

**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Ciências da Saúde  
Escola de Enfermagem Anna Nery  
Coordenação Geral de Pós Graduação e Pesquisa  
Curso de Doutorado**

**O Cuidado Sob a Perspectiva do Escolar Hospitalizado: Subsídios para a  
Enfermagem Pediátrica.**

**SYLVIA ALVES CIBREIROS**

**Rio de Janeiro  
Dez/2007**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**SYLVIA ALVES CIBREIROS**

**O CUIDADO SOB A PERSPECTIVA DO ESCOLAR HOSPITALIZADO:  
SUBSÍDIOS PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA.**

**Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada à  
Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade  
Federal do Rio de Janeiro para a obtenção do título de  
Doutor em Enfermagem**

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Isabel Cristina dos Santos Oliveira

**Rio de Janeiro**

2007

CIBREIROS, Sylvia Alves

O Cuidado Sob a Perspectiva do escolar Hospitalizado:  
Subsídios para a Enfermagem Pediátrica/ Sylvia Alves  
Cibeiros, Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007.  
x, 193 p.

Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade  
Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna  
Nery.

Orientadora : Isabel Cristina dos Santos Oliveira.

1- Enfermagem                      2- Criança Hospitalizada  
3- Dramatização                  4- Vygotsky  
5- Cuidado

I. Título

CDD: 610 73

O CUIDADO SOB A PERSPECTIVA DO ESCOLAR HOSPITALIZADO:  
SUBSÍDIOS PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA.

**SYLVIA ALVES CIBREIROS**

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

Aprovada por:

---

Isabel Cristina dos Santos Oliveira - Orientadora

Prof. Adjunto/Doutora - EEAN/UFRJ

---

Sônia Regina de Souza - 1º Examinadora

Prof. Adjunto/Doutora - FE/UNI-RIO

---

Benedita Maria Rêgo Deusdará - 2º Examinadora

Prof. Titular/Doutora - FE/UERJ

---

Marialda Moreira Christoffel - 3º Examinadora

Prof. Adjunto/Doutora - EEAN/UFRJ

---

Rosângela Silva Santos - 4º Examinadora

Prof. Titular/Doutora - EEAN/UFRJ

---

Ivone Evangelista Cabral - Suplente

Prof. Adjunto/Doutora - EEAN/UFRJ

---

Celia Antunes C.Sousa - Suplente

Prof. Adjunto/Doutora - FE/UNI-RIO

***Rio de Janeiro***

Dez/2007

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, meu pai e poder, meu apoio constante que diante das adversidades sempre foi minha força maior, e que me possibilitou chegar a esse momento.*

*À Jesus Cristo, meu companheiro; amigo e protetor constante de minha vida.*

*Aos meus protetores espirituais, irmãos na espiritualidade, amados amigos que, por amor fraterno, guiam meus caminhos por esta jornada terrestre.*

*Aos meus familiares que conviveram com minhas ausências e distância durante os anos do Curso de Doutorado.*

*À Proff. Dr<sup>as</sup>. Isabel Cristina dos Santos Oliveira; minha orientadora pelos caminhos da pesquisa, desde meu mestrado. Ao término dessa longa jornada, durante o Mestrado e o Doutorado, venho agradecer pelos anos de convivência como orientanda e orientadora e acima de tudo, como amiga. Agradeço-lhe por tudo e saiba que você nunca será esquecida; e espero que o término do Doutorado não signifique o fim de nossa relação acadêmica e de amizade. Muito obrigada do fundo do meu coração.*

*Às escolares que foram sujeitos de meu estudo. Sem elas não existiria a Tese. Agradeço pela oportunidade de conhecê-las e pela agradável convivência durante minhas idas ao cenário de pesquisa e durante as dramatizações. E acima de tudo, agradeço por elas terem me possibilitado ter as respostas sobre minhas inquietações de pesquisa.*

*À equipe de professores da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; em especial as professoras que nos acompanharam em disciplinas ministradas durante o Curso de Doutorado; que com suas críticas e sugestões muito contribuíram para o desenvolvimento da Tese.*

*Às colegas do Doutorado, pelos momentos agradáveis que passamos juntas, pela amizade, pelas sugestões e contribuições no decorrer das disciplinas.*

*Às professoras, que participaram de minhas bancas, como membros efetivos e suplentes, por suas apreciações do meu estudo e pelas suas sugestões; em especial à Professora Doutora Ivone Evangelista Cabral, pelas suas contribuições relativas ao referencial teórico.*

*Aos funcionários técnico-administrativos da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em especial à secretária Sônia e secretário Jorge, sempre dispostos a ajudar.*

*Ao grupo do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEMAN/UFRJ. Minha gratidão aos professores e demais colegas que com suas sugestões sempre contribuíram para o desenvolvimento de minha Tese.*

*À secretária Sônia, do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital, cenário desse estudo, pela sua colaboração.*

*À enfermeira Elgita, chefe da equipe de enfermagem do hospital onde foram coletados os dados para esse estudo, meus agradecimentos por ter aberto “as portas de sua casa” para o desenvolvimento de minha pesquisa.*

*À equipe de enfermagem e médica da unidade de pediatria, cenário dessa Tese, pela sua receptividade na ocasião de coleta de dados para o estudo.*

*À equipe de Terapeutas Ocupacionais da unidade de pediatria, cenário desse estudo. À Eliane, Ana e Valéria pela receptividade e o acolhimento. Vocês foram pessoas ímpares, que muito colaboraram com minha ambientação no cenário de estudo e na viabilização de um local para o desenvolvimento das dramatizações. Meu muito obrigado. Vocês dão uma lição de trabalho em equipe.*

*À equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ, sobretudo aos enfermeiros da rotina, e em especial à*

*enfermeira Glória Regina, chefe da equipe de enfermagem, pela sua colaboração no sentido de facilitar minhas liberações para que eu pudesse cursar meu Doutorado. Meu muito obrigado.*

*À Professora Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e membro participante de minhas bancas. Obrigada por suas contribuições.*

*Aos professores do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.*

*Enfim, agradeço pelas experiências que passei nesses 3 anos de desenvolvimento de meu Doutorado. Agradeço pelos contextos favoráveis e pelas pessoas que colaboraram para que eu pudesse chegar a esse momento. Mas também agradeço pelas adversidades; e pelas pedras que foram colocadas em meu caminho, pois também serviram para meu aprendizado e crescimento, para testar limites e com a ajuda de Deus, alcançar a superação.*

*E por fim, um agradecimento muito especial à todos os professores e funcionários da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que fazem dessa escola a **Escola de Enfermagem Anna Nery**, conhecida e respeitada em todo o país. Esse lugar será sempre inesquecível para mim. Uma escola que prima pela competência científica e possui uma atmosfera de acolhimento ímpar. Aqui deixo minha gratidão e levo minha eterna saudade.*

## DEDICATÓRIA

*À escolar J.A.C.M., a médica Adriana da dramatização; criança de uma docilidade e tranqüilidade sem igual, que infelizmente, veio a falecer alguns meses depois da coleta de dados para essa Tese.*

<b>Sumário</b>	<b>Págs</b>
I. Introdução	01
- Objeto de Estudo	16
- Objetivos	16
- Contribuição do Estudo	17
2. Abordagem Teórico-Metodológica	18
2.1- Bases Conceituais	18
2.2 – Metodologia	33
- Considerações Metodológicas	33
2.3▪ Os (Des)caminhos rumo à Validação Metodológica	45
2.4 ▪ O Momento das dramatizações	52
3.O Escolar e suas Particularidades Frente à Hospitalização	59
4.O Cuidado Internalizado pelas escolares: Experiências no Cenário Hospitalar	75
4.1▪ Punção Venosa Periférica	75
4.2▪ Preparo e administração de medicamentos	103
4.3 Verificação da Temperatura e Exame Físico	109
4.4▪ Execução de Cuidados na Unidade de Internação	132
4.5▪ Atribuições dos médicos e da Equipe de Enfermagem	145
4.6▪ Contexto hospitalar no Cotidiano dos escolares	151
5. Considerações Finais	162
6. Referências	181
7. Anexos	188
I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsável)	188
II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Escolar)	190
III - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	192

CIBREIROS, Sylvia Alves. O Cuidado sob a Perspectiva do Escolar hospitalizado: Subsídios para a Enfermagem Pediátrica. Orientadora: Isabel Cristina dos Santos Oliveira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007. Tese.

### Resumo

O objeto do estudo é a internalização do cuidado pelo escolar hospitalizado, tendo como objetivos: descrever os mediadores presentes nos cuidados relatados pelos escolares; analisar os conceitos espontâneos de cuidado na perspectiva do escolar; e discutir as implicações acerca desses conceitos espontâneos de cuidado para enfermagem. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram quatro escolares do sexo feminino. Os dados foram obtidos através da dramatização dos papéis de enfermeira, médica e paciente. Os conceitos utilizados foram mediador, internalização e conceitos espontâneos segundo a teoria de Vygotsky. Com base na análise dos depoimentos, constatou-se que os conceitos espontâneos sobre o cuidado de enfermagem construídos na unidade de internação pediátrica; na relação com os profissionais de enfermagem e sob a mediação de instrumentos e signos do cuidado, foram o cuidado de enfermagem como um cuidado fortemente técnico, que envolve procedimentos invasivos. A verificação da temperatura também se constituiu em cuidado de enfermagem, bem como o exame físico da criança e as questões relativas à prevenção de infecções. Diante desses resultados, pode-se refletir sobre a construção de um referencial de cuidado na área pediátrica que não seja oriundo apenas do conhecimento das enfermeiras, mas que também se articule com o cuidado sob a perspectiva das crianças.

CIBREIROS, Sylvia Alves. The care under the interned scholar perspective: subsidies for the pediatric nursing. Orientation: Isabel Cristina dos Santos Oliveira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007. Thesis.

#### Abstract

The study object is the care internment by the interned scholar, having as objectives: describe the mediators present in the care related by the scholars; analyze the care spontaneous concepts under the perspective of the scholar; and discuss the implications about these care spontaneous concepts for the nursing. It is a question of a research with qualitative approach. The subjects were four scholars of the female sex. The data were obtained through the dramatization of the nurse, doctor and patient's roles. The concepts used were mediator, internalization and spontaneous concepts according to Vygotsky's theory. Based on the depositions analysis, it verified that the spontaneous concepts about the nursing care constructed in the pediatric internment unit; in the relationship with the nursing professionals and under the mediation of instruments and signs of the care were the nursing care with a strongly technical care, that involves invasive procedures. The verification of the temperature also set itself up nursing care, as well as the child's physical exam and the questions relative to the infections prevention. Before these care, itself can reflect about the construction of a reference of care in the pediatric area that not be only arising from the nurses' knowledge, but also articulates with the care under the children perspective.

CIBREIROS, Sylvia Alves. El cuidado bajo la perspectiva del escolar hospitalizado: subvenciones para la enfermería pediátrica Orientación: Isabel Cristina dos Santos Oliveira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007. Tesis.

### Resumen

El objeto del estudio es la internamiento del cuidado por el escolar hospitalizado, teniendo como objetivos: describir los mediadores presentes en los cuidados relatados por los escolares; analizar los conceptos espontáneos del cuidado bajo la perspectiva del escolar; y discutir las implicaciones acerca de esos conceptos espontáneos de cuidado para enfermería. Se trata de una investigación con el enfoque cualitativo. Los sujetos fueron cuatro escolares del sexo femenino. Los datos fueron obtenidos a través de la dramatización de los papeles de enfermera, médica y paciente. Los conceptos utilizados fueron mediador, internalización y conceptos espontáneos según la teoría de Vygotsky. Basado en el análisis de las deposiciones, se verificó que los conceptos espontáneos acerca del cuidado de enfermería construidos en la unidad de internamiento pediátrica; en la relación con los profesionales de enfermería y bajo la mediación de instrumentos y signos del cuidado fueron el cuidado de enfermería como un cuidado fuertemente técnico, eso implica los procedimientos invasivos. La comprobación de la temperatura también se constituyó en cuidado de enfermería, bien como el examen físico del niño y las cuestiones relativas a la prevención de infecciones. Delante de esos resultados, se puede reflejar sobre la construcción de un referencial de cuidado en la area pediátrica que no sea oriundo apenas del conocimiento de las enfermeras, pero que también se articule con el cuidado bajo la perspectiva de los niños.

## 1. Introdução

Iniciei minhas atividades como enfermeira no ano de 1986, após o término do curso de graduação na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO). Ainda nesse mesmo ano, prestei concurso para o quadro de enfermeiros do Município de Duque de Caxias, quando fui exercer minhas atividades profissionais no Hospital Infantil Ismélia Silveira, como supervisora da equipe de enfermagem.

No referido hospital alguns aspectos do cotidiano da assistência de enfermagem começaram a chamar a minha atenção e a levar-me à reflexão, a começar pelo ambiente físico do hospital. Sempre imaginei que um hospital pediátrico seria um local diferenciado, onde a “presença infantil” fosse explícita, com paredes coloridas, brinquedos, decorado com imagens de personagens infantis, entre outros. Deparei-me, porém, com um hospital de piso cinza, com paredes lisas e brancas, um ambiente que eu julgava possuir uma atmosfera “fria” para abrigar crianças. Outro aspecto destoante era a inexistência de um espaço destinado à recreação das crianças. No hospital não existiam brinquedos; os únicos brinquedos disponíveis eram os trazidos por algumas mães para o entretenimento de seus filhos. Naquela ocasião, a necessidade da criança brincar começou a me sensibilizar, despertando meu interesse para a importância do brincar na infância.

