



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Faculdade de Enfermagem



**Cassiana Silva Rossi**

**O cuidado familiar na unidade de internação pediátrica:  
a dinâmica do cuidado de enfermagem à luz de Alfred Schutz**

Rio de Janeiro  
2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Cassiana Silva Rossi**

**O cuidado familiar na unidade de internação pediátrica:  
a dinâmica do cuidado de enfermagem à luz de Alfred Schutz**



Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO DA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

R831 Rossi, Cassiana Silva.

O cuidado familiar na unidade de internação pediátrica: a dinâmica do cuidado de enfermagem à luz de Alfred Schutz / Cassiana Silva Rossi. - 2007.

80 f.

Orientador: Benedita Maria Rego Deusdará Rodrigues

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Enfermagem familiar. 3. Crianças – assistência hospitalar. 4. Fenomenologia (Enfermagem). 5. Schutz, Alfred, 1899-1959. I. Rodrigues, Benedita Maria Rego Deusdará. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

---

Assinatura

---

Data

Cassiana Silva Rossi

**O cuidado familiar na unidade de internação pediátrica: a dinâmica do cuidado de enfermagem à luz de Alfred Schutz**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovado em \_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabel Cristina dos Santos Oliveira  
EEAN/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivis Emília de Oliveira Souza  
EEAN/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Pinto de Jesus  
Escola de Enfermagem da UFJF

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tania Vignuda de Souza  
EEAN/UFRJ

Rio de Janeiro  
2007

## *Dedico esta conquista*

*A Deus, em quem acredito e deposito a minha fé, pois nos momentos mais difíceis, Ele me levou a lugares mais altos.*

*Ao meu filho, Victor Rossi de Souza Silva, porque nos momentos da vida em que me senti sozinha e cansada, o seu sorriso renovou minhas forças e me trouxe coragem para continuar. Presente de Deus em minha vida, obrigada por você existir.*

*Aos meus pais, Joaquim Otaviano Rossi e Marina Silva Rossi, pois sei que muitas vezes sacrificaram seus sonhos para que os meus se transformassem em realidade. O amor que dedicaram ajudou-me a trilhar o caminho que me trouxe até aqui. Esta conquista não é só minha, mas também de vocês.*

*Às Crianças das quais cuidei e às suas Famílias, porque em situações mais amenas e, principalmente, naquelas onde me vi diante da terminalidade da vida, vocês me ensinaram que os laços do amor são indissolúveis. Mesmo aquele filho que se vai, será amado eternamente.*

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Benedita Maria Pêgo Deusdarte Rodrigues, pois nossa convivência marcará para sempre o meu existir. Os momentos de orientação e diálogo me enriqueceram como pessoa e como profissional. Você viu em mim um potencial e fez com que eu acreditasse que o meu sonho era possível. Obrigada porque, nos momentos quando necessitei de apoio, você foi simplesmente "Benê".*

*Ao meu marido, Wilson de Souza, pelos momentos de apoio e crítica. Por ter suportado minhas ausências e meu mau humor. E, principalmente, por ter cuidado de mim com tanto amor, obrigada.*

## AGRADECIMENTOS

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Isabel Cristina dos Santos Oliveira** e à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Ivis Emília de Oliveira Souza**, minhas professoras durante a graduação, as quais reencontrei no mestrado, momento este muito especial em minha vida. Agradeço pela disponibilidade, pelo olhar singular de cada uma e pelas contribuições que tanto enriqueceram o meu trabalho. Por mais uma vez me permitirem aprender com vocês: muito obrigada!

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Maria Cristina Pinto de Jesus** e à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Tania Vignuda de Souza**, por aceitarem, com carinho, participar de minha banca e pelas contribuições sempre tão pertinentes e enriquecedoras.

Às **colegas de mestrado** que se transformaram em minhas grandes **amigas**: **Ana Paula M. B. de A. Araújo**, **Bárbara Bertolossi Marta de Araújo** e **Dominique Cavalcanti Mello**, pois a relação empática e de ajuda e os momentos de crítica, apoio, descontração e serenidade farão com que vocês estejam para sempre em meu coração.

À **amiga e enfermeira** chefe da unidade de pediatria clínica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, **Renata de Oliveira Maciel**, pelo incentivo ao meu crescimento profissional e por sempre tentar compreender os meus motivos e me apoiar nos momentos difíceis de minha vida pessoal: sua amizade vale muito para mim.

Ao **enfermeiro Jorge Duarte Gaspar**, chefe de Serviço de Enfermagem da Mulher e da Criança do Hospital Universitário Pedro Ernesto, pelo apoio ao concordar com a liberação de algumas de minhas atividades profissionais para que pudesse cursar o mestrado.

À **enfermeira Maria Cristina Palomo**, por ter me acolhido no cam pesquisa com muito carinho durante a realização das entrevistas.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ**, cujos conhecimentos compartilhados, foram imprescindíveis na construção de meu estudo.

Aos *Colegas da Enfermaria de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, pelas palavras de estímulo e apoio e, principalmente, pelos laços de carinho e amizade construídos durante os anos de convivência.

Ao Sr. *Ricardo França Couto*, chefe de secretaria da Faculdade de Enfermagem, e demais colaboradores: *José Renan Nunes da Silva*, *Marcelo Rodrigues Soares*, *Fabíola Cardoso Santos*, *Josefina Santos Cruz Oliveira* (Nina) e *Maria Aparecida de Souza* (Cida), pelo carinho com que sempre me trataram: muito obrigada!

Às *Profissionais de Enfermagem, sujeitos da pesquisa*, pois sem a participação das mesmas, este estudo não seria possível.

## RESUMO

ROSSI, Cassiana Silva. *O cuidado familiar na unidade de internação pediátrica: a dinâmica do cuidado de enfermagem à luz de Alfred Schutz*. 2007. 80f. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Durante alguns anos de atuação como enfermeira pediatra em alojamento conjunto, comecei a observar o papel e a participação do familiar no cuidado prestado à criança hospitalizada. Percebi que a relação familiar/equipe de enfermagem é conflituosa. Não existe para a equipe uma clareza do papel deste familiar que, em alguns momentos, acaba realizando atribuições de enfermagem. A partir de então, surgiu o desejo de conhecer qual o significado do cuidado familiar para o profissional de enfermagem e como o profissional de enfermagem inclui o cuidado familiar no planejamento diário da assistência à criança hospitalizada. Este fato levou-me a estudar o assunto mais detalhadamente delimitando como **objeto** o *significado do cuidado familiar da criança hospitalizada para o profissional de enfermagem*. Os **objetivos** foram analisar a dinâmica do cuidado nas unidades de internação pediátricas, na perspectiva dos profissionais de enfermagem e apreender o típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. Para tanto, desenvolvi o presente estudo, que é do tipo descritivo, de natureza qualitativa, segundo o referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz. O **cenário** foi um Hospital, da rede municipal de saúde, especializado no atendimento infantil e localizado na cidade do Rio de Janeiro. Os **sujeitos** foram os profissionais de enfermagem de nível médio e universitário que atuam nas unidades de internação pediátricas da referida instituição. A análise das falas, obtidas através da entrevista fenomenológica, possibilitou conhecer a dinâmica do processo de cuidar, segundo as vivências dos sujeitos pesquisados. Em relação a esta dinâmica, destacou-se a hostilidade do ambiente hospitalar; o relacionamento pautado na verdade; o cuidado individualizado; o carinho ao ser humano; o conhecer o cliente; a orientação, a informação e o aconselhamento; a presença da família ajudando na recuperação e na aceitação do tratamento; a família como cliente; a dificuldade do relacionamento com a família; o familiar como fonte de informação direta; a dicotomia entre a teoria e a prática. Além da dinâmica do processo de cuidar, as falas possibilitaram identificar três categorias que emergiram do concreto vivido dos profissionais de enfermagem que cuidam de crianças hospitalizadas permitindo, assim, apreender que o profissional, em seu ato intencional de cuidar inserindo o familiar neste processo, tem como “**motivo para**” fazer e dar o melhor de si enfrentando a dificuldade do relacionamento com a família; cuidar com diálogo e brincadeira para contribuir com a recuperação da criança e treinar a família na perspectiva profissional. O estudo revelou que o cuidado familiar da criança hospitalizada, em toda a abrangência de sua conceituação, ainda é uma realidade distante da Enfermagem Pediátrica e apontou para a necessidade de se estimular a presença do familiar e apoiar esta presença de forma inteligente e criativa.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica. Enfermagem familiar. C hospitalizada. Fenomenologia

## ABSTRACT

ROSSI, Cassiana Silva. *The family care in the unit of pediatric internment: the dynamics of the nursing care to Alfred Schutz's light*. 2007. 80f. Dissertation (Mastery Degree in Nursing) - Nursing College, Rio de Janeiro State University, Rio de Janeiro, 2007.

For some years of performance as a pediatrician caretaker in ensemble lodging, I started to observe the role and participation of relatives in the care of hospitalized children. I noticed that the relationship caretakers staff / family is conflicting. The family role is not clear for the caretakers' staff, so that the family, in some moments, accomplishes attributions of taking care. Starting from then, a desire of knowing the meaning of the family care for the professional caretaker and how this professional includes the family care in the planning of the daily attendance to the hospitalized child arose. This fact led me to study the subject in full detail delimiting as **object** *the meaning of the hospitalized child's family care for the nursing professional*. The **objectives** were to analyze the care dynamics in pediatric internment units, under the professional caretakers' perspective and to apprehend the typical in professional caretakers' action related to the hospitalized child's family care. Therefore I have developed the present descriptive study of qualitative nature according to the theoretical-methodological reference of Alfred Schutz' s Sociological Phenomenology. The **scenery** was a municipal public Hospital specialized in children situated in Rio de Janeiro city. The **subjects** were academic and medium level professional caretakers working in pediatric internment units in this referred institution. The speeches analysis, obtained through the phenomenological interview, made it possible to know the dynamics of the taking care process, according to the researched subjects' experiences. In relation to this dynamics, some aspects were stood out, such as: hostility of the hospital atmosphere; relationship based on truth; individualized care; human being affection; knowing the client; orientation, information and advising; family presence helping in the treatment acceptance and in the recovery; family as a client; difficult relationship with the family; relatives as a source of direct information; dichotomy between theory and practice. Besides the taking care process dynamics, the speeches made it possible to identify three categories that emerged from the experiences lived by professionals who take care of hospitalized children allowing to apprehend that the professionals, in their intentional act of taking care inserting the relative in this process, has as "**reason why**" to do and to give their best facing the difficulty of relationship with the family; to take care with dialogue and fun to contribute with the child's recovery and to train the family in the professional perspective. The study revealed that the hospitalized child's family care, in the whole embracement of this concept, is still a distant reality of Pediatric Nursing and points out to the need to stimulate the relative's presence and to support this presence in an intelligent and creative way.

Keywords: Pediatric Nursing. Family Nursing. Hospitalized child. Phenomenology.

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	12
<b>Situação Estudada</b> .....	16
<b>Relevância, Justificativa e Contribuições do Estudo</b> .....	17
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	20
<b>Assistência à Criança Hospitalizada no Contexto Brasileiro</b> .....	20
<b>O Cuidado Familiar da Criança Hospitalizada na Perspectiva do Profissional de Enfermagem</b> .....	25
<b>ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA</b> .....	31
<b>A Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz</b> .....	32
<b>Cenário e Sujeitos do Estudo</b> .....	36
<b>O Caminhar Metodológico</b> .....	37
<b>ANÁLISE COMPRENSIVA</b> .....	44
<b>A Dinâmica do Cuidado</b> .....	45
<b>As Categorias Concretas do Vivido</b> .....	58
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	75
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista</b> .....	76
<b>APÊNDICE C – Fichas com as questões orientadoras da entrevista</b> .....	77
<b>ANEXO A – Solicitação para realização da pesquisa</b> .....	78
<b>ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética</b> .....	79
<b>ANEXO C – Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados</b> .....	80



*“O ser humano constrói-se na relação com o outro e com o mundo, desvelando os significados da dimensão existencial, ao longo do processo evolutivo, do nascimento à morte.”*

Motta (2004)

**CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Iniciei minha trajetória profissional como residente em um hospital especializado em oncologia em 1991, um ano após concluir o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Nos anos subseqüentes, atuei em uma instituição hospitalar da rede privada, passando ainda por um hospital municipal e um hospital da rede estadual especializado em diabetes. Seis anos depois, então aprovada no concurso do Ministério da Saúde, fui lotada na unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica de um hospital geral, onde me identifiquei profundamente com a clientela pediátrica. Nesse período, em que atuei como enfermeira intensivista não tive a oportunidade de vivenciar como profissional a questão do alojamento conjunto pediátrico.

Alguns anos mais tarde, fui atuar em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário, onde o alojamento conjunto pediátrico é um fato. Durante estes anos em que venho atuando como enfermeira pediatra em alojamento conjunto, comecei a observar o papel e a participação do familiar no cuidado prestado à criança hospitalizada. Percebi que a relação familiar/equipe de enfermagem é conflituosa. Não existe para a equipe uma clareza do papel deste familiar que, em alguns momentos, acaba realizando atribuições de enfermagem. Este fato levou-me a estudar o assunto mais detalhadamente a fim de compreender melhor as implicações da hospitalização para a criança, sua família e equipe de enfermagem.

Seguindo minha trajetória pessoal e profissional, entendi com um pouco mais de clareza a problemática da família que tem um ente querido adoecido, quando meu pai foi acometido de câncer. Compreendi o quanto é importante **estar presente**. Poucos anos depois, decidi concorrer no processo seletivo para o mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Durante o período de construção do meu plano de intenção de dissertação, vivenciei de modo muito particular a hospitalização sob a ótica da família quando, então, meu filho necessitou de uma internação para a retirada cirúrgica de um tumor benigno no fêmur. Pude sentir e perceber, como mãe e como profissional, todas as angústias vivenciadas pela criança e sua família, de modo muito semelhante ao que fora descrito na literatura consultada. Esse fato levou-me a aprofundar ainda mais minhas reflexões sobre o tema e despertou-me o desejo de estudar este assunto

sob a ótica do profissional de enfermagem, tendo como foco a questão da inclusão do cuidado familiar na assistência à criança hospitalizada.

Neste sentido, cuidado familiar é um conceito novo, amplo e complexo baseado nos estudos de Elsen<sup>1</sup>, quando nos apresenta uma "proposta de sistematização conceitual, esperando contribuir para a compreensão do fenômeno" que denomina de cuidado familiar (ELSEN, 2004).

A autora (op. cit., p.19-20) afirma:

ser a família um sistema de saúde para seus membros, sistema este do qual fazem parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. Este sistema inclui um processo de cuidar no qual a família supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir nos casos de queixas e ou sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio a seus significantes e / ou profissionais.

Sabe-se que a família está inserida num contexto social ao qual influencia e por ele é influenciada. Assim sendo, pode-se afirmar que a família vem sofrendo modificações ao longo do processo histórico. Lima e Martins (1998) reforçam este pensamento quando citam que o próprio conceito de família sofreu alterações ao longo da história. Mediante o exposto, a família tem sido o alvo de muitos estudos ao longo dos últimos anos. Este tema surge por volta da década de 80 no Brasil, como algo novo, levando a uma necessidade de ser conhecido e compreendido.

Neste sentido, Elsen, Althoff e Manfrini (2001, p. 89) referem que:

Estudiosos e profissionais de diferentes áreas de conhecimento, particularmente os da Enfermagem, têm revelado um interesse e buscado uma articulação entre a teoria e a prática em relação à saúde da família, no sentido de produzir e fortalecer o conhecimento.

Elsen, Althoff e Manfrini (op. cit., p.90) destacam que as primeiras publicações em Enfermagem abordando o tema da família surgem em 1983, onde "teorias de família e de Enfermagem são descritas e situações de cuidado de Enfermagem às famílias são apresentadas, a título de exemplificação". As autoras destacam ainda que o GAPEFAM busca, desde 1985, compreender o que seja a saúde da família. Neste sentido, o grupo elaborou o seu referencial teórico baseado no conceito de família saudável.

Retomando a questão da hospitalização e para uma melhor compreensão dos fatos, faz-se necessário recordar que, no passado, a criança hospitalizada via-se

---

<sup>1</sup> Enfermeira, pesquisadora do papel da família na promoção da vida e saúde de seus membros e responsável pela criação do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM) e do Laboratório de Estudos Interdisciplinares de Família e Saúde (LEIFAMS) no Estado de Santa Catarina/Brasil.

obrigada a separar-se de seus familiares, fato este que lhe é bastante traumático. O alojamento conjunto em pediatria era uma prática pouco difundida nos estabelecimentos de saúde. As instituições que incentivavam a permanência da família quando o faziam era sob a forma de concessão, observando os casos de enfermidades extremamente graves e de crianças alimentadas exclusivamente no seio materno. (CYPRIANO; FISBERG, 1990).

Segundo Pedroso (1996), pode-se constatar que desde a década de 20 já existia uma preocupação com as conseqüências da separação mãe-filho. A autora cita Spitz quando este descreve as reações apresentadas pelo lactente quando privado da companhia da mãe, quais sejam: alterações regressivas, atraso no desenvolvimento, perda de peso, baixa resistência a infecções, perda de contato com o meio e deterioração progressiva, podendo resultar na morte. A este conjunto de alterações, denominou-se *hospitalismo*. (CYPRIANO; FISBERG, 1990).

