



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

Linéa Pereira Coelho

**O típico da ação assistencial do enfermeiro: perspectiva  
do cuidado ético em enfermagem pediátrica**

Rio de Janeiro

2009

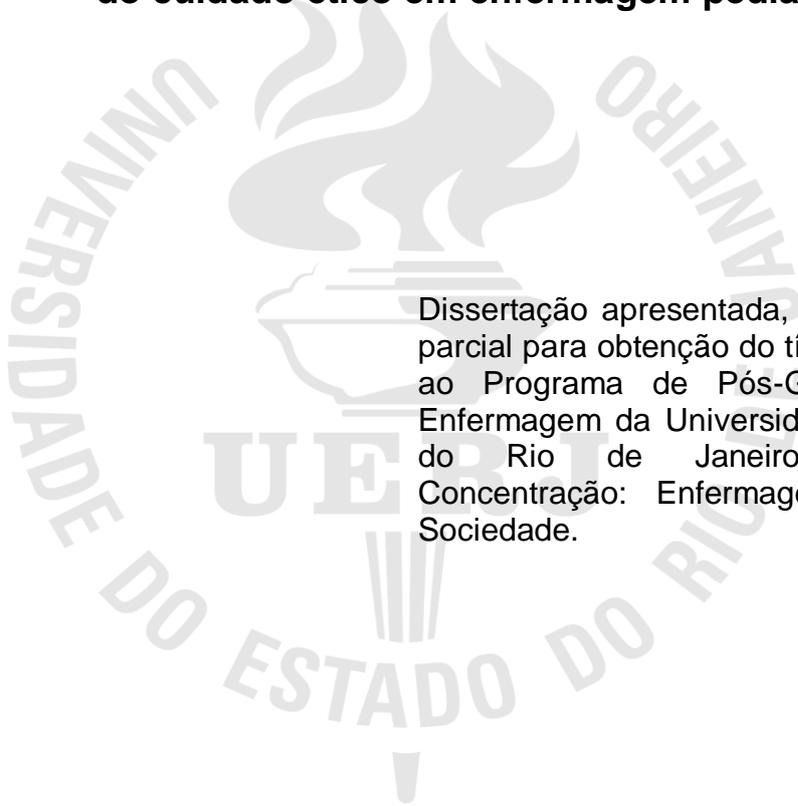
# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

Linéa Pereira Coelho

**O típico da ação assistencial do enfermeiro: perspectiva do cuidado ético em enfermagem pediátrica**



Dissertação apresentada, como requisito parcial 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  
2009

CATALOGAÇÃO DA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

C672 Coelho, Linéa Pereira.  
O típico da ação assistencial do enfermeiro: perspectiva do cuidado ético em enfermagem pediátrica / Linéa Pereira Coelho. - 2009.  
66 f.

Orientador: Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Cuidados em enfermagem. 3. Crianças – Assistência hospitalar. 4. Bioética. I. Rodrigues, Benedita Maria Rêgo Deusdará. II. Universidade do Estado do Rio 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

Linéa Pereira Coelho

**O típico da ação assistencial do enfermeiro: perspectiva do cuidado ético em enfermagem pediátrica**

Dissertação apresentada, como requisito parcial 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.

Aprovada em

Banca Examinadora:

---

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

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivis Emília de Oliveira Souza  
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Florence Romijn Tocantins  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janice Machado da Cunha  
Escola de Enfermagem da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Teresinha de Jesus do Espírito Santo da Silva  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Rio de Janeiro  
2009

## DEDICATÓRIA

*Ao meu pai (in memoriam), por acreditar que eu seria capaz.*

*À minha mãe, por oferecer-me condições para a realização deste sonho.*

*À minha irmã Liene e meu cunhado José Roberto, pelo apoio e incentivo.*

*À minha sobrinha Liane, por ser criança e fazer-me pensar em um cuidado mais humano.*

*A todas as crianças que muito me ensinam.*

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, a querida Bené, pelo seu carinho, paciência, confiança, e por me conduzir com sua mão segura nos momentos mais difíceis.*

## AGRADECIMENTOS

*Aos membros da banca examinadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ivis Emília de Oliveira Souza, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Florence Romijn Tocantins, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Janice Machado da Cunha, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Teresinha de Jesus do Espírito Santo da Silva pelas valiosas contribuições para a realização deste estudo.*

*A todos os Professores do Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ, pelos valiosos ensinamentos.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sylvia Alves Cibreiros, pelas longas conversas inspiradoras para o estudo.*

*Ao Dr. Carlos César Alves, Gerente de Relacionamento com Hospitais da Unimed Rio, pela compreensão.*

*Ao Dr. Jorge Domingos, Coordenador de Relacionamento com Hospitais da Unimed Rio, pelo incentivo e carinho.*

*À Mestre Ana Paula Monteiro Baptista de Andrade, mediadora no campo de estudo, pela disponibilidade e carinho.*

*À Diretora do Serviço de Enfermagem do Hospital, campo de estudo, Enf<sup>ª</sup> Ana Godoy, pela gentileza e atenção.*

*A todos os Enfermeiros que se dispuseram a participar do estudo, pelo carinho e atenção nos nossos encontros.*

*À Mestre Cassiana Silva Rossi, pela atenção e desprendimento em ceder material para o estudo.*

*À Mestre Lia Leão Ciuffo, pelo carinho e palavras amigas.*

*À Mestre Dominique Cavalcanti Mello, pelas palavras de apoio e incentivo.*

*À Mestre Rita de Cássia Walchan, pelo carinho e atenção.*

*A todos os funcionários da secretaria do Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ, em especial ao Sr. José Renan Nunes da Silva, pela presteza no atendimento.*

*À Sílvia Maria Gago da Costa, bibliotecária da Faculdade de Enfermagem da UERJ, pela ajuda na pesquisa bibliográfica.*

*À Adriana Caamaño, bibliotecária da Faculdade de Enfermagem da UERJ, pela elaboração da ficha catalográfica.*

*À Maria Celeste Carvalho Couto, pelo carinho na revisão do texto e formatação.*

*Aos meus alunos, por me incentivarem ao aprimoramento.*

*À Lumena Alckmin, pelo apoio nas dificuldades.*

*À amiga Livia Sá Costa, pelo incentivo nos momentos difíceis.*

*À amiga Márcia Amaral de Castro Almeida, pelas palavras de apoio.*

*Ao Prof. Alexandre Santos Leite pela assessoria técnica em informática.*

*À jornalista Gláucia Araripe de P Fonseca pela revisão ortográfica.*

*Então, um professor disse: “Fala-nos do ensino”.*

*E ele disse:*

*“Homem algum poderá revelar-vos senão o que já está meio adormecido na aurora do vosso entendimento.*

*O Mestre que caminha à sombra do templo, rodeado de discípulos, não dá de sua sabedoria, mas sim de sua fé e de sua ternura.*

*Se ele for verdadeiramente sábio, não vos convidará a entrar na mansão de seu saber, mas vos conduzirá antes ao limiar de vossa própria mente...*

*Porque a visão de um homem não empresta suas asas a outro homem.*

*E assim como cada um de vós se mantém isolado na consciência de Deus, assim cada um deve ter sua própria compreensão de Deus e sua interpretação das coisas da terra”.*

Khalil Gibran

## RESUMO

COELHO, Linéa Pereira. *O típico da ação assistencial do enfermeiro: perspectiva do cuidado ético em enfermagem pediátrica*. 2009. 66f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Em minha experiência profissional, atuando como enfermeira na assistência e docência na área de enfermagem à criança, deparei-me com inúmeras dificuldades, e também alegrias, decorrentes dessa prática. A partir disso, as reflexões surgidas sobre o cuidado do enfermeiro na construção da autonomia da criança durante o período de hospitalização, levou-me a direcionar o olhar para as repercussões dessas ações na contribuição para o desenvolvimento da criança como um sujeito. Assim, o estudo proposto é de natureza qualitativa, do tipo descritivo, e tem como *objeto* o significado do cuidado para o enfermeiro, que permite a participação da criança nas ações de enfermagem em face da assistência de saúde e como *objetivo* apreender a ação do enfermeiro frente à participação da criança na realização de cuidados. O percurso metodológico foi realizado com base na fenomenologia sociológica desenvolvida por Alfred Schutz pela sua adequação, por entender que o cuidado de enfermagem se apresenta como uma ação, que tem sua gênese na relação EU – TU. A entrevista fenomenológica foi a técnica utilizada para a busca dos depoimentos. Para a apreensão do *motivo para*, que possibilitou a tipificação quanto à atuação do enfermeiro frente à participação da criança na realização de quaisquer cuidados, foram utilizadas as seguintes questões: Quando você cuida da criança, o que você tem em mente quanto à participação dela nos cuidados? O que você faz? O que você espera com isso? Os profissionais participantes do estudo foram 17 enfermeiros que atuam no cuidado à criança hospitalizada, em Hospital de referência no Município do Estado do Rio de Janeiro. Deste modo, as características típicas de acordo com a concepção fenomenológica de Alfred Schutz imprimem uma caracterização do grupo estudado como sendo de enfermeiros que, em sua maioria, atuam em Enfermagem Pediátrica por opção, e que buscaram uma especialização voltada para a área de Saúde da Criança, independente das diferentes idades e tempo de formação. O típico na sua ação frente à participação da criança na realização de cuidados se dá como: *falar para a criança sobre o cuidado*. O estudo possibilitou compreender que, na assistência de enfermagem à criança, o enfermeiro necessita inserir na sua prática o respeito aos direitos da criança e de seus representantes legais, repensando conceitos, abolindo *pré-conceitos*. O direito ao exercício da autonomia face aos cuidados de enfermagem deve ser conduzido para a liberdade na tomada de decisão que está relacionada à orientação adequada e compreendida por todos. O enfermeiro, durante a assistência, deve pautar suas ações na participação gradual da criança, respeitando seu desenvolvimento cognitivo e sua capacidade de compreensão. Assim, é possível uma postura profissional na qual o trabalho em equipe multidisciplinar seja uma prática freqüente, na perspectiva do entendimento do ser em formação.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica. Cuidados de enfermagem. Crianças. Assistência hospitalar. Ética.

## ABSTRACT

In my professional experience as nurse acting in the attendance and in the teaching in the nursing area to the child came across countless difficulties and current happiness of that professional practice. Starting from that, the reflections appeared on the nurse care, having in view the construction of the child's autonomy during the hospitalization period it took me to address the glance for the repercussions of those actions, having in view the contribution for the child's development as an autonomous subject. In this way, the proposed study is of qualitative nature of descriptive type, and he/she has as object the meaning for the nurse of care, that allows the child's participation in the nursing actions in face of the cares and as objective apprehends the action of the nurse front to the child's participation in the accomplishment of cares. The methodological course was accomplished with based on the sociological phenomenology developed by Alfred Schutz by his adaptation, for understanding that the nursing care comes as an action, that has its genesis in the relationship ME - YOU. The phenomenological interview was the technique used to search the evidences. For the reason for apprehension, which enabled the nurse classification performance front of the participation in the conduction of any child care, were used the following questions: When you take care of the child, what you have in mind as to her participation in care? What do you do? What do you expect with that? The professionals participating in the study were 17 nurses who work in caring for hospitalized children, in a reference hospital in the city of Rio de Janeiro. In this way, the typical characteristics in agreement with Alfred Schutz's phenomenological conception print a characterization of the group studied as being Nurses that are acting in Pediatric Nursing for option in majority, and that looked for a specialization focused on the Child area of Health, independent of the different ages and time of formation. The typical in their action front to the child's participation in the accomplishment of cares if it gives as: *to speak for the child about care*. The study made possible to understand that in the nursing attendance to the child the Nurse needs to insert in their practice the respect to the child's Rights and of your legal representatives, (re) thinking concepts, abolishing (pre) concepts. The right to the exercise of the autonomy face under the care of nursing should be led for the freedom in the electric outlet of decision that is related to the appropriate orientation and understood by all. The Nurse during the attendance should rule their actions in the child's gradual participation respecting a cognitive development and their understanding capacity. Therefore, it is necessary a professional posture in which the interdisciplinary is a frequent practice, in the perspective of the understanding of being in formation.

Keywords: Nursing. Child. To take care. Autonomy. Ethics.