Acrescente-se um outro aspecto, o qual relacionava-se com o cuidado de enfermagem prestado às crianças. Eu tinha a idéia de que os profissionais de enfermagem, que trabalham com crianças expressassem uma afetividade diferenciada em seu cuidado. Imaginava que fossem mais carinhosos e

dispensassem uma atenção especial a essa clientela, pelo fato desta se constituir de pequenos indivíduos, tão singulares como são as crianças. Todavia, eu observava que a maioria dos profissionais de enfermagem atuava de uma forma preponderantemente técnica, com uma abordagem emocionalmente indiferente, como se fossem simples cumpridores de tarefas. O interesse em interagir com a criança, conversar com ela, conhecê-la melhor, mediante o estabelecimento de uma relação, que ultrapassasse os fatores ligados ao tratamento da doença, era algo bastante incomum.

Ingressei em 1996 como docente, na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) e do mesmo modo, supervisionando os acadêmicos de enfermagem numa unidade de internação pediátrica me surpreendi diante de outras ocorrências. Os estudantes de enfermagem interessavam-se pelos cuidados de enfermagem, sobretudo aqueles que envolviam a execução da técnica ou que implicavam a utilização de aparato tecnológico. Havia uma “sedução tecnológica” dos acadêmicos pelo conhecimento do manejo das bombas infusoras, respiradores artificiais, e dos diversos tipos de cateteres, dentre outros. Observava que ficavam, muitas vezes perplexos ao serem designados para desenvolver intervenções igualmente importantes, como conversar e brincar com as crianças, buscando conhecer seus sentimentos e suas necessidades psicossociais diante da situação de hospitalização.

Tais eventos vivenciados por mim no dia a dia como enfermeira e docente, e em consequência da inquietação por eles despertada, levaram-me a ingressar no mestrado na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), no ano de 1999. Com o estudo

intitulado: A comunicação do escolar por intermédio dos brinquedos: um enfoque para a assistência de enfermagem nas unidades de cirurgia pediátrica; busquei dar voz ao escolar hospitalizado, enfocando a comunicação por meio dos brinquedos frente a uma intervenção cirúrgica (Cibreiros, 2000). A opção por um estudo que abordasse a comunicação relacionou-se ao fato de que a comunicação é um fenômeno inerente às relações humanas (BORDENAVE, 1982). Por intermédio da comunicação, o ser humano é capaz de transmitir vários conteúdos, inclusive conceitos, percepções, conhecimentos e vivências do seu cotidiano.

Os sujeitos do estudo foram crianças em idade escolar, dentro da faixa etária de 6 a 12 anos, que se submeteriam a uma intervenção cirúrgica de variadas etiologias. A escolha por crianças em fase escolar baseou-se no fato de que essas crianças são capazes de expor suas próprias idéias e opiniões sobre as experiências vivenciadas. Os depoimentos dos escolares foram obtidos por meio de entrevista mediada pelos brinquedos.

Os achados revelaram os sentimentos dos escolares em relação à cirurgia e a hospitalização, com destaque para o medo de procedimentos invasivos e da morte. No que se referia à internação para cirurgia, os escolares não demonstraram sentimentos de insatisfação e apontaram como motivos, a possibilidade de brincar, de interagir com outras crianças e de receber uma boa alimentação (CIBREIROS, 2000).

Quanto ao conhecimento dos escolares sobre os eventos envolvidos no processo cirúrgico e sua hospitalização; eles possuíam informações limitadas, de pouca consistência e alguns conceitos distorcidos. Basicamente, os escolares relataram que estavam hospitalizados para serem operados, ficarem

bons ou melhorarem. Além disso, os escolares apresentaram muitos questionamentos sobre o universo da internação hospitalar, procedimentos diagnósticos e cirurgia (CIBREIROS, op.cit.).

Os brinquedos utilizados no estudo, como estratégia de abordagem serviram como um meio facilitador da comunicação, o que possibilitou o relato sobre as vivências do cotidiano de cuidados à saúde de forma ampliada, como a revelação de alguns escolares sobre problemas de saúde, que possuíam e que extrapolavam a cirurgia, como por exemplo, as afecções cardíacas.

Os brinquedos também permitiram que os escolares demonstrassem os conhecimentos que possuíam sobre procedimentos ligados aos cuidados de saúde, como a aferição de temperatura e a vacinação, entre outros. Ao mesmo tempo, forneceram a oportunidade dos escolares fazerem a catarse sobre experiências desagradáveis anteriormente vivenciadas durante procedimentos de diagnóstico ou recuperação de sua saúde, como aplicação de injeções. Igualmente, as brincadeiras e brinquedos serviram como instrumento para orientar quanto aos procedimentos envolvidos no contexto da hospitalização e cirurgia (CIBREIROS, 2000)

Diante de tais achados da dissertação, muitos de meus questionamentos foram respondidos e fatos me foram revelados, sobretudo que ainda há muito a ser feito no campo da enfermagem pediátrica cirúrgica, em especial, no que se refere à orientação da criança quanto aos procedimentos hospitalares.

A equipe de enfermagem compartilha com os demais membros da equipe cirúrgica a responsabilidade de prover orientação ao cliente que se submete à cirurgia. Entretanto, a criança continua a ser encaminhada para cirurgia com pouca ou nenhuma informação, e muitas vezes imersa em

fantasias geradoras de medos, estresse e traumas. Os escolares possuem dúvidas, medos e conceitos imprecisos sobre a hospitalização e a cirurgia, e merecem uma atenção diferenciada a fim de que estes sentimentos sejam minimizados.

O brincar como forma de abordagem à criança e como instrumento do cuidado em enfermagem pediátrica, mostrou-se como um facilitador e mediador da comunicação escolar-enfermeira pediatra. Penso que o brincar é ainda subestimado e que deveria ser mais utilizado e valorizado, não como um mero propiciador de lazer e entretenimento, mas como forma de abordagem para estimular a linguagem espontânea da criança.

Concomitantemente, os resultados da dissertação propiciaram a expansão de minhas reflexões, e, provavelmente aguçaram meu olhar para o cotidiano da prática profissional junto às crianças diante de uma internação cirúrgica. E, munida deste olhar mais vigilante, e diante de tantas reflexões, que começaram a sobressair questões que serão expostas a seguir.

Durante quatro anos, estive à frente da chefia da equipe de enfermagem de uma unidade de internação cirúrgica pediátrica. Nesta mesma unidade, desenvolvi minhas atividades docentes supervisionando estudantes durante o estágio do último período do curso de graduação, sob a modalidade de internato. E nesse cotidiano, como docente e enfermeira, pude observar que profissionais de várias categorias prestam rotineiramente algum tipo de assistência às crianças. Nutricionistas, pediatras, cirurgiões, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas desenvolvem atividades inerentes à sua área de conhecimento no intuito de assistir à criança em suas necessidades, contribuindo para a melhoria de seu estado de saúde.

Dessa forma, passei a observar de maneira mais crítica, ou seja, com **olhos de enxergar**<sup>1</sup>, o cotidiano dos diversos profissionais, incluindo os de enfermagem, junto às crianças internadas. Pude notar que a abordagem às crianças era diferenciada. Enquanto alguns profissionais visitavam as crianças esporadicamente; outros compareciam, quase diariamente, ou mesmo diariamente, porém permaneciam pouco tempo junto à criança. Outros se apresentavam ao responsável pela criança dizendo seu nome, profissão, finalidade de intervenção e comunicando o que seria feito com a criança. O que era comum a quase todos os profissionais, era que eles não se dirigiam à criança propriamente dita, mas ao seu responsável.

Na maioria das vezes, o profissional apresentava-se à criança referindo-se somente ao seu nome e, a partir daí começava a prestar-lhe assistência, tornando a criança apenas um receptáculo de tratamento. Esse fato vai ao encontro dos achados de Cibreiros (2000), nos quais observa-se que embora a criança seja o sujeito principal dos cuidados e procedimentos hospitalares dentro de uma unidade de cirurgia pediátrica, a orientação da criança sobre os procedimentos ainda se constitui uma prática incomum por parte dos profissionais.

O indivíduo em suas relações e, socialmente inserido no mundo, estabelece interação com outros indivíduos. Este fato adquire relevância dentro do hospital, onde, para a criança, praticamente todo o ambiente pode significar algo ameaçador. Conseqüentemente, os profissionais que atendem as crianças nas unidades de pediatria, não devem desvalorizar este fato.

---

<sup>1</sup> Grifo meu

Desta forma, a abordagem profissional à criança, conforme afirmam Gonzaga & Arruda (1998, p.19): “Implica em não ser um autômato, que executa o cuidado técnico, vital e importante para a assistência ao ser cuidado, apenas com as mãos, mecanicamente.”

Outra questão que começou a despertar minha atenção era que, por algumas vezes, crianças que já haviam sido operadas, vinham me solicitar a alta hospitalar, quando já se encontravam com alta hospitalar planejada, e, nestas ocasiões, eu lhes dizia que somente o médico poderia autorizar e fornecer a alta. Tal modo de agir dessas crianças, possivelmente, relacionava-se ao fato das mesmas saberem de meu cargo como enfermeira chefe do setor; informação esta que pode ter sido recebida formalmente ou ainda por observarem as minhas atividades gerenciais na unidade, e conseqüentemente, acreditarem que a autorização para a alta hospitalar pudesse também ser minha atribuição. Este fato demonstrou que, na leitura das crianças, parecia haver uma confusão entre o papel gerencial e de autoridade, leituras essas, advindas das relações e interações travadas no ambiente hospitalar.

Assim sendo, comecei a ponderar que dentro de uma unidade pediátrica, os profissionais que assistem às crianças, transformam-se, em tias e tios; porque por um lado, com eles, as crianças se relacionam afetivamente. Por outro, essa interação revela uma **despersonificação**<sup>2</sup> do profissional, posto que as crianças, na grande maioria das vezes, não conseguem distinguir a finalidade da atuação de cada profissional junto a ela, existindo

---

<sup>2</sup> Grifo meu

um desconhecimento e pouca visibilidade em suas atribuições e quanto aos cuidados oferecidos por cada profissional, que integra a equipe de saúde.

A possibilidade de se manter relações e interações mais prolongadas com os profissionais durante a hospitalização aumenta o conhecimento da criança sobre a atividade profissional que cada um desempenha. Deste modo, a experiência com a hospitalização prolongada oferece a possibilidade da criança personificar os profissionais, tendo como referência o próprio cuidado profissional (OLIVEIRA, 1991).

O aspecto relacionado à despersonalização dos profissionais que tratam de crianças nas unidades de internação pediátricas, sobretudo, a rotina que alguns profissionais adotam de somente abordarem e orientarem o responsável pela criança, e não a própria criança, pode gerar sentimentos de depreciação no escolar. Nessa fase, a criança esforça-se para ser vista como apta para dar informação sobre si mesma, desejando ter sua opinião valorizada e não ser encarada pelos adultos como uma criancinha.

Para Oliveira (1997), o hospital pode ser visto, muitas vezes, pelo olhar da criança, como um lugar de reclusão, onde os profissionais são vistos como sujeitos anônimos, executores de tratamento, detentores do poder de estabelecer um novo modo viver para a criança dentro das unidades de internação, baseados em regras e rotinas para as quais a criança não está acostumada. Acrescente-se que Oliveira, (op.cit, p.47) destaca: “A relação profissional de saúde-criança tem o peso de todo o dogmatismo médico e da verticalidade da relação social entre o adulto e a criança. Ela é, no mais das vezes, despersonalizada e anônima.”

Ao refletir sobre essa situação, comecei a pensar nas crianças em idade escolar, sujeitos de minha dissertação de mestrado. A hospitalização é um acontecimento que desagrega o cotidiano da criança em qualquer idade, sobretudo na idade escolar. Nesta idade, a criança geralmente já possui uma rotina de atividades consolidadas, com compromissos que, em certas ocasiões, muito se aproximam da rotina de um adulto. O escolar integra-se à vida na escola; geralmente pratica algum esporte, isto sem mencionar os diversos cursos que se engendram, como o de línguas, música, dentre outros. Desse modo, uma internação hospitalar, força necessariamente a suspensão temporária dessas atividades.

Aliado a isso, a hospitalização obriga o escolar a deixar sua casa, seus familiares, amigos, brinquedos, ou seja, tudo que está ligado ao seu modo de viver; e ingressar em um ambiente diferenciado, com pessoas estranhas, com aparelhos, odores e sons desconhecidos e rotinas diferenciadas, que podem ser interpretados como hostis pela criança. (CIBREIROS, 2000).

No que tange ao brincar e às atividades lúdicas, que se constituem em fatores indispensáveis ao desenvolvimento infantil em todas as idades, no ambiente hospitalar, estas acabam muitas vezes, por perder sua relevância, sendo relegadas ao segundo plano, quando não esquecidas completamente, visto que o objetivo principal é o tratamento da patologia da criança.

Soares & Vieira (2004, p.299) apontam que: “A hospitalização da criança significa agressão ao seu mundo lúdico e mágico e, por isso, requer do profissional que a assiste, a compreensão do mundo infantil”.

A doença e sua sintomatologia podem desencadear mal-estar, e não raramente, dores, obrigando o escolar ao repouso, ou total inatividade,

podendo gerar sensações adversas de medo e ansiedade, além do fato da criança em idade escolar aceitar pouco a necessidade de restrição das atividades físicas, pois nesta fase, segundo Wong (1999) a criança deseja ser ativa e produtiva.