Na comunidade científica pediátrica existe um consenso de que a separação da família e a falta de vínculo afetivo com seus cuidadores momentâneos (equipe de enfermagem) representam para a criança uma experiência bastante traumática. Vários autores (ANDRADE, 1993; BERNARDES; SANTOS, 1998; CYPRIANO; FISBERG, 1990; LEIFER, 1995; MONTEIRO FILHO et al., 1988; MOTTA, 2004), concordam que a doença e a hospitalização geram uma desorganização na percepção, compreensão e emoção da criança, podendo afetar seriamente o seu desenvolvimento psicológico. Este desenvolvimento afetado poderá ter uma maior ou menor magnitude dependendo da idade em que se dá a hospitalização e dos traumas psicológicos ocorridos durante a mesma. O fato de estar inserida em um ambiente diferente do seu habitual pode constituir-se numa experiência dolorosa, potencializando estes traumas.

Para Capitão e Ide (2004) e Souza e Oliveira (2003), o alojamento conjunto pediátrico é benéfico não somente para a criança, mas também para a sua família, contribuindo para diminuir o estresse emocional gerado pela doença. Lima, Rocha e Scochi (1999, p.34) asseveram que a experiência da hospitalização requer profunda adaptação da criança. As autoras ainda afirmam que esta experiência pode ser amenizada se ela puder contar com a "presença de seus familiares, disponibilidade afetiva dos trabalhadores de saúde, informação, atividades recreacionais, entre outras".

A questão da valorização da relação criança-família tem o seu marco legal no cenário nacional com a publicação em Diário Oficial da União da Lei 8.069/90, a qual se constituiu em um amparo legal para modificar a realidade da separação mãe-filho durante a hospitalização da criança. O artigo 12 dessa lei, denominada Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), diz que "Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente." (BRASIL, 2007).

Após a publicação do ECA, os estabelecimentos de saúde viram-se obrigados a garantir a determinação da lei, o que gerou conflitos. De um lado a realidade da falta de estrutura para acomodar os acompanhantes das crianças internadas oferecendo um mínimo de conforto e do outro lado, as dificuldades das equipes de enfermagem em lidar com a presença contínua do familiar nas enfermarias. Há que se destacar, ainda, a dificuldade das equipes em lidar com a participação efetiva dos acompanhantes nos cuidados das crianças hospitalizadas. Vários autores concordam que estes fatos geraram a necessidade de reorganização desta estrutura hospitalar, de modo que fossem oferecidas aos acompanhantes condições mínimas de alimentação e repouso e também a reorganização das práticas cotidianas, pois, muitas vezes, a presença do familiar era vista com função fiscalizadora dos atos das equipes de saúde. (COLLET; ROCHA, 2003, 2004; SANTOS, 2003; SOUZA; OLIVEIRA, 2003; SOUZA, 2007).

Além do ECA, houve uma iniciativa da Sociedade Brasileira de Pediatria, que deu origem a Resolução 41/95 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), reconhecendo que as crianças e adolescentes hospitalizados possuem os seguintes direitos:

Art.4 - Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.

Art.10 - Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida. (BRASIL, 2006).

Assim sendo, esta resolução do CONANDA vem complementar o que foi determinado pelo ECA. Enquanto este diz que os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições adequadas para a permanência dos pais ou responsáveis, o CONANDA reforça que ser acompanhada pelos pais é um direito da criança

hospitalizada. E vai além, quando afirma também ser direito dessas crianças que seus pais participem de seu diagnóstico, tratamento e prognóstico.

### **Situação Estudada**

Nos últimos dez anos, autores como Collet e Rocha (2000, 2003, 2004), Gomes e Lunardi Filho (2000), Souza e Oliveira (2003) e Souza (2007), dentre outros, vêm se destacando no cenário brasileiro com suas publicações em enfermagem abordando as questões da criança hospitalizada, da indissolubilidade do binômio mãe-filho e das relações entre o profissional de enfermagem e a família. Mesmo diante do destaque da criança como um ser que é único e que pertence a uma família que também é única, percebo que conflitos ainda existem. Embora haja o amparo da lei na qual a criança é reconhecida como um cidadão de direitos, sendo merecedora de um cuidado individualizado, situações conflitantes ainda são observadas.

Percebo que a presença do familiar, muitas vezes, é valorizada apenas quando este participa ativamente da assistência. Nesse sentido, compartilho com o pensamento de Souza e Oliveira (2003) quando afirmam que o familiar acaba sendo transformado num membro da equipe. Conduas como oferecer a dieta e cuidados de higiene, bem como controlar a velocidade de infusão das medicações intravenosas lhes são cobradas. Isto vem a corroborar com Collet e Rocha (2004) e Souza apud Souza (2007), quando afirmam que, além do apoio emocional à criança, a mãe realiza cuidados que antes eram prestados pela equipe de saúde, principalmente a equipe de enfermagem. Com base nesta vivência, comecei a me indagar pelos motivos que fazem com que estes conflitos permaneçam ainda na atualidade. A partir de então, surgiu o desejo de conhecer:

- ❖ Qual o significado do cuidado familiar para o profissional de enfermagem?
- ❖ Como o profissional de enfermagem inclui o cuidado familiar no planejamento diário da assistência à criança hospitalizada?

A partir das minhas indagações, delimito como **objeto** de estudo *o significado do cuidado familiar da criança hospitalizada para o profissional de enfermagem*.

Tendo em vista o desejo de estudar *o significado do cuidado familiar da criança hospitalizada para o profissional de enfermagem*, entendo que o cuidado familiar acontece no mundo da vida, através das relações sociais. Desta forma, o cuidado familiar contribui para a formação do sujeito na medida em que proporciona

a apreensão de experiências e conhecimentos de seus predecessores e na medida em que ele, sujeito, tem suas próprias vivências, levando a uma significação muito particular dos fenômenos. Neste sentido, o mundo da vida nos coloca em relação uns com os outros, através das nossas ações nele exercidas. Portanto, pode-se dizer que as relações entre profissionais de enfermagem e familiar da criança hospitalizada resultam em ações que são carregadas de significações. Para Capalbo (1994), as significações são as vivências pessoais do sujeito. Desta forma, a Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz se apresentou como o caminho que me permitiu desenvolver este estudo.

Assim sendo, baseada nos meus questionamentos, defino como **objetivos**:

- ❖ Analisar a dinâmica do cuidado nas unidades de internação pediátricas, na perspectiva dos profissionais de enfermagem.
- ❖ Apreender o típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada.

### **Relevância, Justificativa e Contribuições do Estudo**

Durante a busca pelo referencial teórico que embasasse meu estudo, pude constatar que o quantitativo de produções de enfermagem sobre a temática é significativo, suplantando a produção de outras categorias profissionais. Em duas das bases de dados consultadas eletronicamente, foram encontradas 49 produções de enfermagem indexadas e 13 produções de outras categorias profissionais (Medicina, Psicologia e Serviço Social).

Em relação às outras categorias profissionais, constata-se que a Medicina e a Psicologia destacaram-se na produção do conhecimento referente à temática até 1990. Após 1990, estas categorias profissionais permaneceram ocorrendo à inclusão do Serviço Social.

A busca ainda revelou que a produção científica, a respeito do tema, vem crescendo e que dobrou na década de 90 quando comparada com os anos 80. Tal fato coincide com a publicação e implementação do ECA e pode sugerir que as mudanças acarretadas pela convivência mais estreita entre criança/familiar/equipe de enfermagem levaram a um aprofundamento destes estudos. Observei que o número de produções do primeiro quinquênio do século XXI suplantou o número de produções da década de 80, o que leva a concluir que, no início de século XXI, a

temática ainda gera questões merecedoras de estudos, fazendo, desta forma, com o que o presente estudo se torne relevante.

Considerando o cuidado familiar como um conceito novo, amplo, complexo e cuja importância de sua inclusão na atenção à saúde da criança ainda é pouco explorada, acredito que a compreensão do significado deste cuidado pelo profissional de enfermagem seja fundamental para a reorientação da prática direcionada à criança hospitalizada. Assim sendo, o presente estudo justifica-se na medida em que fornece subsídios que auxiliam para a compreensão do significado deste cuidar, bem como para a reorganização desta prática assistencial, à luz do referencial teórico-metodológico da Fenomenologia.

O estudo contribui com a produção científica sobre esta temática e na sedimentação do conhecimento no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Criança e do Adolescente (NUSCRIAD) da Faculdade de Enfermagem da UERJ e no Grupo de Pesquisa CNPq Cuidando da Saúde da Criança e Adolescente. Além disto, o mesmo trás uma ampliação dos conhecimentos científicos tanto na área da saúde da criança quanto na área de saúde da família. E, na medida em que levanta questões importantes ao debate da prática assistencial da Enfermagem Pediátrica, também contribui para o ensino dos alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem.



*"A criança é um ser-no-mundo em processo de construção, nos diferentes aspectos biológicos e simbólicos, e necessita de amor e cuidado para desenvolver-se como tal.*

*☺ amor da mãe/pai é que lhe oferece condições para desenvolver o seu potencial humano, manifestar sua maneira própria de ser."*

Motta (2004)

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### **Assistência à Criança Hospitalizada no Contexto Brasileiro**

A assistência à criança hospitalizada transformou-se ao longo dos anos. Paralelamente aos avanços na prática médica, ocorreram modificações de significados e valores sociais em relação à mesma. Segundo Oliveira (1996, p.3), "a assistência à criança está vinculada a aspectos de ordem histórica, política, econômica e social e, por isso, não pode restringir-se apenas a sua dimensão biológica e/ou técnica". Pedroso (1996) relata que a instituição hospitalar muda seu papel a partir do século XVIII, quando então passa de "depósito", aonde as pessoas iam para morrer, a instituição com função curativa. Segundo a autora, a Pediatria surge como especialidade no século XIX.

De acordo com Cypriano e Fisberg (1990), foi no início do século XIX que apareceram os primeiros hospitais especiais para crianças, onde os pais tinham livre acesso. Porém, mediante o aparecimento das infecções cruzadas e da dificuldade em contê-las, acreditava-se que o sistema de alojamento conjunto favorecia o aparecimento destas infecções e medidas rígidas de esterilização e isolamento foram adotadas para impedir a propagação das mesmas.

Capitão e Ide (2004, p. 2), alegam que

[...] o modelo de hospitalização anteriormente praticado não considerava a importância do crescimento e desenvolvimento da criança, das reações psicológicas infantis, da necessidade de educar e do impacto emocional da doença e da hospitalização para a criança e sua família.

Segundo Lima, Rocha e Scochi (1999, p.33), o final do século XIX trouxe mudanças significativas ligadas "ao modo de produção, ao desenvolvimento da prática médica e ao valor e significado que a sociedade dá a criança". Com a ampliação dos conceitos a respeito da hospitalização de crianças passa-se a considerar criança e família como mutuamente dependentes. (ANDRADE, 1993).

A manutenção das crianças isoladas de seus familiares com a finalidade de evitar a propagação das infecções durou até a década de 30. Até então, pouco se considerava a respeito da importância do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como suas reações psicológicas e o impacto causado pela doença e hospitalização sobre a criança e seus familiares. Porém, os avanços científicos e tecnológicos como o uso crescente dos antibióticos, gerando um maior controle dos índices de infecção, e a utilização de conceitos advindos da Fisiologia e Patologia

contribuíram para que este modelo de assistir fosse modificado. Para Lima, Rocha e Scochi (1999), o maior destes avanços foi a transformação do conceito de criança. Avançou-se de uma visão meramente biológica para uma visão ampla, levando-se em consideração seus aspectos de crescimento e desenvolvimento, bem como suas necessidades emocionais, sociais, psicológicas e cognitivas. Andrade (1993, p.29) reforça este pensamento quando infere que o interesse crescente pela psicologia infantil proporcionou uma “melhor apreciação das necessidades psicológicas da criança nos diversos estágios de crescimento”.

No Brasil da década de 50, ocorreram grandes transformações na área de pediatria. Oliveira (1996, p.53) destaca que “focalizando os altos índices de mortalidade e morbidade infantil, a predominância de um modelo curativo faz com que seja necessário a criação de hospitais exclusivamente para crianças ou enfermarias nos hospitais gerais com ambiente apropriado”.

Mediante estas mudanças, houve uma necessidade de especialização da enfermagem. Veloso apud Oliveira (1996, p. 53) conta-nos que:

Havia a necessidade de se separar o ensino da Pediatria do curso de Obstetrícia, com base nos conhecimentos da psicologia infantil, do desenvolvimento físico e mental da criança e também na compreensão de suas reações emocionais. Ressaltou ainda, que os hospitais infantis necessitavam de enfermeiras diplomadas com "certa" especialização em enfermagem pediátrica para orientar as outras.

Cypriano e Fisberg (1990) destacam que desde a década de 50 a hospitalização infantil com a participação da mãe era permitida nos países capitalistas e socialistas, sendo um tema largamente abordado pela literatura mundial. Souza e Oliveira (2003, p.380) relatam que, em 1959, a Inglaterra demonstrou publicamente sua preocupação com a hospitalização infantil, valorizando o cuidado de qualidade e livre de prejuízos psicológicos ou emocionais para a criança. Estas autoras contam ainda que, entre os anos de 1953 a 1969, houve uma proposta de humanização dentro dos hospitais brasileiros. Os profissionais de saúde estabeleceram condutas que valorizavam os aspectos psicológicos da criança. Oliveira (1996) destaca, entre essas condutas, o estabelecimento da recreação no hospital, a decoração do ambiente hospitalar com quadros e desenhos infantis, a disposição dos berços de maneira agradável e o afastamento das crianças criticamente enfermas das outras. A autora salienta, ainda, que os profissionais recomendavam uma avaliação da permanência da mãe durante o período de internação com vistas a favorecer o desenvolvimento infantil.

Paulatinamente, a presença, a permanência e a participação da família durante a hospitalização da criança passam a ser estimuladas, ainda que de forma tímida. Isto significa que aos poucos a criança passa a ser vista como cidadã. Segundo Souza apud Souza e Oliveira (2003, p.380), é no final da década de 70 que a questão do binômio mãe-filho e da indissolubilidade desta relação é reconhecida. Sendo assim, a criança que teria o direito de ser acompanhada por sua mãe era selecionada em conformidade com seu estado clínico e sua doença.

Na década de 80, evidenciou-se que a permanência da mãe contribuía para que a criança apresentasse uma melhor aceitação do tratamento. Foi quando as equipes de saúde permitiram que as mães acompanhassem seus filhos durante o período de hospitalização. Foram criados, então, os "programas de mãe participante" (CYPRIANO; FISBERG, 1990; MONTEIRO FILHO et al., 1988; PEDROSO, 1996). Pedroso (1996, p.2) descreve estes programas como iniciativas "que possibilitam que os familiares das crianças internadas possam acompanhar sua internação, participando dos cuidados diários e na observação dos pacientes e ficando em contato mais próximo com a equipe multiprofissional que lhes presta assistência". Cypriano e Fisberg (1990) corroboram com este pensamento alegando que a hospitalização conjunta promove o êxito da conduta terapêutica, já que traz o alívio dos sintomas do *hospitalismo* e das reações de defesa.

Segundo Motta (2004, p.153), "a criança revela-se como um ser-no-mundo que utiliza todo o seu potencial físico e emocional para preservar sua existência, desde a mais tenra idade". Isto significa que a criança possui meios que lhe permitem reagir e adaptar-se de forma positiva ou negativa aos estímulos benéficos ou não aos quais é submetida. Para Bernardes e Santos (1998), a natureza e a gravidade da doença, bem como a idade da criança e sua história de vida e história familiar são fatores que interferem no processo de adaptação à doença.

Discutindo os aspectos psicológicos da problemática da hospitalização infantil, Schmitz (2005) refere que a criança elabora suas relações consigo mesma, com os outros e com o mundo que a cerca no transcorrer de suas fases evolutivas. A capacidade da criança para lidar com a hospitalização, suas implicações e suas conseqüências está intimamente ligada à fase evolutiva em que ela se encontra.

As crianças menores são dominadas pelo pensamento mágico. Neste período suas fantasias são extremamente reais. O afastamento da mãe pode ser interpretado como punição ou abandono. Recém-nascidos e lactentes possuem

necessidades diferentes dos pré-escolares que, por sua vez, diferem dos escolares<sup>2</sup>. Segundo Bernardes e Santos (1998, p.28), “quanto menor a criança, mais importante é a relação constante com a mãe”. Isto significa que, segundo Ferreira (1998) e Barbosa e Rodrigues (2004), a base de toda a vida psíquica do indivíduo está no relacionamento mãe-filho.

Para os recém-nascidos, a interação com o ambiente é fisiológica, instintiva e inconsciente. Os lactentes, possuem uma sensibilidade aos movimentos e para o som, dominam mais as funções de locomoção, percebem e reconhecem coisas e captam estímulos. Através dos sentidos ele organiza sua rede de trocas com a mãe e com o meio (LIMA; MARTINS, 1998). A mãe é integrante das suas necessidades e objeto de satisfação e posteriormente será sua referência, companheira e protetora. Nesta fase, a criança necessita ser acariciada, tocada e estimulada. Para Pedroso (1996) e Schmitz (2005), o efeito mais nocivo da hospitalização a ser considerado é a privação da mãe, o que pode levar a alterações regressivas, atraso no desenvolvimento, perda de peso, baixa resistência e infecções, perda de contato com o meio, deterioração progressiva e morte. Ainda como conseqüências negativas, Schmitz (op.cit.) destaca o retardo mental e de linguagem, incapacidade de relacionamentos, dependência excessiva e estados depressivos no adulto.