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	12
1	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
1.1	<b>A criança no contexto social: alguns aspectos econômicos e políticos</b> .....	18
1.2	<b>A atenção à criança hospitalizada - modelos de ação</b> .....	22
1.3	<b>O cuidar da criança na perspectiva da bioética</b> .....	26
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	32
2.1	<b>Optando pelo estudo fenomenológico</b> .....	32
2.2	<b>A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz</b> .....	33
3	<b>TRAJETÓRIA DO ESTUDO</b> .....	37
4	<b>A ANÁLISE</b> .....	41
4.1	<b>Captando as falas</b> .....	41
4.2	<b>Caracterização dos sujeitos do estudo – aspectos da situação biográfica</b> .....	46
4.2.1	<u>Descrição da Caracterização dos sujeitos</u> .....	47
4.3	<b>A categoria concreta do vivido</b> .....	47
4.3.1	<u>Falar para a criança sobre o cuidado</u> .....	47
4.3.2	<u>Análise compreensiva da categoria: falar para a criança sobre o cuidado</u> .....	49
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	53
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	55
	<b>APÊNDICE</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	59
	<b>ANEXO A</b> - Resolução 41 – Conselho Nacional da Criança e do Adolescente .....	61
	<b>ANEXO B</b> - Declaração dos Direitos da Criança .....	63
	<b>ANEXO C</b> – Parecer do Comitê de Ética .....	66

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ao longo da minha trajetória profissional, atuei na área de assistência em enfermagem à criança e também na docência. Diante das inúmeras dificuldades, e também alegrias, decorrentes da minha prática profissional como enfermeira, comecei a refletir sobre a repercussão das ações de enfermagem com relação à contribuição do cuidado para a formação da criança como pessoa. Isto porque inúmeras crianças passam a sua infância em instituições hospitalares devido a internações frequentes, vítimas de enfermidades cujo prognóstico é incerto e o tratamento, doloroso e desgastante. Assim, o enfermeiro passa a fazer parte da vida cotidiana dessas pessoas: criança e família.

Na minha reflexão, comecei a questionar as atitudes do enfermeiro na prestação dos cuidados e suas implicações para a criança e sua família e percebi que nem sempre se estabelecia uma relação, que presume uma interação. Sendo assim, os cuidados eram prestados de forma impositiva, não permitindo a participação do Outro na sua própria vida.

Teoricamente, ou seja, embasada na minha formação profissional, sempre acreditei que todas as ações de enfermagem são para o Bem e, portanto, necessárias. Porém, refletindo, concluí que o que valoramos como Bem, para o Outro, ou seja, para a criança e sua família, pode não ser compreendido e desejado por eles da mesma forma.

Ao longo deste processo, decidia quando realizar determinado procedimento porque este era o meu dever profissional, sem perceber e compreender o que ocorria com a criança e seus familiares, que se sentiam vulneráveis, pois não lhes era permitido participar das ações de enfermagem, relativas aos cuidados (PETTENGILL; ÂNGELO 2006).

Assim sendo, nas ações de cuidar do enfermeiro, prevalece ainda uma postura heteronômica que se traduz por uma maneira autoritária e abusiva, na qual alguns profissionais de saúde agem como detentores do saber e, conseqüentemente, do poder. Assim, avaliam a criança e o familiar como incompetentes para decidirem o que consideram ser o melhor, principalmente quando não concordam com o cuidado a ser realizado (COELHO, 2002; FORTES, 2005).

A heteronomia, construída durante a trajetória de formação profissional do enfermeiro — pautada no modelo mecanicista e na medicalização, e que se releva na prática pela atitude paternalista —, requer uma profunda reflexão. Ela não considera a

criança como um ser em desenvolvimento, que evolui continuamente à medida que habilidades se aperfeiçoam e novas capacidades são adquiridas. Nesse sentido, Piaget (1977) afirma que a construção da autonomia da criança se desenvolve em vários estágios e que, dos seis aos onze anos de idade, é capaz de operar os pensamentos concretos, estendendo-o à compreensão do outro e à boa parte dos seus atos. Portanto, nesta fase do desenvolvimento, pode participar e até assentir sobre determinado cuidado que seja necessário ao seu tratamento.

Assim sendo, o incentivo à construção da autonomia da criança parece não pautar as ações de enfermagem, uma vez que, na prática, ainda é utilizada a imposição ou a argumentação que venham a convencer, e pouco esclarece.

A reflexão sobre a participação da criança, face aos cuidados de enfermagem como importante para a construção de sua autonomia, deve ser conduzida a partir da necessidade de uma prática pautada em uma ética que possa minimizar conflitos, que apresente opções e que considere a evolução de suas competências nas diferentes fases do desenvolvimento. Para que isto ocorra, é também importante o rompimento de conceitos pré-estabelecidos, como os que classificam a criança e o adolescente como seres sempre incapazes e que leva a atitudes paternalistas por parte dos adultos, e que se traduz por fazer tudo por eles o tempo todo.

Portanto, para que a criança seja compreendida como um ser em desenvolvimento, que tem direito de caminhar para a construção de sua autonomia, é necessário que, na prática do cuidar em enfermagem pediátrica, o enfermeiro permita a sua participação, respeitando suas limitações relacionadas ao seu estado de saúde e ao seu desenvolvimento cognitivo.

O cuidar da criança é revestido de peculiaridades que aumentam a necessidade de uma profunda reflexão acerca das ações de enfermagem, pois em enfermagem pediátrica, a relação que deve ser desenvolvida não pode ser direcionada apenas para o binômio criança-enfermeiro, mas para a tríade enfermeiro-criança-familiar. O enfermeiro precisa refletir sobre os seus *pré-conceitos*, que influenciam na prestação de cuidados, porque se constituem na reprodução de suas crenças, valores e, por sua vez, no seu modo de ser e de agir. Isto ocorre porque é difícil para o ser humano entender e respeitar o que vai de encontro ao seu axiológico, pois toda percepção é baseada em valoração e, assim, ignoramos a pessoa na sua singularidade (FORTES, 2005).

As ações de enfermagem devem ser pautadas por princípios éticos como, por exemplo, os contidos no Novo Código de Ética da Enfermagem Brasileira (Resolução

COFEN nº 311/ 2007) que, no Art. 17, destaca como Responsabilidades e Deveres “prestar adequadas informações à pessoa, à família [...]” e no Art. 18, “respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar”.

### **Situação estudada**

O cuidar da criança apresenta aspectos diferenciados devido à sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, necessitando, portanto, de proteção especial. Esta preocupação está inserida na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e na Constituição da República vigente que, no Artigo 227, incorporou ao ordenamento jurídico brasileiro a doutrina de proteção integral. Esta última se traduz pelo atendimento ao princípio do melhor interesse da criança e do adolescente, assegurando-lhe direitos à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária como sendo deveres da família, da sociedade e do poder público (PEREIRA, 2000). A proteção integral à criança e ao adolescente está inserida no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), que considera criança a pessoa até doze anos incompletos, e adolescente, o maior de doze anos e menor de dezoito.

A legislação brasileira determina que os pais exerçam o poder familiar, antes denominado pátrio poder, e na ausência destes, ou quando não atendam às obrigações legais face às necessidades da criança, pode ser exercido por um tutor nomeado por um juiz. A pessoa em formação deve ser representada até os dezesseis anos e assistida até os dezoito anos, quando adquire capacidade civil plena (BRASIL, 2007). Neste contexto, o responsável legal pela criança não pode ser afastado da ação de cuidar.

No Brasil, a criança hospitalizada tem seus direitos assegurados pela Resolução nº 41 do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1995) (Anexo A), que dispõe nos itens 8 e 10 sobre:

Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva [...].

Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.

Na assistência de enfermagem à criança, o enfermeiro necessita inserir na sua prática o respeito aos direitos da criança e de seus representantes legais, (re) pensando conceitos, abolindo *pré-conceitos*. O direito à construção da autonomia, face aos

cuidados de enfermagem, deve ser inserido na prática para que o direito à tomada de decisão seja exercido de modo consciente através da informação e do esclarecimento.

Assim sendo, o estudo desenvolvido tem como **objeto** o significado para o enfermeiro do cuidado — que permite a participação da criança nas ações de enfermagem em face da assistência de saúde — e, como **objetivo**, apreender a ação do enfermeiro frente à participação da criança na realização de cuidados.

### **Relevância do estudo**

O estudo é relevante porque investiga o significado para o enfermeiro da participação da criança hospitalizada face às intervenções de enfermagem, no sentido de adequar a prática às reais necessidades dos seres cuidados, respeitando os indivíduos na sua singularidade e também como pessoas de direitos.

Com relação às publicações existentes nessa área, foi realizada a busca bibliográfica na BIREME, com acesso às bases LILACS, MEDLINE, ADOLEC, SCIELO, no período de janeiro de 2007 a agosto de 2008. Para consolidar o tema sobre a participação da criança nas ações de enfermagem, foram utilizados os descritores Criança, Enfermagem, Autonomia e Bioética. Foram encontrados seis artigos de autores nacionais e oito internacionais, com enfoque na necessidade de uma reflexão a respeito dos paradigmas que norteiam as ações de enfermagem no cuidado à criança. Portanto, considero que o estudo possa contribuir para o avanço de uma reflexão crítica das ações de enfermagem ligada ao tema, com ênfase nos aspectos éticos, que precisam ser inseridos na prática profissional, através da construção de uma relação interpessoal mais humana e, conseqüentemente, da autonomia da criança.

No Mestrado da FENF/UERJ, o estudo irá contribuir para a construção do conhecimento com enfoque nos aspectos éticos do cuidado à criança hospitalizada, na perspectiva do desenvolvimento de sua autonomia, consolidando a produção científica na linha de pesquisa *O Cuidar em Saúde e Enfermagem*.

Para a formação e a qualificação profissional, penso que pode fomentar reflexões acerca da inclusão desse tema nas disciplinas relacionadas à Enfermagem Pediátrica nos cursos de Graduação e Pós-Graduação, o que pode subsidiar o graduando e o pós-graduando para uma assistência de enfermagem mais humana à criança e sua família, pautada na observação dos aspectos éticos que devem nortear as ações de enfermagem.



*“Desejais conhecer em palavras aquilo que sempre conhecestes em pensamento”.*

Khalil Gibran

# 1 REFERENCIAL TEÓRICO

## 1.1 A criança no contexto social: alguns aspectos econômicos e políticos

A contextualização histórica da criança na sociedade brasileira é importante para a compreensão da concepção que norteou o início da assistência à saúde infantil.

A criança considerada como um ser em formação dotado de direitos, portanto, gozando da proteção do Estado, da sociedade e família é recente nas sociedades ocidentais (BRASIL, 1990).

Até o final século XVII, o infanticídio era moralmente tolerado, embora fosse considerado crime, mas sua prática era camuflada por convenientes acidentes domésticos, como a asfixia na cama dos pais. As crianças que os genitores não desejavam conservar eram eliminadas. A prática foi abolida quando os bispos condenaram o hábito das crianças dormirem com os pais, sendo percebida claramente a diminuição da mortalidade infantil nos anos seguintes. As crianças até então eram vistas como seres pouco dotados, e não havia preocupação com a sua formação, proteção e muito menos com as questões relacionadas à saúde (ARIÈS, 1981).

As etapas do desenvolvimento infantil, como hoje entendemos — infância e adolescência —, não eram consideradas, pois a criança era inserida na vida adulta e criada longe do seio familiar. As famílias, ou melhor dizendo, os genitores entregavam suas crianças ao cuidado dos pais de outras crianças e recebiam os destes. Isto significa dizer que o costume da Idade Média e que persistiu até o fim do século XVII excluía qualquer tipo de vínculo afetivo, necessário para a construção do que definimos como família (ARIÈS, 1981).

Assim sendo, a permuta de crianças tinha como objetivo prepará-las para as tarefas que deveriam desempenhar na perpetuação das tradições e, principalmente, na proteção dos bens e no aprendizado de um ofício. As crianças eram pequenas serviçais, pois executavam tarefas domésticas e acompanhavam, na prática do ofício, o adulto responsável por lhes ensinar o que seria importante para a vida futura. Este era o sentido de educação, que consistia na aprendizagem adquirida pela convivência imposta. As trocas afetivas e as comunicações sociais eram realizadas longe da família.

A aprendizagem das crianças através somente do contato com adultos foi substituída pela escola, surgida na Europa no início do século XVIII. Porém, permanecia a ausência de convívio da criança com a família, pois estas eram enclausuradas pelas paredes da escola por um longo período, até estarem preparadas para a vida de adulto.

Esse afastamento da criança pela escolarização causou uma profunda mudança no contexto familiar do século XVIII, expressa pela importância atribuída à educação das crianças e pela união dos cônjuges por laços sentimentais. Este modelo de família considerado ideal permanecerá até o século XX (ARIÈS, 1981).

No Brasil Imperial, as famílias ricas entregavam os recém-nascidos às amas de leite, às escravas e, mais tarde, às luzes da Europa — para que fossem educados na Civilização, como uma demonstração de *status* e prestígio —, permanecendo o afastamento da criança do convívio com os pais.

Com relação às famílias pobres e numerosas, ou às crianças fruto de relações consideradas amorais, eram abandonadas em instituições como a Casa dos Expostos, Casa dos Enjeitados ou ainda a Casa da Roda ou Roda dirigida por religiosas que davam uma aparência de cuidado e proteção e que serviam para ocultar o que a sociedade não queria tornar público. Assim sendo, o cuidado a estas crianças estava baseado na caridade cristã e na filantropia (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

No século XIX, as crianças pobres e das áreas rurais ainda eram consideradas como um objeto e utilizadas como força de trabalho, principalmente após a abolição da escravidão, ocorrida em 1888. Com a evasão dos escravos libertos dos cafezais, a cafeicultura, setor hegemônico da economia brasileira, ficou carente de mão-de-obra.