A hospitalização em si, também é um fato que pode desencadear ansiedade no escolar, pois como refere Chiatoni apud Camon (1984, p.21): “Todas as crianças têm fantasias e imagens muito ruins a respeito da hospitalização, das rotinas hospitalares, dos médicos e da equipe em geral”.

Dessa forma, a patologia gera, além das implicações físicas, aquelas de natureza emocional, como a ansiedade, o medo e o estresse. Isso força a criança a enfrentar uma outra modalidade de doença, mais subjetiva, mais invisível, e mais aterrorizadora que a original, qual seja, o confinamento gerado pela hospitalização. E em seu imaginário, o hospital é um local extremamente adverso.

Para o escolar que tem como características ligadas ao seu processo de crescimento e desenvolvimento, a necessidade de liberdade, de atividade, o desejo de ser produtivo e cooperativo e ser valorizado como ser humano, a hospitalização e a doença podem significar acontecimentos bastante ameaçadores.

Outro fato que me levou a pensar sobre as relações e interações produzidas no hospital pelas crianças, ocorreu enquanto eu brincava com uma criança de aproximadamente três anos, internada na unidade cirúrgica por quase um mês devido à uma nefrectomia. Ela me falou o seguinte: você é boazinha, mas você fura. Eu quero te levar para minha casa quando eu for embora, mas você não pode furar, só brincar. Num primeiro momento, aquelas

palavras pareceram engraçadas e, ao mesmo tempo, despertaram em mim, um sentimento de compaixão pela criança. Apropriei-me de suas próprias palavras para respondê-la que eu a furava quando era preciso, e não que eu gostasse de fazê-lo, já que aquilo era necessário para que ela ficasse boa da doença. Provavelmente, essas palavras da criança deveram-se ao fato dela estar internada na unidade por um período de tempo mais extenso e rotineiramente, ver-me puncionando as veias de outras crianças e, em especial, as dela mesma, que infelizmente exibia veias periféricas de difícil acesso.

Todavia, naquele dia, as palavras dessa criança permaneceram em minha mente, e comecei a considerar sobre um aspecto incômodo do cuidado de enfermagem, o de produzir relações com a criança, capazes de gerar dor e sofrimento, como por exemplo, as punções venosas, as sondagens vesicais ou nasogástricas, ou seja, aqueles procedimentos de natureza invasiva. Todos estes procedimentos fundamentais para o tratamento, mas contraditoriamente, muito agressivos, gerando muitas vezes de dor, medo e mal-estar na criança. Diante disto, comecei a pensar comigo mesma: será que é isto que a criança pensa sobre a enfermeira, alguém que serve para furar? Será que é desta forma que a criança sente o cuidado de enfermagem? Ou será que ela vê o cuidado como algo que pode ser prazeroso, quando brinco com ela e algo também perverso, quando necessito puncioná-la? Tais questionamentos contribuíram para aprofundar minhas reflexões.

Embora não haja dúvidas que a equipe de enfermagem é aquela que permanece mais tempo prestando assistência à criança dentro das unidades de internação pediátricas, ou seja, é a equipe que permanece **nas 24 horas do**

**dia**<sup>3</sup> com o paciente, ela não é a única a prestar assistência à criança. A equipe médica, e os profissionais de distintas áreas, que integram a equipe de saúde assistem às crianças durante a hospitalização. Somam-se a estes, profissionais, cujas profissões apareceram em tempos historicamente mais recentes, como os fisioterapeutas na década de 60 e fonoaudiólogos na década de 70 do século XX, dentre outros.

Desse modo, diante dessa multiplicidade de profissionais que assistem à criança nas unidades de internação, comecei a refletir: o que seria para o escolar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem? Como este cuidado seria visto pelo escolar?

No cenário hospitalar pediátrico, existem diversos modelos assistenciais, que fundamentam o cuidado prestado às crianças. Esses modelos, segundo Elsen & Patrício (1989) têm sofrido modificações ao longo dos anos, e têm como fundamento os resultados de pesquisas desenvolvidas nas áreas médicas, humanas e sociais. Esses modelos não são exclusivos, nem excludentes, posto que podemos encontrar nas instituições, um determinado modelo ou vários deles coexistindo e estruturando a assistência e o cuidado da equipe de saúde.

O primeiro modelo é, sem dúvida, o mais tradicional, que é o modelo denominado abordagem centrada na patologia da criança. Esse modelo assistencial, segundo as autoras (ELSEN & PATRÍCIO, op.cit.), possui como foco principal, a patologia da criança, caracterizada por sinais e sintomas. O poder decisório está centrado na figura do médico, como detentor do conhecimento para o tratamento da patologia, não abrangendo a participação

---

<sup>3</sup> Grifo meu

dos demais membros da equipe de saúde na discussão e estabelecimento de terapias conjuntas para a criança.

O segundo modelo descrito é denominado abordagem centrada na criança. Esse modelo, segundo Elsen & Patrício (Op cit,1989), tem sido adotado por um número crescente de instituições de saúde infantis. Nessa abordagem, a criança é vista e valorizada como um ser em processo de crescimento e desenvolvimento. Os aspectos psicológicos, sociais e culturais da criança são valorizados. A doença é encarada como uma ameaça à integridade física e psíquica da criança, por isso todos os esforços devem ser feitos no sentido de evitar eventos estressantes para a criança. Neste modelo, a terapêutica a ser implementada no tratamento da criança, engloba os conhecimentos e prescrição de tratamento programado pelos diversos membros da equipe multiprofissional que assiste e avalia a criança.

O terceiro modelo é denominado abordagem centrada na criança e na família. Segundo as autoras (ELSEN & PATRÍCIO, op. cit.), este engloba a noção de saúde como resultante de uma conjunção de fatores de ordens biológicas, psíquicas, sociais, culturais e ecológicas. A criança é vista a partir de uma concepção holística do ser humano. A família ocupa uma posição central e de destaque, sendo reconhecida como primeira responsável pelos cuidados de saúde de todos os seus membros, incluindo a criança. é uma abordagem democrática e dinâmica, onde os membros da equipe multiprofissional e da família participam e são responsáveis pela tomada de qualquer decisão a respeito da criança.

Um modelo assistencial mais recente é mencionado por Wong (1999), que engloba os cuidados no domicílio e na comunidade; trata-se do modelo de

cuidado centrado na família e na comunidade. Nesse modelo está implícita uma mudança de foco, da recuperação da doença para a promoção da saúde como lugar de destaque, e com a finalidade de prevenir eventos mórbidos que exigem o tratamento da doença.

Nesse modelo, o papel da enfermeira no cuidado no ambulatório, com atividades de educação em saúde e prevenção de doenças, torna-se prioritário. A atenção primária ganha relevância, e conseqüentemente os cuidados domiciliar e comunitário estão fortemente presentes.

Os diferentes modelos norteiam o tipo de assistência prestada aos escolares em cada instituição. Eles estabelecerão os padrões de relações entre os profissionais, a hierarquia de poder entre os mesmos, suas relações com os escolares e seus acompanhantes, dentre outros elementos constituintes do cotidiano das unidades de internações das instituições hospitalares. Conseqüentemente, isto implica necessariamente no estabelecimento de um ambiente diferenciado em cada unidade de internação pediátrica proveniente das diferentes concepções ideológicas impressas por cada um destes modelos, que irão direcionar e influenciar na experiência do escolar frente aos aspectos ligados à doença e seu tratamento, assim como na convivência dos mesmos junto aos profissionais de saúde.

Desta forma, os escolares internados nas unidades de pediatria, conseqüentemente, receberão os cuidados sob a égide ideológica dos modelos assistenciais presentes nas instituições hospitalares.

Vygotsky (1998) menciona que o ser humano se constrói enquanto humano no seio de seu ambiente sócio-cultural, interferindo e sofrendo interferências deste meio, numa relação dialética. Os escolares internados nas

unidades pediátricas vivenciam o cotidiano do cuidado de enfermagem. A relação de ser um sujeito interativo no cuidado durante a hospitalização, permitirá aos escolares a internalização desse cuidado e a elaboração de conceitos associados ao cuidado.

Oliveira (1998, p.37) aponta que para Vygotsky: “Os conceitos são construções culturais, internalizadas pelos indivíduos ao longo de seu processo de desenvolvimento”.

O processo de internalização, segundo Vygotsky (1999), implica que uma operação externa seja reconstruída internamente pelo indivíduo. É um processo que se desloca do meio social, interpessoal, para o meio individual, intrapessoal. Todavia a internalização não se constitui em mera cópia, estática, de apropriação interna de elementos externos presentes no meio social.

Segundo Pino (2005), o que é internalizado não é algo de ordem concreta, mas sim de ordem abstrata, relacionada ao campo da significação, que pode existir na mente das pessoas ao mesmo tempo, mas sem se repetir precisamente da mesma forma. Ainda para o autor (op cit, 2005), o campo da significação não é algo homogêneo, mas possui áreas de maior estabilidade e unidade como os significados socialmente instituídos, e áreas mais instáveis e diversas, como a do sentido que os significados culturalmente instituídos tem para diferentes grupos e indivíduos. Deste modo, a internalização implica que os significados culturalmente dados não são internalizados como cópias fiéis, como mera reprodução, mas sim resultado da interpretação de cada sujeito que pode lhes atribuir um sentido próprio.

Para Vygotsky (1999), existem dois tipos de conceitos: os conceitos espontâneos ou cotidianos e os conceitos científicos. Rego (2005, p.60) ao explicitar os conceitos Vygotskianos, aborda que:

Ele chama de conceitos cotidianos (ou espontâneos) aqueles que são adquiridos pela criança fora do contexto escolar ou de qualquer instrução formal e deliberada; são os conceitos formados no curso da atividade prática e nas relações comunicativas travadas em seu dia-a-dia. Já os conceitos científicos seriam aqueles desenvolvidos no processo de assimilação de conhecimentos comunicados sistematicamente à criança durante o ensino escolar.

Oliveira (1998) ainda pondera que os subsídios necessários para a construção de um conceito espontâneo (cotidiano) se encontram presentes no mundo real do indivíduo. Desse modo, a experiência com o cuidado durante o período de hospitalização é capaz de fornecer elementos aos escolares para a formação de conceitos sobre o cuidado como parte do processo de aprendizagem informal.

Diante dessas ponderações, senti-me motivada a desenvolver um estudo com vistas a entender o que é o cuidado sob a perspectiva da criança, ou seja, neste caso específico, do escolar, como o indivíduo que recebe os cuidados de enfermagem nas unidades pediátricas.

Deste modo, elaborei como questões norteadoras do estudo: O que é para o escolar o cuidado prestado pela equipe de saúde, em destaque, pela equipe de enfermagem, recebido durante o período de sua hospitalização? Quais os conceitos espontâneos que o escolar constrói sobre o cuidado prestado por essa equipe nas unidades de internação?

Assim sendo, foi delimitado como objeto de estudo: a internalização do cuidado pelo escolar durante o período de hospitalização.

Os objetivos são: descrever os mediadores presentes nos cuidados relatados pelos escolares; analisar os conceitos espontâneos de cuidado na perspectiva do escolar; e discutir as implicações acerca desses conceitos do cuidado para enfermagem.

### **Contribuição do Estudo**

No cotidiano das unidades de internação pediátricas, a equipe de enfermagem desenvolve cuidados que visam à promoção e a recuperação da saúde dos escolares. O entendimento sobre o cuidado, visto sob a perspectiva do escolar pode fornecer as informações importantes e necessárias para a equipe de enfermagem em seu planejamento e execução dos cuidados, que levem em conta não somente os aspectos detectados pela equipe como necessidade de cuidado para o escolar, mas que também considere os aspectos positivos e/ou negativos destes cuidados na visão do escolar a fim de promover uma assistência de enfermagem que venha a contemplar, realmente, as necessidades biopsicossociais do escolar durante sua hospitalização.

No ensino, o estudo proporcionará aos estudantes de enfermagem conhecimentos teóricos acerca da vivência do escolar no cotidiano do cuidado a fim de minimizar os efeitos adversos da hospitalização.

Em relação à pesquisa, espera-se fornecer subsídios teórico-metodológicos para estudos que venham a abordar a temática do cuidado sob a perspectiva do escolar hospitalizado, assim como para os estudos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa–Saúde da Criança/Cenário Hospitalar no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ.

## 2. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

### 2.1 Bases Conceituais

O referencial teórico está vinculado aos estudos de Vygotsky (1998, 1999). Lev Semyonovitch Vygotsky; nasceu em novembro de 1896, em Orsha, nordeste de Minsk, na Bielo-Rússia. Formou-se em 1917, em direito, que à época era um curso ampliado da área de ciências sociais que incluía a formação em direito e literatura. Entre 1917 e 1923 lecionou literatura e psicologia numa escola em Gomel (Bielo-Rússia). Nesse período, fundou o Laboratório de Psicologia do Instituto de Estudos de Deficiências, e dirigiu o Departamento de Educação à Crianças Deficientes e Retardadas Mentais em Narcompros (Bielo-Rússia).

Paralelamente a estas atividades ministrava cursos no Instituto de Pedagogia de Moscou e de Leningrado. No período entre 1925 e 1934, trabalhou com um seleto grupo de jovens cientistas, entre eles, seus discípulos mais marcantes, Luria e Leontiev, e simultaneamente, estudou e formou-se em medicina, que cursou uma parte, em Moscou e outra em Kharkov.

Os estudos de Vygotsky relacionavam-se, prioritariamente, ao campo do desenvolvimento das funções psicológicas superiores do ser humano, e suas concepções fundamentavam-se no papel determinante da influência sócio-cultural neste processo, tendo como inspiração primordial o materialismo histórico de base marxista.