Os pré-escolares encontram-se numa fase evolutiva bastante crítica sob o ponto de vista da hospitalização. É nesta fase em que ocorre o desenvolvimento da linguagem, da indagação, da observação. Começam a caminhar “no sentido de maior autonomia, à medida que adquire maior desenvolvimento motor, tendo controle sobre o seu corpo e exteriorizando seu desejo” (LIMA; MARTINS, 1998, p.44). Existe uma grande valorização dos hábitos, rotinas e rituais, os quais lhes fornecem segurança. Possuem grande atividade motora, temem estranhos e necessitam de aprovação. Dependem do ambiente e das relações familiares. Diante das mudanças de ambiente e do sofrimento físico e mental, a mãe é sua fonte de apoio e segurança. Como ainda não dominam os conceitos de tempo e espaço, um breve período longe da mãe pode significar abandono (SCHMITZ, 2005). Nesta fase, a hospitalização causará muitos sofrimentos na medida em que existe a ameaça da

---

<sup>2</sup> Recém-nascido: denominação dada à criança do seu nascimento até vinte e oito dias de vida.

Lactente: denominação dada à criança cuja idade compreende de vinte e nove dias até dois anos incompletos.

Pré-escolar: denominação dada à criança cuja idade compreende de dois anos até seis anos incompletos.

Escolar: denominação dada à criança cuja idade compreende de seis anos até doze anos incompletos. (SCHMITZ, 2005).

separação, quebra dos rituais e dificuldade em manter as rotinas. As limitações físicas inerentes ao tratamento e o medo do desconhecido são motivos de angústia.

A fase evolutiva denominada escolar é caracterizada pela criatividade e aprendizagem, além da independência física, ideológica e psicológica e grande evolução mental. Seu vocabulário é mais desenvolvido e possuem menos medo das coisas reais. Necessitam ter seus sentimentos e independência respeitados. Possuem medo de rejeição e necessitam aprovação, compreensão e bom relacionamento com os pais. Valorizam a integridade física, a habilidade intelectual e a privacidade (SCHMITZ, 2005). Como efeitos nocivos da hospitalização, citamos a carência afetiva pela privação da família, o desenvolvimento intelectual prejudicado pela falta da escola, a ameaça a sua integridade física devido aos procedimentos invasivos e negação da privacidade e independência, não podendo tomar controle do seu corpo.

Marcondes apud Schmitz (2005, p.184) refere que “todos os sofrimentos da criança têm um efeito comum: o estado de ansiedade, que é um novo sofrimento. [...] Se o sofrimento é muito repetido, intenso ou duradouro, o estado de ansiedade pode tornar-se duradouro ou permanente, em grau variado de intensidade”.

Isto significa que “a maneira como a situação de doença vai ser elaborada e integrada na vida da criança vai influenciar na estruturação de sua personalidade” (BERNARDES; SANTOS, 1998, p.28). Como forma de minimizar esta ansiedade, a presença do familiar deve ser encorajada durante o período de hospitalização. Segundo Oliveira e Collet (1999), a criança necessita de uma base de carinho e afeto para crescer com segurança. Suas relações familiares, principalmente com a mãe, são o meio que lhe fornece subsídios para que se torne um adulto saudável. De todos os fatores que influenciam a resposta da criança à hospitalização, a privação total ou parcial da família é o que exerce mais peso neste processo. Souza e Oliveira (2003) destacam a importância da presença da mãe como forma de promover conforto para a criança. Este conforto, tanto físico quanto psicológico, é extremamente benéfico para a mesma.

Desta forma, não se pode mais ignorar a importância da família no cuidado à saúde. Segundo Henckemaier (2005, p.358), "cuidar do ser humano não é apenas cuidar do seu corpo, mas sim de seu universo, que inclui a família e o contexto social no qual se insere". Para Lima e Martins (1998, p. 42), o desenvolvimento humano se dá dentro do contexto sociocultural de sua família. As autoras asseveram que “o

ser humano só se torna humano na medida em que ele se insere nesta 'rede' de formação social, construindo-a e sendo por sua vez construído por ela". Assim sendo, torna-se claro que cuidar de adultos e de crianças implica em envolver suas famílias e fazer delas uma unidade que também merece atenção e cuidado.

### **O Cuidado Familiar da Criança Hospitalizada na Perspectiva do Profissional de Enfermagem**

A criança não é um ser isolado, ela faz parte de uma estrutura de interdependência que é a família, segundo Oliveira e Collet (1999). Sempre que uma criança adocece toda a família fica envolvida neste processo. Não importa o caráter da doença (aguda ou crônica) e nem o tipo de tratamento (hospitalar ou domiciliar), a criança e a família serão impactadas por ela. Para Ribeiro (2004), existirá sempre uma necessidade de ajustes e de adaptações na dinâmica do modo de ser desta família, visando ao novo equilíbrio familiar. A capacidade da família em lidar de uma maneira melhor ou pior com este evento dependerá de suas percepções da situação bem como de suas habilidades para lutar contra as dificuldades. Corroborando com este pensamento, Collet e Rocha (2003, p.261) inferem que "o modo de enfrentamento da hospitalização de um filho é singular para cada família". Muitas vezes os pais podem se encontrar tão ou mais abalados que a criança.

A doença mostra-se como um fator de desorganização da unidade familiar (COLLET; ROCHA, 2003). Este momento de desorganização leva a um repensar das ações de seus membros e das naturezas das relações familiares. Para Lima e Martins (1998), as mudanças ocorrem a partir das ações e reações oriundas destes eventos inesperados ou não. Desta forma, a família entra em desequilíbrio transitório e vê-se obrigada a se reorganizar e a reconstituir sua identidade. Motta (2004, p.158) refere que "o enfrentamento da doença leva a família a redimensionar sua vida para conviver com a doença e as implicações dela recorrentes". Quando um filho adocece, os demais aspectos da vida perdem o sentido e a família fica extremamente fragilizada ao perceber a saúde/vida de sua criança ameaçada.

Pode-se estabelecer um paralelo entre as reações da criança e as reações da família diante da doença e da hospitalização. Assim como, na criança, os efeitos produzidos dependem da fase evolutiva em que ela se encontra, no adulto dependerão da história de vida, crenças e valores que este possui (BERNARDES;

SANTOS, 1998). Este pensamento é reforçado por Botega apud Capitão e Ide (2004).

Segundo os autores (2004, p.3):

A maneira com que cada pessoa reage a uma situação de doença depende de fatores como personalidade, história de vida, crenças, estado emocional, do apoio que possa receber e aceitar e do tempo. A doença quebra a linha de continuidade da vida e das funções desempenhadas com certa previsibilidade como as funções corriqueiras da vida diária.

Os problemas enfrentados pelos pais diante da hospitalização de seu filho são variados. Ribeiro (2004) nos diz que podem sentir medo da doença e do desconhecido. A insegurança mediante a ausência de controle sobre o ambiente hospitalar e as modificações da rotina, a culpa, a incapacidade para suprir as necessidades do filho e as questões financeiras, sociais e afetivas constituem problemas relacionados com a doença e a hospitalização. Além destes, existe a pressão exercida pelos demais familiares e pela sociedade de que a responsabilidade do cuidado lhes pertence. Esta pressão é exercida principalmente sobre a mãe. A mesma tem de ser um exemplo de desvelo e devoção, tendendo a ser recriminada se não agir desta forma.

Para Lautert apud Franco e Jorge (2004, p.169), "o adoecer humano constitui por si só um evento de intensa ansiedade e insegurança para o paciente e seus familiares, gerando, algumas vezes, alterações comportamentais significativas". Schmitz (2005) refere que a pessoa ansiosa e sob pressão pode tornar-se mais inflexível e ter uma visão imprecisa do mundo, ocasionando má interpretação de situações e palavras. Isto afetará suas relações pessoais, incluindo a equipe de enfermagem. Muitas vezes, esta ansiedade levará a uma mudança de padrão comportamental dos pais. Bernardes e Santos (1998) reforçam que poderão agir de maneira permissiva como mecanismo compensatório para seus sentimentos de culpa ou medo de perder o filho. Ou poderão ser agressivos com a criança, por esta ser a causadora de seu afastamento social.

Modificações nas ações de cuidado e afeto são facilmente percebidas pela criança, ocasionando uma dificuldade de adaptação a esta nova situação (CYPRIANO; FISBERG, 1990). Diante desta alteração de comportamento dos pais, a criança perde a referência de segurança à qual estava acostumada, gerando-lhe temores. Portanto, a mãe que acompanha seu filho no hospital também merece atenção e cuidado por parte da equipe. Para Pedroso (1996), o estabelecimento

desta relação constitui-se em uma oportunidade de fornecer apoio e compartilhar saberes.

Embasada no conhecimento produzido pelos membros do GAPEFAM e por seus próprios estudos, Elsen (2004) traz a sua preocupação com as relações entre o cuidado e a vida do grupo familiar. Desta forma, aponta para a existência de um fenômeno ao qual ela mesma denomina de *cuidado familiar*. A autora destaca o papel da família como prestadora de cuidados. Ressalta, ainda, o seu papel ativo durante a hospitalização e/ou reabilitação de seus membros, o seu envolvimento nos casos de doença aguda ou crônica de um de seus membros e nos casos de doença terminal. Portanto, a família como uma unidade de cuidado é um fato, cabendo “aos profissionais apoiá-la, fortalecê-la e orientá-la, quando ela se encontrar fragilizada”. (ELSEN, 2004, p. 20).

Diversos termos são utilizados para descrever as ações de cuidado no núcleo familiar. Os mais encontrados são: cuidado humano, sistema de saúde, cuidado cultural, sistema de cuidados à saúde, cuidado popular, família produtora de saúde, família como unidade de cuidado (ELSEN, 2004). Tendo em vista essa pluralidade de termos, Elsen traz uma proposta de sistematização conceitual, baseada em seus pensamentos sobre cuidado familiar, os quais apresento a seguir.

Para Elsen (2004), a família pertence a um ambiente sociocultural que a influencia e que é influenciado por ela. Isto se dá mediante o compartilhamento de fatores como crenças, valores, símbolos, significados, práticas e saberes que são construídos e ressignificados nas interações sociais. O seu mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas é construído individualmente, ou seja, por cada família, durante o seu processo de viver. Este mundo recebe influência de fatores advindos da família de origem, do seu ambiente sociocultural e dos fatores decorrentes do conviver da nova família. É o mundo de significados próprios que cada família possui, embora sofra influência do contexto no qual está inserida. É o que Elsen define como *cultura familiar*. Elsen também afirma que o cuidado familiar se dá inter-geracionalmente, onde, em determinadas situações, os mais velhos cuidam dos mais novos e, em outros momentos, os mais novos cuidam dos mais velhos. Também se dá intra-geracionalmente, entre irmãos, esposos e primos. Esse cuidado acontece ao longo do processo de viver de cada família, ou seja, no nascimento da criança, no cuidado aos pais, na atenção à gestante, no cuidado ao

adolescente, ao adulto e ao idoso. Portanto, está presente em todas as etapas da vida do ser humano.

Para a autora, a rede social, composta por amigos, parentes ou vizinhos, fortalece o cuidado familiar. Pessoas significativas desempenham papel importante de apoio. O bem-estar dos membros da família e do grupo familiar é a finalidade do cuidado familiar. Desta forma, os incentivos das interações intrafamiliares visam ao bem-viver do grupo. Assim sendo, para Elsen (2004, p.22), “o cuidado familiar é um processo, e como tal, é aprendido, construído pela família em sua trajetória, mas é modificado segundo as vivências e interpretações de seus membros.”

Elsen (op. cit.) afirma que determinadas situações ou fases da trajetória familiar podem comprometer a capacidade de cada família em cuidar de seus membros. Esta capacidade pode estar comprometida, diminuída ou ausente. Posto que o cuidado familiar seja um conceito em construção, suas peculiaridades necessitam ser bem apreendidas. Dentre tais peculiaridades, destaco:

- O cuidado familiar é direcionado a cada um de seus membros.
- Cada grupo familiar faz de suas ações e interações o meio de concretizar o cuidado familiar.
- A convivência, as reflexões e interpretações emergentes do processo de interação são responsáveis pelo cuidado familiar.
- Presença, inclusão, promoção da vida e bem-estar, proteção e orientação para a vida são atributos do cuidado familiar. Presença no sentido de solidariedade, estar junto, envolver-se, comprometer-se. Promoção da vida no sentido de impulsionar e incentivar o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo do grupo. Proteção quando se utiliza de medidas próprias com vistas a garantir a segurança física, emocional e social do grupo. A proteção tem início mesmo antes do nascimento de um novo ser.

A autora refere o cuidado familiar como “orientação para a vida no sentido de apontar o que é considerado como correto, aceitável, esperado, bom”. Elsen (2004, p.24-25) faz uma analogia, afirmando que:

o cuidado familiar pode ser comparado a uma árvore, cujo tronco é formado pela multiplicidade de ações e interações já descritas e cujas raízes representam o universo de significados, valores e crenças aprendidos, compartilhados e transmitidos que compõem a cultura familiar que alimentam o tronco, os galhos, folhas e frutos. O cuidado não é um fenômeno isolado; insere-se num ambiente que, no caso da família, é biopsicossociocultural, e com o qual interage, realizando trocas.

Sendo assim, para Elsen (2004), o cuidado familiar é um fenômeno construído ao longo da vida familiar, de forma dinâmica, com apontamentos para o passado, para o presente e para o futuro.



*"O sentido da vida humana é fruto de atribuição de significados feitos pelo próprio homem. Compete à Fenomenologia descrever, explicar e compreender as diversas manifestações de sentido na trama constitutiva da existência em todas as suas dimensões."*

Capalbo (1984)

## ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

A Metodologia é uma preocupação instrumental que trata das formas de fazer ciência; cuida dos procedimentos, das ferramentas e dos caminhos a serem trilhados na busca do conhecimento. Neste sentido, a pesquisa qualitativa é uma metodologia da qual as Ciências Sociais se apropriaram porque o humano possui componentes irreduzíveis às características da realidade exata e natural (SOUZA, 2006)<sup>3</sup>.

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares e tem como preocupação a realidade que não pode ser quantificada. O seu universo é composto de “[...] significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo [...] dos processos e dos fenômenos...” (MINAYO, 1994, p. 21-22). Corroborando com este pensamento, Coltro (2000) refere que os fenômenos que não podem ser quantificados são mais apropriadamente analisados através da pesquisa qualitativa. Para Martins e Bicudo apud Coltro (op. cit.), a pesquisa qualitativa difere da pesquisa quantitativa no sentido de buscar uma compreensão particular do fenômeno, tendo um foco específico, individual e peculiar, com vistas à compreensão do objeto estudado.

Cabe ressaltar que os estudos qualitativos, em sua maioria, intencionam conhecer o fenômeno através da descrição minuciosa do mesmo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; TRIVIÑOS, 1987). Handen, Matioli e Pereira (2004, p.104) asseveram que “as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno”. Triviños (1987, p. 110) ainda reforça que “o estudo descritivo pretende descrever ‘com exatidão’ os fatos e fenômenos de determinada realidade”. Neste sentido, a fenomenologia permite, através da descrição do fenômeno por quem de fato o vivenciou, que se alcance uma compreensão do mesmo (CARVALHO; VALLE, 2002). Corroborando com este pensamento, Correa (1997) afirma que no estudo fenomenológico, o que se busca é o desvelar dos significados atribuídos pelo sujeito à sua experiência de vida. Já para Capalbo (1994, p.139-40):

[...] a fenomenologia se apresenta como uma ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra e explicita, que se preocupa com a essência do vivido. Ela é uma ciência eidética material, pois os vividos intencionais dão forma aos conteúdos pela significação. Por se referir à essência [...] a fenomenologia é uma ciência do possível, ou seja, refere-se à possibilidade enquanto modo de ser da existência

---

<sup>3</sup> Conhecimento apreendido durante a Disciplina “Métodos Qualitativos de Pesquisa: Abordagem Fenomenológica”, sob responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivis Emília de Oliveira Souza. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Anna Nery / UFRJ. Set. - Dez./2006.

humana, enquanto esta se apresenta como poder e possuidora de projetos existenciais.

Mediante o exposto, o presente estudo é do tipo descritivo, de natureza qualitativa, segundo o referencial teórico-metodológico da *Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz*.

### **A Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz**

De acordo com Correa (1997), o homem, ao longo de sua existência, procura compreender o sentido da vida, de si mesmo e do mundo e, segundo Souza (2006)<sup>4</sup>, encontrou na Filosofia uma forma sistemática de produzir o conhecimento. Desta forma, Edmund Husserl, filósofo, matemático e lógico, pretendeu que a Filosofia tivesse as bases e as condições de uma ciência rigorosa. Neste sentido, a Fenomenologia nasceu no início do século XX como uma resposta ao psicologismo advindo do século passado (RIBEIRO JÚNIOR, 2003) quando, segundo Capalbo (1987), os fatos e as operações psíquicas enquanto objetos do conhecimento eram fundamentados na psicologia do pensamento.

Alfred Schutz nasceu em 1899, em Viena/Áustria e faleceu em 1959. O sentido de sua obra foi o de proporcionar um “fundamento fenomenológico aos conceitos básicos das Ciências Sociais” (PANIZZA, 1981, p.128). Da Fenomenologia, trouxe os conceitos de significado, subjetividade, intersubjetividade, intencionalidade da consciência e mundo da vida; com os quais traçou as bases filosóficas da Sociologia Compreensiva. Desta forma, aproximou a Fenomenologia de Husserl à Sociologia Compreensiva de Max Weber. (CAPALBO, 1998; PANIZZA, op.cit.; WAGNER, 1979).