A utilização da mão-de-obra de crianças muito pequenas não foi abolida mesmo após o Decreto nº. 1.313, de 1891, que fixava a idade mínima para o trabalho infantil em 12 anos, demonstrando que a criança não era vista como uma pessoa pela sociedade e, portanto, dotada de direitos, embora, teoricamente, estivessem garantidos por um dispositivo legal.

Nas cidades, com a abolição da escravidão, os cuidados de limpeza do espaço urbano foram negligenciados, pois este serviço era realizado também por escravos, fato que contribuiu para devastadoras epidemias.

No Brasil, o início de ações efetivas na área da saúde foi marcado pela higienização e a medicalização do espaço urbano, em meados do século XIX, resultantes das epidemias de febre amarela, varíola e cólera — que atingiram cidades portuárias que escoavam a produção. Como consequência das epidemias, houve um grande aumento do número de órfãos com necessidades sociais e de assistência à saúde. Estas crianças foram abrigadas em um asilo anexo ao Hospital Nossa Senhora da Saúde.

Assim, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, criada em 1829, e responsável pela medicina social no Brasil, foi a articuladora para que, em 1882, fosse inaugurada a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que dispunha de um consultório infantil e ministrava cursos sobre doenças da infância. No mesmo ano, foi criada uma disciplina nas Faculdades de Medicina do Brasil (na Bahia e no Rio de Janeiro), com o nome de *Clínica de Moléstia de Criança*. Nessa fase, tem início a transição do assistencialismo para assistência à saúde (GOMES; ADORNO, 1991; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008).

No que se refere à enfermagem, até as últimas décadas do século XIX, o enfermeiro era considerado *prático*. A direção dos serviços hospitalares e a coordenação do trabalho de enfermagem eram executadas por irmãs de caridade, auxiliadas por escravos libertos e qualquer indivíduo que adquirisse prática para cuidar de doentes, pois não existiam escolas de enfermagem. Vale lembrar que a primeira escola foi criada em 1890 com o nome de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, ligada ao Hospício Maria Angélica, hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.

A enfermagem brasileira teve papel decisivo na atuação em saúde da criança quando o Sistema Nightingale foi implantado na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1922, e que, em 1926, passou a ser denominada Escolas de Enfermeiras D. Anna Nery. As enfermeiras formadas por essa escola foram atuar nos consultórios de higiene infantil, orientando os cuidados pré-natais, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. O objetivo do trabalho das enfermeiras era o combate à mortalidade infantil, alvo da higienização.

O início do século XX, no Brasil, foi marcado pelo surgimento das lutas sociais, liderado por trabalhadores urbanos que voltaram seus olhares para a situação da criança trabalhadora e reivindicaram a proibição do trabalho de menores de 14 anos e abolição do trabalho noturno de menores de 18 anos.

Até 1927, no Brasil, quando foi promulgado o primeiro documento legal para menores de vinte e um anos — denominado o Código de Menores —, a criança não tinha nenhuma notoriedade social ou legal. O código não conferia direitos, mas direcionava o tratamento que deveria ser adotado para crianças em situação de risco: menores abandonados e delinquentes.

Na década de 1930, com a evolução do ensino da pediatria, a assistência à criança foi institucionalizada e marcada por dois tipos de prática médica: a puericultura, realizada nos Centros de Saúde, e a assistência médica privada.

Em 1942, no período conhecido como Estado Novo (1930 a 1945), foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM). Tratava-se de um órgão do Ministério da Justiça e que funcionava como um equivalente ao Sistema Penitenciário para a população menor de idade. Sua orientação era correcional-repressiva. O sistema previa atendimento para o menor carente e abandonado, com escolas de aprendizagem de ofícios urbanos (OLIVEIRA, 1996).

Apesar da transição do assistencialismo para a assistência à saúde ter se iniciado no final do século XIX, no século XX houve a criação de entidades *assistenciais*, porém com aspectos correcionais e ainda de preparo da criança para a inserção no trabalho, como a Casa do Pequeno Jornaleiro: programa de apoio a jovens de baixa renda baseado no trabalho informal e no apoio assistencial e socioeducativo; Casa do Pequeno Lavrador: programa de assistência e aprendizagem rural para crianças e adolescentes filhos de camponeses; a Casa do Pequeno Trabalhador: programa de capacitação e encaminhamento ao trabalho de crianças e adolescentes urbanos de baixa renda; Casa das Meninas: programa de apoio assistencial e socioeducativo a adolescentes do sexo feminino com problemas de conduta (OLIVEIRA, 1996).

O olhar para a criança como uma pessoa em formação que necessita de proteção, ocorreu em nível internacional com a publicação da Declaração dos Direitos da Criança, em 1959, pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma resposta do mundo ao genocídio que chocou a humanidade durante a Segunda Guerra Mundial (Anexo B).

Com a redemocratização do Brasil, no pós-guerra (1945 a 1964), ocorreu a instalação, em 1950, do primeiro escritório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que, em questões de saúde, trouxe a hegemonia do modelo curativo.

Nesta época, para o cuidado à criança, as enfermeiras começaram a buscar conhecimentos na área da Psicologia. O objetivo era o de conhecerem mais sobre o desenvolvimento infantil devido à valorização do paradigma do desenvolvimento psicossomático na formação do futuro cidadão. É importante comentar que a produção científica de enfermagem da década de 1960 ressaltava a importância da enfermeira como substituta da figura da mãe no atendimento às necessidades emocionais da criança durante a hospitalização (OLIVEIRA, 1996).

A história social da criança sofreu mudanças significativas no Brasil com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei nº 8.069/90), em 13 de Julho de 1990, que contempla a normativa internacional em respeito aos direitos

humanos da população infanto-juvenil. No atendimento à saúde da criança, esta lei trouxe uma mudança de paradigma no que se refere às necessidades da criança durante a hospitalização, abolindo a substituição da mãe pela enfermeira, pois a lei garante a permanência da família junto à criança e também reconhece que o desenvolvimento da criança deve ser uma preocupação de toda a sociedade.

## **1.2 A atenção à criança hospitalizada - modelos de ação**

A partir do final do século XIX, a criança, para a sociedade, passou a ser considerada como um ser com necessidades biológicas, sociais, psicológicas e emocionais (DARBYSHIRE, 1994). Em função dessa mudança de significado, a assistência à sua saúde começou a sofrer transformações.

A preocupação com a assistência à criança hospitalizada foi impulsionada pelo relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1951, que destacou a privação materna e da família durante a hospitalização, que tinha como objetivo evitar a transmissão de infecção como fator predisponente à perturbação mental. Segundo Wong (1999), a ausência familiar pode levar à infantilização, que se caracteriza por comportamentos comuns em idades inferiores devido ao medo e à insegurança (LIMA, 1996).

A preocupação com a humanização da assistência à criança hospitalizada foi discutida na Inglaterra e expressa através do Relatório Platt, em 1959, levando pais e profissionais a analisarem as repercussões da hospitalização infantil.

No Brasil, antes da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), que dispõe no Artigo 12 que “[...] os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes”, o Estado de São Paulo já oficializava este direito em 1988, em consonância com a Constituição do Brasil — que incorporou a proteção dos direitos da criança e do adolescente.

Porém, o paradigma do modelo mecanicista da assistência, ainda predominante na prática do enfermeiro, responde prioritariamente às necessidades do corpo biológico e pouco valoriza, neste processo, as outras necessidades de um ser em fase de crescimento e desenvolvimento, que também quer brincar, estabelecer vínculos, receber e dar afeto, ser respeitado, ter autonomia, mesmo quando hospitalizado (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999).

No modelo assistencial de enfermagem praticado, há uma conduta heteronômica por parte dos profissionais, e também dos responsáveis pela criança — que marginalizam sua vida e minimizam suas experiências como expressões de imaturidade. As questões éticas e morais são interpretadas à luz de modelos centrados no adulto e em conceitos pré-estabelecidos, como os que consideram as crianças incapazes de desenvolverem a construção de sua autonomia pela participação nos cuidados de enfermagem (GOLDIM, 2004; CARNEVALE, 2004; COA; PETTENGILL, 2006).

A criança, quando hospitalizada, deve ser cuidada em suas reais necessidades e respeitada como uma pessoa em formação; nesta perspectiva consiste a construção do Princípio da Autonomia, que deve ser observado pelo enfermeiro. Quando decisões são tomadas sem a participação da criança, esta pode se sentir desamparada e deprimida, diminuindo, assim, a confiança nos adultos dos quais depende (MARRACH; KAHHLE, 2003).

Se os adultos mantêm atitudes paternalistas, como a criança será capaz de fazer escolhas e tomar decisões ponderadas, quando adulta?

Nos países de cultura anglo-saxônica, há forte tendência para a aceitação da *maioridade sanitária*. Tal conceito considera que qualquer pessoa, independente da idade, com condições psicológicas e intelectuais para apreciar a natureza e as consequências de uma proposta de assistência à sua saúde, possa participar do processo decisório em detrimento da *maioridade legal*. Porém, estudo realizado na Inglaterra, com crianças hospitalizadas, revela que, apesar da evolução no processo de participação da criança, estas ainda são pouco consideradas e que os seus sentimentos, aflições e dúvidas quanto ao tratamento, muitas vezes são ignorados e que gostariam de poder participar mais nas decisões que lhe dizem respeito (ODIGWE, 2004; FORTES, 2005).

Nesse sentido, a participação da criança nos cuidados de enfermagem precisa ser avaliada no que se refere às fases do seu desenvolvimento cognitivo, que evolui continuamente, no qual novas capacidades são adquiridas e habilidades aperfeiçoadas. A aquisição de competências ocorre de modo progressivo, o que causa diferenças entre pessoas com a mesma idade, e é influenciada por fatores extrínsecos ao indivíduo como estímulos, ambiente, cultura e educação, significando que cada criança deve ser compreendida como um ser singular (LEONE, 1998).

O desenvolvimento infantil baseado na Teoria de Piaget (PIAGET, 1977) pode contribuir na avaliação da capacidade de participação da criança nos cuidados de enfermagem. Foi descrito pelo educador como composto por quatro estágios:

- Sensório-motor - de zero a dois anos - no início deste estágio, a criança não diferencia o seu eu do meio que a rodeia. A criança tem como única referência seu próprio corpo, o que ocasiona um egocentrismo total. Este estágio termina quando os objetos passam a existir independente do seu eu e são manipulados para satisfação de suas necessidades, e a criança torna-se capaz de representar o que conhece simbolicamente.
- Pré-operacional – inicia-se com o aparecimento da linguagem e estende-se até os quatro anos. Ocorre o início da socialização. Fixa-se no que vê, mas gradativamente consegue articular sua intuição. Este estágio é também denominado de pré-escolar.
- Operacional concreto - este estágio se estende até os dez anos. A criança torna-se menos egocêntrica. O pensamento torna-se mais organizado, pode pensar no todo e nas partes simultaneamente.
- Operações Formais - inicia-se por volta dos onze anos. Sua principal característica é a capacidade da criança de raciocinar com hipóteses verbais e não apenas com os objetos concretos. Procura buscar hipóteses gerais que possam explicar fatos observáveis que tenham ocorrido.

No estágio operacional concreto — que coincide com a idade escolar —, a criança é capaz de reconhecer e compreender as convenções sociais e a moralidade, ocorrendo também o desenvolvimento da autoconsciência, pela determinação da vontade, e há a necessidade da criança expressar sua autonomia (PIAGET, 1997; LOURENÇO, 1992). Assim, a criança precisa ser estimulada quanto ao processo construtivo de sua autonomia, inclusive durante sua hospitalização que, muitas vezes, ocorre por toda a sua infância.

A hospitalização para a criança pode acarretar danos, quando for de longa duração ou com frequência, porque exige mecanismos adaptativos e também ocasiona transtornos nas relações consigo mesma e com os outros. As reinternações, embora favoreçam a melhora física, representam o afastamento do cotidiano e também a certeza de que a doença ainda existe, transformando esta criança em um ser diferente dos outros, que crescem sem as interrupções da vida ocasionadas pelo adoecimento e, principalmente, quando acometidas por patologias crônicas.

A criança, por estar em desenvolvimento, ainda tem seus mecanismos de adaptação e percepção débeis e os sintomas da doença e a hospitalização podem ser interpretados, por ela, como castigo por algo que deixou de fazer ou fez de errado.

As reações da criança à hospitalização variam de acordo com a faixa etária e com o desenvolvimento cognitivo. Assim sendo, crianças de dois a cinco anos (estágio sensório-motor e pré-operacional ou pré-escolar) podem apresentar aparência de infelicidade, choro frequente, apatia, sono agitado, baixa resposta a estímulos e perda ponderal. Podem também desenvolver apego a determinado profissional quando o familiar se afasta com frequência. Percebe-se, neste sentido, a importância da participação ativa da família na hospitalização da criança (SCHMITZ *et al.*, 2005).