Vygotsky faleceu, prematuramente, aos 38 anos, vítima de tuberculose, no ano de 1934, deixando como legado uma teoria histórico-cultural do desenvolvimento humano, a qual foi dada continuidade pelos diversos sucessores e seguidores de seus pensamentos.

A teoria de Vygotsky sobre o desenvolvimento/formação social da mente apresenta como um dos seus pilares, o estudo dos processos psicológicos superiores humanos. Para ele (1998), o desenvolvimento do ser humano ocorre graças aos processos biológicos de maturação do organismo, porém, é a via da aprendizagem, ocorrida mediante o contato do Homem com sua cultura, que lhe fornecerá os meios para o desenvolvimento dos processos psíquicos.

Nesse estudo serão utilizados os conceitos de mediador, internalização e conceito espontâneo da teoria de Vygotsky. Esses conceitos são abordados pelo autor no seio das interações sociais humanas dentro do ambiente social. Considerando o hospital um dos diversos ambientes sociais humanos, estarei articulando os referidos conceitos de Vygotsky, trazendo-os para o cotidiano das interações sociais travadas no ambiente hospitalar.

Os atos, as atitudes, as crenças, os conhecimentos, dentre as demais atividades do Homem constroem historicamente a cultura humana, influenciando-a e produzindo-a; e por sua vez, as atividades e relações sociais ocorridas no ambiente cultural proporcionam o desenvolvimento do Homem como um ser histórico, social e cultural, numa relação recíproca.

A atividade humana no mundo, segundo Vygotsky, possui como especificidade, o fato de ser uma atividade eminentemente mediada. Um

conceito da teoria de Vygotsky é o de mediação, que se traduz como um processo de intermediação feita por um elemento em uma relação.

Os elementos de mediação constituem-se de instrumentos. Esses estão presentes no mundo cultural humano, sendo social e historicamente construídos pelo Homem, dotados de significados culturalmente dados, e transmitidos, através das interações sociais a todos os indivíduos integrantes do grupo cultural. Através dos instrumentos, o ser humano é capaz de exercer influência sobre o seu meio cultural. Os instrumentos podem ser de duas naturezas: física e psicológica (simbólica).

Os instrumentos de natureza física são denominados ferramentas ou simplesmente, instrumentos. As ferramentas possuem uma orientação externa. Elas fazem a mediação entre o ser humano e o meio externo. Para influenciar o mundo da natureza, o Homem constrói ferramentas que o possibilita fazer essa mediação. Os objetos presentes no mundo cultural humano são exemplos dessas ferramentas; como uma agulha, que permite uma punção, ou uma escada que serve para alcançar locais altos, dentre outros. Essas ferramentas mediadoras possuem significados culturais, já que carregam consigo a finalidade para a qual são construídas e utilizadas.

Os instrumentos de natureza simbólica ou psicológica são chamados de signos. O conceito de signo para Vygotsky (1998) tem seus preceitos teóricos oriundos do materialismo histórico, de origem marxista, para o qual o Homem faz uso dos seus instrumentos de trabalho para agir e controlar aspectos da natureza. Vygotsky (op.cit, p.70) menciona que: “a invenção e o uso de signos como meios auxiliares para solucionar um dado problema psicológico (lembrar,

comparar coisas, relatar, escolher, etc.) é análoga à invenção e uso de instrumentos, só que agora no campo psicológico”.

Ao contrário das ferramentas, que possuem orientação externa, propiciando a atuação do indivíduo sobre o objeto da atividade, o signo é um meio da atividade interna dirigida para o controle do próprio indivíduo. Ele é uma ferramenta a serviço dos processos psicológicos, da qual o ser humano se utiliza para significar e representar o meio no qual ele vive.

Os signos englobam a linguagem, as palavras, os gestos, a escrita, o desenho, dentre outros; e proporcionam ao Homem a possibilidade de representar alguma coisa, no seio das relações sociais.

Os mediadores, sejam eles, instrumentos ou signos, só possuem utilidade sob a ação do homem e na interação entre os indivíduos; sem isso tais mediadores seriam inúteis

Os signos possuem como propriedade a significação, que engloba o significado e os sentidos que cada signo possui. O significado se refere àquilo que um determinado signo significa para os indivíduos no seio das interações sociais, como por exemplo, uma palavra que é capaz de ser inteligível no decorrer de uma comunicação travada entre diversos indivíduos de um determinado grupo cultural; esta possui um caráter mais coerente, compartilhado, permitindo o entendimento durante a comunicação, sendo uma propriedade mais estável do signo.

Por outro lado, um signo apresenta além de um significado, também o sentido, que possui uma natureza diferenciada, mais íntima, singular, livre e global. Segundo Vygotsky (1998), o sentido de uma palavra é o somatório de

todos os conteúdos de natureza psicológica que são trazidos à consciência do indivíduo por intermédio da mesma.

Deste modo, estruturando-se sobre uma base biológica, e por intermédio das ferramentas de mediação, sejam elas de natureza física ou psicológica, é que o ser humano se torna apto a agir e interagir com o mundo, constituindo-se como indivíduo social e construindo seu material psíquico a partir das interações sociais, funções psicológicas superiores.

O ser humano se utiliza dos signos como mediadores psicológicos em diversas situações. Vygotsky (1998) exemplifica o uso dos nós para a lembrança de alguma coisa que não se pode esquecer. Neste caso, o nó é uma marca externa, e serve como uma representação; trata-se de um signo que é interpretado como uma representação de um fato da realidade, mas que no momento não se encontra presente concretamente.

A operação com signos na criança segue um percurso de desenvolvimento. Os estudos relativos ao uso de signos pelas crianças, desenvolvidos por Vygotsky (op.cit.) consistiam em experimentos práticos com crianças de diversas idades. Um destes estudos buscou estabelecer a relação entre a percepção e a ação motora da criança em dois momentos. Num primeiro momento do experimento, colocava-se uma série de figuras e cada figura correspondia a uma tecla no teclado, ao qual a criança deveria tocar ao ver a determinada figura. As crianças de quatro a cinco anos tinham dificuldades em decidir rapidamente qual tecla pressionar, apresentando movimentos vacilantes entre as teclas, sem escolher a correspondente.

No segundo momento, para facilitar o ato de seleção, foram colocadas marcas nas teclas com um sinal correspondente, como um estímulo a mais ao

processo de escolha, e pedia-se à criança que assim que aparecesse a figura, esta pressionasse a tecla com o sinal correspondente. Neste caso, o desempenho da criança foi modificado; a introdução de marcas externas permitiu que a criança voltasse sua atenção para as marcas, e ela conseguiu selecionar a tecla correta tendo como base a figura que era mostrada e o signo correspondente. A relação passou a ser mediada.

Vygotsky (1998, p.46) refere que neste caso:

O sistema de signos reestrutura a totalidade do processo psicológico, tornando a criança capaz de dominar seu movimento. Ela reconstrói o processo de escolha em bases totalmente novas. O movimento desloca-se, assim, da percepção direta, submetendo-se ao controle das funções simbólicas incluídas na resposta de escolha.

O papel dos signos na atenção voluntária e na memória foi demonstrado através do experimento conduzido por Leontiev apud Vygotsky (op.cit). Através do jogo das palavras proibidas, era solicitado às crianças que fornecessem respostas para determinadas perguntas, explicando-lhes porém, que algumas palavras não poderiam ser usadas. Num primeiro momento, a pergunta era formulada, e caso a criança utilizasse as palavras proibidas, sua resposta era considerada errada. Num segundo momento, as crianças recebiam cartões com as palavras que não deveriam ser ditas, ou seja, um auxílio externo para o jogo, e era-lhes dito que caso desejassem poderiam consultar os cartões antes de mencionar a resposta. Assim, as crianças que passaram a conferir os cartões antes de fornecer as respostas às perguntas, cometeram muito menos erros que aquelas que optaram por não consultar os cartões.

Somente por volta da idade de oito anos é que a criança é capaz de se beneficiar do uso de signos externos como auxílio para a atividade psicológica

na resolução do problema no experimento mencionado; antes disto sua resposta tende a ser direta e imediata.

Para Vygotsky (1998, p.59):

A introdução dos cartões, como um sistema de estímulos externos auxiliares, aumentou consideravelmente a eficácia da atividade da criança. Nesse estágio predominam os signos externos. O estímulo auxiliar é um instrumento psicológico que age a partir do meio exterior.

Desta forma, o uso dos signos como elementos mediadores pela criança, como processo fundamental para o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores, segue um caminho evolutivo determinado, através de operação direta, sem o uso destes signos, e que ao longo de sua evolução, na qual se encontram presentes mudanças qualitativas, em diferentes estágios evolutivos, de natureza histórica, passa a constituir uma relação mediada.

Para o autor (Vygotsky, 1998), o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores possuem a dependência imprescindível dos processos de aprendizagem ocorridos no ambiente cultural humano. As funções psicológicas superiores são próprias dos seres humanos, e podem ser exemplificadas como, a memória, o pensamento deliberado, imaginação, linguagem, dentre outros.

Os processos psicológicos superiores se desenvolvem, inicialmente a partir de processos elementares encontrados no desenvolvimento inicial do ser humano. Através das relações vivenciadas no ambiente cultural, tornar-se-á possível ao ser humano o pleno desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.

Para Vygotsky (op.cit.), os processos psicológicos superiores implicam reações mediadas e não-diretas. Esta última constitui-se numa reação do tipo estímulo-resposta.

No início de seu desenvolvimento, o ser humano tende a exibir reações deste tipo, como por exemplo, os reflexos dos recém-nascidos.

Porém, as reações mediadas, tipicamente humanas, integram um elemento mediador, denominado de signo. Vygotsky (1998, p.53) relata que: “Por outro lado, a estrutura de operações com signos requer um elo intermediário entre o estímulo e a resposta.”

Os adultos não se beneficiam de signos externos nos tipos de experimentos descritos anteriormente. Isto ocorre, devido ao fato do adulto possuir um comportamento psicológico qualitativamente mais desenvolvido. Os estímulos auxiliares externos são incorporados internamente. Vygotsky (1998) denomina este movimento de processo de internalização. Os signos externos, que auxiliam a memorização das crianças em idade escolar, não desaparecem no adulto, mas são transformados em signos internos.

Para Vygotsky (1998), o processo de internalização envolve transformações, onde uma operação, que representa uma atividade externa é reconstruída, passando a ocorrer internamente. A criança se apropria das vivências que ocorrem no seu meio de relação cultural, no meio externo; e reconstrói internamente, intrapsicologicamente essas relações e ações que ocorreram interpsicologicamente. O processo interpessoal passa ao campo interno, transforma-se em intrapessoal, em um movimento de fora (externo) para dentro (psíquico). Todas as funções relacionadas ao desenvolvimento psicológico da criança aparecem primeiramente no campo social, entre as

peessoas, ou seja, em nível interpsicológico, e posteriormente no campo individual, no interior da criança, ou seja, no campo intrapsicológico. Assim, a criança aprende e passa então a elaborar sua atividade psicológica tendo como referência não somente os signos externos, mas também aqueles signos por ela internalizados.

Vygotsky (1998, p.75) refere que: “A internalização de formas culturais de comportamento envolve a reconstrução da atividade psicológica tendo como base as operações com signos.”

Acrescente-se que o autor (op.cit, p.76) menciona que:

A internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui o aspecto característico da psicologia humana; é a base do salto qualitativo da psicologia animal para a psicologia humana.

Na interação com o outro no meio social, o indivíduo se constrói como ser humano, e interioriza as formas culturais de funcionamento psicológico. Através das relações sociais com outros indivíduos da mesma cultura, ou pela relação com os elementos presentes no ambiente cultural estruturado, o indivíduo adquire as ferramentas para o seu desenvolvimento psicológico.

Por outro lado, este não é um processo passivo de simples assimilação. Para Vygotsky (1998), a relação do indivíduo com a cultura não é estática, mas dinâmica, na qual a cultura atua sobre o indivíduo e vice – versa; e na qual os significados, os conceitos, as informações presentes no universo cultural são interpretados e reinterpretados no universo subjetivo de cada indivíduo.

Desta forma, o ambiente cultural fornece ao indivíduo os instrumentos de mediação cultural, não por simples transferência, ou por assimilação passiva, mas por transformações capazes de construir a consciência interna do indivíduo.

As ações, num primeiro momento, são realizadas externamente, e interpretadas pelos demais membros que integram a cultura, tendo como base os significados culturalmente estabelecidos. E será mediante essa interpretação pelas outras pessoas, seus pares culturais, que o indivíduo passa a atribuir significados às suas próprias ações e desenvolver os processos psicológicos internos, que podem ser interpretados por ele mesmo, a partir dos significados conferidos pelos indivíduos pertencentes ao seu grupo cultural e compreendidos como códigos compartilhados pelos indivíduos deste grupo.

Através da significação do outro social, os atos, situações, gestos, e outros signos ganham significado para o próprio indivíduo e passam a serem incorporados aos seus processos psicológicos internos.

Vygotsky (1998) demonstra este fato ao exemplificar que o movimento do bebê ao tentar alcançar um objeto passa a ter o significado de apontar, após o bebê compreender que sua mãe atribuiu o significado de seu movimento como o gesto de apontar para o objeto.

O autor (op.cit, p.74-75) destaca: “De fato, ele só se torna um gesto verdadeiro após manifestar objetivamente para os outros todas as funções de apontar, e ser entendido também pelos outros como tal gesto.”