A Sociologia Compreensiva de Weber veio de encontro à ideologia da época, onde se buscava uma compreensão dos fenômenos sociais de uma forma matemática e empírica (CAPALBO, 2006)<sup>5</sup>. Da Sociologia Compreensiva, trouxe os conceitos de tipos ideais e da compreensão dos fenômenos sociais livres de valor. Baseado nestes conceitos de Weber, Schutz defendia que a conduta humana não pode ser estabelecida por uma lei causal. No seu entendimento, o que ocorre são

---

<sup>4</sup> Conhecimento apreendido durante a Disciplina “Métodos Qualitativos de Pesquisa: Abordagem Fenomenológica”, sob responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivis Emília de Oliveira Souza. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Anna Nery / UFRJ. Set.-Dez. 2006.

<sup>5</sup> Conhecimento apreendido em aula dialogada proferida pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Creusa Capalbo em 13/11/2006, na Faculdade de Enfermagem da UERJ.

“possibilidades típicas”, onde determinados fatos levarão a determinadas ações sociais (WAGNER, 1979). Na visão de Schutz, a compreensão, o significado da ação e o conceito de mundo da vida são as bases da Sociologia Compreensiva. Desta forma, procurou captar o sentido que o homem dá ao seu agir e, através da Fenomenologia, tornou possível chegar a uma eidética sociológica. (PANIZZA, 1981).

Neste sentido, o que interessa para a fenomenologia “é a significação da essência existencial concreta” (CAPALBO, 1994, p.135), pois a vida humana é repleta de significados que são atribuídos pelo próprio homem, cabendo à fenomenologia explicitar e compreender essas diversas manifestações de sentido. Assim sendo, a fenomenologia vem a preocupar-se com a essência do vivido e a tratar da intencionalidade da consciência humana (CAPALBO, 1994; CARVALHO; VALLE, 2002; SOUZA, 2006) porque o sentido e o significado da própria existência está dentro do homem.

A intencionalidade é um dos princípios da Fenomenologia. Capalbo (1994, p. 135) assevera que “a consciência é ato que está sempre voltado para algo”. Ou seja, toda consciência é consciência de alguma coisa, constituída por atos e com um objetivo final (CARVALHO; VALLE, 2002). Isto quer dizer que a consciência é a intenção voltada para um objeto. Desta forma, não há fenômeno se não existir essa consciência dotada de intencionalidade porque o objeto é objeto para um sujeito (CARVALHO; VALLE, 2002; CORREA, 1997; OLTRAMARI, 2005). “Perceber um objeto é intencioná-lo e torná-lo significativo”. (CAPALBO, 1987, p.17).

O que é fenômeno? Para Capalbo (1994, p.137), fenômeno é aquilo “que é imediatamente dado em si mesmo à experiência da consciência, ou como presença à consciência”. Martins et al. apud Correa (1997, p.84) trazem a etimologia da palavra, onde:

[...] Do grego *phainomenon* significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra para o sujeito interrogador. Do verbo *phanesthai* como mostrar-se, desvelar-se. **Fenômeno é, então, tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga.** (Grifo da autora)

O método fenomenológico pretende conhecer o fenômeno tal como ele se dá. Define-se como uma volta às coisas mesmas, ou seja, aquilo que aparece à consciência, que se dá como objeto intencional. Seu objetivo é descrever, compreender e interpretar os fenômenos que se apresentam à percepção

(CARVALHO; VALLE, 2002). É intuir as essências<sup>6</sup> ou significações. Neste sentido, as significações são os objetos visados pelos atos intencionais da consciência. (CAPALBO, 1987).

Outro princípio básico da Fenomenologia é a “redução fenomenológica”. Visando a compreensão do fenômeno, objetivando apenas as operações realizadas pela consciência, é necessário que se tenha essa postura, ou seja, que se coloque “entre parênteses” toda a existência efetiva do mundo exterior (OLTRAMARI, 2005). Com a redução fenomenológica, pretende-se atingir a essência do fenômeno, o que será possível através de uma mudança de atitude natural para uma atitude fenomenológica (CORREA, 1997). Segundo Carvalho e Valle (2002), isto quer dizer ter um modo diferente de olhar o fenômeno. Denota um olhar livre de preconceitos e pressupostos, suspendendo as crenças e assumindo uma atitude neutra. Significa que o desvelar do fenômeno interrogado se dará na ausência de generalizações. (CORREA, 1997).

Como descrito anteriormente, Schutz baseou-se no conceito de mundo cotidiano (ou mundo da vida ou mundo do sentido comum) para traçar a estrutura e a significação deste mundo onde cada um desenvolve a sua existência. Segundo Tocantins (1993, p.12), estas expressões são “para designar o mundo intersubjetivo experienciado pelo homem – a região da ação social, na qual os homens entram em relação um com o outro”.

Para Schutz, esse mundo cotidiano é o cenário das relações sociais (PANIZZA, 1981). Schutz (1979, p.72) define este mundo como intersubjetivo, vivenciado e interpretado por outros (aos quais chama de predecessores) e que “agora se dá à nossa experiência e interpretação”. Na visão de Tocantins (1993, p.12), esta interpretação “depende da totalidade das experiências vivenciadas no curso da existência concreta de cada um”.

Neste mundo da vida, todos nos encontramos em uma situação biográfica determinada. Isto quer dizer que o homem tem uma história, que Schutz define como “[...] a sedimentação de todas as experiências anteriores [...] organizadas de acordo com as poses ‘habituais’ de seu estoque de conhecimento à mão, que como tais são poses unicamente dele, dadas a ele e a ele somente” (SCHUTZ, 1979, p.73). Este estoque de conhecimento à mão de que Schutz fala se refere aos meios que o

---

<sup>6</sup> Essência: “visão do sentido ideal que atribuímos ao fato materialmente percebido e que nos permite identificá-lo” (CARVALHO; VALLE, 2002, p.844).

indivíduo utiliza para se orientar nas situações de vida. São todas as vivências e experiências armazenadas, sem as quais o indivíduo não pode fazer planos para o futuro e nem interpretar suas experiências (CAPALBO, 1998; WAGNER, 1979). Neste sentido, Panizza (1981, p.131) nos fala que compreender o mundo social implica em “compreender o modo como os homens definem a sua situação biográfica”.

O mundo em que vivemos, este mundo da vida, não é privativo, e sim compartilhado com nossos semelhantes, o que faz dele um mundo intersubjetivo. Assim sendo, Schutz (1979, p.159) afirma que “simplesmente nascemos num mundo de outros” e que este mundo “é, desde o início, um mundo intersubjetivo compartilhado com meus semelhantes, vivenciado e interpretado por outros; em suma, é um mundo comum a todos nós”. Isto nos diz que neste mundo co-habitado por mim e por meus semelhantes, nós nos relacionamos e o vivenciamos mediante um modo único de ver e pensar este mundo (CAPALBO, 1998; SCHUTZ, 1979).

Considerando que as ações sociais são permeadas pela subjetividade do mundo e pela compreensão da ação do outro através da intersubjetividade, estas relações podem se dar de diferentes maneiras. Uma delas é na relação face a face, quando compartilhamos um tempo e um espaço comum como sujeitos e um tem a consciência do outro como tal. É a orientação para o tu, ou seja, “o modo puro de eu estar consciente de outro ser humano como uma pessoa” (SCHUTZ, 1979, p.181). Capalbo (1998, p.36.) concorda que esta relação acontece quando “há comunidade de espaço e de tempo” e que “ela é uma experiência direta entre pessoas”. Segundo Capalbo (op.cit., p.36) e Panizza (1981), estas relações também podem ocorrer nas relações indiretas, na dimensão temporal, dentro do mundo dos contemporâneos, ou seja, aqueles que “coexistem comigo no tempo” ou no mundo dos predecessores (os que me antecederam) e no mundo dos sucessores (os que me sucederão).

Toda ação social é significativa porque possui um sentido. O objetivo do pesquisador é compreender este sentido e também compreender como os homens interpretam o seu mundo. Assim sendo, deve compreender a ação individual e o significado desta ação, ou seja, captar o sentido que o sujeito doa aos seus atos (PANIZZA, 1981). Para Schutz (1979, p.123), a ação significa a conduta “baseada num projeto preconcebido”, onde existe uma intenção ao realizá-lo, mostrando que as ações empreendidas são dotadas de intencionalidade e estão relacionadas a um projeto no qual o sujeito encontra significado. O autor ainda diz que as ações são

comportamentos motivados. Neste sentido, Capalbo (2006)<sup>7</sup> refere que a ação social não está desvinculada de uma história, de seus motivos. Desta forma, Schutz (1979, p.124-125) definiu as motivações que podem indicar para o futuro como os “motivos para”; e as motivações que indicam para o passado como os “motivos porque”.

Tocantins (1993, p.15) afirma que não se pode “compreender o agir do outro sem conhecer o seu motivo-para ou o motivo - porque”. Segundo a autora (op. cit., p.15), o significado de uma ação acontece “quando a própria pessoa interpreta seus motivos”. Para Schutz (op. cit.), o “motivo para” (ou motivo a fim de) é o motivo em função do qual a ação ocorreu. E, do ponto de vista do ator, o “motivo porque” diz respeito às experiências passadas, as quais determinaram que o sujeito agisse de tal forma.

Schutz apud Panizza (1981) concorda com a visão de Weber no sentido de que os fenômenos sociais podem ser decifrados através dos tipos ideais.

Para Schutz (1979, p. 155):

[...] aquilo que é vivenciado como novo já é conhecido, no sentido de que lembra coisas parecidas ou iguais anteriormente percebidas. Mas o que já foi captado uma vez, em sua tipicidade, traz consigo um horizonte de experiências possíveis, com as referências correspondentes à familiaridade.

Significa que as tipificações emergem das experiências cotidianas, que surgem de “uma rede de tipificações – tipificações de indivíduos humanos, de seus padrões de linhas de ação, de seus motivos e objetivos, ou dos produtos sócio-culturais que se originam de suas ações” (SCHUTZ, 1979, p.118). Na visão de Tocantins (1993, p. 16) isto quer dizer que “a identificação da estrutura comum dos significados conferidos a determinada ação ou ato pode ocorrer quando estes são reduzidos a seus motivos típicos”. Assim sendo, através da identificação dos pontos em comum, pode-se chegar ao típico do vivido ou ao típico da ação.

### **Cenário e Sujeitos do Estudo**

O **cenário** do estudo foi um Hospital especializado no atendimento infantil, localizado na cidade do Rio de Janeiro e pertencente à rede municipal de saúde. Essa instituição hospitalar cumpre a determinação do ECA no que diz respeito à permanência do familiar durante a internação da criança. Cabe ressaltar que, de

---

<sup>7</sup> Conhecimento apreendido em aula dialogada proferida pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Creusa Capalbo em 13/11/2006, na Faculdade de Enfermagem da UERJ.

acordo com Oliveira (1996), a referida instituição foi pioneira, desde a década de 60, no sentido de permitir a permanência do familiar durante a hospitalização da criança.

O Hospital atende crianças de todas as faixas etárias e tem uma capacidade média de 150 leitos para internação, realizando cerca de 90.000 consultas ambulatoriais / ano (RIO DE JANEIRO, 2007). É uma Unidade de referência para o tratamento especializado na maior parte das patologias pediátricas (clínicas, cirúrgicas, ortopédicas, neurocirúrgicas, cirurgia plástica, transplante de córnea no paciente pediátrico) e tratamento odontológico de crianças portadoras de problemas especiais (paralisia cerebral, AIDS, etc.).

As crianças que chegam são atendidas de duas formas: ambulatorial e/ou internação e são oriundas de toda a Cidade do Rio de Janeiro e dos Municípios vizinhos. Não há atendimento de emergência.

O Hospital possui Unidade de Internação para tratamento clínico-cirúrgico e é referência estadual no atendimento de crianças com AIDS. A Unidade de Internação compreende: duas Enfermarias de Pediatria Geral, uma Enfermaria de Infectologia Pediátrica (Referência em AIDS), uma de Pneumologia Pediátrica, quatro Leitos de Isolamento, Unidade de Terapia Semi-Intensiva (UI), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Enfermaria de Cirurgia Infantil (CIPE), Enfermaria de Neurocirurgia Infantil e Enfermaria de Ortopedia Infantil.

Atualmente, há cerca de 650 servidores na instituição pertencentes às mais diversas categorias profissionais.

Os **sujeitos** foram os profissionais de enfermagem de nível médio e universitário que atuam nas unidades de internação pediátricas da referida instituição. A escolha se deu segundo o critério da espontaneidade, ou seja, todos os profissionais de enfermagem, sem distinção de categoria, que demonstraram interesse e desejo em participar tornaram-se sujeitos da pesquisa.

### **O Caminhar Metodológico**

Em obediência à Legislação vigente no Brasil, o presente estudo foi desenvolvido de acordo com as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que fala das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2003) e foram observados os princípios da Bioética. O projeto foi encaminhado para a

apreciação da Direção Geral e de Enfermagem e ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição escolhida. Aos sujeitos do estudo foi garantido o anonimato e sua participação se deu por livre e espontânea vontade, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa, realizei novo contato com a Direção de Enfermagem, a fim de obter a autorização para iniciar a coleta de dados. Após este contato, a Enfermeira Supervisora da Tarde (a qual chamarei de Paloma) ficou encarregada de me encaminhar aos setores e apresentar os profissionais de enfermagem. Ao fazer contato com a Enfermeira Paloma, tive agradável surpresa ao constatar que éramos antigas conhecidas, de outro local de trabalho; fato este que facilitou minha entrada no campo. Fui orientada a comparecer sempre no período da tarde, após as 13h, pois este é o período no qual a maioria dos cuidados já foram realizados e é também fora do horário de almoço dos profissionais.

Conforme combinado, durante os meses de julho a agosto de 2007, sempre que chegava ao hospital, me apresentava na sala da Direção de Enfermagem, onde normalmente a Enfermeira Paloma se encontrava no início da tarde. Paloma, então, ia comigo aos setores e me apresentava aos profissionais. Após este primeiro contato, eu falava rapidamente sobre o projeto e solicitava a sua colaboração, participando da pesquisa. A princípio, as enfermeiras se mostraram mais receptivas que as auxiliares de enfermagem, porém, depois, as auxiliares também se prontificaram a participar.

Após o aceite da profissional<sup>8</sup>, falava um pouco mais a respeito do projeto e lia com ela o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual era assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o sujeito pesquisado e outra com o pesquisador. A partir de então, iniciava o preenchimento de um pequeno instrumento, como forma de aproximação. Neste instrumento constava: categoria profissional (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem), tempo de formado e pseudônimo escolhido.

A escolha dos pseudônimos foi feita pelas profissionais, de maneira aleatória, mediante a pergunta: Qual a primeira palavra que vem à sua mente quando digo “cuidar de criança”? Os pseudônimos escolhidos foram: *amor*, *carinho*, *paciência*,

---

<sup>8</sup> Aqui passarei a tratar como “a profissional” porque, aleatoriamente, todos os sujeitos foram mulheres.

*acolher, humanização, observação, acompanhante e banho.* Desta forma, aconteceu a repetição das palavras amor e carinho. Para fazer a diferenciação dos pseudônimos que se repetiram, acrescentei aos mesmos outra palavra, a qual refletisse o que ficou evidenciado na fala daquela pessoa. Uma das entrevistadas não se sentiu à vontade para escolher o seu pseudônimo e me pediu que escolhesse por ela. Escolhi a palavra *estrelinha*, porque foi a primeira que me veio à mente na hora de transcrever seus dados.

Algumas profissionais de nível médio mostraram-se surpresas diante do meu interesse em entrevistar auxiliares de enfermagem e não somente enfermeiras. Algumas verbalizaram o receio de não saber responder ao que seria perguntado. Então, comentei que gostaria que elas falassem somente de suas vivências no dia-a-dia do cuidado com as crianças hospitalizadas e que não havia resposta certa ou errada. Ao falar desta forma, tomei por base o fato de que a fenomenologia visa descrever o fenômeno até que ele se desvele na sua essência (CAPALBO, 1994; CARVALHO; VALLE, 2002).

Para Boemer (1994) e Correa (1997), o pesquisador deve buscar compreender o fenômeno através das descrições das experiências dos sujeitos da pesquisa. Corroborando com este pensamento, Capalbo (1987) assevera que o método fenomenológico visa a análise do vivido, onde esse vivido não poderá ser definido, mas apenas descrito. Mediante essas descrições, onde o sujeito fala de suas experiências, é que ocorre o desvelar do fenômeno para o pesquisador. A esse desvelar, Capalbo (1994) chama de “intuição da essência” e é através da intuição da essência que é permitido apreender qualidades sensíveis e significações.

Com base no exposto, utilizei a entrevista fenomenológica a fim de obter a descrição do fenômeno que se constituiu o objeto deste estudo. Para Rodrigues e Barbosa (2003, p.350), a entrevista é a técnica mais apropriada ao método fenomenológico porque “[...] o sujeito, ao reportar-se sobre algo, nos traz à tona a sua história de vida, colocando o seu passado e o seu futuro no presente, aqui e agora”. Este acontecimento conduz ao motivo para e ao motivo porque, o que permitirá chegar à tipificação.

Durante a fase de obtenção das entrevistas, vivenciei de modo muito claro o que na fenomenologia chamamos “redução fenomenológica”, como dito anteriormente. Neste sentido, deve-se suspender os pressupostos ligados ao conhecimento existente acerca do fenômeno pesquisado, advindos do mundo

exterior e/ou os pressupostos relacionados à própria subjetividade do sujeito pesquisador e concentrar no fenômeno em si (COBRA, 2005). Assim sendo, ao ouvir falas totalmente contrárias às minhas crenças e valores em relação ao assunto, assumi posição de neutralidade diante da entrevistada a fim de que meus sentimentos não interferissem em seu depoimento.