As crianças na faixa etária de seis a onze anos (estágio operacional concreto) reagem à hospitalização com ansiedade, relacionada às experiências novas e com potencial traumático, têm grande preocupação com a privacidade e temor de perder habilidades adquiridas por procedimentos e diagnósticos.

Estes conjuntos de reações e as repercussões da internação podem ocasionar transtornos do desenvolvimento cognitivo e distúrbios emocionais, que são denominados de *hospitalismo* e normalmente não apresentam explicações clínicas.

As necessidades físicas, afetivo-emocionais e espirituais da criança, se respeitadas durante a internação, podem prevenir ou atenuar danos e conduzi-la a criar condições para a aquisição de novas habilidades para o enfrentamento dos problemas decorrentes do adoecimento.

Nesta perspectiva, o enfermeiro deve refletir a respeito das implicações do cuidado de enfermagem e assumir, na ação de cuidar, o seu papel também de educador junto à criança e família, através de um cuidado ético que vise a contribuir para a formação integral do ser cuidado, realizando um trabalho de prevenção de danos que podem ocasionar sequelas que impedirão o pleno desenvolvimento da criança (SCHMITZ *et al.*, 2005).

### **1.3 O cuidar da criança na perspectiva da bioética**

A necessidade da humanização dos cuidados no âmbito hospitalar existe em um contexto social no qual alguns fatores têm contribuído para a fragmentação do ser humano, compreendido, na maioria das vezes, somente com necessidades biológicas.

O avanço da tecnociência, principalmente a partir dos últimos cinquenta anos, a visão de que os profissionais de saúde são detentores do poder e a adoção de uma

atitude paternalista em relação à criança levam ao esquecimento da dignidade humana, que é um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como meio (FORTES, 2005).

Assim sendo, o cuidado, muitas vezes, consiste somente na aplicação de um procedimento técnico para cumprir um objetivo puramente mecanicista, sem a percepção de integralidade do ser humano (BARBOSA; SILVA, 2007).

Cuidar significa, para Zoboli (2005), “ir ao encontro de outra pessoa para acompanhá-la na promoção de sua saúde [...] em um encontro que visa criar laços de confiança e vínculo”.

Para Boff (1999), cuidar é mais que um ato; é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Watson (1999) considera cuidar o ideal moral da enfermagem — que tem como objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.

Assim, a prática de um cuidado ético significa a implementação — nas ações do enfermeiro e equipe — de uma prática que considere a individualidade e a subjetividade do ser cuidado, aliviando o seu estado de vulnerabilidade (PETTENGILL; ANGELO, 2005).

As ações de enfermagem devem ser pautadas na ética, que se refere às regras de conduta humana. Etimologicamente, se equivale à moral, que tem origem do grego *ethos*, que também significa *caráter, modo de ser e conduta de vida* (FORTES, 2005). A ética profissional ou ética deontológica constitui um conjunto de normas que indicam como devem se comportar os indivíduos, na qualidade de membros de determinado corpo socioprofissional. Na atualidade, parece não ser suficiente para oferecer subsídios ao enfermeiro, diante dos dilemas éticos, que são situações em que a dificuldade de escolher uma opção é por diversas razões difíceis e quando nenhuma delas parece satisfatória.

Nesta perspectiva, os avanços da biociência, com a utilização de novas tecnologias, acarretam, para a prática de enfermagem, a necessidade de incorporação de novos saberes, que possam conduzir a assistência de enfermagem para o respeito da dignidade do ser cuidado.

A relação entre o profissional de saúde e o ser cuidado deve ser próxima o suficiente para que ele adquira confiança no tratamento e naqueles que lhes prestam cuidados. Contudo, há necessidade do estabelecimento de vínculo que ocorre quando há uma ligação de respeito e confiança, criada a partir do diálogo, na intersubjetividade

(relação EU - TU). É através da comunicação, que é o instrumento básico da assistência de enfermagem, que se passa a compreender o ser cuidado como uma pessoa (MENDES, 1994).

Portanto, é necessário o estímulo ao diálogo — que é o passo inicial para o estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e o ser cuidado, que não pode ser tratado somente como um fato biológico. Isto deve conduzir o profissional a uma atitude que dê importância especial às suas ações de cuidar. A relação a ser estabelecida entre enfermeiro e o ser cuidado deve favorecer a experiência humana que é compartilhada, porque somos seres em constante relação (SCHUTZ, 1979; BERGUN, 1998, PEGORARO, 2002).

A percepção da necessidade do ser humano ser o foco central das ações de saúde, com respeito à individualidade, teve seu fomento entre as décadas de 1960 e 1970, devido a denúncias na imprensa mundial de desrespeito aos Direitos Humanos em pesquisas científicas, o que ocasionou a necessidade de mudanças nos padrões morais de relacionamento entre profissionais de saúde que cuidam e pessoas que recebem cuidados. Isto significa afirmar que os Tratados Internacionais de defesa dos Direitos Humanos, assinados por inúmeros países, na prática científica não haviam sido ratificados, principalmente quando se tratava de indivíduos mais vulneráveis.

A necessidade de proteção dos vulneráveis, em pesquisas científicas, levou os Estados Unidos — alvo principal das denúncias de desrespeito — a criarem, em 1974, uma Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental. Esta comissão trabalhou por quatro anos e teve como resultado um texto denominado de Relatório Belmont, que apresentou três princípios norteadores das relações entre pesquisador e pesquisado e também entre quem presta assistência e quem é cuidado, ressaltando a importância do respeito à dignidade humana.

Os princípios éticos apontados no referido relatório como necessários para a prática da biociência, mantêm uma relação com o pensamento moral e as tradições do mundo ocidental, sendo descritos como:

1- Respeito pelas pessoas - implica a observação do indivíduo como sujeito autônomo. A autonomia se expressa como princípio de liberdade moral, considerando que todo ser humano é agente moral autônomo e, como tal, deve ser respeitado por todos os que mantêm posições morais distintas (GRACIA, 1990).

A aplicação deste princípio no cuidado à criança é um ideal porque a criança não é autônoma — assim como o adulto também não o é. Existem condicionantes

sociais e, no caso das crianças, também legais, que impedem a total autonomia que seria a tomada de decisão baseada somente no contexto pessoal (FORTES, 2005).

2- Beneficência - consiste em um compromisso dos profissionais da biociência em não causar danos e, assim, assegurar o bem-estar dos envolvidos. Significa a necessidade de avaliação constante por parte do profissional, do pesquisado e das pessoas assistidas, dos riscos e benefícios de tratamentos e procedimentos em saúde. Beneficiar significa desenvolver ações para a pessoa que é o ser cuidado, que impliquem melhorias para a sua vida, contribuindo para o bem-estar global, mesmo para os que convivem com patologias crônicas.

3- Justiça - pode ser traduzida por equidade social. Baseia-se na compreensão das diferenças nas necessidades. Isto significa que, na realização de cuidados e procedimentos em saúde, a justiça não está em oferecer tudo para todos, mas aplicá-la de forma a melhor atender as necessidades do ser cuidado, levando em consideração condições clínicas e também sociais (SGRECCIA, 1996).

Um ano depois que a Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental iniciou seus trabalhos, uma proposta de reflexão ética surgiu como uma resposta às transformações sociais e morais, que atingiram também a biomedicina, que se define como todo exercício profissional relacionado à saúde e à doença dos seres humanos. Assim, surgiu a Bioética descrita por Van Rensselaer Potter, um cancerologista preocupado com a sobrevivência ecológica do planeta e a democratização do conhecimento, através da obra intitulada *Bridge to the future (Uma Ponte para o Futuro)* (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Etimologicamente, bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética). Pode ser definida como o estudo sistemático da conduta humana no contexto das ciências da vida e da saúde, examinadas à luz de valores morais, através de uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar.

A Bioética apresenta como aspectos relevantes:

- compreensão dos problemas relacionados a valores que surgem em todas as profissões de saúde;
- aplicação às investigações biomédicas e às do comportamento que influem diretamente ou não na terapêutica;
- abordagem de várias questões sociais, que se relacionam com temas da saúde.

A Bioética deve ser considerada como uma ponte de diálogo multi, inter e transcultural, de maneira que se baseia no respeito diante do diferente, do diverso e do

desigual, que se traduz em dignidade e qualidade de vida para as pessoas mais vulneráveis (GARRAFA; PESSINI, 2003).

Neste contexto, a bioética é um caminho para a mudança de paradigmas no sentido de reconhecimento dos sujeitos no âmbito social, uma vez que conduz a uma reflexão para a conquista de uma prática em saúde humanizada.

A bioética é uma área de reflexão, discussão e interação para pessoas interessadas em estabelecer e discutir hierarquias e valores e não necessariamente uma área de ensino, sendo, por isso, ainda pouco estudada, tendo em vista o caráter tecnicista da formação profissional (SEGRE; COHEN, 2002).

A bioética, por permitir uma reflexão sobre os conflitos que emergem da evolução humana, tem preocupação também com os problemas existentes e com os problemas persistentes, sendo o seu foco a qualidade das práticas humanas sobre os fenômenos da vida. E como vida é a razão das ciências da saúde, torna-se adequada para análise de conflitos de natureza ética neste campo de atuação (SCHRAMM, 2002).

Um quarto princípio moral foi proposto por Beauchamp e Childress (2002), a ser considerado no âmbito da biomedicina: a não-maleficência que pode ser descrita como a obrigação de *não causar danos, de não impor riscos e não prejudicar* intencionalmente. É importante atentar que dano não se refere somente aos aspectos físicos, como a dor, as incapacidades e a morte, mas incluem os âmbitos psíquico, social, moral e também espiritual. Na observação deste princípio nas ações de enfermagem no cuidado à criança, podemos entender que não causar danos significa também atentar para o respeito às crenças, valores, costumes e sentimentos que, quando desrespeitados, podem causar prejuízos ao desenvolvimento saudável.

A necessidade de resgate da humanização na assistência percebida diante dos avanços tecnológicos dos últimos anos questiona a atitude profissional, em face do ser cuidado, que não se resume somente a um diagnóstico no cenário institucional; não é somente um fato biológico. É uma pessoa singular e inserida no mundo da vida de modo próprio, com hábitos, costumes e, portanto, com diferentes contextualizações da vida a partir de seu contexto vivido (SCHUTZ, 1979).

Cuidamos inúmeras vezes sem qualquer reflexão, utilizamos, na prática, rotinas hospitalares que rapidamente são transformadas em *leis institucionais* que não abrem espaço para uma ação individualizada.

A ação de cuidar é premissa da assistência de enfermagem e requer dedicação, paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem. Assim, significa

que, para cuidar de alguém, é necessário conhecer quem é este alguém, seus poderes, suas limitações e também como responder às suas necessidades (PEGORARO, 2002; RODRIGUES *et al.*, 2003).

Assim, o enfermeiro, como profissional do humano, deve pautar suas ações de cuidar através de um processo de interação e reciprocidade; o ser cuidado deve ser visto como um sujeito a ter sua dignidade respeitada e a criança como uma pessoa em processo de formação, que deve ser protegida contra a violação de seus direitos, considerando os princípios da bioética como norteadores das ações na assistência de enfermagem.



*“E agora perguntais em vosso coração: como distinguiremos o que é bom do que é mau?”*

Khalil Gibran

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 2.1 Optando pelo estudo fenomenológico

A busca pela compreensão do significado para o enfermeiro do cuidado, que permite a participação da criança nas ações de enfermagem, na perspectiva do cuidado ético em enfermagem pediátrica, levou-me ao estudo qualitativo do tipo descritivo. O objetivo principal é descrever minuciosamente a característica de determinado grupo de uma população, em uma determinada realidade, quando esta não pode ser mensurada ou quantificada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) que, neste caso, trata do significado da ação atribuído pelos enfermeiros que atuam com crianças hospitalizadas e sua participação nos cuidados.

Assim sendo, optei pela Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz, por sua adequação, por entender que o cuidado de enfermagem se apresenta como uma ação, que tem em sua gênese uma relação entre quem cuida e quem é cuidado. Essa relação é marcada pela intersubjetividade, que se traduz pela relação EU-TU, que é permeada por processos interiores, constituídos pelos próprios sujeitos.

A concepção fenomenológica da ação social desenvolvida por Schutz contempla a compreensão do comportamento social a partir da situação existencial dos atores sociais. Estes refletem motivos relacionados intrinsecamente à sua situação biográfica, que é constituída por um estoque ou bagagem de conhecimentos relacionados às suas vivências. Portanto, em uma relação que se dá como uma ação social vinculada a uma história vivenciada e seus motivos (SCHUTZ, 1979).