Os signos internalizados equivalem às marcas exteriores; são elementos representativos de objetos, fatos, eventos reais, porém no campo da representação mental. Eles permitem ao ser humano atuar mentalmente sobre

o mundo, sem a necessidade de se encontrar efetivamente na situação ou diante de um objeto concreto. Deste modo, o homem é capaz de planejar, refletir, relacionar, entre outros; sem estar preso ao tempo e ao espaço atual, já que os signos tomam o lugar dos eventos, fatos e objetos presentes no mundo real. Os signos internalizados fazem a mediação com os elementos presentes no universo real do ser humano.

As representações mentais da realidade do homem têm articulação com sistemas simbólicos. Os signos não devem ser vistos como simples marcas externas de objetos, utilizados apenas por alguns indivíduos, em especial, mas como signos compartilhados por todos os indivíduos do grupo social, e que propicia a comunicação entre eles, consistindo a linguagem, no sistema simbólico básico das sociedades humanas (VYGOTSKY, 1999).

Quando em português, falamos a palavra “gato”, ela é inteligível a qualquer pessoa que saiba o significado de “gato”. Este conceito, internalizado pela pessoa e compartilhado pelos indivíduos que falem o idioma português, servirá como um signo mediador no processo de sua compreensão do conceito.

Assim sendo, a inserção de um indivíduo em um determinado grupo sociocultural é determinante para o desenvolvimento de sua percepção e estruturação da realidade, já que irá propiciar a formação dos instrumentos psicológicos, que, por sua vez, permitirá o estabelecimento da mediação do indivíduo com seu mundo.

Como foi mencionado anteriormente, para Vygotsky (1999), os processos psicológicos superiores, eminentemente humanos, se constituem em processos mediados, e tem como característica principal, a existência de

um elemento mediador; um signo, como a parte estrutural deste processo. Na gênese dos conceitos, a palavra é o signo que primeiramente servirá como elemento de formação de um conceito, para depois servir como símbolo representativo desse conceito.

A evolução do desenvolvimento de conceitos pela criança passa por uma série de modificações de caráter qualitativos e quantitativos até culminar com a formação dos conceitos verdadeiros, próprios dos adultos.

Vygotsky (1998) aponta a existência de dois tipos de conceitos; os chamados conceitos espontâneos e os conceitos científicos.

Os conceitos espontâneos ou cotidianos são adquiridos na experiência e vivência diária da criança, sob a mediação das palavras, dentro do ambiente sócio-cultural, diante da relação com os objetos nele encontrados e na interação comunicativa travada com os familiares e demais membros do grupo cultural. Estes conceitos formam-se no decurso das atividades práticas da criança, advindas do cotidiano da mesma, não possuindo o caráter de uma instrução formal e intencional, porém propiciando que a criança possa aprender e apreender a respeito do mundo em que vive e sobre o universo de elementos nele encontrados. Porém, há que se salientar que, nas vivências cotidianas, as crianças estão centradas nos objetos, sem ter consciência de seus conceitos.

Vygotsky (op.cit, p.110) se refere a um experimento, o qual foi questionado a crianças entre sete e oito anos, o significado da palavra “porque” na seguinte frase: “Amanhã não vou à escola porque estou doente”. A maioria das crianças respondeu que a palavra significava que ele estava doente; e outras responderam que significava que ele não iria à escola. Deste modo, o autor aponta que embora a criança se utilize da palavra “porque”, ela não é

capaz de usá-la de forma deliberada, devido ao fato que: “O pensamento infantil é não-deliberado e inconsciente de si próprio.”

Os conceitos científicos encontram-se no terreno da instrução formal e sistematizada, possuem uma intencionalidade, ocorrendo dentro do contexto da escola, em sala de aula, sob a orientação de um adulto, no caso, o professor. Os conceitos científicos, diferentemente dos conceitos espontâneos, não se referem de forma direta aos objetos cotidianos, mas sim, a questões mais amplas da realidade, que exigirão da criança uma atitude psicológica diferenciada. Torna-se necessário que a criança faça maiores generalizações, abstrações, e proceda ao que Vygotsky (op.cit.) chamou de metacognição, ou seja, que tome consciência de seus processos mentais. Desta forma, com a colaboração do adulto, a criança se torna competente para resolver questões que necessitem do uso consciente de um conceito.

Segundo Vygotsky (1999), na idade escolar, a criança desenvolve a atenção voluntária, e a memória lógica, orientada pelo significado, todavia embora ela adquira uma consciência e domínio maior e mais estável de suas operações mentais, ela ainda não está consciente delas.

A palavra consciência é utilizada por Vygotsky (op.cit), relacionada à percepção de uma atividade na mente, ou seja, a consciência de estar consciente. Vygotsky (op.cit.) exemplifica este fato quando se refere a um questionamento que faz a um pré-escolar: “você sabe seu nome?”, responde dizendo seu próprio nome. O autor menciona que a criança, embora saiba seu nome, não possui a consciência auto-reflexiva, ou seja, não está consciente de que sabe seu nome.

Assim sendo, os conceitos espontâneos podem ser entendidos como não conscientes, já que a criança não se encontra consciente deles, sua atenção se volta para o objeto referente ao conceito, mas nunca para o seu ato do pensamento.

Apesar das diferenças marcantes entre os conceitos espontâneos e científicos, eles se relacionam e influenciam-se mutuamente.

Segundo Vygotsky (1999), os conceitos cotidianos e científicos se desenvolvem em caminhos diametralmente opostos. A consciência sobre os conceitos cotidianos aparece tardiamente na criança, embora ela possua e utilize o conceito, posto que, conhece o objeto ao qual o conceito está relacionado; mas ela é incapaz de defini-lo, de usá-lo de uma forma mais abrangente, pois não está consciente do seu ato de pensamento.

No caso dos conceitos científicos, o inverso é observado. A criança inicia por conhecer sua definição e sua utilização em operações não-cotidianas. Deste modo, no nível dos conceitos científicos, a criança começa por operar com os próprios conceitos, mentalmente, longe da esfera do concreto da experiência. Este fato só será atingido posteriormente pelos conceitos cotidianos.

Assim sendo, os conceitos cotidianos terão um desenvolvimento ascendente, da esfera concreta para a abstrata, e os conceitos científicos terão um movimento descendente, do abstrato, para sua correlação com os objetos concretos.

Desta forma, estes conceitos que iniciaram seu desenvolvimento por caminhos distintos, terminam por se encontrar. Na realidade, Vygotsky (2001) aponta que, apesar de possuírem um caminho diverso em sua evolução, os

dois tipos de conceitos estão intimamente ligados. É necessário que um conceito espontâneo tenha atingido um determinado grau de desenvolvimento que possibilite a apreensão e a tomada de consciência dos conceitos científicos

Vygotsky (1999) destaca como exemplo a aquisição de conceitos científicos de natureza histórica. Estes conceitos só terão condições de se desenvolver quando a criança já possui o conceito de passado internalizado. Do mesmo modo, o autor ressalta que os conceitos científicos ligados à geografia prescindem dos conceitos cotidianos do “aqui e outro local”.

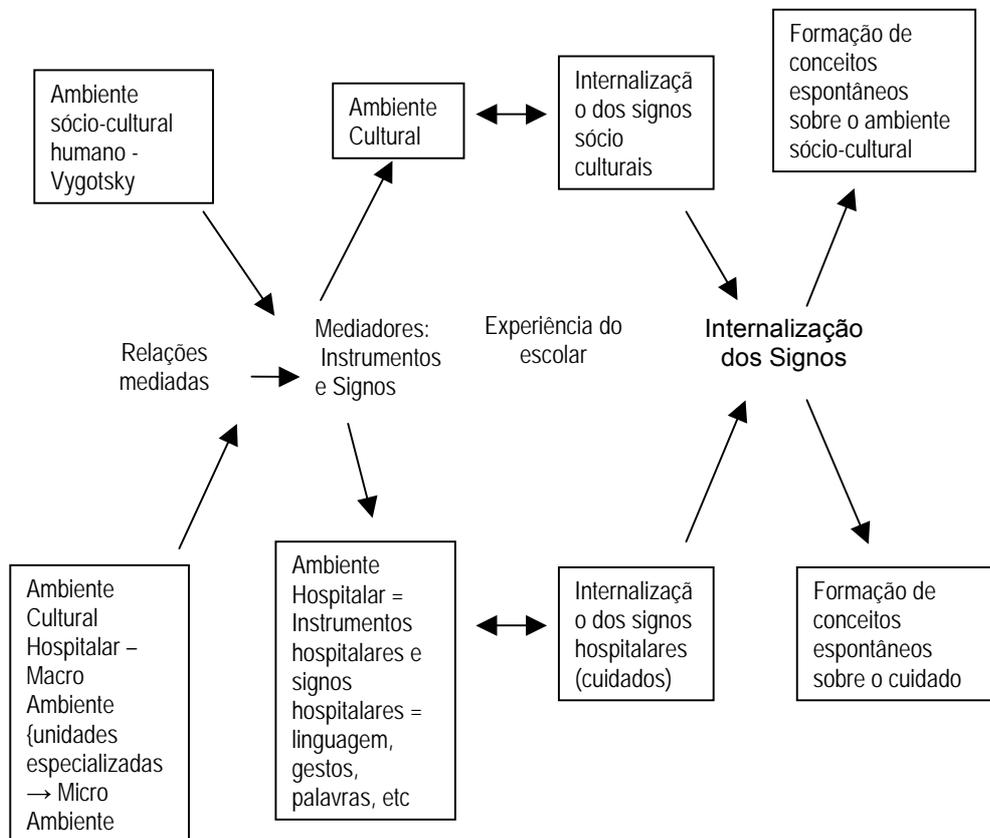
Consequentemente, Vygotsky (op.cit., p.136) destaca que: “Os conceitos científicos desenvolvem-se para baixo por meio dos conceitos espontâneos; os conceitos espontâneos desenvolvem-se para cima por meio dos conceitos científicos”.

Na idade escolar, a criança encontra-se em um período de formação dos conceitos, e como é descrito por Vygotsky (1999), estes conceitos exigem para sua formação, a relação com os aspectos concretos. Os conceitos são formados tendo como alicerce, os aspectos factuais, presentes na concretude, ou seja, na experiência real.

Vygotsky (op.cit, p.75) ressalta que:

Um processo interpessoal é transformado num processo intrapessoal. Todas as funções no desenvolvimento da criança aparecem duas vezes: primeiro, no nível social, e depois no nível individual; primeiro entre as pessoas (interpsicológica), e, depois no interior da criança (intrapicológica). Todas as funções superiores originam-se das relações reais entre indivíduos humanos.

Com base nos conceitos de Vygotsky descritos no texto, elaborei o seguinte esquema:



## 2.2 Metodologia

### Considerações Metodológicas

Esse estudo é de natureza qualitativa. Polit e Hungler (1995, p.270):

Este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.

O cenário do estudo foi a unidade de internação de um hospital pediátrico universitário do Município do Rio de Janeiro, pertencente à rede federal de ensino. A unidade de pacientes internos é um local amplo, composta de enfermarias, com 6 até 8 leitos cada uma, que possuem suas paredes internas compostas da metade superior, de vidros, que permite a visualização interna das mesmas.

As enfermarias são designadas por letras, de A até I e são divididas por faixas etárias, existindo assim as enfermarias destinadas à internação de lactentes, a enfermaria A e B; a enfermaria de pré-escolares e escolares, as enfermarias C, E F; e também uma subdivisão por patologias, como as destinadas à internação de crianças com doenças onco-hematológicas, enfermaria H; as enfermarias D e I, para crianças em pré e pós-operatório, sendo que a enfermaria I destina-se a internação de crianças que operam e recebem altas hospitalares no mesmo dia.

A enfermaria E é a que se destina à internação de crianças em idade escolar, de ambos os sexos, e possui oito leitos dispostos em boxes separados por divisórias, com um posto de enfermagem e mesa para os médicos.

Os sujeitos do estudo foram quatro escolares do sexo feminino, que segundo Wong (1999), são crianças que se encontram na faixa etária compreendida entre seis e 12 anos.

Cabe ressaltar que o fato dos sujeitos terem sido todos do sexo feminino, não foi um critério pré-estabelecido no estudo, sendo um fato que ocorreu aleatoriamente.

A opção por desenvolver um estudo junto a crianças em idade escolar baseou-se no fato de que as crianças nesta faixa etária possuem características comuns e peculiares relativas à esfera biopsicosocial que lhes são conferidas pelos aspectos concernentes ao processo de crescimento e desenvolvimento.

As escolares tiveram suas identidades resguardadas; seus nomes não foram identificados, sendo utilizados pseudônimos escolhidos pelas próprias escolares, para sua referência nesta pesquisa.

Nesse estudo foram estabelecidos alguns critérios para a inclusão dos sujeitos. Eles deveriam estar internados, ter diagnósticos médicos de patologias clínicas, não estar em fase terminal ou em estado grave, mas clinicamente estáveis, não apresentando dores ou desconfortos no momento da coleta de depoimentos. Os sujeitos deveriam possuir ou não, internações anteriores, e nesse momento de internação atual teriam que apresentar um tempo de internação igual ou superior a 10 dias. Embora a escolha do número de dias de internação tenha sido arbitrária, pretendia-se com isso ter a garantia da experiência destes sujeitos em relação aos cuidados desenvolvidos na unidade de internação pediátrica. Este procedimento fundamenta-se na teoria de Vygotsky (1998) no que tange aos aspectos do ensino e da aprendizagem.