Ao todo foram realizadas quinze entrevistas, conforme visto na caracterização dos sujeitos no quadro a seguir:

**Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos quanto a categoria profissional, local de trabalho e tempo de formada.**

Pseudônimo	Categoria Profissional	Local de Trabalho	Tempo de Formada
Paciência	Enfermeira	Pediatria Clínica	20 anos
Carinho e Segurança	Auxiliar de Enfermagem	Pediatria Clínica	07 anos
Amor e Conhecimento	Enfermeira	Cirurgia Pediátrica	08 anos
Humanização	Auxiliar de Enfermagem	Cirurgia Pediátrica	22 anos
Acolher	Enfermeira	Hospital Dia	24 anos
Observação	Enfermeira	Pediatria Clínica	23 anos
Amor e Conhecimento	Auxiliar de Enfermagem	Unidade Intermediária	26 anos
Estrelinha	Auxiliar de Enfermagem	Unidade Intermediária	22 anos
Amor e Eficiência	Enfermeira	Unidade Intermediária	17 anos
Carinho e Apoio Emocional	Auxiliar de Enfermagem	Unidade Intermediária	13 anos
Amor e Interação	Auxiliar de Enfermagem	Hospital Dia	23 anos
Amor e Diálogo	Auxiliar de Enfermagem	Hospital Dia	25 anos
Acompanhante	Enfermeira	Cirurgia Pediátrica	22 anos
Carinho e Conforto	Auxiliar de Enfermagem	CTI	25 anos
Banho	Enfermeira	CTI	22 anos

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas em um Hospital do Município do Rio de Janeiro durante o período de julho a agosto / 2007.

As entrevistas foram realizadas nos próprios setores (no comando ou no estar da enfermagem ou na sala destinada à guarda dos prontuários e prescrição médica). Em alguns momentos, as entrevistas eram interrompidas pela entrada de outro profissional ou de uma mãe, mas este fato não prejudicou a realização das mesmas. Durante este período de captação das falas, tomei por base a experiência de Simões e Souza (1997).

As autoras (op. cit, p.16) referem que:

[...] Importa a cada investigador “buscar” a melhor forma de aproximação aos seus depoentes, levando em consideração o alcance dos objetivos propostos e aspectos como o ambiente físico propício ao “encontro social”, as particularidades da clientela escolhida, a adequação da questão norteadora e da técnica de obtenção dos depoimentos. [...] A condução do pesquisador na entrevista fenomenológica é

gradativa e necessária ao investigador, percebendo-se por onde começar, o que mais incomoda ou impede o prosseguir e o que fazer para superar as dificuldades.

Segundo Minayo (1994), a entrevista é uma conversa entre duas pessoas com propósitos bem definidos. É caracterizada pela comunicação verbal, reforçando o significado da fala. A entrevista fenomenológica não é um procedimento mecânico e sim um encontro social (RODRIGUES e BARBOSA, 2003). Neste sentido, Correa (1997, p.85) comenta que deve acontecer “uma relação pesquisador-pesquisado caracterizada pela empatia, intuição e imaginação”. Segundo Rodrigues (1998, p. 33), a fala é a maneira utilizada:

[...] pelo ator-agente da ação para expressar suas vivências originárias numa relação face a face, isto é, uma relação social direta e imediata, momento em que me encontro em total disponibilidade para captar o outro de forma mais viva e mais direta.

Assim sendo, para apreender o típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada, utilizei a seguinte questão orientadora da entrevista: **“O que você tem em vista quando insere o familiar no cuidado diário durante a internação da criança?”**.

Entretanto, se me baseasse somente nesta questão, estaria partindo do pressuposto de que o cuidado familiar da criança hospitalizada faz parte do concreto vivido de todos os profissionais que assistem à criança e estaria negando que, nesse momento, ele se apresentava como uma “possibilidade típica”. Desta forma, optei por utilizar como primeira questão orientadora **“O que você tem em vista no cuidado diário durante a internação da criança?”**. Se, ao responder a esta questão, o profissional mencionasse de alguma forma a inclusão da família, então eu lançava a questão referente à inserção da família no cuidado à criança durante a internação da mesma. Caso não houvesse essa menção, a entrevista era encerrada.

Confeccionei fichas com as questões, separadamente, a fim de que a entrevistada pudesse sempre olhar para elas durante sua fala. Vale destacar que a ficha com a segunda questão só era mostrada ao término da resposta à primeira, caso houvesse a menção da inclusão da família. A partir do momento em que a questão era lançada, era indagado à entrevistada se havia alguma dúvida em relação à compreensão da mesma, retiravas as dúvidas que porventura surgissem e então ela iniciava a sua fala. Cabe ressaltar que, dentre as quinze entrevistadas, oito explicitaram incluir a família no cuidado diário da criança.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na medida em que foram obtidas. No método fenomenológico, a captação das falas não é um momento isolado. Ela acontece simultaneamente com a análise desses dados (BOEMER, 1994). Após a transcrição, o material foi analisado, com vistas à categorização (BOEMER, 1994; MARTINS apud CORREA, 1997). Segundo Rodrigues (1998), esta fase remete para a compreensão do fenômeno. Quando as falas atingiram a saturação, ou seja, quando houve repetitividade, as entrevistas foram encerradas.

Rodrigues e Barbosa (2003, p.351) também descrevem a trajetória a ser percorrida pelo pesquisador, da seguinte forma: “[...] obtenção das falas, para a descrição das ações vividas; transcrição imediata das entrevistas; leitura distinta, procurando captar o agrupamento de aspectos afins dos significados com vistas à categorização”. Rodrigues (1998) destaca que a todo o momento, durante a análise compreensiva das falas captadas, o pesquisador deve manter junto de si o objetivo de seu estudo, pois as categorias emergentes das falas dos sujeitos deverão ter relação com o objeto e o objetivo da pesquisa.



*"O mundo da vida diária não é de forma alguma meu mundo privado, mas é, desde o início, um mundo intersubjetivo compartilhado com meus semelhantes, vivenciado e interpretado por outros; em suma, é um mundo comum a todos nós."*

Schutz (1979)

## ANÁLISE COMPREENSIVA

Segundo Rodrigues e Barbosa (2003, p. 351), “toda atenção do pesquisador deve estar voltada para a apreensão das similaridades das experiências vividas [...] que se constituirão no típico”. Através da apreensão das similaridades identificadas nas falas dos sujeitos emergirão as categorias concretas do vivido.

As etapas seguidas foram as descritas por Rodrigues (1998) e Tocantins (1993) e as quais foram também seguidas por Castelo Branco (1999), Jesus (1998) e Rosas (2003). Portanto, após a transcrição dos depoimentos descritivos das ações vividas, realizei uma leitura atenta do material não estruturado com a finalidade de captar as convergências dos aspectos comuns nas falas. A partir de então, foi possível iniciar a constituição das categorias concretas do vivido, tentando compreender como os sujeitos da ação social vivenciam o fenômeno pesquisado.

Inicialmente, analisei os depoimentos oriundos da primeira questão orientadora “O que você tem em vista no cuidado diário durante a internação da criança?” tendo como objetivo identificar se a inserção do cuidado familiar se constituiria como típico. No segundo momento, analisei os depoimentos oriundos da segunda questão orientadora “O que você tem em vista quando insere o familiar no cuidado diário durante a internação da criança?” a fim de identificar o “motivo para” da inserção do familiar no cuidado da criança hospitalizada. Neste segundo momento, percebi que, por proporcionar um espaço onde os sujeitos puderam falar de sua vivência diretamente focada no cuidado familiar, houve uma inter-relação das falas como um todo. Assim sendo, a segunda questão foi considerada complementar à primeira.

Este movimento possibilitou conhecer a dinâmica do processo de cuidar, segundo as vivências dos sujeitos pesquisados. Em relação a esta dinâmica, destacou-se:

- ❖ A hostilidade do ambiente hospitalar;
- ❖ O relacionamento pautado na verdade;
- ❖ O cuidado individualizado;
- ❖ O carinho ao ser humano;
- ❖ O conhecer o cliente;

- ❖ A orientação, a informação e o aconselhamento;
- ❖ A presença da família ajudando na recuperação e na aceitação do tratamento;
- ❖ A família como um possível cliente;
- ❖ A dificuldade do relacionamento com a família;
- ❖ O familiar como fonte de informação direta;
- ❖ A dicotomia entre teoria e prática.

Além da dinâmica do processo de cuidar, as falas possibilitaram identificar três categorias que emergiram do concreto vivido dos profissionais de enfermagem que cuidam de crianças hospitalizadas permitindo, assim, apreender que o profissional, em seu ato intencional de cuidar inserindo o familiar neste processo, tem como “**motivo para**”:

- ❖ Fazer e dar o melhor enfrentando a dificuldade do relacionamento com a família;
- ❖ Cuidar com diálogo e brincadeira para contribuir com a recuperação da criança;
- ❖ Treinar a família na perspectiva profissional.

## **A Dinâmica do Cuidado**

### **❖ A hostilidade do ambiente hospitalar**

Ficou evidente que existe uma compreensão da equipe de enfermagem de que a hospitalização acarreta traumas, principalmente os causados pelos procedimentos invasivos. A equipe reconhece que a criança está fora do seu meio habitual, cercada por pessoas “estranhas” e que o ambiente hospitalar e a realização de inúmeros procedimentos são fatores estressantes para a criança, conforme visto abaixo:

*São tantos procedimentos que são feitos com a criança, uma punção de veia, uma passagem de sonda... Acaba deixando a criança traumatizada. O ambiente da casa é totalmente diferente de um ambiente hospitalar. Então isso já deixa a criança receosa. Já deixa ela com medo das coisas. Pessoas estranhas que ela não conhece, nunca viu.*

Carinho e Segurança

*Lembrar que ela está fora do seu meio natural de vivência e que isso traz, a gente sabe, [...] traz um trauma, traz uma série de modificações e não esquecendo que a família tem que fazer parte desse contexto todo.*

Acolher

*A criança está num ambiente estranho. Ela está lidando com pessoas estranhas, com procedimentos que na cabeça dela são muito agressivos.*

Observação

*É muito difícil a criança se sentir em casa no ambiente hospitalar. O ambiente hospitalar já é ruim para nós que somos adultos. Você imagina uma criança chegando num ambiente onde ela não conhece nada nem ninguém. Onde alguém vai espetar essa criança e virar pra cá, virar pra lá; e abre boca e fecha boca; e dá outro “espetão”. Como é que essa criança vai ficar aqui nesse lugar?*

Amor e Confiança

*Eu acho que a hospitalização é uma situação muito grave, vamos dizer, pra criança. Porque você está tirando a criança de um meio todo dela, pra colocar num meio hospitalar, que ela vai ter contato com outras crianças, outras doenças. Eu pelo menos tenho essa preocupação de tentar resguardar ou minimizar essa dor que é a internação.*

Banho

*Às vezes, falta aquela calor humano para a criança... Então, eu procuro ver a [...] essa parte emocional... Porque a criança aqui é muito agitada. Tem crianças muito rebeldes... No caso, chegam aqui muito rebeldes e com o passar do tempo, elas estão aqui com a gente há uns dez, quinze dias, você vê a mudança. A criança completamente diferente, até em termos de te responder, de te perguntar as coisas, de saber te falar, te agradecer. Porque elas chegam aqui completamente... no outro mundinho em que elas vivem. E aqui não tem nada disso...*

Carinho e Apoio Emocional

Em relação às falas, Andrade (1993, p.29) define a hospitalização como “uma experiência vital que exerce sobre o ser humano uma forte influência psicológica”. A autora ressalta que a equipe que assiste à criança deve ajudá-la a superar suas dificuldades (temores e incertezas) face à hospitalização, empreendendo esforços para que, desde a internação até a alta, a criança possa lidar de uma forma melhor com as experiências que geram tensão. Não podemos esquecer de que os profissionais de saúde, de um modo geral, possuem a tendência de pensar que são “os donos” do cliente. Desta forma, submetemos adultos e crianças a todos os procedimentos que **nós** julgamos necessários, de uma forma verticalizada e unidirecional.

### ❖ O relacionamento pautado na verdade

Como forma de ajudar a criança a lidar melhor com essas situações desconfortáveis, o relacionamento com a criança é pautado no esclarecimento e na verdade. O profissional se esforça por orientar a criança quanto aos procedimentos, sem mentir ou enganar, a fim de estabelecer relação de confiança. Ele não omite questões referentes aos cuidados prestados como, por exemplo, dizer que uma punção venosa não é um procedimento doloroso, segundo as falas:

*Esclarecendo: “Não vai doer? Olha, vai doer, mas se você ajudar a tia, isso vai ser rápido”. Eu procuro passar segurança pra essa criança. Acho que a melhor maneira da gente tratar da criança é esclarecendo o que vai ser feito com ela. Não omitindo, mas esclarecendo de maneira correta. [...] “Vai doer, mas é pouquinho. Se ajudar, vai ser rápido”.*

Carinho e Segurança

*Explicar o que vai ser feito, porque há a necessidade de tomar o remedinho pra poder ir embora pra casa. [...] Pra ele ficar bom logo... [...] Eu sou da seguinte opinião, a mãe fala assim “ah, por que vai puncionar... não vai doer...”. “Não é assim, mãe, a gente tem que dizer pra ele que vai doer um pouquinho, mas você vai agüentar”. A gente não pode enganar eles. Porque, na realidade, a gente sabe que vai doer e tem que colocar ele a par disso também. Depois ele vai dizer que a gente é mentirosa: “Você falou que não ia doer, né?”. Então, a gente tem que trabalhar com essa parte: “Não, olha, a tia vai fazer isso... Esse procedimento é assim, assado...”. Sempre explicando, pra ele poder ter noção do que vai ser feito e estar se adaptando da melhor maneira.*

Humanização

As falas acima reforçam o que foi dito por Andrade (1993) quando refere que a preparação adequada para a admissão e para as experiências traumatizantes ligadas ao tratamento como, por exemplo, a hidratação venosa, é de extrema importância para a assistência à criança hospitalizada. Entretanto, o dito pelas profissionais revela que as mesmas esperam que a criança colabore da forma que as próprias profissionais consideram mais adequada, ou seja, se a criança “ajudar, vai ser rápido”.

### ❖ O cuidado individualizado

As profissionais mencionam a necessidade de enxergar a criança como um todo, dentro do seu ambiente familiar e dentro da sociedade, proporcionando a ela não somente o cuidado técnico, mas também o cuidado humanizado e

individualizado. Entretanto, em algumas das falas, esse cuidado técnico aparece em primeiro plano, direcionado à patologia e reproduzindo o modelo biomédico, segundo os trechos abaixo:

*A pessoa faz parte de um contexto na sociedade. Não dá pra gente separar... “Ah é um paciente...”. É um indivíduo, é um cidadão. Um cidadão brasileiro; tem direitos e deveres.*

Amor e Conhecimento

*Dar o cuidado, a parte técnica propriamente dita, punção venosa, todos os cuidados propriamente ditos tecnicamente. Mas também, principalmente, a acolhida, a questão da humanização. [...] Nunca esquecer que realmente a criança tem que ser vista como um todo. A doença, a criança e todo aspecto da humanização que envolve.*

Acolher

*Enxergando ela como um todo, dentro do ambiente familiar, da sociedade lá fora. [...] Quer dizer, pra mim não é só a medicação, o acesso venoso ou o catéter, não é só isso.*

Paciência

*É um cuidado individualizado, né? Porque cada paciente é um paciente. E, assim, bem direcionado à patologia. Você estar cuidando daquela patologia e estar de repente também, ao mesmo tempo, prevenindo alguma coisa, tentando a prevenção de outras coisas, ou do retorno dela. [...] É um cuidado bem individualizado, de acordo com a necessidade daquela criança.*

Acompanhante

*Eu tenho em vista levar pra criança o conforto no leito e fazer uma anamnese, observar todos os sintomas objetivos e o contato com o familiar pra saber da criança, contatos da criança em casa, brincadeiras, alimentação[...].*

Carinho e Conforto

*É um ser humano, individualizado, que precisa ter certo cuidado, cuidado mesmo na palavra, não o banho, a troca de sonda, mas o cuidado mesmo.*

Banho

Cabe destacar que a percepção e o julgamento das necessidades do cliente, como pessoa, são os promotores das atividades de cuidado praticadas pelo enfermeiro (COSTENARO; DAROS; ARRUDA, 1998). Desta forma, as autoras referem ser de extrema importância que a equipe conheça as necessidades do cliente e de seus familiares para poder cuidá-los de forma efetiva. Apesar disto, as falas revelam que a equipe de enfermagem ainda apresenta dificuldades em

desvincular-se de uma visão voltada para a patologia e em visualizar a criança e a família na totalidade de suas necessidades.

#### ❖ O carinho ao ser humano

As falas demonstram que a preocupação com o suporte psicológico acontece na medida em que a equipe se preocupa em dar carinho e conforto à criança, respeitando-a como ser humano:

*Dar carinho, respeitar como ser humano tanto a criança como o acompanhante. Acho que isso é muito importante.*

Acolher

*São crianças extremamente carentes, que precisam um pouco da nossa atenção, do nosso cuidado. [...] São crianças carentes e elas precisam de um atendimento, de uma atenção, de um carinho.*

Amor e Interação

Apesar desta preocupação da equipe de enfermagem em oferecer à criança carinho e apoio emocional, esta não é sua atribuição, uma vez que possui responsabilidade com a assistência de todas as crianças hospitalizadas, de acordo com o que destacam Souza e Oliveira (2003). As autoras afirmam que, considerando-se o aspecto psicossocial da relação mãe-filho, a equipe de enfermagem não substitui as funções das mães.

#### ❖ O conhecer o cliente

O trecho abaixo revela a preocupação com o relacionamento entre profissional e cliente/família e a importância do mesmo. Amor e Conhecimento salienta que conhecer o cliente é importante para essa relação, pois é através deste conhecimento que o profissional pode estabelecer suas ações de cuidado.