Para a realização da ação, a pessoa lança mão da sua bagagem de conhecimentos disponíveis, que está respaldada no caráter motivacional da ação denominado por Schutz como *motivo devido a* ou *motivo porque* e é descrito como a expressão das experiências passadas no cotidiano vivenciado que conduziram a pessoa a agir (praticar a ação). Porém, cada ação praticada é constituída de intencionalidade que visa a atingir determinada meta ou objetivos que, para Schutz, constitui o *motivo para* ou *em vista de* (TOCANTINS, 1993; JESUS, 1999).

A descrição e análise das relações sociais vividas a partir de modos de ação constituem uma característica própria e marcante de determinado grupo social e que apresentam um valor de significação, que é considerado pelos sujeitos da ação, baseado no significado, ou seja, no sentido atribuído às vivências.

Diante dos significados atribuídos pelos atores sociais que expressam uma ação típica, característica de determinado grupo social, cada ator na relação de intersubjetividade coloca no contexto vivido a marca de suas vivências que, na análise do grupo, não desvela a individualidade. Sendo assim, o típico não corresponde a uma única pessoa envolvida na ação social, pois, para Schutz (1979), a interpretação baseada nas vivências conscientes a respeito dos sujeitos ou atores sociais (síntese de reconhecimento) implica uma idealização que não é individual, mas sim uma representação dos atores sociais envolvidos naquela ação social.

A síntese de reconhecimento que leva a uma caracterização típica do grupo foi denominada por Schutz como *tipo pessoal ideal* ou *tipo ideal*, conforme Capalbo (1998), e que expressa uma característica de determinado grupo social, podendo desvelar o tipo vivido.

Para a fenomenologia social, é relevante investigar o que constitui uma característica típica de determinado grupo social que está vivenciando no cotidiano determinada situação, e que a expressa através de ações que são desencadeadas pelos significados atribuídos à vivência cotidiana. Assim, o vivido dos atores sociais se expressa nas suas ações, que têm um objetivo futuro e que o pesquisador na sua análise o apreende, como um típico da ação que se dá na relação entre pessoas.

## **2.2 A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz**

A Fenomenologia surgiu no final do século XIX quando Edmund Husserl publicou sua obra intitulada *Filosofia da Aritmética* — que diferenciava a lógica matemática (conceito de número) do processo de enumeração (aspecto psicológico). O objetivo era uma ciência por descrição em detrimento da dedução. Estudou os atos cognitivos fundamentais: percepção, imaginação, recordação, intuição do tempo. O estudo da fenomenologia é um retorno ao mundo da experiência, de aclaração da vida, de apreensão do estilo deste viver no mundo com seus sistemas de significados (HUSSERL, 1979).

Assim sendo, a Fenomenologia tem a preocupação de descrever o fenômeno — e não explicá-lo —, não se detendo em buscar as relações causais. O fenômeno é mostrado e — não demonstrado — através da rigorosa descrição, para que possa emergir a sua essência (BOEMER, 1994).

A Fenomenologia está baseada na descrição da experiência, em oposição à concepção clássica da filosofia racionalista, que se baseia na dedução sistemática de princípios básicos que funcionam como axiomas (RIBEIRO JUNIOR, 2003).

Alfred Schutz, em sua Teoria Social, buscou o aprofundamento de conceitos básicos da Sociologia Compreensiva, ratificando a concepção de Weber que afirmava que as Ciências Sociais somente alcançariam a objetividade através do uso do método de construção e verificação dos *tipos ideais*. Schutz (1979), no desenvolvimento de seus estudos, afirmou que o *tipo ideal* é emergente da situação histórica dos atores sociais e dos significados atribuídos por estes e não é construído matematicamente. Para Schutz (1979), pode-se desvelar a estrutura do mundo social como uma estrutura de significados intencionais.

O significado tem sua origem no extrato mais profundo da experiência dos atores sociais e é acessível à reflexão. A estrutura de significados das experiências pode ser deduzida a partir das características mais primitivas e gerais da consciência (SCHUTZ, 1979).

Schutz, em suas interrogações, destaca a preocupação com a objetividade e subjetividade nas Ciências Sociais, enfatiza a questão do *sentido da ação*, descrita pelo ator social e a situação do pesquisador face à neutralidade científica. O autor afirma que o pesquisador deve atentar para o significado do mundo social para o ator, que este deve ser observado no seu próprio cotidiano e também os meios que são utilizados pelo indivíduo para se orientar nas situações experienciadas. Assim, o aspecto subjetivo é a garantia de que o pesquisador não substitua o mundo da realidade da ação social por sua própria concepção, propondo uma investigação filosófica da natureza da ação. O sentido da ação atribuído pelo próprio ator social constitui o elo entre a Fenomenologia Sociológica de Schutz e a Fenomenologia de Husserl (JESUS, 1999).

A vivência para Schutz é fonte de significado, mas esta não tem significação se os atores sociais não lhes atribuírem um sentido.

A conduta como vivência, portanto, com significado sendo colocado em uma ação, difere de todas as outras por ser uma atividade do EU reflexivo. “Se digo que uma de minhas vivências é significativa, porque ao prestar atenção a ela, seleciono e a distingo das vivências que coexistem com ela [...]”. (SCHUTZ, 1979, p.71).

A ação torna-se social na relação interpessoal do EU e TU, portanto na intersubjetividade das atitudes do dia-a-dia, que expressam a intenção, pois são constituídas das vivências significativas para os sujeitos.

A realidade social é constituída pela relação entre as pessoas, na qual os atores sociais desenvolvem suas ações para alcançarem um determinado objetivo. Nesta relação, o EU apreende o outro como um tipo e interage com ele numa situação típica. Assim, a relação passa a ser NÓS, consumando a intersubjetividade que se dá para Schutz no cotidiano, que é o campo das relações sociais.



*“É belo dar quando solicitado; mas é mais belo, porém, dar sem ser solicitado, por haver apenas compreendido.”*

Khalil Gibran

### 3 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

O cenário da realização do estudo foi um hospital público, da rede Municipal de Saúde, localizado na cidade do Rio de Janeiro, especializado na assistência à saúde de crianças.

O critério de inclusão dos sujeitos para o estudo teve por base a sua inserção na atenção à criança hospitalizada. Assim sendo, foram entrevistados dezessete enfermeiros que atuam na Unidade de Internação e prestam cuidados a crianças acometidas por patologias crônicas.

Com a finalidade de caracterização dos sujeitos do estudo, foi utilizado um instrumento com os seguintes itens:

Identificação:

- ✓ Pseudônimo
- ✓ Idade

Experiência profissional:

- ✓ Tempo de graduação
- ✓ Tempo de atuação na Enfermagem Pediátrica
- ✓ Coursou pós-graduação? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_
- ✓ A atuação em Pediatria é uma opção pessoal?

E, para a apreensão do *motivo para* que possibilitou a tipificação e descrição quanto à atuação do enfermeiro frente à participação da criança na realização de quaisquer cuidados, a entrevista fenomenológica constou das seguintes questões:

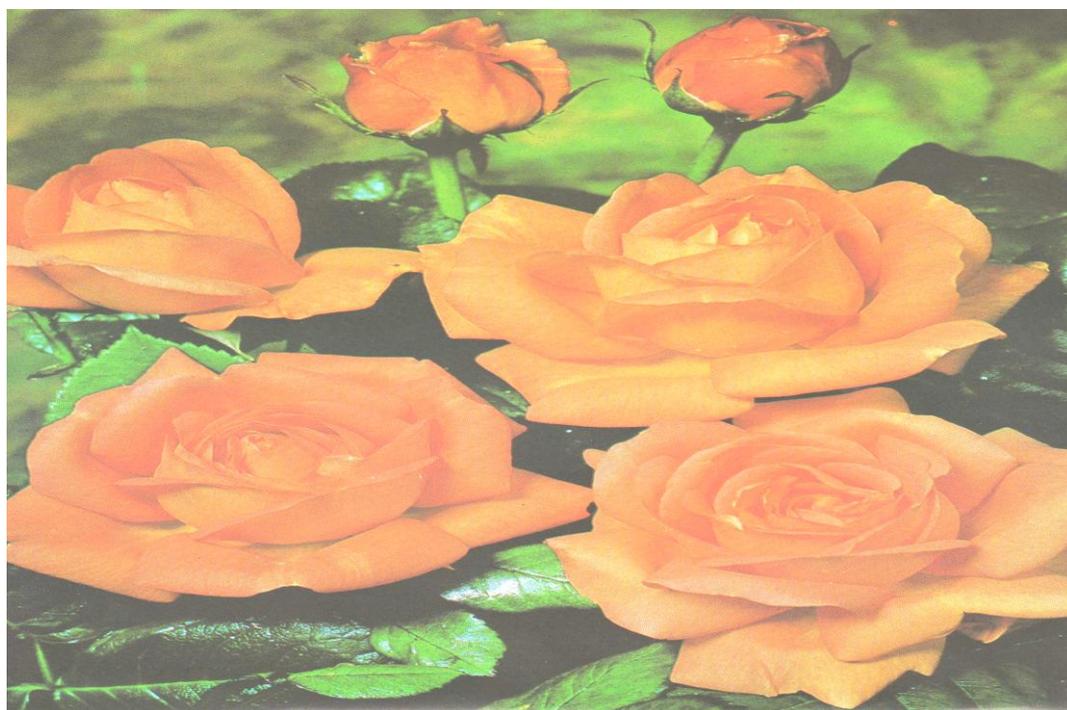
- ✓ Quando você cuida da criança, o que você tem em mente, quanto à participação dela nos cuidados?
- ✓ O que você faz?
- ✓ O que você espera com isso?

A utilização da entrevista fenomenológica fundamentada no referencial teórico metodológico de Alfred Schutz possibilitou o encontro através da relação face a face (pesquisador e sujeito). Nesse sentido, é importante destacar que as questões da entrevista estavam voltadas para a busca do *motivo para* ou futuro e *motivo porque* ou passado dos sujeitos, através das falas, no que se refere ao estudo que estava sendo realizado, ou seja, a apreensão da ação do enfermeiro frente à participação da criança na realização de cuidados (RODRIGUES, 2003).

A captação das entrevistas na Instituição de Saúde foi iniciada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a apreciação da Direção Geral da instituição e a autorização da Direção do Serviço de Enfermagem. Posteriormente, deu-se início ao contato com os sujeitos do estudo.

Para a identificação dos sujeitos, foi utilizado um álbum com fotografias de várias espécies de rosas, e cada participante escolheu uma para seu pseudônimo.

A escolha por nomear os sujeitos da pesquisa com nomes de rosas deu-se porque, em 1979, o Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Infância (UNICEF) solicitou a um produtor de rosas, Marc Mattoch, do Condado de Oxford na Inglaterra, uma espécie em homenagem ao Dia Internacional da Criança. A rosa apresenta foi a *Young Venturer* — que expressa a energia, a beleza e a delicadeza do ser criança.



Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os sujeitos receberam o álbum com as fotografias e puderam escolher uma. A espécie de rosa escolhida era marcada com um adesivo azul, sinalizando para o próximo entrevistado que aquela fotografia não estava mais disponível. Ao final de cada dia de entrevista, as fotografias eram retiradas do álbum para evitar que houvesse muitas fotografias escolhidas — o que poderia causar desconforto ao entrevistado.

Neste sentido, todos foram informados sobre o objetivo do estudo e, ao aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice), em duas vias, sendo garantido o anonimato.

As entrevistas foram realizadas em data e horário previamente combinados com a Direção do Serviço de Enfermagem para que a operacionalização do setor, a prestação de assistência, bem como as demais atividades realizadas pelos enfermeiros não fossem prejudicadas.

Essas entrevistas foram gravadas com a permissão do entrevistado e transcritas, o mais breve possível, para facilitar a análise (BOEMER, 1994), com vistas à constituição das categorias concretas do vivido. As entrevistas foram encerradas quando os depoimentos atingiram a saturação, ou seja, tornaram-se repetitivos (RODRIGUES, 1998).

A seguir, ao realizar a análise compreensiva das entrevistas, direcionei o olhar para o objetivo do estudo, considerando a categoria que delas emergiu para que tivessem profunda relação com o objeto e o objetivo do estudo (RODRIGUES, 1998).



*Não digais: encontrei a verdade. Dizei de preferência: encontrei uma verdade.”*

Khalil Gibran

## 4 A ANÁLISE

Descrevo, a seguir, essa etapa que foi desenvolvida em três fases, considerando a valorização dos achados desde o momento da aproximação com a instituição, cenário do estudo, a realização das entrevistas e a análise propriamente dita.

### 4.1 Captando as falas

No primeiro contato com a Chefia de Enfermagem do Hospital, foi solicitada cópia do Projeto de Pesquisa para que fosse submetido à apreciação da enfermeira responsável pela Educação Profissional da Enfermagem da Instituição. Essa iniciativa foi importante para que esses profissionais tomassem conhecimento do estudo a ser realizado, já que nos procedimentos da Secretária Municipal de Saúde (SMS) não há exigência da assinatura da Chefia do Serviço de Enfermagem, mas somente da Direção da Instituição. Assim, considerando que os sujeitos do estudo são os enfermeiros, era necessário a concordância da Chefia do Serviço.