Para o autor, os processos de ensino-aprendizagem ocorrem dentro do ambiente sócio-cultural, onde a criança está inserida. A imersão da criança e sua experiência num determinado ambiente, é que torna possível a aprendizagem. Dessa forma, por intermédio da vivência em um determinado

ambiente sócio-cultural ocorre a relação com os mediadores culturais e sua internalização, o que permitirá formação dos conceitos espontâneos.

Castorina et al (2002, p.57), ao discorrer em relação à teoria Vygotskyana, mencionam que a aprendizagem não implica imperativamente na presença física de um educador junto à criança, mas que os aspectos presentes no próprio ambiente sócio-cultural fornecem os subsídios para a aprendizagem, e destacam: “A presença do outro social pode se manifestar por meio dos objetos, da organização do ambiente, dos significados que impregnam os elementos do mundo cultural que rodeiam o indivíduo”.

Desse modo, a fim de conhecermos o cuidado sob a perspectiva do escolar hospitalizado, tendo como base à teoria Vygotskyana, era fundamental que os sujeitos do estudo tivessem vivenciado experiências concretas no ambiente da unidade de internação, que envolvessem sua doença e tratamento e a vivência do cuidado, que lhes tivessem oportunizado conseqüentemente, a internalização dos mesmos.

A estratégia para coleta de depoimentos teve como base uma modalidade de brincadeira infantil que possui denominações diversas, porém sinônimas segundo Kishimoto (1996), como jogo dramático, dramatização, jogo imaginativo, jogo de papéis, jogo de faz-de-conta, jogo simbólico ou jogo sociodramático.

Neste tipo de brincadeira, a criança desenvolve atividades de simulação, utilizando o faz-de-conta. As crianças brincam com simples caixas de papelão, que se transformam em carros possantes, pedaços de capim tornam-se comida; a criança pode vir a ser uma princesa, ou uma bruxa e daí por diante.

Assim sendo, Cibreiros (2000, p.35) refere que: “Esta modalidade de brincadeira poderia ser denominada a” brincadeira do possível “, onde a criança e os objetos podem se transformar em” como se fosse...”, a partir da vontade e do uso da imaginação da criança”.

Vygotsky (2004) atribui importância fundamental e crucial à brincadeira de faz-de-conta, para o desenvolvimento infantil. As situações e objetos concretos exercem forte determinação no comportamento das crianças pequenas. Somente ao adquirirem a linguagem, sistema simbólico humano por excelência, às crianças tornam-se aptas a usar as representações simbólicas. Antes disto, elas se deixam influenciar psicologicamente pelos aspectos concretos observados e perceptuais nos diferentes contextos.

A conexão fusional que a criança faz entre os elementos perceptivos e o significado que é abordada por Vygotsky; é exemplificado por Oliveira, (1998, p.66) quando nos diz o seguinte: “Quando se pede a uma criança de dois anos que repita a sentença:” Tânia está de pé “, quando Tânia está sentada à sua frente, ela mudará a frase para” Tânia está sentada “”.

A criança mostra-se incapaz de lidar com os elementos contrários as situações concretas observadas. Entretanto, numa situação imaginada, como no faz-de-conta, a criança é levada a separar o objeto de seu significado socialmente dado, atribuindo-lhe novos e diferentes significados.

Para Oliveira, (1998, p.66): “A situação é definida pelo significado estabelecido pela brincadeira e não pelos elementos reais concretamente presentes”. Como exemplo, a autora cita a criança que brinca com um cabo de vassoura como se fosse um cavalo. Neste caso, a criança se relaciona

com o significado (a idéia do cavalo) e não com o objeto em si, ou seja, o cabo da vassoura. Deste modo, o cabo de vassoura, representa uma realidade ausente e auxilia a criança a separar o objeto concreto e seu significado.

Por outro lado, a brincadeira de faz-de-conta, segundo Vygotsky (2004), com base no imaginário, possui regras a serem seguidas. Ao brincar de professora, por exemplo, a criança deverá agir como se fosse uma professora de verdade, exibindo seus comportamentos. A criança irá representar o papel que ela crê como sendo o de uma professora de verdade. São as regras da brincadeira do faz-de-conta, dentre as demais, que proporcionam um funcionamento mental mais avançado na criança. Ao exibir um comportamento semelhante ao papel desempenhado na brincadeira, a criança adquire o entendimento de cada um dos papéis presentes em seu meio sócio-cultural.

Vygotsky (2004, p.120), enfatiza o valor das brincadeiras, referindo que praticamente todas as reações do adulto são criadas e elaboradas por intermédio das brincadeiras. O autor, ao abordar o elemento da imitação presente nas brincadeiras infantis, destaca que: “A criança reproduz ativamente e assimila o que vê nos adultos, aprende as mesmas relações e desenvolve em si os mesmos instintos primários de que irá necessitar na futura atividade”.

Vygotsky (2004) faz menção à brincadeira de mãe e pondera que este tipo de brincadeira se tornará longínqua quando a menina se tornar uma mãe real, todavia, terá sido na brincadeira que se estabeleceram às linhas

básicas, os fundamentos da futura experiência interior, que ajudará a criança a vivenciar no real aquilo que vivenciou por meio da brincadeira.

Ainda, o autor (op.cit, p.121) aponta que: “Ao brincar de boneca, a menina não aprende a cuidar de uma criança viva, mas a sentir-se mãe”.

Desta forma, ao considerar sobre os elementos da imitação encontrados na brincadeira destaca que (op.cit, p.121): “Eles contribuem para que a criança assimile ativamente esses ou aqueles aspectos da vida e organize a sua experiência interior no mesmo sentido”.

A representação de papéis presentes nas brincadeiras de faz-de-conta nos permite compreender que concepções a criança possui sobre os diversos papéis presentes na sociedade, já que a criança irá representar baseada em seu entendimento pessoal, referente à suas percepções sobre os indivíduos que desempenham os determinados papéis.

Durante a dramatização, a criança representa o papel baseado no significado cultural que possui dos objetos, eventos, papéis, entre outros; e na reconstrução interna (processo de internalização) resultado das experiências por elas vivenciadas.

Gonçalves (2002) corrobora com esse preceito, destacando que para Vygotsky, aquilo que as crianças exibem no faz de conta é fortemente influenciado pelas suas experiências, e que essas experiências se apresentam, sob a forma de ação, movimento e imitação.

Por isso, tendo como base à brincadeira do faz-de-conta, e Vygotsky (2004) afirmando que nessa modalidade de brincadeira infantil, a criança tem a capacidade de representação de papéis encontrados no cotidiano, utilizei como

procedimento metodológico à dramatização, entendida neste estudo como sinonímia de brincadeira do faz-de-conta.

Assim sendo, desenvolvi a seguinte estratégia para coleta dos dados:

Ao encontrar uma<sup>4</sup> escolar que contemplasse os critérios de inclusão como sujeito da pesquisa, eu primeiramente conversava com ela a respeito do estudo, das atividades previstas e seus objetivos. Diante da aceitação da escolar para participar do trabalho, eu fazia contato com seu responsável legal e informava que me encontrava desenvolvendo uma pesquisa; explanava sobre os objetivos, as estratégias de coleta de depoimentos; sobre a garantia do anonimato da escolar e solicitava a permissão por escrito por parte do responsável, para que a escolar pudesse participar do estudo. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) por parte do responsável pela criança tem como objetivo atender as normas éticas referentes à Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde.

O consentimento do responsável somente era fornecido após a concordância da escolar em participar do estudo, ou seja, a adesão à pesquisa, dependia da vontade do escolar e da aquiescência do seu responsável.

Cabe salientar que também foi feito um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II), para que os sujeitos da pesquisa assinassem, com o intuito de registrarem seu aceite em participarem da pesquisa; procedimento esse que valoriza a vontade e a condição de cidadã da criança.

---

<sup>4</sup> O termo escolar estará presente sempre com seu pronome feminino já que, como foi descrito anteriormente, todos os sujeitos do estudo se constituíram em escolares do sexo feminino.

Após isso, eu preparava o cenário da dramatização. Esse foi montado em uma ampla sala dentro da unidade de pacientes internos. Nela, havia várias cadeiras, uma cama, que foi transformada na cama do paciente; uma mesa, onde foi simulado um posto de enfermagem, e colocados os objetos reais ou similares de brinquedo, de artefatos ligados ao universo de procedimentos técnicos de enfermagem, ou seja, termômetros, estetoscópios, aparelhos de pressão arterial, seringas, esparadrapos, gazes, dentre outros objetos. Cabe salientar que, foram excluídos os objetos de natureza pérfuro-cortante, como scalpels, os guias dos jélcos, lâminas de bisturi, dentre outros, assim como medicamentos reais, para a manipulação das escolares durante a dramatização, a fim de se resguardar a integridade física das mesmas.

Com o cenário da dramatização montado, convidei as escolares para a participação da dramatização, sendo que uma representaria o papel de enfermeira<sup>5</sup>; uma o papel de médica, e outras duas representariam os papéis da criança internada, a ser cuidada, e outra, de responsável pela criança que se encontrava internada. Desse modo, estavam previstas as dramatizações dos quatro papéis: de médica, de enfermeira, de paciente e de seu responsável. Todavia, nas duas dramatizações feitas para a coleta de dados do estudo só existiam três escolares aptas e dispostas a participar. Assim sendo, quando as escolares vieram para o cenário, foi procedida a escolha dos papéis. As próprias escolares tiveram a liberdade de selecionar qual dos quatro papéis desejava representar, e nas duas dramatizações, nenhuma das escolares

---

<sup>5</sup> Neste estudo, embora tenha sido utilizada a denominação enfermeiro, não se levou em conta se o escolar conhecia ou estava designando enfermeiro como o profissional de nível superior. A denominação enfermeiro correspondeu a qualquer membro da equipe de enfermagem que presta cuidado à criança.

optou por representar o papel de acompanhante; diante disto houve a necessidade de suprimir a figura acompanhante das dramatizações.

Após a escolha dos papéis, eu propus que cada escolar fizesse de conta que era uma enfermeira, uma médica e uma criança internada e começassem a encenar a dramatização; e que baseado na experiência de sua internação hospitalar, na qual elas observaram e se relacionaram com estas pessoas, as quais iriam dramatizar seus papéis; passassem a atuar como se assim fossem e que espontaneamente vivenciassem estes papéis na dramatização.

Neste momento, deve-se esclarecer o porquê da escolha dos profissionais médicos e enfermeiro para os papéis na dramatização, em detrimento dos diversos profissionais que prestam assistência às crianças dentro das unidades de pediatria. A escolha pelo médico baseou-se na historicidade dessa profissão associada ao ambiente hospitalar, na hegemonia médica (Pires, 1989; Waldow, 1995); e também no senso comum, já que ao se pensar em um profissional que atua em hospitais, é quase impossível não se lembrar primeiramente do médico. Quanto ao profissional enfermeiro; essa escolha vem de encontro à essência da temática do estudo, que é o cuidado de enfermagem, e necessariamente teria que associá-lo ao enfermeiro.

Cabe destacar que seria feito, a priori, apenas um momento de dramatização para cada grupo de escolares; porém se as escolares demonstrassem o desejo de trocar de papéis entre si, após o primeiro momento da dramatização; seria permitida a troca de papéis entre as mesmas, com encenação de um segundo momento de dramatização.

Todavia, nas duas dramatizações, as escolares não demonstraram tal desejo, sendo realizado apenas um momento de dramatização, sem troca de papéis.

A dramatização foi feita em um horário determinado, após a avaliação, por mim juntamente com a equipe multiprofissional que prestava assistência as escolares, a fim de que não interferisse com os procedimentos terapêuticos aos quais as escolares deveriam ser submetidas.

Os responsáveis pelas escolares tiveram liberdade de assistir a dramatização, porém nenhum deles exibiu esse desejo.

A dramatização foi videogravada, desde o seu início até o término, pois deste modo, foi possível captar as ações das escolares, relacionadas com as falas, que foram também gravadas na filmagem, permitindo sua observação, quantas vezes fossem necessárias para obtenção dos dados a serem utilizados na análise.

Eu decidi proceder à filmagem, com a câmera em movimento, já que eu poderia me deslocar, focar a imagem nas ações mais relevantes, aproximando a imagem, movimentando-me, ou seja, poderia usufruir ao máximo do recurso da filmagem.

Nesse contexto, cabe explicar que embora a filmagem fosse um recurso que possibilitaria a captação de imagens e também a verbalização dos escolares, eu escolhi também fazer uso do gravador no intuito de não perder nenhuma fala, que inadvertidamente a filmadora viesse a captar de forma distorcida ou mesmo em tom inaudível.

De acordo com Mello, Figueiredo & Nascimento (2003, p. 175):

A videogravação contribui para melhorar a precisão ou coerência com que o observador apreende o fenômeno, uma vez que permite a exposição repetida ao observador à mesma ocorrência do observado, assim como amplia a possibilidade de o observador repensar o observado, ou seja, amplifica sua capacidade de análise.

Ao final da dramatização, as falas captadas através das fitas magnéticas com o gravador foram transcritas. As fitas videogravadas foram assistidas e as cenas foram descritas.

A transcrição das falas dos escolares e a descrição das cenas da dramatização foram feitas por mim. A análise foi feita com base na atuação dos escolares durante a dramatização e pelas falas dos escolares presentes na dramatização; captadas pela videogravação da dramatização e pelas fitas magnéticas, por meio do gravador.

Os dados foram analisados através da análise temática com base no referencial teórico. De acordo com Minayo (1999), um tema se relaciona a uma afirmativa sobre um dado assunto. A análise temática possui três etapas, segundo a autora (op.cit, 1999).