*Eu acho que a gente não consegue cuidar se a gente antes não estabelece um contato entre o teu paciente e você. E a família também é importante. [...] E o acompanhante... ele também faz parte desse entendimento, dessa relação. [...] Conhecer primeiro de tudo aquela criança, a família. Tentar estabelecer um contato, e depois eu tento partir pro que essa criança tem, do que ela precisa. E a partir daí a gente vai tentando estabelecer as nossas ações de cuidado.*

Amor e Conhecimento

*Você tem que saber da situação social dessa criança também. Ela tem todo um envolvimento social que vai interferir muito nesse tratamento. É a questão da família, como é que ela vive, onde ela vive, se ela estuda, se ela tem um vínculo familiar forte, saudável ou não.*

Paciência

Em relação a este ponto, vale ressaltar que o verdadeiro conhecimento do outro somente é possível através da relação face a face. Schutz (1979) destaca que é através da orientação para o Tu que nos tornamos conscientes de outro ser humano, de um modo puro. Para tanto, faz-se necessário tornar-se intencionalmente consciente da pessoa, atribuindo a ela vida e consciência.

#### ❖ **A orientação, a informação e o aconselhamento**

A orientação, a informação e o aconselhamento junto à família estão presentes e variam desde uma orientação quanto às normas e rotinas da instituição até uma orientação quanto aos procedimentos realizados na criança (como punção venosa, por exemplo). Esta orientação é dada com o objetivo de passar tranquilidade para o familiar. Nos casos em que a criança tem uma doença crônica, que a torna dependente de tecnologia, a profissional se preocupa em explicar, orientar e treinar a família. Procura mostrar o porquê de cada procedimento e a melhor forma de realizá-lo, para que o cuidado tenha continuidade no domicílio e a criança não volte a re-internar. Neste sentido, a equipe refere inserir o familiar, que aqui é visto como a pessoa com quem a criança tem um vínculo, com o intuito de melhorar a situação de saúde da mesma e tentando, de certa forma, fazê-lo participante deste cuidado, conforme visto a seguir:

*É chegar, é conversar, né? Se tiver veia pra punccionar, né? A gente conversa e dá um carinho, brinca com a mãe, com a criança, puncciona a veia...[...] Explicando que tem essas coisas... Tem o orelhão... E na enfermaria tem o horário de almoço... Que ela tem que ir ao Serviço Social fazer o crachá... E a mãe também, assim, ir perguntar ao médico o andamento: “Como que vai meu filho?”. Ela se interessar também. [...] A gente tenta passar isso tudinho pra eles. Explicando que na enfermaria tem as rotinas. É isso.*

Amor e Diálogo

*Se por acaso for necessário a continuidade desse tratamento em casa, o familiar se sente participativo, mas ele tem que ser esclarecido, o porquê de cada coisa. Daí fica mais fácil pro acompanhante poder ajudar a gente, entendendo o que ta acontecendo e a melhor forma de fazer.*

Acolher

*Você cuida, você faz, você explica ao acompanhante muitas coisas... [...] Quando eu estou cuidando, eu sempre tento trazer aquele acompanhante pra perto, explicar o porquê. Se eu vou dar uma medicação... Tem que chamar a mãe: “Olha mãe, eu estou agora fazendo uma novalgina porque está com febre”... “Eu vou fazer a limpeza da gastrostomia porque não pode ficar assim, está molhado”[...].*  
Acompanhante

Com base nestas falas, vale ressaltar que o profissional de enfermagem deve reconhecer a família como um agente ativo nesse processo de cuidar. Com relação a este aspecto, Souza (2007) destaca que o familiar deve ser orientado durante sua estadia no hospital a fim de que esteja capacitado a, futuramente, oferecer o cuidado necessário a seu filho. Porém, a autora afirma que, no cenário hospitalar, a responsabilidade desse cuidado é da equipe de enfermagem. Segundo Santos et al. (2001), a angústia da família em relação à hospitalização pode ser diminuída na medida em que a mesma é devidamente informada sobre as próprias questões da hospitalização e dos procedimentos realizados. Para as autoras, essas informações tornam os familiares mais capazes de suportar esta experiência angustiante.

#### ❖ **A presença da família ajudando na recuperação e na aceitação do tratamento**

As profissionais acreditam que a presença da família ajuda no processo de recuperação e na melhor aceitação dos cuidados e do tratamento. A equipe consegue identificar que a ausência do familiar é um fator nocivo para a criança, ajudando na instalação de quadros de insegurança e depressão. Desta forma, de acordo com as falas, a presença do familiar é importante na medida em que fornece o apoio psicológico que ajudará no restabelecimento da saúde da criança.

*A presença do familiar é de vital importância. [...] Tem que ter alguém. A criança fica muito insegura, fica depressiva quando está só. Mas se tiver uma pessoa da família, isso ajuda até no processo do tratamento, na cura. A criança cura mais rápido. Ela aceita melhor a dieta quando é oferecida pela mãe do que quando é oferecida por nós. Apesar de todo o cuidado que a gente tem, a mãe é outra coisa.*  
Observação

*É com aquele familiar que você também tem que trabalhar pra melhorar a situação da criança. Às vezes a criança olha pra você; e olha pra mãe; e olha pro pai; e fala assim “Eu posso aceitar isso que eles estão fazendo comigo?”. E é como se ela ouvisse “pode”, e ela aceita melhor a nossa abordagem. [...] Você*

*depende da pessoa que está com ela. As crianças que estão sozinhas, às vezes é muito difícil você conseguir alguma coisa. A melhor, a meu ver, vem melhor com aqueles responsáveis que ajudam no tratamento, entendeu? Que te ajudam, que estão ali acompanhando, conscientes... Eu acho que eles são tudo de bom, entendeu? Não só em pediatria não... Em toda a área de saúde! Um acompanhante consciente, responsável, do teu lado, dando carinho o tempo todo para aquele paciente é tudo o que a gente precisa para poder ajudar no tratamento, né? Acho que tudo faz efeito melhor. Eu tenho essa experiência, já coloquei isso em prática, entendeu? É muito mais fácil. E quando o responsável está do lado, acarinhando, acalentando, ou até oferecendo o peito quando bebê, tudo flui melhor. Eu acho.*

Paciência

*É bom que a mãe esteja com a criança, ou o pai, as pessoas mais próximas, porque elas sentem falta disso. Porque já foi visto que os familiares com a criança, a recuperação da criança é bem melhor do que antigamente quando ficavam sozinhos.*

Amor e Diálogo

*Muitas vezes a gente conversa com a mãe: “Olha, nós vamos fazer um procedimento assim, eu sei que é doloroso, mas é necessário. Se a senhora ficar aqui do lado ele vai ficar mais calmo”... Então conversa e tal: “Vai passar uma formiguinha”. Sempre tem aquela conversa, né? Então, eu acho que isso aí ajuda muito.*

Carinho e Conforto

O que foi dito pelas entrevistadas reforça a idéia de que a criança é frágil e insegura e de que necessita da presença do familiar como ponto de apoio. Segundo Gomes e Lunardi Filho (2000, p.34), “a equipe de enfermagem acredita que a família serve de ponte entre ela e a própria criança, pois é a família que auxilia em que a criança torne-se mais colaborativa à realização dos procedimentos, facilitando o trabalho da equipe”. Souza (2007) reforça este pensamento quando diz que a equipe considera a presença do familiar importante na medida em que tranqüiliza a criança durante a realização de alguns procedimentos e ajuda na realização de cuidados que, antigamente, eram realizados somente pela equipe de enfermagem. Este pensar de Souza (op. cit.) traz à tona uma outra vertente da participação do familiar no cuidado, que é o fato da equipe delegar funções. Tal temática é abordada por Lima, Rocha e Scochi (1999, p. 36), quando dizem que o familiar “... é outro agente de trabalho, pois lhe é delegada uma série de atividades que anteriormente eram de responsabilidade da enfermagem”.

Collet e Rocha (2004) também falam sobre esta questão. As autoras referem que cuidados mais complexos, como administrar dieta ou medicação através de sonda, são realizados pela mãe. Normalmente, isto é permitido sob a justificativa de que a família está sendo treinada para continuar prestando esse cuidado em casa. Entretanto, a partir do momento em que ocorrem as orientações acerca dos cuidados, a equipe deixa tudo sob responsabilidade do familiar, não supervisionando o modo como ele desenvolve tais cuidados. Esta constatação é vista na fala de Acompanhante:

*Eu sou de uma época em que eu peguei a criança internada sem o acompanhante e hoje com o acompanhante. Então, hoje eu vejo que muitas coisas, que muito do cuidado da enfermagem, que a enfermagem tem que estar fazendo, na realidade, é o acompanhante que faz. E sem nenhuma orientação do profissional. É importante a participação do acompanhante... É. Acho que é muito importante, até mesmo para a criança. Agora, tem que ser uma coisa mais consciente, mais supervisionada.*

Acompanhante

Collet e Rocha (2004), quando estudaram a respeito do compartilhamento do cuidado entre mãe e equipe de enfermagem, referem que a compreensão da dinâmica das relações entre os agentes que prestam o cuidado (familiar e equipe de enfermagem) é fundamental para que ocorra a inserção do familiar no processo terapêutico. Não basta apenas reconhecer a importância da presença da família no hospital. É preciso que a participação da mesma no cuidado prestado à criança hospitalizada seja discutida entre família e equipe. O objetivo de ambos é o restabelecimento da saúde da criança. Para tanto, as autoras destacam que a possibilidade do desenvolvimento de ações que proporcionem um maior grau de autonomia tanto para a equipe, quanto para a família, não pode ser negada.

#### ❖ **A família como um possível cliente**

Algumas entrevistadas referem-se ao familiar como um possível cliente da equipe multidisciplinar, estando internado também e carecendo das orientações da enfermagem. Muitas vezes, pode necessitar ter alguém ao lado para ouvir o que ele tem para dizer, conforme as falas:

*Seria muito bom que houvesse um trabalho de serviço social e psicologia acompanhando todos.*

Paciência

*Ah, a gente conversa, eles expõe alguns problemas, a gente ouve. [...] A gente conversa, tenta aconselhar, orientando. Tenta passar para mãe e para criança a tranquilidade.*

Amor e Diálogo

*Na internação em pediatria hoje, a criança é o mais importante, claro. Mas o acompanhante também é uma clientela nossa. Na minha concepção, eu acho que ele também está internado. Também está precisando de orientação e do cuidado da enfermagem. Nem que seja, assim, estar ao lado, ouvir o que ele tem para falar. Muitas vezes ele está longe do dia a dia dele. [...] Eu vejo que a enfermagem não dá a atenção que deveria ser dada a esse acompanhante.*

Acompanhante

As falas reforçam as palavras de Gomes e Lunardi Filho (2000), quando afirmam que a internação pode causar estresse e desestruturação familiar e que esse fato constantemente é esquecido. Geralmente, a família não tem suas necessidades identificadas e atendidas, pois é comum que os profissionais considerem apenas a criança como cliente. Os autores afirmam ainda que a família deva ser vista como cliente, possível de ser capacitada para assumir seu papel de cuidadora, encontrando na equipe de enfermagem apoio para restabelecer sua saúde e autonomia. A fala de Acompanhante reforça a afirmação de Souza e Oliveira (2003) de que o familiar (no texto as autoras chamam de acompanhante) pode encontrar-se abalado emocionalmente e que o simples fato de ser ouvido já se traduz como uma forma de cuidado.

#### ❖ A dificuldade do relacionamento com a família

Algumas entrevistadas reconhecem o fato de que existem atritos entre familiar e equipe, principalmente quando o familiar quer interferir no tratamento. Neste sentido, referem que a mãe, quando está presente, o faz no intuito de fiscalizar e criticar o trabalho da equipe de enfermagem, segundo os trechos abaixo:

*Apesar de ter atritos de vez em quando do acompanhante com a equipe. Tem atritos. Mas é uma coisa que a gente tem que lidar. A gente tem que aprender a tolerar... Porque às vezes elas querem interferir no tratamento. Às vezes não*

*querem aceitar um tipo de procedimento... Então a gente tem que estar preparada para explicar, para orientar.*

Observação

*Porque tem vezes em que você vai fazer uma coisa que ela não gosta e aí ela fica o dia inteiro falando no seu ouvido o que você vai fazer, o que você não vai fazer. E já não tendo a mãe, você chega, faz o procedimento que tem que fazer e não tem ninguém perturbando.*

Estrelinha

*Porque o familiar, naquele momento, aquela pessoa com quem ela tem um vínculo mais forte é, provavelmente, com quem ela vai estar ali, né? [...] É com aquele familiar que você também tem que trabalhar para melhorar a situação da criança, entendeu? [...] Eles são importantíssimos. Seria muito bom se houvesse um trabalho [...] acompanhando todos. Não só os que manifestam os problemas mais irritantes... Problemas, assim, de preocupação com a gente, assim logo de cara. Não... Mas todo familiar que entrasse com a criança fosse abordado pelo Serviço Social, pela Psicologia, é... sofresse um trabalho aqui em conjunto, né? Tivesse esse direito de ser trabalhado também por esses outros profissionais, para que a gente pudesse ter mais... mais ligação com a criança.*

Paciência

Com relação a estas falas, Gomes e Lunardi Filho (2000) reforçam que, para a equipe de enfermagem, a família “atrapalha” e “incomoda” na medida em que é questionadora. A partir do momento em que a família expõe seus pontos de vista e discorda de certas condutas, sua presença passa a ser indesejada. As entrevistadas revelaram que, embora aconteçam atritos entre equipe e familiar, tais situações tendem a ser toleradas e contornadas, em prol da recuperação da criança. Entretanto, ficou evidente sua dificuldade em lidar com essas situações de conflito. Vale ressaltar que, segundo Schutz (1979), quando nos relacionamos, trazemos para dentro desta relação um estoque de conhecimentos previamente constituído sobre a outra pessoa. Neste sentido, o estereótipo construído a partir do senso comum de que o familiar é um problema dentro da instituição hospitalar constitui em um pressuposto que dificulta a relação empática, face a face, entre equipe e familiar. Assim sendo, profissionais e família devem despir-se de quaisquer pressupostos a fim de estabelecerem relação empática.

#### ❖ O familiar como fonte de informação direta

Apesar da dificuldade no relacionamento com a família, como visto anteriormente, algumas entrevistadas expressaram a necessidade de haver certa

tolerância quanto ao fato, pois a interação entre família e profissionais contribui para a recuperação da criança. Esta interação se dá na medida em que é o familiar quem faz a ligação do profissional com o cliente, como “porta-voz” da criança e sendo fonte de informações relevantes que contribuem para o tratamento, como dito abaixo:

*Por que é essa mãe que muitas vezes vai dizer “olha, esse choro não é choro de fome, é choro de dor”; “olha, meu filho não estava assim.”, “essa perna não estava desse jeito”, “essa perna está ficando...”... sei lá, “edemaciada”... Então é a mãe... A gente precisa da família para estar norteando, para a gente poder ajudar. [...] Eu acho que o familiar é extremamente importante porque é ele quem vai fazer essa ligação nossa com o paciente. Falando do cliente pediátrico principalmente, né? Eu aqui não sou nada sem as mães.*

Amor e Conhecimento

*A gente sente que a mãe, ela normalmente está bem a par do que está acontecendo com seu filho. Não são mais aquelas mães que no passado não tinham interesse, não sabiam. Elas têm detalhes de tudo o que está acontecendo. Elas têm informação detalhada de médico e de exames. Então, isso já facilita muito o nosso relacionamento, a nossa troca... [...] O cuidado, o desenvolvimento da criança, da saúde da criança dentro do hospital, está muito relacionado a isso... Às informações que as mães passam pra gente, dos exames, dos remédios que ela tomou, que está tomando, do dia a dia.*

Amor e Interação

*Apesar de todo o cuidado que a gente tem., a mãe é outra coisa, né?[...] Apesar de ter atritos, de vez em quando, do acompanhante com a equipe. Tem atritos. Mas é uma coisa que a gente tem que lidar. A gente tem que aprender a tolerar... Porque às vezes elas querem interferir no tratamento. Às vezes não querem aceitar um tipo de procedimento... Então a gente tem que estar preparada para explicar, para orientar.*

Observação

Essas falas reforçam o que foi constatado por Souza (2007) em seu estudo sobre a interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem. A autora diz que a valorização do familiar ocorre mediante sua possibilidade de fornecer informações sobre a criança. Com relação a esse aspecto, Gomes e Lunardi Filho (2000) e Souza e Oliveira (2003) referem que a presença da família é benéfica porque proporciona, além do apoio emocional, uma possibilidade de relacionamento mais próximo com a equipe. Ela é, também, uma possibilidade de fonte de informação direta sobre a criança, de ajuda para prevenir acidentes na enfermagem, de participação ativa no cuidado e de solidariedade entre as famílias de outras crianças.

Os autores trazem a questão do papel de “sentinela” ou de “elo” que a equipe atribui ao familiar. Neste sentido, a presença da família é vista com “bons olhos” porque possui maiores condições de perceber, antes mesmo que os profissionais, padrões de comportamento ou situações adversas que possam comprometer a evolução da enfermidade. Desta forma, o familiar pode “traduzir” sintomas, estando alerta para modificações no quadro clínico, funcionando como um informante sobre o estado de saúde e a história da doença da criança.

Entretanto, apesar destas possíveis contribuições da família, a prática assistencial revela que a relação entre familiar e profissionais de enfermagem permanece conflituosa. Collet e Rocha (2000) destacam que os enfermeiros, em particular, por se encontrarem numa posição de controle, têm dificuldades em estabelecer uma relação democrática com a família. Por sua vez, a família, estando fragilizada pelo incômodo que a doença e a hospitalização da criança lhe impõem, muitas vezes fica a mercê das decisões tomadas pelos profissionais.