Compareci ao Hospital para conversar com a Chefia de Enfermagem por três vezes e prestei os esclarecimentos solicitados, sendo que a maior dúvida se concentrou quanto aos sujeitos que participariam do estudo.

Posteriormente, enquanto tramitava o processo no Comitê de Ética e Pesquisa, comecei a me familiarizar com a entrevista fenomenológica, que tem como princípio o despojamento de qualquer pré-julgamento, *pré-conceito*, o que requer do pesquisador muita disciplina, uma vez que a sua bagagem de conhecimentos sobre o tema pode conduzir ao direcionamento das entrevistas. É importante também que o pesquisador tenha consciência de que a etapa do trabalho de campo é fundamental para a busca dos significados, a partir da consciência originária dos sujeitos do estudo, expressos através da fala e podem ser diferentes do idealizado ou do que gostaria como resposta aos seus questionamentos.

A minha aproximação do cenário do estudo para entrega do projeto, e esclarecimentos, algumas vezes, pela manhã, favoreceu a observação do movimento intenso de pacientes e seus familiares, em altas da instituição e em processo de admissões para procedimentos cirúrgicos e um fluxo grande para os ambulatórios que atendem, principalmente, crianças portadoras de neuropatias.

Desse modo, a captação das entrevistas foi iniciada após aquiescência da Chefia de Enfermagem do Hospital e a Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Posteriormente, fui conduzida ao Setor de Internação-Enfermaria de Clínica Médica pela Chefe do Serviço de Enfermagem. Pude perceber que os enfermeiros já haviam sido informados do estudo. Mesmo assim, na primeira entrevista, não notei espontaneidade por parte do entrevistado, embora tenha assegurado de que a participação era voluntária.

O Hospital é campo de pesquisa muito escolhido por mestrandos e doutorandos, cujos focos de estudo são a enfermagem pediátrica, o que leva os profissionais a estarem constantemente participando de estudos e, segundo eles, o retorno dos resultados das pesquisas não é muito comum.

Neste primeiro dia, realizei um total de quatro entrevistas, sendo que as três primeiras ocorreram em um consultório. A quarta foi no pós-operatório de ortopedia, onde tive a grata surpresa de reencontrar um colega de faculdade. Nas três últimas entrevistas do dia, notei uma maior espontaneidade por parte dos enfermeiros entrevistados.

A transcrição das entrevistas foi realizada no mesmo dia em que ocorreram — o que, sem dúvida, facilitou o retorno ao momento em que me encontrei face a face com os sujeitos do estudo.

Ao retornar para dar continuidade às entrevistas, dirigi-me à Chefia de Enfermagem e fui recebida pela enfermeira que respondia pela chefia do serviço. Ela perguntou se gostaria de entrevistar as enfermeiras do CTI e da UI; respondi que sim e fui conduzida ao setor. As entrevistas foram realizadas na ante-sala do setor. Uma vez encerradas, fui convidada a conhecer o setor, e pude notar que os pacientes internados estavam todos monitorizados com aparelhos multiparâmetros, soluções parenterais infundidas por bombas infusoras.

Conheci o bebê de onze meses portador da Síndrome de Ondini, que é o caso mais comentado pelas enfermeiras — e que causa grande comoção por necessitar de ventilação assistida permanente e não ter condições de alta. Pude perceber o grande problema social que permeia as internações de crianças com patologias graves em instituições do SUS e também notei a preocupação das enfermeiras em minimizar o sofrimento das crianças. Elas adaptaram um respirador portátil ao carrinho do bebê para que ele pudesse circular pelo pátio do hospital.

Tomei conhecimento do caso de um bebê que sofria de desnutrição grave e que não recebia visitas. Voltei para casa e transcrevi as três entrevistas realizadas e passei um longo tempo pensando no sofrimento dos profissionais que se sentem impotentes

diante de certas situações impostas pela vida e perpetuadas pelo Sistema Público de Saúde, que poderiam ser solucionadas com políticas públicas, voltadas para a realidade social dos usuários e também para o trabalhador de saúde.

Ao retornar à instituição para realizar outras entrevistas, dirigi-me à sala da Chefia de Enfermagem, onde fui conduzida à enfermaria de pós-operatório, mas a enfermeira pediu que retornasse mais tarde, pois naquele momento não poderia me atender. Conduzi-me à Ortopedia e realizei uma entrevista e retornei ao pós-operatório, para entrevistar a enfermeira do setor, que me atendeu no Posto de Enfermagem. Fui informada que, no dia seguinte, o plantão iria ter a mesma composição de profissionais que já haviam sido entrevistados.

Nesse momento, considerando que a convergência dos significados presentes nos *motivo para* ainda não havia acontecido, decidi ir ao plantão noturno e, quando cheguei, dirigi-me à sala da supervisão, onde pediram que aguardasse no corredor o término da passagem de plantão. A enfermeira que respondia pela Chefia da Instituição foi ao meu encontro e me levou até à sala da supervisão dizendo que constava no livro de ocorrências a minha ida ao Hospital realizando, assim, quatro entrevistas.

As enfermeiras do serviço noturno mostraram-se surpresas com a minha presença, pois informaram que não lembravam de nenhum pesquisador que tivesse coletado dados à noite. Pude perceber que isto foi um facilitador para a realização das entrevistas que transcorreram com mais fluidez e espontaneidade.

No dia seguinte, à noite, retornei ao hospital e a minha impressão anterior foi confirmada: as enfermeiras sentiram-se prestigiadas e valorizadas. Concluí esta fase do estudo com dezessete entrevistas.

Firmei um compromisso com os enfermeiros entrevistados de convidá-los para a Defesa da Dissertação e oferecer a cada um uma cópia, pois muitas alegaram que participaram de vários estudos e não tinham conhecimento dos resultados.

No Hospital não há luxo, mas o ambiente é acolhedor e dispõe de material para o trabalho. Durante as conversas com as enfermeiras, após as entrevistas, ou antes, ouvi comentários sobre problemas salariais, ausência de um plano de carreira.

A fase de entrevistas foi muito importante por me fazer deparar com a realidade que, muitas vezes, não corresponde ao que imaginamos ou aos comentários que tomamos conhecimento.



## 4.2 Caracterização dos sujeitos do estudo - aspectos da situação biográfica

Pseudônimo	Idade	Tempo de graduação	Tempo de atuação no cuidado à criança	Pós-graduação	Pós-graduação	Opção por atuar em Enfermagem Pediátrica
Peace	26 anos	02 anos	18 meses	Sim	MEDCIR	Sim
Rose blue	47 anos	25 anos	22 anos	Não		Sim
Lake	35 anos	12 anos	02 meses	Sim	CAR/TIN RES MED/CIR	Não
Bell	40 anos	15 anos	02 meses	Não		Não
Handel	43 anos	21 anos	20 anos	Não		Não
Kerry	52 anos	18 anos	17 anos	Sim	NEO/PED	Sim
Mercedes	42 anos	18 anos	18 anos	Sim	NEO	Sim
Korresia	29 anos	07 anos	07 anos	Sim	NEO	Sim
Josephine	44 anos	23 anos	13 anos	Sim	ENFTRAB /ADM	Não
Nobis	42 anos	22 anos	22 anos	Não		Sim
Deborah	37 anos	16 anos	16 anos	Sim	PED/DOCENS	Sim
Marjorie	35 anos	10 anos	10 anos	Sim	MES	Sim
Gynt	47 anos	28 anos	15 anos	Sim	SAUPUB	Não
Congratulation	50 anos	23 anos	22 anos	Não		Sim
Ann	32 anos	10 anos	09 anos	Não		Sim
Schoolgirl	33 anos	08 anos	08 anos	Sim	NEO/PED	Sim
Cerise	31 anos	08 anos	06 anos	Sim	CAR/MES	Não

Quadro 1- Dados obtidos das entrevistas com os sujeitos do estudo

### Legenda Pós-Graduação

Sigla	Significado
MEDCIR	Médico-Cirúrgica
CAR	Cardiologia
TIN	Terapia Intensiva
RES MED CIR	Residência em Médico-Cirúrgica
NEO	Neonatologia
PED	Pediatria
ENFTRAB	Enfermagem do Trabalho
DOCENS	Docência do Ensino Superior
MES	Mestrado
SAUPUB	Saúde Pública

#### 4.2.1 Descrição da Caracterização dos sujeitos

Na categorização dos sujeitos do estudo, vale ressaltar alguns aspectos relacionados à situação biográfica, como a busca por uma especialização de quase todos que optaram por atuar em Enfermagem Pediátrica, sendo relevante destacar que enfermeiros graduados há mais de 22 anos não cursaram pós-graduação, mas optaram por atuar no cuidado à criança.

O comportamento social dos sujeitos do estudo (cursar ou não pós-graduação) desvela vivências diferentes, momentos de vida que, segundo Schutz (1979), estão relacionadas a significados atribuídos pelos atores sociais à construção da sua própria trajetória profissional. Assim sendo, para os enfermeiros que atuam no cuidado à criança, a especialização constituiu-se como um dado significativo, tendo em vista que os que optaram por atuar nessa área, e cursaram pós-graduação, escolheram cursos voltados à Saúde da Criança.

Deste modo, as características típicas de acordo com a concepção fenomenológica do autor imprimem uma caracterização do grupo estudado como sendo enfermeiros que, em sua maioria, atuam em enfermagem pediátrica por opção e que buscaram uma especialização voltada para a área de Saúde da Criança, independente das diferentes idades e tempo de formação.

### **4.3 A categoria concreta do vivido**

#### 4.3.1 Falar para a criança sobre o cuidado

A seguir, apresento extratos de depoimentos que sustentam a categoria.

Acho que a participação dela é na aceitação do tratamento, e quando a criança compreende a necessidade do tratamento para melhorar o seu estado [...] você consegue resultados melhores, ela te aceita mais [...] Espero que ela aceite melhor os procedimentos [...] Você consegue resultados melhores, ela te aceita mais, mesmo quando chora ela sabe que o que você vai fazer é importante para ela, vai aliviar o seu sofrimento. Espero que ela aceite melhor os procedimentos, que são necessários [...] Procuro ser carinhosa, e quando a criança consegue compreender, explico na linguagem dela o que eu preciso fazer. Quando a gente trabalha com criança tem que falar do jeito que ela entenda. (ROSE BLUE)

A aceitação de determinado cuidado tem a ver com o nível de compreensão, se maior, aceita melhor [...] A criança menor você não tem como negociar, ela não entende [...] Participação da criança para mim é a aceitação dela ao tratamento. (BELL)

Espero que ela fique mais receptiva à gente. A gente até pergunta para a criança o que ela acha? Como pode ser feito? Isto não quer dizer que a gente vai fazer o que ela quer, mas isto faz a criança ter mais confiança na gente, ela se sente mais participativa e com isso ela aceita melhor os cuidados. Tem que conversar muito. Tinha uma criança internada aqui que ficava muito “amuadinha”, no canto, chorando que queria a mãe, aí, na hora dos cuidados, ela rejeitava, a gente brincava e ela ia descontraído. (HANDEL)

É importante ela participar. Quando vou passar uma sonda, peço ajuda, para ele se sentir importante, se vou verificar a temperatura digo: vamos ver quanto está sua temperatura? Mostro para ela. Quando vou auscultar, digo: você me escuta e eu depois escuto você. Não sei se a participação dela nos cuidados é exatamente isso, mas quando a gente dá essa importância para aquela criança, ela colabora e tudo vai caminhando no cuidado, facilita o cuidado. Eu acho que é mais ou menos isso, explicar o porquê das coisas pode ser até de uma forma lúdica, meio de brincadeira, obviamente não explicar em termos técnicos, brincar bastante, e trazer essa criança para perto da gente. (KORRESIA)

Bom, [...] desde que ela tenha uma idade que seja possível interagir com a gente, entender o que vai ser feito, compreender o que a gente vai explicar, é muito importante que ela participe. Isso ajuda quase cem por cento no cuidado, principalmente num cuidado, num procedimento invasivo. A participação deles é fundamental. (NOBIS)

Quando ela tem capacidade de entender, dependendo da faixa etária, quanto mais ela puder entender melhor para o seu tratamento [...] para ajudar no procedimento, tudo que é feito para o cliente participar é melhor; o resultado é mais eficaz, é melhor. Eu explico sempre o porquê eu estou fazendo, o que vou fazer que seja o melhor para ela, que ela tem que passar por isso, para voltar logo para casa, para os irmãos, para o ambiente que ela vive. (DEBORAH)

[...] fazer que ela entenda que, se ela ajudar, vai ser menos doloroso, que vai ser mais fácil, mas também não dou garantias de que não vai doer. Eu coloco para ela que se ela colaborar naquele momento, que muitas vezes para ela é ruim, vai ser mais rápido. Que ela se recupere mais rápido e ajude a gente na execução do procedimento, do exame seja lá o que for. Eu [...] não espero a participação dela quando ela é muito pequena, mas a gente tenta conversar. Quando a criança é maior a gente na medida do possível tenta explicar todo o procedimento. (MARJORIE)