Primeiramente, a etapa de pré-análise, na qual os documentos a serem analisados são submetidos à leitura flutuante, mediante a exploração exaustiva dos mesmos para a constituição do corpus, com vistas à organização do material tendo como referência os objetivos do estudo. Posteriormente, o material é explorado, encontrando suas convergências, similaridades e divergências com vistas à construção das unidades temáticas. Essas foram analisadas e interpretadas à luz do referencial teórico da pesquisa.

As unidades temáticas e as subunidades que emergiram das representações dos escolares dos escolares são apresentadas no quadro abaixo:

<b>Unidades Temáticas</b>	<b>Sub-Unidades Temáticas</b>
- <b>Punção Venosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade da punção venosa</li> <li>- Materiais utilizados</li> <li>- Etapas da técnica: escolha da veia; garroteamento; assepsia; certificação da permeabilidade do acesso venoso; fixação do jelco; identificação da punção; utilização da tala; conexão do equipo de soro/perfusor ao jelco.</li> <li>- Administração de medicação após a punção.</li> </ul>
- <b>Preparo e Administração de Medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etapas da técnica: aspiração de medicamentos e a retirada do ar da seringa em medicações endovenosas.</li> </ul>
- <b>Verificação da temperatura e Exame Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura axilar</li> <li>- Ausculta pulmonar</li> <li>- Palpação abdominal</li> <li>- Palpação de linfonodos</li> <li>- Percussão abdominal</li> <li>- Inspeção de boca e garganta.</li> </ul>
- <b>Cuidados na Unidade de Internação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curativo em ferimentos</li> <li>- Colocação de atadura de crepom</li> <li>- Colação de sonda nasogástrica</li> <li>- Coleta de sangue</li> <li>- Prevenção de infecções</li> <li>- Orientações aos escolares</li> </ul>

	- Educação à saúde
<b>- Atribuições dos Médicos e da Equipe de Enfermagem</b>	- Identificação e admissão da criança - Prescrição de medicamentos - Punção venosa - Marcação de consulta - Informações sobre eliminações fisiológicas - Registro das ações
<b>- Contexto Hospitalar</b>	- Uso do estetoscópio no pescoço; uso da máscara e touca cirúrgica. -Vestuário -Equipamentos - Jornada de trabalho da equipe de saúde - Atitudes e verbalizações autoritárias

### **2.3 Os (Des)caminhos rumo à Validação Metodológica**

Com a finalidade de proceder à validação metodológica, percorri o seguinte caminho. Ao escolher como cenário do estudo; a unidade de internação e após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (Anexo III), procurei a Chefe de Enfermagem do hospital para me apresentar e conversar sobre meu projeto de tese. Conversei com a Chefe de Enfermagem do hospital, que agendou um dia para me acompanhar ao setor, onde eu iria colher meus dados a fim de conhecer os membros da equipe multiprofissional e o espaço físico da unidade.

No dia combinado, procurei a Enfermeira Chefe do hospital e fomos visitar a unidade de internação, cenário do estudo. Naquele local, fui

apresentada a chefe de enfermagem do setor, outras enfermeiras, a Chefe Médica da enfermaria, onde são internados os escolares, sujeitos do estudo, e às Terapeutas Ocupacionais do setor. Cabe ressaltar a boa receptividade da equipe do hospital, sobretudo o grupo de Terapeutas Ocupacionais, que diante de minha explicação sobre o estudo, colocou-se à disposição para me ajudar, em especial, a Terapeuta Ocupacional E., que me auxiliou no sentido de apresentar-me às crianças e disponibilizar um local para a dramatização.

Em 12 de julho de 2006, regressei a unidade de internação, a fim de proceder minha ambientação na unidade. Lá chegando, por volta de 11h, me dirigi à chefia de enfermagem do setor, falei com a Enfermeira B, e fui à sala de recreação, onde conheci as Terapeutas Ocupacionais A. e V. Depois chegou ao local, a Terapeuta Ocupacional E.. Naquela ocasião, havia duas crianças na sala de recreação, que foram pegar tintas para desenhar e depois saíram. Eu expliquei as três Terapeutas Ocupacionais no que consistia o estudo e como seria a coleta de dados. As mesmas foram muito receptivas; a T. O<sup>6</sup>. E. me informou, inclusive, que o trabalho desenvolvido no setor de recreação, baseia-se nas concepções de Vygotsky, o mesmo teórico que utilizo no estudo. A TO. E. me levou à enfermaria E, onde ficam as crianças em idade escolar e me apresentou às mesmas, e comecei os primeiros contatos com os escolares.

Havia sete crianças internadas, uma delas do sexo feminino J., em estado clínico não muito favorável, em uso de sonda nasogástrica, retida ao leito; e K., o único menino, também retido ao leito por estar recebendo hidratação venosa por bomba infusora. A T.O. E. falou às crianças que eu era uma nova “tia” que veio para brincar com ela e as crianças. As crianças me

---

<sup>6</sup> A abreviatura T.O. irá se referir ao profissional Terapeuta Ocupacional.

olharam, sem grande entusiasmo. Ao retornarmos a sala da recreação havia uma menina A., pintando um desenho junto a T.O. V.. Elogiei seu desenho, fizemos um primeiro contato. Às 11, 45 h a sala de recreação foi fechada para o almoço.

Retornei às 12h e 50 minutos à enfermaria e comecei a conversar com o K, um escolar que se encontrava internado para tratamento de leucemia mielóide aguda. Ele primeiramente estava um pouco tímido, mas depois começou a conversar. Depois me dirigi ao leito ao lado, onde a escolar A. estava almoçando e pintando um desenho. Ela disse que queria ir para a sala de recreação pintar, eu falei que a sala de recreação ainda se encontrava fechada e que quando as T.O. chegassem iríamos para lá, eu e ela. A. disse que já havia terminado o almoço, que não poderia comer mais, pois estava com a “barriga cheia”. Neste momento, a escolar do leito em frente, M., me chamou, falou que A. comia pouco; perguntou quem eu era, eu disse meu nome, ela disse o dela, e falou que não poderia brincar, pois ia fazer uma drenagem, e não podia perder a hora quando as enfermeiras viessem buscá-la para levá-la ao centro cirúrgico para proceder à drenagem. M. estava retida ao leito, com edema nas pernas; perguntei como ocorreu aquilo, e ela disse não saber, eu perguntei se havia aparecido de repente, e ela confirmou, mas parecia não querer mais conversar. A escolar A. logo se afeioou a mim, pediu para levá-la ao banheiro, eu a acompanhei e a aguardei na porta do banheiro; e ao sair ela me pediu para ler uma estória. Eu propus que eu lesse perto do leito de K, para que ele pudesse ouvir também, mas A. falou que não era permitido ficar no leito dos outros, eu então propus ler entre os dois leitos, mas ela falou que ele não queria ouvir a estória.

A impressão que tive era que ela queria toda a minha atenção; o menino K. assistia impassivo à A. falando; ela pediu que eu pegasse um dos gibis que se encontrava na mesa de cabeceira de seu leito e o lesse; ela escolheu o gubi e eu li, e quando falei que a sala de recreação havia aberto, ela propôs irmos para lá.

Quando chegamos lá, a T.O. A. avisou que viria para sala, uma criança **colonizada**<sup>7</sup> e somente ela poderia usar a sala, sem outras crianças, então eu falei à A. para irmos brincar na enfermaria,

Eu compareci à unidade de posse de alguns brinquedos que simulam objetos dos cuidados à saúde. Peguei então, esses brinquedos a serem utilizados na coleta de dados e fui com A. para enfermaria.

Mais duas escolares do sexo feminino T. e L. vieram para perto de nós, e eu falei com elas que poderiam brincar também. A. falou para brincar na mesa dos médicos, porém eu disse que aquele local não seria adequado, pois as médicas iriam escrever. Perguntei à médica residente T. se haveria algum problema em ficarmos em um espaço entre a passagem dos leitos; ela disse que não e que as crianças podiam brincar juntas, pois não havia nenhuma restrição quanto ao diagnóstico das mesmas. Assim sendo, colocamos três cadeiras no local dentro da enfermaria e propus inserir K. também na brincadeira. Perguntei aos escolares se os mesmos sabiam o que era uma brincadeira de faz de conta. T. respondeu que não, mas A. e L. disseram que sim, e A. logo falou que era uma brincadeira de fingir.

---

<sup>7</sup> Segundo Cavalcanti et al (2006), o termo colonizado refere-se à colonização, que é o estado de portador assintomático de um determinado organismo, ou seja, ser hospedeiro de um microorganismo porém sem apresentar a patologia.  
Grifo da autora

Eu disse então que iríamos brincar de hospital, e sugeri que uma das escolares fosse a médica, e logo duas escolares quiseram ser a médica, L. e A. Diante disso, expliquei a elas que depois poderiam trocar de papéis. E perguntei quem seria a enfermeira; A. quis ser, e que outra fosse a mãe do paciente, e K. seria o paciente, já que o mesmo não poderia se levantar do leito. T. aceitou ser a mãe, mas logo A. falou que seria “a moça que faz a operação”.

Falei aos escolares que brincassem à vontade, mas elas vinham a todo o momento me explicar à brincadeira. Então me sentei em uma cadeira e comecei a fazer as anotações, e disse que iria ficar escrevendo. A. perguntou quem eu seria, ou seja, que papel eu iria desempenhar, e eu disse que iria ficar escrevendo. T. logo veio ver o que eu escrevia e A. falou que eu seria a assistente social, e eu concordei. L. então pegou o estetoscópio de brinquedo, o termômetro de brinquedo e foi aferir a temperatura do paciente K. e veio me dizer, que ele estava com 36 graus. T. que havia dito que seria a mãe do paciente, resolveu ser a enfermeira; pegou o estetoscópio da médica residente T. que estava na enfermaria e veio me auscultar e me pediu: “*respira fundo*”.

L. pegou o otoscópio de brinquedo e fingiu ser um martelo de exame neurológico, batendo com o mesmo no joelho de K., e K. levantou a perna para fingir ser o reflexo. Mas L. falou para K: “*fica quieto*”, e reclamou comigo a respeito de K. dizendo: “*olha tia, ele está se mexendo*”.

A. falou que aquele objeto não é martelo, e veio me falar que o martelo era uma outra coisa, e eu lhe respondi que aquele era o objeto que servia para examinar o ouvido. Neste momento eu já havia passado ao papel de paciente de T., e entrando no clima do faz de conta disse a ela: “*meu ouvido está*

*doendo enfermeira*”, mas T. terminou de me auscultar e procedeu à ausculta semelhante à técnica, auscultando de cima para baixo em ambos os hemitóraxes, na parte anterior e posterior e disse: *“pulmão limpo”*. T. também examinou meu ouvido, e falou para mim: *“está tudo bem com você”*.

A escolar A., que escolheu ser a médica cirurgiã na brincadeira, ficou apreensiva e me disse: *“você não vai me chamar para operar o paciente?”*, e eu falei que iria telefonar para ela; neste momento eu fingi pegar um telefone, liguei para ela e ela veio com a maleta de médico. A. chegou perto do paciente K., pegou a injeção para dar anestesia no braço, mas uma das escolares falou: *“é na veia”*, referindo que a anestesia deve ser aplicada na veia do paciente.

A. pegou a tesoura de brinquedo, fez os movimentos de cortar e retirar algo do abdome de K. e colocou na cuba rim de brinquedo e me disse para enviar para o laboratório.

L. que na brincadeira é a médica e que estava ao lado de A., diz a mesma que a operação estava demorando muito e que faltou luva e foi falar com a residente médica T. na enfermaria.

Neste momento, A. diz: *“o paciente está passando mal, onde está a médica?”*. L. que estava conversando com a médica residente T disse: *“espere, estou ocupada agora”*, mas A. disse que o paciente K. estava passando mal, e a médica residente T. com a qual L. estava falando disse para a mesma: *“o paciente está passando mal, não pode esperar não”*. L. se dirigiu até K., o auscultou, segurou no seu pulso e olhou para o outro braço como se estivesse olhando para o relógio. L. verificou a temperatura e disse que K. estava quente, pegou o remédio e entregou na mão da mãe de verdade de K. que estava na enfermaria junto a seu leito e disse ela: *“dá”*.

Neste momento, T. veio me dar o remédio, e disse que estava tudo bem. T. era mais retraída e pouco participava da brincadeira, saindo várias vezes, não se socializando muito com as outras escolares.

A mãe de K. estava perto do leito do filho e L. falou para ela: “*está aqui a receita*”; anteriormente L. havia pegado uma prancheta e uma caneta. Escreveu em um papel e assim entregou a “receita” na mão da mãe do paciente K. A mãe de K. olhou a “receita” e disse para L. “*sua letra é igual à letra de médico*”, referindo que a letra de L. era de difícil compreensão. E a mãe de K. acha graça e mostra o papel para mim.

A. virou-se para mim e disse que eu fosse fazer a internação de K., e eu perguntei porque eu deveria fazer a internação. Ela respondeu: “*porque você é a assistente social*”. De repente, L. falou que estava na hora da classe escolar; a escola que ocorre dentro do hospital e as crianças se dispersaram.

L. e A. foram para a classe escolar; T. permaneceu na enfermaria, pois estava de alta, ela era mais tímida e quase não brincou. Eu permaneci na enfermaria. Fui jogar o “jogo da velha” com K., depois conversei com sua mãe e descobri, por intermédio da mãe, que ele tinha Leucemia, e conversamos por muito tempo.