#### ❖ A dicotomia entre teoria e prática

Corroborando com o pensar acima, algumas entrevistadas explicitaram claramente sua posição contrária à permanência do familiar junto à criança, bem como sua participação no cuidado. Essas profissionais acreditam que o familiar é fonte de infecção para a criança e que sua presença atrapalha e impede o bom fluxo do trabalho, conforme visto a seguir:

*Eu adorei quando tiraram as mães. Pro auxiliar de enfermagem trabalhar, eu acho melhor. Eu vejo a doutora falando da infecção, muitas infecções nas crianças. A gente fazia uma dissecação venosa e geralmente durava. Aquilo durava... Era uma maravilha. E com as mães presentes, agora, ultimamente, não dura mais que uma semana, porque ela manuseia a criança. Ela põe a mão, ela tira a medicação, ela faz... Tudo o que elas não podem, elas fazem. Então, elas trazem muito meio de infecção para as crianças.*

Estrelinha

*E essa questão da mãe não poder acompanhar a criança, eu achei muito bom, porque isso atrapalha a gente. Ajuda dum lado, e atrapalha muito mais, sabe? Os prós são poucos. Os contras são muitos.*

Amor e Eficiência

Através do pensar de Estrelinha e de Amor e Eficiência, fica claro que a crença de que a família é veículo de infecção, como visto no passado e relatado por

Collet e Rocha (2000) e Imori et al. (1997), permanece até os dias de hoje. As autoras apontam para a dificuldade que havia em controlar e prevenir as infecções cruzadas como principais motivos para que os hospitais fizessem restrições às visitas dos familiares às crianças internadas. As falas das entrevistadas revelam que, após quase vinte anos da publicação do ECA, ainda há resistência quanto à presença do familiar junto à criança e que a observância desta Lei, ainda, é um problema, não só para a equipe de enfermagem, mas também para outros profissionais.

### **As Categorias Concretas do Vivido**

#### **❖ Fazer e dar o melhor enfrentando a dificuldade do relacionamento com a família**

Nesta categoria, as falas evidenciam a vontade das profissionais em fazer o melhor e a dar o melhor de si para ajudar a criança a se recuperar o mais rápido possível, apesar de todas as dificuldades enfrentadas no relacionamento com a família. Este desejo vai para além do cuidado técnico, visando o bem estar físico e emocional, através de um cuidado pautado na promoção do conforto. As entrevistadas expressam a sua vontade de “passar segurança” e estabelecer uma relação de confiança com a criança, a fim de que a mesma não tenha receios da equipe. O cuidado, como ato intencional, tem por finalidade o restabelecimento da saúde e a alta da criança para sua residência, conforme visto abaixo.

*Fazer o melhor, dar o melhor de si pra ela. Como eu ouvi outro dia aqui da chefe da clínica, entendeu? “Vamos ver o que a gente pode fazer de melhor pra essa criança enquanto ela ta aqui”. [...] Ter caridade, se colocar no lugar daquela mãe, daquela família, entendeu? Pra poder dar o melhor de si pra aquela criança. O cuidado, a técnica, isso é obrigação de todos nós enfermeiros. Isso a gente tem que ter mesmo. Eu acho que a visão mais ampla é muito necessária, é o que ta faltando.*

Paciência

*No meu pensamento, é procurar dar melhor assistência pra essa criança, né? É passar segurança pra ela, procurar métodos que ela não venha a sentir receio da enfermagem.*

Carinho e Segurança

*Visa o bem estar da criança, tanto o bem estar físico como mental. Porque, como é criança, a gente tem certo cuidado maior até na hora de fazer uma medicação, de puncionar um acesso venoso. [...] Visar o melhor pra eles. Porque a criança, tudo é mais difícil pra ela..., até de entender. Aí a gente tem o trabalho de ficar explicando as coisas com mais detalhes.*

Humanização

*Passar confiança., né? Em primeiro lugar passar confiança, conforto, segurança.*

Amor e Confiança

*Dar o melhor, porque eu tenho o maior carinho por criança.*

Amor e Eficiência

*Procuro ver a criança melhor a cada dia, [...] melhorando com uso de remédio. E carinho. E nessa parte também emocional... também nessa parte emocional. [...] Ver que está melhorando, tanto no aspecto da saúde quanto no aspecto que eu to te falando... Na parte emocional, do carinho também e tudo.*

Carinho e Apoio Emocional

*Ver aquela criança boa. e ver a alta hospitalar daquela criança, né? Em estado de alta mesmo, em boas condições de saúde. [...] Com a proposta de [...] ajudar na melhora dela pra ela poder ir embora dali, da unidade hospitalar. Até porque ela está longe de tudo o que é normal na vida dela. [...] Na intenção de melhorar o bem estar daquela criança, né? De fazer com que ela se recupere mais rápido e tenha a alta... voltar pra casa.*

Acompanhante

*Levar pra criança o conforto no leito e fazer [...] o contato com o familiar pra saber da criança, contatos da criança em casa, é... brincadeiras, alimentação... [...] Proporcionar o conforto mesmo no leito, já que a criança vai ficar ali, atada nos seus movimentos, numa posição incômoda, com punções venosas. [...] Então, proporcionar o maior conforto possível pra ela no leito, pra ela não se sentir incomodada. O meu objetivo é esse.*

Carinho e Conforto

Segundo Gonzaga e Arruda (1998), a eficácia do processo de cuidar como meio de promoção do bem estar está ligada à identificação e ao atendimento das necessidades de cuidados de saúde do ser humano. Collière apud Gonzaga e Arruda (op. cit., p.17) fala que a provisão de cuidados diz respeito a qualquer pessoa que ajuda a outra com o propósito de continuar a vida. Neste sentido, a equipe de enfermagem, ao fazer e dar o melhor de si pretende contribuir para o restabelecimento da criança, ajudando a mesma a voltar para casa com as melhores condições de saúde possíveis.

### ❖ Cuidar com diálogo e brincadeira para contribuir com a recuperação da criança

Esta categoria demonstra que as entrevistadas planejam suas ações de cuidado baseadas nas necessidades de cada criança. Elas referem que conhecer a criança, principalmente, e sua família, as ajuda a nortear essas ações. As profissionais utilizam a brincadeira como forma de suavizar a aproximação dentro de um ambiente que é hostil para a criança, utilizando o diálogo a fim de esclarecer sobre os cuidados técnicos realizados com o intuito de amenizar o trauma causado pela hospitalização. A assistência está pautada em dar tanto o cuidado físico quanto o emocional, de acordo com as falas:

*Eu pelo menos procuro chegar sempre brincando, conversando, dando uma atenção... Um carinho especial, pra evitar que essa criança [...] não deixe eu me aproximar dela pra estar fazendo os cuidados necessários nela. Então, [...] eu acho que você procura a melhor maneira de estar colaborando com a assistência dessa criança, de estar ajudando essa criança a se recuperar.*

Carinho

*Conhecer, primeiro de tudo aquela criança, a família... Tentar estabelecer um contato..., e depois eu tento partir pro que essa criança tem, do que ela precisa. E a partir daí a gente vai tentando estabelecer as nossas ações de cuidado.*

Amor e Conhecimento

*A gente tem que sempre procurar orientar. Por que tem gente que chega e “ah... Criança não entende..., não precisa falar...”. Não, mas precisa sim. Por que justamente na hora em que a gente ta falando, a gente ta colocando ele a par das coisas e ele ta sentindo mais confiança em você, pra você fazer aquele procedimento.*

Humanização

*Pra cada criança você tem um estilo, um jeito diferente. Aquelas crianças que às vezes já chegam e sabem do que vai acontecer e ela parece já estar preparada pra aquilo, sabe? “Tia, esse braço aqui ta melhor. Tia, esse aqui”. Então você tem certo jeito pra cada criança, não deixando de ter aquele carinho, aquele afeto, mas um jeitinho para cada um. Um jeitinho pra cada criança.*

Amor e Interação

*É chegar, é conversar. Se tiver veia pra punccionar, né? A gente conversa e dá um carinho. Brinca com a mãe, com a criança, puncciona a veia... Orienta a ela os procedimentos do hospital, como que procede mediante tudo o que tem no hospital. [...] Tenta aconselhar, orientando. A gente tenta passar pra mãe e pra criança tranquilidade. E pra mãe também. A gente não chega e “vão bora”, vamos*

*puncionar. Não, a gente conversa primeiro, explica direitinho. Conversa com a mãe: “Olha, a gente vai fazer esse procedimento” e faz, né?*

Amor e Diálogo

*Dar o cuidado, a parte técnica propriamente dita; punção venosa; todos os cuidados propriamente ditos tecnicamente. Mas também, principalmente, a acolhida, a questão da humanização e assistir a criança. Lembrar que ela está fora do seu meio natural de vivência e que isso traz, a gente sabe que traz um trauma, traz uma série de modificações e não esquecendo que a família tem que fazer parte desse contexto todo.[...] Dar carinho, respeitar como ser humano tanto a criança como o acompanhante. Acho que isso é muito importante.*

Acolher

*Nós damos o banho, nós oferecemos a dieta, nós trocamos a fralda... Nós damos o mais importante, que eu acho, que é o carinho. É um chamego, é um cheirinho... É um brinquedo, é uma historinha. É um segredinho que a gente conta... É um colinho que cada um dá. É assim que a gente trabalha aqui.*

Amor e Confiança

*Procurar ver é a criança melhor, né? Dando um carinho e a parte também que a criança não tem muitas vezes da parte dos pais, até porque, agora aqui na UI, os pais não acompanham.*

Carinho e Apoio Emocional

*A criança muitas vezes aceita melhor do que conosco. Na alimentação... Muitas vezes, se eu der, a criança não aceita, mas se a mãe estiver do lado e der, aceita. E o conversar, contar uma historinha... Brincar... Isso tudo ajuda na recuperação da criança.*

Carinho e Conforto

*Então, é um cuidado bem individualizado, de acordo com a necessidade daquela criança. Mas tudo com a proposta de melhora. Dela estar melhorando bem mais rápido e ir de alta pra casa.*

Acompanhante

Gonzaga e Arruda (1998), em seu estudo sobre as fontes e os significados de cuidar e não cuidar no hospital pediátrico, afirmam que o rompimento brusco das atividades do dia-a-dia ocasionado pela doença e hospitalização pode se constituir em uma experiência dolorosa para a criança. Esta experiência adversa pode gerar reações como raiva, depressão, medo e insegurança. Neste sentido, as autoras ressaltam que as atitudes e ações dos profissionais podem suavizar estas reações e facilitar a adaptação a esta nova situação, bem como diminuir riscos de traumas, ajudando no processo de recuperação. Assim sendo, as entrevistadas, ao cuidarem

buscando estabelecer uma relação de confiança, pretendem amenizar o trauma da hospitalização, contribuindo com a recuperação da criança.

#### ❖ **Treinar a família na perspectiva profissional**

Nesta categoria fica claro que a inserção da família se dá visando a continuidade do tratamento no domicílio. Quando a criança é dependente de tecnologia, as profissionais se preocupam em ajudar a família a lidar com essa situação, ensinando a melhor forma de fazer, através de uma linguagem acessível. As entrevistadas pretendem obter uma interação onde o familiar é fonte de informações relevantes. Elas percebem essa interação como algo que irá contribuir para a recuperação da criança. A inclusão do familiar visa, ainda, a sua colaboração no cuidado, sob a forma de apoio psicológico, a fim de melhorar a situação da criança, segundo as falas abaixo:

*Ajudar o familiar que fica com a criança, que acompanha a criança e em alguns casos a gente até treiná-los. [...] É um momento pra gente também estar adestrando, ensinando a melhor maneira, a melhor forma de fazer, porque isso vai facilitar a criança, a família e também a gente. Em alguns momentos a gente depende bastante do familiar estar nos ajudando. Algumas coisas a gente pode contar com que eles façam, sob nossa supervisão, lógico. Visando principalmente a continuidade desse tratamento em casa.*

Acolher

*A criança já chega aqui com a doença instalada, né?... E o que eu quero é a recuperação... Os cuidados para que ela saia recuperada e a orientação à família também., para a mãe ou o responsável. [...] Temos também casos de doentes crônicos, que nós precisamos treinar certos procedimentos. É até o que eu ia fazer agora... Eu vou treinar uma mãe ali a aspirar, é um neuropata. E vou ensinar outra a colocar dieta na gastrostomia, e... Eu acho que é isso. Aqui é a parte terciária, então, é recuperação. E o doente crônico é a orientação... para que ele possa ir para casa, receba todos os cuidados e que volte o menos possível.*

Observação

*Explicar tudo o que a gente tá fazendo e falar: “dessa forma vai ser melhor”. Se for um cuidado que ela tenha que dar continuidade em casa, principalmente. Uma gastro... Eu tenho muita criança com cateterismo intermitente, que você tem que estar ensinado pra poder prevenir infecção. Enfim... [...] cuidar fazendo que ela participe, pelo menos olhando, explicando o porquê daquilo, numa linguagem que ela vai entender, bem simples. Enfim, eu tento orientar muito, pra tentar fazer com que aquela criança não retorne por falta de orientação e de cuidado.*

Acompanhante

*É com aquele familiar que você também tem que trabalhar pra melhorar a situação da criança, entendeu?*

Paciência

*Eu acredito que a gente não pode mais cuidar sem pensar na família. É impossível, não existe isso. E a pediatria me ensinou muito isso. Todo dia me ensina.*

Amor e Conhecimento

*Eu tenho em vista, assim, que o cuidado, a forma de interação com a família, os funcionários e a criança [...] é que contribui muito pra recuperação da criança. [...] Então, isso já facilita muito o nosso relacionamento, a nossa troca. [...] O desenvolvimento da criança, da saúde da criança dentro do hospital, tá muito relacionado a isso, né? Às informações que as mães passam pra gente, dos exames, dos remédios que ela tomou, que tá tomando, do dia a dia, né?*

Amor e Interação

*Eu quero que o familiar venha interagir também nesse cuidado. Por exemplo: num banho, muitas vezes a criança fica mais à vontade, já não sofre tanto, não fica tão ansiosa quando tem o familiar perto.*

Carinho e Conforto

O profissional de enfermagem deve conhecer “como esta família se cuida, quais são as suas possibilidades, quais os seus limites de atuação e que forças ela é capaz de mobilizar para resolver problemas de saúde” (GOMES; LUNARDI FILHO, 2000, p. 32). Neste sentido, os autores referem que a equipe deve discutir juntamente com a família a sua participação no cuidado e fornecer à mesma, informação, aconselhamento e suporte para realizá-lo. Assim sendo, não basta apenas informar ou treinar o familiar, mas é necessário dar a ele condições e suporte teórico e emocional para cuidar de sua criança em casa.

Balling e McCubbin apud Souza (2007) destacam que os avanços tecnológicos ocorridos nos últimos tempos geraram um aumento do número de crianças com doenças crônicas que são cuidadas no domicílio. Para se adaptarem a esta nova realidade, a família teve que se tornar suficientemente esclarecida ao ponto de saber reconhecer sintomas e se ajustar ao novo estilo de vida. Para tanto, Souza (op. cit., p. 67) destaca que “os pais das crianças com doenças crônicas necessitam de mútua confiança e eles esperam que seus conhecimentos sejam validados e sua participação no cuidado com a criança seja aceita”.

A análise das categorias proporcionou, a partir da captação do “motivo para” do ato intencional de cuidar inserindo a família nesse contexto, apreender o **típico**

**da ação** do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. Esta ação se apresenta no sentido de *FAZER E DAR O MELHOR ENFRENTANDO A DIFICULDADE DO RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA, ATRAVÉS DO CUIDAR COM DIÁLOGO E BRINCADEIRA PARA CONTRIBUIR COM A RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA E DO TREINAR A FAMÍLIA NA PERSPECTIVA PROFISSIONAL.*



*"O ser humano é mais que um corpo que adoece..."*

Autor Desconhecido

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar este estudo, retomo meu estado pré-reflexivo sobre a questão da inserção da família no cuidado diário da criança. Resgato minhas indagações iniciais, momento em que questionava qual o significado do cuidado familiar da criança hospitalizada para o profissional de enfermagem. Entendo que os sujeitos da pesquisa, quando falaram das suas vivências profissionais, permitiram que o significado desse cuidado fosse apreendido. E, ao analisar a dinâmica do cuidado, percebi que ainda existe um hiato entre teoria e prática, pois os conflitos como descritos por vários autores como Collet e Rocha (2000, 2003, 2004), Gomes e Lunardi Filho (2000), Souza e Oliveira (2003) e Souza (2007), permanecem.

Ficou evidente que os profissionais acreditam na presença do familiar e até mesmo na sua inclusão durante os cuidados como fonte de apoio emocional. Este fato reforça a idéia de que o cuidado familiar está pautado na presença e na proteção. Presença no sentido de solidariedade, estar junto, envolver-se, comprometer-se. E proteção porque se utiliza de medidas próprias com vistas a garantir a segurança física, emocional e social do grupo. Entretanto, sob o discurso do apoio emocional e de que a criança aceita melhor o cuidado que vem do familiar, os profissionais de enfermagem não devem delegar suas funções, pois a responsabilidade do cuidado intra-hospitalar lhes pertence. O cuidado à criança pode e deve, não somente, mas, também, ser prestado pelo familiar, porém, sob a supervisão da equipe.

