança no ambiente hospitalar?
- \* Gostaria de fazer outros comentários? Você tem sugestões para tornar a interação Equipe de Enfermagem – Família da Criança mais saudável?

## ANEXO 5

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO REPENSUL  
TURMA II – PÓLO II – UFPel – URG**

**INTERAGINDO COM A FAMÍLIA DA CRIANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR:  
SIGNIFICADOS E REFLEXÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

### Formulário de pesquisa

**Elaborado por Ana Claudia G. Vieira  
Sob a orientação da Dra. Zuleica Patrício.**

Família nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Motivo de internação da criança: \_\_\_\_\_

Vínculo: pai ( ) avô ( ) irmão(ã) ( ) outro: \_\_\_\_\_  
mãe ( ) avó ( ) tio(a) ( )

Ocupação: \_\_\_\_\_ Situação marital: \_\_\_\_\_

Nº de filhos: \_\_\_\_\_ Ordem de nascimento da criança hospitalizada: \_\_\_\_\_  
Idade da criança: \_\_\_\_\_

Tempo de permanência da família na unidade: \_\_\_\_\_

Costuma alternar a permanência com outro familiar?

( ) Sim Por quê? \_\_\_\_\_  
( ) Não

Tempo de internação da criança:

- 1.) Como o Sr. / a Sra. se sentiu no momento em que chegou para internar sua criança?
- 2.) Como o Sr. / a Sra. se sente com a criança internada na Unidade Pediátrica?
- 3.) O que representa essa criança na sua vida?
- 4.) O que a Enfermagem faz no período em que o Sr./ a Sra. está aqui com a sua criança?
- 5.) Atualmente, como o Sr. / a Sra. se sente em relação à Equipe de Enfermagem?
- 6.) Como o Sr. / a Sra. vê o trabalho de Enfermagem aqui?
- 7.) Como o Sr. / a Sra. reage em situações de desconforto, descontentamento, medo com a Equipe de Enfermagem?

**ANEXO 6**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO REPENSUL  
PÓLO II – UFPel – URG - TURMA II**

**- IMPRESSO PARA REGISTRO DAS OBSERVAÇÕES -**

**Elaborado por Ana Claudia G. Vieira  
Sob a orientação da Dra. Zuleica Patrício.**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Observadora \_\_\_\_\_

Enfermaria \_\_\_\_\_

Período de Observação: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

<b>NOTAS DE CAMPO</b>	<b>ANÁLISE</b>
<b>NOTAS DO PESQUISADOR</b>	<b>ANÁLISE</b>

**ANEXO 7**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO REPENSUL  
PÓLO II – UFPeI – URG – TURMA II**

**REGISTRO DOS ENCONTROS COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**Elaborado por Ana Claudia G. Vieira  
Sob a orientação da Dr<sup>a</sup>. Zuleica Patrício.**

<b>Data</b>	<b>Horário</b>	<b>Tema</b>	<b>Nº Participantes</b>	<b>Observações</b>

## ANEXO 8

### RESOLUÇÃO N. 41, DE 13 DE OUTUBRO DE 1995\*

*Aprova o texto relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados.*

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, reunido em sua Vigésima Sétima Assembléia Ordinária e considerando o disposto no art. 3º da Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991, resolve:

I – Aprovar em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, cujo teor se anexa ao presente ato.

II – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

NELSON JOBIM

Presidente do Conselho

#### DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS

1. Direito à proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.

2. Direito de ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.

3. Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade.

4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.

---

\* Publicada no *Diário Oficial da União*, de 17 de outubro de 1995.

5. Direito a não ser separado de sua mãe ao nascer.
6. Direito a receber aleitamento materno sem restrições.
7. Direito a não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
8. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário.
9. Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do *curriculum* escolar, durante sua permanência hospitalar.
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.
11. Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família.
12. Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária.
14. Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus-tratos.
15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.
16. Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como Direito à tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na Instituição, pelo prazo estipulado em lei.

19. Direito a ter seus direitos Constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, respeitados pelos hospitais integralmente.

20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

humanos dentro de um contexto popular de saúde, como na família e em outros grupos sociais, e pelo enfermeiro, enquanto integrante de um contexto profissional de saúde” (Patrício, 1995b).

Nesse sentido, a autora enfatiza que ao trabalharmos com famílias e outros grupos, precisamos percebê-los enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde popular, e também, enquanto unidade recebedora de cuidados de saúde, popular e profissional.

Baseada em idéias de Leininger, Patrício (1996) reforça que administrar é cuidar, caracterizando essa atividade como um processo de cuidar indireto que envolve atividades de Educação e Planejamento, Acompanhamento/Avaliação; enfatizando que esse processo de cuidar envolve interações humanas. Patrício manifesta-se a respeito desse cuidado dizendo:

administrar é um processo de cuidar indireto porque quando você está planejando, organizando, coordenando..., você está pensando, elaborando atividades que visam à qualidade da assistência (dos cuidados), a qualidade da vida (o bem viver) dos seres humanos seus clientes. Seja através de atividades com a Equipe de Enfermagem, seja em parceria com outros profissionais e com a própria população, nesse momento do processo de trabalho da enfermagem, você está indiretamente cuidando (Patrício, 1996).

Entendendo o cuidar como um processo afetivo, energético Patrício (1995b) assinala a necessidade de se trabalhar o referencial das pessoas envolvidas, no sentido de que elas possam compreender porque agem e pensam “dessa ou daquela forma”.

A partir dessa concepção inovadora de cuidar, surgem técnicas de comunicação verbal e não-verbal, individuais ou grupais (observação participante, relato do cotidiano de vida, encontros face-a-face e outras) que se revelam apropriadas a essa forma de cuidar, bem como de pesquisar-cuidando, de modo