A participação dela no cuidado vai ser a colaboração. [...] Quando é criança maior já entende, aí eu converso com ela, explico o que vai acontecer. (ANN)

Acho que não existe participação da criança, ela não decide nada, nós os adultos, profissionais, levamos um tempo tentando convencer a criança que deve aceitar o procedimento, que é bom para ela, que não vai doer, que é preciso e quando ela não aceita impomos e pronto. (LAKE)

Depende do tamanho da criança e do grau de entendimento dela. Mas quando é uma criança que tem uma idade que compreenda as coisas, eu tento explicar, tudo que está acontecendo. Se for um procedimento dolorido, eu falo. Porque eu acho que quando você não mente para a criança, ela te responde de uma forma positiva; fantástica. (JOSEPHINE)

Ah! [...] eu converso com ela, explico o que vou fazer, porque acho isso muito importante. Ela aceita melhor o procedimento, mesmo quando ele é doloroso. É importante também não mentir, não digo que não vai doer quando sei que vai, e ela é que vai sentir Ela aceita melhor o procedimento, mesmo quando ele é doloroso. É importante também não mentir, não digo que não vai doer quando sei que vai, e ela é que vai sentir. (PEACE)

A gente conversa sobre a escola, sobre a casa, sobre a mãe e coisas que ela faz. Acho que quando ela participa fica mais fácil. Digo que vai doer, mas que ele é forte como o *homem-aranha* ou o *super-homem* quando é menino; você cria afinidade com a criança. É diferente daquele profissional que chega e mete a mão [...]. (MERCEDDES)

Tento me aproximar de uma forma que ela não se assuste, aos pouquinhos. Tentar conversar para ver se ela te entende, se interage [...]. (CERISE)

#### 4.3.2 Análise compreensiva da categoria: falar para a criança sobre o cuidado

Na categoria, a participação da criança para o enfermeiro é revelada nos discursos como aceitação do cuidado e se configura pela importância dessa compreensão, que se dá através da confiança no profissional.

Quando a criança é considerada como um ser incapaz e, portanto, indefeso, e os adultos decidem, visando a seus benefícios, cabe a ela somente aceitar o que ficou estabelecido como o melhor. Assim, tem dificuldade de compreender, de se envolver com o tratamento e de confiar em quem lhe presta assistência, podendo se sentir desamparada e deprimida (LEONE, 1998; UENO; PETTENGILL, 2006).

Acho que a participação dela é na aceitação do tratamento, e quando a criança compreende a necessidade do tratamento para melhorar o seu estado [...] Você consegue resultados melhores, ela te aceita mais [...]. Espero que ela aceite melhor os procedimentos [...]. (ROSE BLUE)

Participação da criança, para mim, é a aceitação dela ao tratamento. (BELL)

A gente até pergunta para criança o que ela acha, como pode ser feito. Isto não quer dizer que a gente vai fazer o que ela quer, mas isto faz a criança ter mais confiança na gente, ela se sente mais participativa e com isso ela aceita melhor os cuidados. (HANDELL)

Entretanto, vale ressaltar que alguns enfermeiros relacionam a aceitação da criança ao cuidado por seu desenvolvimento cognitivo.

Nesse sentido, Leone (1998) nos diz que, no cuidado à criança, é importante que se observe as competências nas diferentes faixas etárias. E, nessa perspectiva, Piaget (1977) nos chama a atenção afirmando que a capacidade da criança em compreender o outro e o mundo ao seu redor deve ser analisada na construção de sua autonomia.

Na prestação da assistência de enfermagem à criança, o enfermeiro deve ouvir e reconhecer o que a amedronta na situação de hospitalização, além de agir de maneira empática, pois isto favorece o enfrentamento na situação de adoecimento (UENO; PETTENGILL, 2006).

Desde que ela tenha uma idade que seja possível ela interagir com a gente, entender o que vai ser feito compreender o que a gente vai explicar [...]. (NOBIS)

Quando ela tem capacidade de entender dependendo da faixa etária, quanto mais ela puder entender melhor para o seu tratamento [...]. (DEBORAH)

Nos discursos dos enfermeiros, percebe-se que, em situações de conflito, ou seja, quando a criança não aceita os cuidados propostos, o profissional age de maneira impositiva e não permite a participação da criança. Esses profissionais têm crenças limitadoras, que consideram a criança incapaz. Desta forma, não incentivam o desenvolvimento gradual de sua autonomia. As crianças não devem ser

desconsideradas pelos adultos, que acreditam poder fazer aquilo que consideram necessário, mesmo com o uso da força (CÔA; PETTENGILL, 2006).

Acho que não existe participação da criança, ela não decide nada, nós os adultos, profissionais, levamos um tempo tentando convencer a criança que deve aceitar o procedimento, que é bom para ela, que não vai doer, que é preciso e quando ela não aceita impomos e pronto. (LAKE)

A importância de o enfermeiro estabelecer uma relação intersubjetiva no cuidado à criança é citada como uma forma de convencimento. Porém, a comunicação através do diálogo pode diminuir conflitos e sanar dúvidas e é o instrumento básico da assistência de enfermagem, pois é assim que o enfermeiro pode compreender a pessoa como um ser total, respeitando sua dignidade. (MENDES, 1994).

[...] Procuo ser carinhosa, e quando a criança consegue compreender, explico na linguagem dela o que eu preciso fazer. Quando a gente trabalha com criança tem que falar do jeito que ela entenda. (ROSE BLUE)

Ah! [...] eu converso com ela, explico o que vou fazer, porque acho isso muito importante. Ela aceita melhor o procedimento, mesmo quando ele é doloroso. (PEACE)

Os sujeitos do estudo afirmam nos depoimentos que a participação da criança no tratamento é importante e a relacionam à aceitação dos cuidados. A resposta que o enfermeiro espera da criança durante o tratamento é que não haja questionamento.

As explicações fornecidas às crianças pelo enfermeiro sobre os procedimentos a serem realizados têm sempre como objetivo que eles sejam aceitos sem questionamentos.

O nível de compreensão da criança é mencionado no sentido de que as de maior idade têm maior visão da realidade e, assim, aceitam melhor os cuidados. Portanto, a participação da criança está concentrada neste fato e tem relação com a faixa etária e grau de compreensão.

A categoria mostra que, no cuidar da criança, os cuidados são impostos pelos profissionais.

O uso da linguagem é mencionado nas entrevistas como um facilitador para o convencimento da criança e é utilizado para favorecer a aceitação dos cuidados. O lúdico também é uma maneira de aproximação, sendo importante para a criação de vínculo com a criança e para a aceitação dos cuidados.

Os atores sociais (enfermeiros que cuidam de crianças hospitalizadas) nas entrevistas possibilitaram identificar o *motivo porque* que, segundo Schutz (1979), é a expressão das experiências passadas, constituídas de vivências significativas e que são expressas através de ações intencionais *motivo para*.

Na entrevista, ao responder a primeira questão — *Quando você cuida da criança, o que você tem em mente quanto à participação dela nos cuidados?* —, os entrevistados revelaram como concebem a criança com relação à capacidade de participação nas ações de enfermagem, vinculando-a à aceitação. Portanto, a criança compreende quando aceita o que é proposto. Esta concepção está sedimentada na bagagem de conhecimentos (situação biográfica) dos profissionais — constituída pela formação centrada no modelo biomédico, ratificada também no ensino da pós-graduação — que, muitas vezes, assumem atitudes paternalistas que não permitem olhar o outro com necessidades singulares.

A intencionalidade das ações dos enfermeiros no cuidar da criança quanto à participação nas ações de enfermagem pode ser compreendida pelas segunda e terceira questões da entrevista: *O que você faz? O que você espera com isso?* A análise dos depoimentos revela que os enfermeiros falam com a criança e esperam convencê-la para a aceitação dos cuidados. Assim, o *motivo para* ou o objetivo da ação dos enfermeiros é ***falar para a criança sobre o cuidado***, sendo esta a ***ação típica*** dos sujeitos do estudo.

## POR UM CUIDAR ÉTICO...

*“Que a alma desabroche qual um lótus de inúmeras pétalas”.*

Khalil Gibran



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância deste estudo para a enfermagem pediátrica está na abordagem de um aspecto do cuidar da criança que deve ser considerado pelo enfermeiro: a contribuição do cuidado de enfermagem para a construção de sua autonomia, principalmente daquelas que passam a infância ou grande parte dela hospitalizada.

O enfermeiro assume uma posição de liderança face à equipe de enfermagem, por sua formação científica e, por isso, necessita estar atualizado, buscando aprimorar sua prática e a dos demais membros de sua equipe, para que a assistência seja voltada para as reais necessidades do ser cuidado, e assim ser incorporado à sua prática.

Os resultados do estudo demonstram que os enfermeiros, ao prestarem os cuidados à criança, têm como objetivo principal sua pronta recuperação e que as estratégias usadas na abordagem do ser cuidado estejam voltadas para a aceitação do cuidado. Embora a expressão *diálogo com a criança* tenha sido mencionada pelos sujeitos do estudo, percebi que a intersubjetividade que ocorre na relação face a face, descrita por Alfred Schutz, não acontece ainda, na prática, na relação enfermeiro-criança-família.

O cuidado de enfermagem, ainda, é prestado baseado em paradigmas que reforçam a vulnerabilidade da criança através de atitudes heteronômicas, práticas assistencialistas, corretivas e, muitas vezes, repressoras. Essas últimas, presentes por longo tempo na história das práticas sociais do Brasil e que se perpetuam na formação do enfermeiro, centrada no modelo biomédico.

As características típicas, de acordo com a concepção fenomenológica de Schutz, imprimem uma caracterização do grupo estudado como sendo de enfermeiros que, em sua maioria, atuam em enfermagem pediátrica por opção e que buscaram uma especialização voltada para a área de saúde da criança, independente das diferentes idades e tempo de formação.

A intencionalidade das ações dos enfermeiros no cuidar da criança, quanto à participação nas ações de enfermagem, foi compreendida através das entrevistas de que a expectativa é a de convencer a criança para a aceitação dos cuidados.

Destaco, também, que a ausência de uma legislação específica de proteção à infância, durante muitos anos, refletiu nas ações de enfermagem, contribuindo para que os direitos da criança — como a construção gradual de sua autonomia — e os direitos da

família não fossem temas discutidos nas produções científicas de enfermagem e, assim, refletidas na prática do cuidado.

Os enfermeiros do estudo não concebem a criança como um sujeito de direitos demonstrando, assim, que estes aspectos ainda são pouco considerados nas ações de enfermagem junto à criança.

Vale ressaltar que a contribuição do estudo para a enfermagem pediátrica é promover a reflexão a respeito da atuação do enfermeiro face ao cuidar da criança, tendo em mente que este paciente necessita ser preparado para exercer sua autonomia quando adulto. Entretanto, esse processo de construção inicia-se na infância, tendo como premissa o respeito a sua dignidade e que nas atividades de enfermagem à criança hospitalizada, o enfermeiro pode contribuir com ações simples como, por exemplo, permitir a participação da criança nos cuidados de enfermagem como um modo de fazer-desenvolver-estimular a autonomia da criança.

O enfermeiro, durante a assistência, deve pautar suas ações na participação gradual da criança — respeitando seu desenvolvimento cognitivo e sua capacidade de compreensão. Assim, é necessária uma postura profissional na qual o trabalho em equipe multidisciplinar seja uma prática frequente, na perspectiva do entendimento do ser em formação.

A assistência de enfermagem direcionada para um cuidado ético à criança encontra na bioética um caminho reflexivo no qual o enfermeiro possa repensar suas ações. O cuidado poderá ser direcionado para uma nova perspectiva de olhar para a criança, eliminando a atitude excessivamente protetora, que não permite ao ser cuidado participar das ações sobre sua saúde, não negligenciando a necessidade de um trabalho junto à família.

Assim sendo, a bioética deve ser incluída na formação do enfermeiro, desde os primeiros períodos dos cursos de graduação, pois pode permitir ao futuro profissional uma visão mais abrangente do que significa cuidar, respeitando as diferenças individuais e oferecendo subsídios para o consenso nos dilemas éticos que enfrentarão ao longo da jornada profissional.

## REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **História Social da Criança**. 2.ed. Tradução de Dora Flaksman. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 5, p. 546-51, set.-out. 2007.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BERGUM, Vangie. Relational Ethics, What is it? In: **Touch: Provincial Health Ethics, Network**, 1998. vol. I, Issue 2.
- 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, 1994.
- BOFF, LEONARDO. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Resolução 41/95**. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. 1995. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioética/conanda.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2007.
- \_\_\_\_\_. **Código Civil e Constituição Federal**. 5.ed. Obra coletânea de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto. Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. São Paulo: Saraiva, 2007.
- CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA, 3., 1994, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1998. p.130.
- CARNEVALE, F.A. Listening authentically to youthful voices: a conception of the moral agency of children. In: STORCH, J.L.; RODNEY, P.; STARZOMSKI, R. (Eds.). **Toward a moral horizon: nursing ethics for leadership and practice**. Toronto: Pearson Prentice Hall, 2004. p. 396-413.
- CÔA, T. F.; PETTENGILL, M.A.M. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.19, n.4 out.-dez. 2006.
- COELHO, A.R. **A saída do sujeito sem alta médica**. A discussão sobre a autonomia e a postura do profissional psicólogo. 2002. Disponível em: <http://www.bvs-psi.org.br/> . Acesso em: 24 jan. 2009
- COFEN. Resolução COFEN nº 311/ 2007 – **Código de Ética da Enfermagem Brasileira**. Brasília, 2007.

DARBYSHIRE, P. **Living with a sick child in hospital**: the experiences of parents and nurses London: Chapman & Hall, 1994. 225p.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <<http://www.milenio.com.br/ingo/ideias/direitos/declar.htm>>. Acesso em: 15 out. 2007.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FORTES, P.A.C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. 2. reimpressão. São Paulo: EPU, 2005.

GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Orgs). **Bioética**: poder e injustiça. São Paulo: Loyola, 2003.

GOLDIM, J.R.. **Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia**. 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioética/autonomi.htm>>. Acesso em: 12 out. 2007

GOMES, F. Z.; ADORNO, R. C. F. Criança e menor na sociedade brasileira: serviços, cuidados e exclusão. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v.1, n.1, jan.-jun. 1991.

GRACIA, D. La bioética médica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Bioética**: Temas y perspectivas. Washington 1990: 3-7 (Opas- publicación científica, 537)

HUSSERL, F. **La crise dès sciences et de l'humanité européenne**. Paris: Gallimard, 1979. p.150-152.

JESUS, M. C. P. **Educação sexual**: o cotidiano de pais e adolescentes. Juiz de Fora: FEME, 1999. 100p.

LEONE, C. A criança, o adolescente e a autonomia. **Bioética**, São Paulo, v.6, n.1, p.51-4, 1998.

LIMA, R.A.G. **Criança Hospitalizada**: a construção da assistência integral. 1996. 258f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCHOCHI, 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.

LOURENÇO, O. **Psicologia do desenvolvimento moral**. Teoria, dados e implicações. Coimbra: Almedina, 1992.

MARRACH, L.A.F.; KAHHLE, E.M.P. Saúde e doença: o que pensam e sentem as crianças hospitalizadas e suas mães acompanhantes. **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum**, São Paulo, v.13, n.2, p.73-84, 2003.

MENDES, I.A.C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sanvier, 1994.

ODIGWE, C. Children say they are not involved enough in their treatment. **BMI**, v. 328, n. 400, p.600. 2004.

OLIVEIRA, I. C. S. **(Re)construindo a Assistência de Enfermagem a Criança Hospitalizada na Cidade do Rio de Janeiro (1920-1969)**.1996.180p.Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

PEGORARO, O. **A ética e bioética da subsistência a existência**. Petrópolis: Vozes, 2002.

PEREIRA, T.S. O melhor interesse da criança. In: PEREIRA, T.S. (Org.). **O melhor Interesse da Criança**: um debate interdisciplinar. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

PETTENGILL, M.A.M.; ÂNGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev Latino Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 982-B, 2006.

PIAGET, J. **O julgamento moral na criança**. São Paulo: Mestre Jou, 1977.

POLIT, D.F.; BECK C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004. 487p.

RIBEIRO JUNIOR, J. **Introdução à fenomenologia**. Campinas: Edicamp, 2003. 96p.

RODRIGUES, B.M.R.D. **O cuidar de crianças em creche comunitária**: contribuição da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Londrina: UEL, 1998. 58p.

RODRIGUES, B. M. R. D.; OLIVEIRA, R.R. A Bioética e o cuidado em Enfermagem. In: SILVA, L.D.; PEREIRA, S. R.M.; MESQUITA, A.M. F. (Orgs.). **Procedimentos de Enfermagem**: Semiotécnica para o cuidado.Rio de Janeiro: MEDSI - Editora Médica e Científica, 2003. p. 1-22.

SCHMITZ, E.M. et al. **A Enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SCHRAMM, F. R. As diferentes abordagens da Bioética. In: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. **Ética, ciência e saúde**: desafios da bioética. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 28-45.

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. 3.ed. São Paulo: EDUSP, 2002.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética**: fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola, 1996.

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

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Rev Texto & Contexto – Enferm**, Florianópolis, v.14, n.4, out.-dez. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Disponível em:  
<<http://www.sociedadebrasileiradepediatria.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2008.

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

UENO, K.H.; PETTENGILL, MAM. Autonomia da Criança Hospitalizada: Este Direito é respeitado? **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v.6, n.1, p. 9-16, jul. 2006.

WATSON, J. Enfermagem: **Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem**. Tradução de João Enes. Loures: Lusociência, 1999.

WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p.

ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e Enfermagem. In: VIEIRA, T.R. (Org.). **Bioética e profissões**. Petrópolis: Vozes, 2005.

**APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Item IV)

Projeto de pesquisa: **O Cuidar da Criança na Perspectiva da Bioética**

Orientadora: Profª. Drª. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues.

Autora: Linéa Pereira Coelho

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 analisar a ação do enfermeiro frente à participação decisória da criança na realização de quaisquer procedimentos.

Ao realizá-lo, pretendo contribuir para reflexões acerca da participação da criança hospitalizada na decisão da realização de procedimentos durante a 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 esclarecido de forma clara e detalhada sobre dos objetivos do estudo e de seus benefícios.

Participante: .....

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

Pesquisadora: Linéa Pereira Coelho

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.*
- *Linéa Pereira Coelho E-mail: [lineacoelho@yahoo.com.br](mailto:lineacoelho@yahoo.com.br) Tel:9965-0783.*
- *Comitê de Ética em Pesquisa / SMS. Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701. Cidade Nova. Rio de Janeiro. Tel: 2503-2024 / 2503-2026. E-mail: [capsms@rio.rj.gov.br](mailto:capsms@rio.rj.gov.br).*

## **ANEXO A - Resolução nº 41 do Conselho Nacional 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 participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.
- 11- Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família.
- 12- Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
- 13- Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária.
- 14- Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
- 15- Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.
- 16- Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.

- 17-Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
- 18-Direito à confidência dos seus dados clínicos, bem como o 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.

Diário Oficial da União, 17/10/95- Seção I, p.163/9-16320 - Brasília - Distrito Federal

## **ANEXO B – Declaração dos Direitos da Criança**

Adotada pela Assembléia das Nações Unidas de 20 de novembro de 1959 e ratificada pelo Brasil; através do art. 84, inciso XXI, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 1º da Lei nº 91 de agosto de 1935, e 1} do Decreto nº 50.517, de maio de 1961.

### *Preâmbulo*

*Considerando* que os povos da Nação Unidas, na Carta, reafirmaram sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor do ser humano, e resolveram promover o progresso social e melhores condições de vida dentro se sua liberdade mais ampla.

*Considerando* que as Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamaram que todo homem tem capacidade para gozar os diretos e as liberdades nela estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição.

*Considerando* que a criança, em decorrência de sua imaturidade física e mental, precisa de proteção e cuidados especiais, inclusive proteção legal apropriada, antes e depois do nascimento.

*Considerando* que a necessidade de tal proteção foi enunciada na Declaração dos Direitos da Criança em Genebra, de 1924, e reconhecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos estatutos das agências especializadas e organizações internacionais interessadas no bem estar da criança.

*Considerando* que a humanidade deve à criança o melhor de seus esforços.

*Assim,*

*A Assembléia Geral,*

*Proclama* esta Declaração dos Direitos da Criança, visando que a criança tenha uma infância feliz e possa gozar, em seu próprio benefício e no da sociedade, os direitos e as liberdades aqui enunciados e apela a que os pais, os homens e as mulheres em sua qualidade de indivíduos, e as organizações voluntárias, as locais e os Governos nacionais reconhecem estes direitos e se empenhem pela sua observância mediante medidas legislativas e de outra natureza, progressivamente instituídas, de conformidade com os seguintes princípios.

### **Princípio 1**

A criança gozará todos direitos enunciados nesta Declaração. Todas as crianças, absolutamente sem qualquer exceção, serão credoras destes direitos, sem distinção ou discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição, quer sua ou de sua família.

### **Princípio 2**

A criança gozará proteção social e ser-lhe-ão proporcionadas oportunidades e facilidades, por lei e por outros meios, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social de forma sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade. Na instituição das leis visando este objetivo levar-se-ão em conta sobretudo, os melhores interesses da criança.

### **Princípio 3**

Desde o nascimento, toda criança terá direito a um nome e a uma nacionalidade.

### **Princípio 4**

A criança gozará os benefícios da previdência social. Terá direito a crescer e criar-se com saúde; e para isso, tanto à criança como a mãe, serão proporcionados cuidados e proteções especiais, inclusive adequados cuidados pré e pós-natais. A criança terá direito a alimentação, recreação e assistência médica adequadas.

### **Princípio 5**

As crianças incapacitadas física, mental ou socialmente serão proporcionadas o tratamento, a educação e os cuidados especiais exigidos pela sua condição peculiar.

### **Princípio 6**

Para o desenvolvimento completo e harmonioso de sua personalidade, a criança precisa amor e compreensão. Criar-se-á, sempre que possível, aos cuidados e sob a responsabilidade dos pais, em qualquer hipótese, num ambiente de afeto e de segurança moral e material, salvo circunstâncias excepcionais, a criança de tenra idade não será apartada da mãe. À sociedade e às autoridades públicas caberá a obrigação de proporcionar cuidados especiais às crianças sem família e aquelas que carecem de meios adequados de subsistência. É desejável a prestação de ajuda oficial e de outra natureza em prol da manutenção dos filhos de famílias numerosas.

### **Princípio 7**

A criança terá direito a receber educação, que será gratuita e compulsória pelo menos no grau primário. Ser-lhe-á propiciada uma educação capaz de promover a sua cultura geral e capacitá-la a, em condições de iguais oportunidades, desenvolver as suas

aptidões, sua capacidade de emitir juízo e seu senso de responsabilidade moral e social, e a tornar-se um membro útil da sociedade.

Os melhores interesses da criança serão a diretriz a nortear os responsáveis pela sua educação e orientação; esta responsabilidade cabe, em primeiro lugar aos pais.

A criança terá ampla oportunidade para brincar e divertir-se, visando os propósitos mesmos da sua educação; a sociedade e as autoridades públicas empenhar-se-ão em promover o gozo deste direito.

### **Princípio 8**

A criança figurará, em quaisquer circunstâncias, entre os primeiros a receber proteção e socorro.

A criança gozará de proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração. Não será jamais objeto de tráfico, sob qualquer forma.

Não será permitido à criança empregar-se antes da idade mínima conveniente; de nenhuma forma será levada a ou ser-lhe-á permitido empenhar-se em qualquer ocupação ou emprego que lhe prejudique a saúde ou a educação ou que interfira em seu desenvolvimento físico, mental ou moral.

### **Princípio 9**

A criança gozará de proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração. Não será jamais objeto de tráfico, sob qualquer forma.

Não será permitido à criança empregar-se antes da idade mínima conveniente; de nenhuma forma será levada a ou ser-lhe-á permitido empenhar-se em qualquer ocupação ou emprego que lhe prejudique a saúde ou a educação ou que interfira em seu desenvolvimento físico, mental ou moral.

### **Princípio 10**

A criança gozará de proteção contra atos que possam suscitar discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza. Criar-se-á num ambiente de compreensão, de tolerância de amizade entre os povos, de paz e de fraternidade universal e em plena consciência que seu esforço e aptidão devem ser postos a serviço de seus semelhantes.

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética

**RIO**

**Comitê de Ética em Pesquisa**

Parecer nº 146A/2008

Rio de Janeiro, 21 de julho de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p><b>PROCOLO DE PESQUISA Nº 126/08</b></p> <p><b>TÍTULO:</b> O cuidar da criança na perspectiva da bioética.</p> <p><b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Línea Pereira Coelho.</p> <p><b>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:</b> Hospital Municipal Jesus.</p> <p><b>DATA DA APRECIÇÃO:</b> 21/07/2008.</p> <p><b>PARECER:</b> APROVADO</p>
--	---

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

  
**Salésia Felipe de Oliveira**  
Vice-Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
CEP: 20211-901  
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) - Site: [www.saude.rio.rj.gov.br/cep](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep)

FWA nº: 00010761  
IRB nº: 00005577

\* Após Exame de Qualificação na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro o título da Dissertação foi alterado para: O típico da ação assistencial do Enfermeiro: perspectiva do cuidado ético em enfermagem.

# 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](#)