Apesar da presença do familiar junto à criança como fonte de apoio parecer ser um conhecimento sedimentado, encontra-se muito centrado na criança em si, fazendo-se necessário visualizar esse familiar como cliente. Poucos profissionais demonstraram preocupação com as relações entre o cuidado e a vida do grupo familiar. Dependendo das situações e da trajetória da família, sua capacidade para cuidar pode estar comprometida, diminuída ou ausente. É necessário compreender que cada grupo familiar tem uma forma singular de cuidar e que o momento da hospitalização talvez represente a sua incapacidade de exercer a plenitude desse cuidado. Nesse momento, a família pode estar fragilizada, devendo ser ouvida e apoiada.

Cabe ressaltar que a criança pertence a um grupo social, a um ambiente sociocultural repleto de crenças e valores que a todo o momento são ressignificados

nas interações sociais. O cuidado familiar é imprescindível para a criança, na medida em que busca a inserção de seus membros/familiares no próprio grupo e na comunidade onde se situa. Esta inserção se dá por meios legais (registro de nascimento, registro de casamento, sobrenome, herança) e pela convivência, através do respeito e aceitação das individualidades e diferenças de seus componentes. Portanto, os profissionais devem ter em mente que as relações familiares, principalmente as vividas nos primeiros anos de vida da criança, são as que irão nortear sua vida adulta.

A equipe de enfermagem, apesar de expressar que a assistência à criança não deve mais ser pautada no modelo biomédico e sim numa visão da criança como um todo, limita-se a ele quando traz o familiar para junto dessa assistência visando apenas a continuidade do tratamento no domicílio. Existe sim uma preocupação do profissional em incluir a família no cuidado diário da criança, reforçando o pensar de Elsen (2004) quando destaca o papel da família como prestadora de cuidados. Entretanto, essa preocupação não vai para além do cuidado básico, do dia-a-dia da criança dependente de tecnologia e do apoio psicológico.

A ação social que acontece no mundo da vida entre profissionais de enfermagem que cuidam e familiar da criança hospitalizada está permeada de significações atribuídas pelos atores destas relações. A apreensão do significado intencional da ação de cuidar possibilitou identificar os fatores que motivam o profissional de enfermagem nesta relação.

Um dos motivos compreende fazer e dar o melhor de si para o sujeito de seu cuidado, ou seja, a criança, apesar de sua dificuldade de relacionamento com a família. Este fazer e dar o melhor visa o bem estar físico e emocional da criança, por meio da promoção do conforto e do estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança e a equipe. Ao pensar desta forma, a equipe de enfermagem demonstra que compreende que crianças possuem necessidades físicas e emocionais singulares e que o atendimento de tais necessidades certamente contribui, na medida do possível, para uma melhor recuperação da sua saúde.

Cuidar com diálogo e brincadeira para contribuir com a recuperação da criança constitui-se em outro motivo que norteia as ações da equipe, que deseja o pronto restabelecimento da saúde de seu cliente. Durante o seu cuidar, a mesma espera estabelecer com a criança uma relação de confiança e verdade, fazendo com que ela não tema a aproximação das profissionais de enfermagem. As entrevistadas

acreditam que esta aproximação tende a acontecer de forma mais amena, através do diálogo e da brincadeira. Ao brincar e dar carinho, a elas pretendem suavizar a hostilidade do ambiente hospitalar. As mesmas demonstraram acreditar no diálogo como forma de estabelecer uma relação na qual a criança se sinta esclarecida a respeito dos procedimentos que serão realizados com ela, minimizando, assim, o medo do desconhecido.

No que diz respeito à inserção da família, ficou claro que a equipe deseja treinar a família na perspectiva profissional, com a finalidade de contribuir para o bem-estar da criança e a continuidade do tratamento no domicílio. Agindo desta forma, as profissionais esperam diminuir as reinternações decorrentes dos “cuidados prestados inadequadamente” em casa. Este “treinar a família” parece estar pautado na visão da própria equipe à respeito do que seja melhor. Diante do exposto, levanto as seguintes questões: Qual é a melhor forma de fazer? E para quem? Essas questões são discutidas com a família? É dada ao familiar a oportunidade de expressar como ele deseja cuidar de sua criança no domicílio?

As falas também reforçam a idéia de que as profissionais vêem no familiar uma fonte importante de informações a respeito do estado de saúde da criança, tanto no ambiente domiciliar quanto no hospitalar. Neste sentido, a valorização da família se dá na medida em que ele detém o conhecimento do histórico de saúde da criança, o que favorece, de certa forma, o trabalho da equipe como um todo.

Assim sendo, concluo que o cuidado familiar da criança hospitalizada, em toda a abrangência de sua conceituação, ainda é uma realidade distante da Enfermagem Pediátrica. Isto implica que quem trabalha com crianças necessita estar preparado para trabalhar com sua família e o mundo que a envolve. Precisa compreender a complexidade desta unidade social e a diversidade dos aspectos que a envolvem, conhecendo seus ambientes externos e internos. Necessita compreender o ser criança, o papel da família e da comunidade, a abrangência da assistência e a composição e inter-relacionamento da equipe de saúde. O cuidado deve acontecer fundamentado pelo diálogo, na relação face a face entre profissionais e família. Não deve ser verticalizado e sim pautado no respeito mútuo tendo em vista a melhor maneira de cuidar. Neste sentido, o cuidado deve ser compartilhado, discutido, tendo a família poder e voz de decisão.

A presença do familiar tem que ser vista com naturalidade e não como um elemento ainda estranho dentro do ambiente hospitalar. Pais, irmãos, avós, tios,

enfim, a família, não deve mais ser vista como “visitante” e sim como integrante do processo de cuidar. Todos fazem parte do mundo da vida daquela criança e aos profissionais cabe a sensibilidade de percebê-los desta forma. Cabe aos profissionais de enfermagem funcionar como facilitadores, identificando deficiências, compartilhando saberes, viabilizando este cuidado da família sem, porém, delegar funções.

Faz-se necessário criar estratégias de inclusão da família no cuidado à criança durante sua hospitalização. É preciso estimular a presença do familiar e apoiar esta presença de forma inteligente e criativa. Criar uma via de mão dupla, onde a família receba esclarecimentos acerca da doença e tratamento de seu filho e onde possa expressar suas angústias e limitações. Porém, para que isto seja possível, faz-se necessário que o profissional de enfermagem busque nos referenciais sociais e psicológicos os subsídios para a reorganização da assistência. Somente compreendendo o universo de crenças e valores que cada família possui e suas maneiras de enfrentar o processo de viver, adoecer e morrer, a Enfermagem Pediátrica estará realizando um cuidar mais completo e mais humano.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, V.R.O. de. Interação criança/mãe/equipe de enfermagem em processo de hospitalização. *Revista Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, n.1, v.1, p. 28-35, jun. 1993.
- BARBOSA, E.C.V.; RODRIGUES, B.M.R.D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. *Acta Scientiarum*, Maringá, v. 26, n. 1, p. 205-212. 2004.
- BERNARDES, A.C.; SANTOS, V.S. dos. Aspectos psicológicos da doença. In: LIMA, A.J.de. *Pediatria essencial*. 5. ed. São Paulo: Atheneu. 1998. p. 28-29.
- BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94. janeiro. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos* (Res. CNS n. 196/96 e outras) 2. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 106 p.
- \_\_\_\_\_. *Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados*. Resolução 41/95. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 96 p.
- CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA, 3., 1994, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 1994. p.130-57.
- \_\_\_\_\_. *Fenomenologia e ciências humanas*. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural Edições, 1987. 106 p.
- \_\_\_\_\_. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz*. Londrina: UEL, 1998. 97 p.
- CAPITÃO, C.G.; IDE, L.O. Avaliação dos aspectos cognitivo e emocional da criança hospitalizada segundo Koppitz. *Encontro: Revista de Psicologia*, UNIA, Santo André/SP, n.9, v.10, p. 1-16, jul./ dez. 2004.
- CARVALHO, M.D. de B.; VALLE, E.R.M. do. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. *Acta Scientiarum*, Maringá, v.24, n.3, p. 843-847, 2002.
- CASTELO BRANCO, A.L. *Encontro interativo: assistência de enfermagem psiquiátrica privilegiando a relação social*. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

COBRA, R.Q. *Fenomenologia*. Brasília : Filotemas, 2001. rev. 2005. Disponível em: <<http://www.cobra.pages.nom.br/ftm-fenomeno.html>>. Acesso em: 24 mar. 2006.

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

\_\_\_\_\_. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 56, n. 3, p. 260-264, mai./jun. 2003.

\_\_\_\_\_. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 197-7, mar./abr. 2004.

COLTRO, A. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. *Caderno de pesquisas em administração*, São Paulo, v.1, n. 11, p. 37-45, 1. trim. 2000.

CORREA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.5 , n.1, p. 83-88, jan. 1997.

COSTENARO, R.G.S.; DAROS, A; ARRUDA, E.N. O cuidado na perspectiva do acompanhante de crianças e adolescentes hospitalizados. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de janeiro, v. 2, n.1/2: 111-126, abr./set. 1998.

CYPRIANO, M.S.; FISBERG, M. Mãe participante: benefícios e barreiras. *Jornal de Pediatria*, v. 66, n. 4/5, 1990.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2. ed. rev. e ampl. Maringá: Eduem, 2004. 398 p.

ELSEN, I.; ALTHOFF, C.R.; MANFRIN, G.C. Saúde da família: desafios teóricos. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.3, n.2, p.89-97, jul./dez. 2001.

FERREIRA, I. da C.N. Principais problemas psicológicos na infância. In: LIMA, A.J.de. *Pediatria essencial*. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 35-41.

FRANCO, M.C.; JORGE, M.S.B. Sofrimento do familiar frente à hospitalização. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2. ed. rev. e ampl. Maringá: Eduem, ;2004. p.169-182.

GOMES, G.C.; LUNARDI FILHO, W.D. A família na unidade de pediatria: uma unidade que se cuida, uma unidade a ser cuidada. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.9, n.2, pt.1, p. 28-28, mai./ago. 2000.

GONZAGA, M.L.C.; ARRUDA, E.N. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. *Rev. Latino-Am.Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 96, n. 5, p. 17-26, dez. 1998.

HANDEM, P.C.; MATIOLI, C.P.; PEREIRA, F.G.C. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N.M. de A. (Org.). *Método e metodologia na pesquisa científica*. São Paulo: Difusão, 2004. p 101-103.

HENCKEMAIER, L. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: SCHMITZ, E.M. *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo: Atheneu, 2005. p.357-368.

IMORI, M.C. et al. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica da literatura. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.10, n.3, p.37-43, 1997.

JESUS, M.C.P. *A educação sexual na vida de pais e adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social*. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

LEIFER, G. Aspectos peculiares da pediatria. In: \_\_\_\_\_. *Princípios e técnicas em enfermagem pediátrica*. 4.ed. São Paulo: Santos, 1995. p. 2-11.

LIMA, P.M.R. de; MARTINS, T.M. Influência da dinâmica familiar no desenvolvimento da criança. In: LIMA, A.J.de. *Pediatria essencial*. 5.ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 42-46.

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

MINAYO, M.C. de S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MONTEIRO FILHO, L. et al. O programa de hospitalização da criança acompanhada (Phoca) do Hospital Souza Aguiar: análise dos conflitos gerados com a equipe de saúde. *Jornal Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 64, n.6, p.242-247, 1988.

MOTTA, M.G.C. O entrelaçar dos mundos: família e hospital. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2. ed. rev. e ampl. Maringá: Eduem, 2004. p.153-168.

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

OLIVEIRA, I.C.S. *(Re) Construindo a assistência de enfermagem à criança hospitalizada na cidade do Rio de Janeiro (1920-1969)*. 1996. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

OLTRAMARI, L.C. Contribuições da fenomenologia de Alfred Schutz para as pesquisas sobre AIDS: considerações epistemológicas e metodológicas. *Interthesis*, Florianópolis, v.2, n.2, p.1-14. jul./dez. 2005.

PANIZZA, L. O pensamento de Alfred Schutz: sociologia fenomenológica. *Rev. Bras. de Filosofia*. Inst. Bras. Filosofia / SP. v.31, n.122, p.128-141, abr./jun. 1981.

PEDROSO, G.C. *Programas de Mãe Participante: uma reflexão*. 1996. Monografia (Curso Participação Popular em Saúde) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. Disponível em: <<http://www.brazilpednews.org.br/dec2002/bnp4002.htm>>. acesso em: 29 set. 2005.

- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004. 487 p.
- RIBEIRO JUNIOR, J. *Introdução à fenomenologia*. Campinas: Edicamp, 2003. 96 p.
- RIBEIRO, N.R.R. A família enfrentando a doença grave da criança. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2. ed.rev. e ampl. Maringá: Eduem, 2004. p.183-198.
- RODRIGUES, B.M.R.D. *O cuidar de crianças em creche comunitária: contribuição da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz*. Londrina: UEL, 1998. 58 p.
- RODRIGUES, B.M.R.D.; BARBOSA, E.C.V. O típico da ação de enfermagem ao cuidar da criança: uma abordagem metodológica possível. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.348-352. set/dez. 2003.
- ROSAS, A.M.M.T.F. *O ensino da atividade assistencial – consulta de enfermagem: o típico da ação intencional*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- SANTOS, A.F. et al. O cotidiano da mãe com seu filho hospitalizado: uma contribuição para a enfermagem pediátrica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p. 325-334, dez. 2001.
- SANTOS, A.M.E. dos. *A enfermagem na busca das necessidades do acompanhante da criança hospitalizada: estudo fundamentado na fenomenologia de Alfred Schutz*. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- SCHMITZ, E.M. A problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos. In: \_\_\_\_\_. *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo: Atheneu, 2005. p.181-196.
- SCHUTZ, A. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. In: WAGNER, H. R. *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 319p.
- SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, I.E. de O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 13-17, jul. 1997
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Hospital Municipal Jesus*. Divisão de Apoio Didático e Tecnologia Educacional, publicada em 14/02/2007. Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/private/cgi/lu.exe/web/templates/htm/v2/vie w.htm?infoid=1639&editionsectionid=137>>. Acesso em: 03 set. 2007.
- SOUZA, C.C.F.; OLIVEIRA, I.C.S. A participação da mãe nos cuidados ao seu filho hospitalizado: uma perspectiva da equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 379-387, dez. 2003.

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

TOCANTINS, F. R. *As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz*. 1993. 75f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 13. tiragem. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

WAGNER, H. R. *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 319p.

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Resolução 196/69 do Conselho Nacional de Saúde – Item IV)

**Projeto de pesquisa:** O profissional de enfermagem e o cuidado familiar nas unidades de internação pediátricas. \*

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues

**Autora:** Cassiana Silva Rossi

Solicito sua colaboração no sentido de participar do presente estudo, o qual constitui o tema de minha dissertação de mestrado em enfermagem.

O objetivo desse estudo é conhecer o significado do cuidado prestado pela família da criança hospitalizada para o profissional de enfermagem e descrever como é a dinâmica deste cuidado durante a hospitalização da criança. Ao realizá-lo, pretendo gerar reflexões que apontem para uma reorganização da prática direcionada à criança hospitalizada, ocasionando melhoria da assistência.

- ❖ Sua participação se dará de forma voluntária, através de uma entrevista, onde serão feitas perguntas e suas respostas serão gravadas.
- ❖ Os resultados serão divulgados através de um relatório final, o qual será encaminhado para a administração desta instituição.
- ❖ O material das entrevistas poderá ser utilizado para publicações. A identidade de todos os participantes será preservada, garantindo-se o anonimato.
- ❖ Você tem a garantia de receber esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados ao estudo.
- ❖ Você tem a liberdade de recusar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a você.
- ❖ O presente consentimento será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o sujeito pesquisado e outra com o pesquisador.
- ❖ O presente documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição hospitalar.

Declaro que fui informado de forma clara e detalhada, dos objetivos, do procedimento a que serei submetido e dos benefícios da pesquisa.

Participante:

.....

Assinatura:.....

Local/Data:...../...../.....

Pesquisadora: Cassiana Silva Rossi.

Assinatura:.....

\* Havendo a necessidade de realizar contato com o pesquisador, você poderá fazê-lo através dos seguintes endereços e/ ou telefones:

- ❖ **Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.** Boulevard 28 de Setembro, 157 – sala 702, Vila Isabel. Rio de Janeiro. CEP: 20.551-030. Tel.: 2587-6335.
- ❖ **Cassiana Silva Rossi.** Rua Getúlio, 403/703-A. Cachambi. Rio de Janeiro. CEP: 20775-000. Tel.: 2229-7943.
- ❖ **Comitê de Ética em Pesquisa / SMS.** Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701. Cidade Nova. Rio de Janeiro. Tel.: 2503-2024 / 2503-2026. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

## Apêndice B - Roteiro da Entrevista

### 1. Dados do Entrevistado:

#### a. Categoria profissional:

( ) Enfermeiro

( ) Técnico de Enfermagem

( ) Auxiliar de Enfermagem.

b. Tempo de formado: \_\_\_\_\_.

c. Pseudônimo escolhido: \_\_\_\_\_.

**Apêndice C – Fichas com as Questões Orientadoras da Entrevista****Ficha 1:**

O que você tem em vista no cuidado diário da criança durante a internação da mesma?

**Ficha 2:**

O que você tem em vista quando insere o familiar no cuidado diário durante a internação da criança?

## **Anexo A – Solicitação para a Realização da Pesquisa**

## **Anexo B – Parecer do Comitê de Ética**

## **Anexo C – Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**

### **RESOLUÇÃO Nº 41/1995 CONANDA CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

1. Direito e proteção à vida e a saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
2. Direito a 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 da sua enfermidade.
4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
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 participam 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 a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.
16. Direito a 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, resguardo-se a ética.
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como Direito a 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 uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)