Depois fui à sala de recreação, me despedir da T.O. E. e fui embora.

Esta se constituiu em minha primeira aproximação com o cenário de coleta de dados, os escolares, a equipe multiprofissional de saúde e os acompanhantes dos escolares. Esta dinâmica teve o intuito de estabelecer uma primeira relação entre mim e o universo do cenário do estudo. A brincadeira dos escolares ocorreu no espaço da enfermaria, não foi gravada em fitas

magnéticas, utilizei como única forma de registro, a escrita de algumas ações e das falas dos escolares em uma folha de papel, simulando um diário de campo.

Nesta brincadeira, eu também participei, sendo incluída na mesma pelos escolares; assim como, informalmente, por algumas vezes, a médica residente da enfermaria também se inseriu na brincadeira; inclusive ela emprestou seu estetoscópio para a escolar T. me auscultar na brincadeira; e também a mãe de K., que ao chegar perto do leito do filho, foi prontamente introduzida na brincadeira pelos escolares.

Vale destacar que essa primeira aproximação foi de grande validade, pois passei a conhecer alguns membros da equipe de saúde, os acompanhantes e os escolares. Da mesma forma, pude começar a entrar em contatos com algumas rotinas e dinâmicas presentes na unidade, como a existência e o horário da classe escolar para as crianças; horário das refeições; horário de funcionamento da sala de recreação, dentre outros aspectos que contribuíram para começar a conhecer o funcionamento do cotidiano do cenário do estudo.

#### **2.4 O Momento das Dramatizações**

Em 14 de julho de 2006, dois dias após a minha primeira aproximação com o cenário, retornei para proceder à primeira dramatização. Sendo assim, ao chegar à enfermaria E, a escolar L., que havia participado da primeira

brincadeira do dia 12 de julho de 2006, veio prontamente ao meu encontro. E me perguntou se iríamos brincar, e eu respondi afirmativamente. E fui visitar as demais crianças em seus leitos dentro da enfermaria.

A escolar M. que no dia 12 de julho de 2006 não pôde brincar devido a ter sido encaminhada para uma drenagem de membro inferior direito, já se encontrava deambulando e disse-me que gostaria de brincar; da mesma forma, a escolar B. que no dia 12 de julho de 2006 estava retida ao leito devido ao fato de estar em hidratação venosa, e um pouco prostrada, mas que teve a oportunidade de manipular alguns brinquedos utilizados na dinâmica em seu próprio leito; também se aproximou dizendo que teria condições de brincar.

Todavia, a escolar A. que havia participado da dinâmica no dia 12 de julho de 2006, estava de alta programada para aquela tarde e não poderia brincar, pois teria que ser encaminhada para fazer alguns exames, fato este que a deixou um pouco contrariada por estar impossibilitada de brincar com as outras meninas.

Diante da vontade expressa pelas três escolares, todas do sexo feminino, em brincar, ou seja, em participar da dramatização, fui conversar com seus responsáveis, expliquei que eu era uma enfermeira, que me encontrava fazendo uma pesquisa e expliquei os objetivos do estudo, e que a forma de coletar os dados seria através da dramatização mediante filmagem e gravação das falas. Também expliquei aos responsáveis, que caso desejassem poderiam assistir a dramatização. Todos os responsáveis foram bastante receptivos, pois inclusive, já haviam entrado em contato comigo no dia 12 de julho de 2006 quando fiz minha primeira aproximação na enfermaria e, na qual

estes responsáveis puderam me observar junto com as crianças durante a brincadeira.

Após essas explicações e diante da aprovação verbal das responsáveis, solicitei que as mesmas (eram duas mães e uma avó) assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando-as com uma via do mesmo, e da mesma forma solicitei às escolares, que se encontravam na enfermaria, que também assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do escolar, o qual elaborei exclusivamente para os sujeitos do estudo; e dei uma via a seus responsáveis. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem como objetivo atender as normas éticas referentes à Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde.

Assim sendo, expliquei às escolares que eu iria à sala de recreação falar com as Terapeutas Ocupacionais e viabilizaria um local para elas poderem brincar. Então, me encaminhei à sala de recreação, conversei com a Terapeuta Ocupacional E. que me levou a uma ampla sala ao lado da sala de recreação, a qual havia sido anteriormente o local, onde ficava a sala de recreação, mas devido a problemas de infiltração em um canto do teto da sala, as Terapeutas Ocupacionais se deslocaram para a sala ao lado e esta sala ficou sendo um espaço para reuniões da equipe multiprofissional de saúde do setor. E que desse modo, eu poderia utilizar a sala para a dramatização.

Neste local, havia uma ampla cama, uma estante, uma mesa grande com cadeiras, e, em um local mais afastado, perto da porta, um armário. Assim sendo, eu possuía naquele local, todo o mobiliário previsto na dramatização: a cama do paciente, a mesa que simularia um posto de enfermagem, e a cadeira que simularia a cadeira do acompanhante do paciente. Desse modo, não fui

necessário eu trazer para o hospital este mobiliário de brinquedo que estava planejado para uso na dramatização, posto que estes já se encontravam disponíveis no local aonde iria se desenvolver a dramatização.

Eu passei então a preparar o local para a dramatização. Dispus os brinquedos em cima de mesa. Esses brinquedos consistiam em objetos e equipamentos que simulavam àqueles que na realidade encontramos no universo de cuidados nos hospitais, como tesouras, otoscópios, termômetros, estetoscópios; dentre outros. Além de objetos reais como, por exemplo, gases, seringas, sondas, toucas cirúrgicas, dentre outros.

Nesse momento, já vieram duas escolares para a sala, L. e M., que passaram a manipular os objetos a ajudar-me a arrumá-los sobre a mesa.

Após arrumar os brinquedos, passei a preparar o equipamento de gravação e filmagem.

Após preparar todo o ambiente para a dramatização, fui à enfermaria para chamar os demais escolares para virem até a sala participar da dramatização. Todavia, neste momento me vi diante de um problema.

Na enfermaria havia sete escolares internados. M., L, e B. que deambulavam, e estavam dispostas a participar da dramatização, mas A. que também poderia participar da dramatização, estava aguardando para fazer alguns exames, pois a tarde teria alta hospitalar. O escolar K. encontrava-se recebendo hidratação venosa em seu leito; J. estava também no leito, pois havia retirado uma sonda nasogástrica no dia anterior, mas ainda encontrava-se prostrada, recebendo hidratação, e um outro escolar, do sexo masculino, que possuía problemas locomotores e de fala, que o impossibilitava de participar da dramatização.

Desse modo, havia três escolares do sexo feminino, aptas e dispostas a participar, porém a previsão na dramatização era de quatro escolares, a fim de contemplar a existência dos quatro papéis, quais sejam: de médica, da enfermeira, do paciente e do acompanhante do paciente. Diante disto haveria a necessidade de abolir uma figura neste momento de dramatização.

Desse modo, me encaminhei à sala da dramatização e expliquei às três escolares, o que iria ser feito. Expliquei claramente que eu era uma estudante, que me encontrava desenvolvendo um estudo e que eu estaria observando elas brincarem. Ratifiquei que elas ficassem à vontade, brincassem livremente, que eu iria filmar e gravar a brincadeira, e que esta estratégia era apenas para depois eu poder descrever como foi a brincadeira.

Eu orientei também que, cada uma delas deveria escolher um papel; o de enfermeira, de médica, de acompanhante e de paciente. Neste momento, duas escolares quiseram ser a médica, mas eu intervim, explicando que não haveria problema em relação a isso, pois poderíamos fazer mais de um momento de dramatização e elas poderiam trocar seus papéis. Foram escolhidos os papéis de médica, enfermeira e paciente, e a figura suprimida foi a do acompanhante, já que nenhuma das escolares escolheu desempenhar esse papel na dramatização.

Perguntei se elas desejavam perguntar algo, mas não houve questionamentos.

Desta dramatização, participaram três escolares do sexo feminino, a saber:

L., que na dramatização escolheu ser a médica. Ela tem nove anos de idade, está em sua terceira internação, tendo duas longas internações

anteriores, e é portadora do HIV. Encontrava-se com 16 dias de internação naquele momento.

M., que na dramatização escolheu ser a enfermeira. A escolar tem 10 anos. Possui diagnóstico de abscesso em tornozelo D. Não possuía internações anteriores e encontrava-se com 18 dias de internação.

B., que na dramatização escolheu ser a paciente. Ela tem seis anos de idade. Ela possuía uma suspeita diagnóstica de artrite séptica. Tinha 11 dias de internação. Não tinha experiência de internações anteriores.

A dramatização ocorreu sem dificuldades. Cabe salientar que, embora no início as escolares tenham desejado trocar de papéis, quando da escolha dos mesmos; quando duas escolares escolheram ser a médica, nenhuma delas pediu para que fosse interrompida a dramatização para tal mudança, de modo que ocorreu apenas um momento de dramatização, com as escolares atuando em seus papéis inicialmente escolhidos. Esta dramatização teve uma duração de aproximadamente 1 hora e meia.

Em 25 de julho de 2006, retornei ao cenário do estudo, a fim de proceder a uma nova dramatização. Neste dia, ao entrar na enfermaria E, ainda encontravam-se internadas as escolares B. e M. que haviam participado da primeira dramatização, e que quiseram participar novamente e J., uma escolar do sexo feminino que no dia da primeira dramatização já se encontrava internada, porém prostrada, pois havia retirado uma sonda nasogástrica a qual estava em uso, e recebendo hidratação venosa, e conseqüentemente encontrava-se impossibilitada de participar da dramatização naquele momento. Todavia, desta vez, J. estava deambulando e bem clinicamente, e veio até mim acompanhando as outras duas escolares dizendo que queria brincar também.

Diante do desejo de J. em participar da dramatização, me dirigi até seu responsável, no caso, sua avó, e expliquei a respeito do estudo, de seus objetivos, sobre a coleta de dados, e a mesma aceitou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). Da mesma forma, J. assinou o Termo de Consentimento Livre a Esclarecido (Anexo II) do escolar, após as explicações pertinentes sobre o estudo, e foi fornecida uma via de ambos os termos à avó de J.

Desse modo, fui preparar a sala para a dramatização, que neste dia, se iniciou por voltas das 11 h. Com a ajuda das escolares, coloquei os objetos e brinquedos simulando os artefatos hospitalares na mesa; preparei a filmadora e o gravador, orientei J., que ainda não havia participado anteriormente da dramatização e iniciamos a mesma.

Assim, como na primeira dramatização, houve a necessidade de suprimir a figura do acompanhante do paciente, por não haver um quarto escolar clinicamente disponível para desempenhar este papel, e nenhuma das três escolares participantes ter optado por desempenhá-lo. Dessa vez, as escolares escolheram seus papéis, sem demonstrarem o desejo de escolherem papéis em comum; e sendo assim, a priori, só combinamos um momento de dramatização.

Dessa dramatização participaram três escolares do sexo feminino, a saber:

M., que na dramatização escolheu ser a enfermeira. A escolar tem 10 anos. Possui diagnóstico de abscesso em tornozelo D. Não possuía internações anteriores e encontrava-se com 29 dias de internação atual.

B., que na dramatização escolheu ser a paciente, tem seis anos de idade. Ela possuía uma suspeita diagnóstica de artrite séptica. Tinha 22 dias de internação. Não tinha experiência de internações anteriores.

J., que na dramatização escolheu ser a médica, tem oito anos de idade. A escolar possuía como diagnóstico: hipertensão de artéria pulmonar porta. Estava com 19 dias de internação e não havia tido internações anteriores.

Cabe salientar que em relação à filmagem, foi feito nessa dramatização, alguns minutos de filmagem com a câmera parada; porém esse modo de filmagem demonstrou ser ineficaz para o tipo de método de coleta de dados, pois restringiu, em muito, a captação das imagens, já que as escolares se movimentavam e a câmera parada permite a filmagem em apenas um ângulo, qual seja, àquele para o qual ela se encontra direcionada. Cabe também ressaltar que, a pedido da escolar J, eu participei no papel de paciente, por alguns instantes na dramatização, quando essa se encontrava em sua fase de finalização. Quanto à minha experiência em participar da dramatização, foi uma vivência muito gratificante. Todavia, acredito que este procedimento desviaria o foco do estudo, já que eu poderia, mesmo que inadvertidamente, fazer alguma intromissão na dramatização espontânea das escolares.

### **3- O ESCOLAR E SUAS PARTICULARIDADES FRENTE À HOSPITALIZAÇÃO**

O hospital é um local destinado ao tratamento das doenças e recuperação da saúde. Todavia, é um lugar que se associa no imaginário social com o sofrimento e a morte. Certamente, a internação hospitalar não é um evento desejado por ninguém, mas esta é sempre uma possibilidade, ao refletir-se que o indivíduo é passível de contrair doenças e sofrer agravos ao seu estado de saúde.

A infância remete a idéias de energia, vitalidade e saúde, e a visão de uma criança doente, independente de sua gravidade, é capaz de gerar sentimentos de extrema piedade e muitas vezes, indignação. Porém as crianças, como humanas que são, adoecem, e a necessidade de uma internação hospitalar pode provocar impacto severo em suas vidas, no que se refere à esfera biopsicossocial. .

Discorrer sobre o impacto da hospitalização na infância é trabalho árduo, e quem sabe inexequível, já que implicaria na necessidade de abordar cada criança internada, pesquisar as minúcias, pois cada uma delas é um indivíduo singular, ímpar, o que determina a presença de sentimentos, emoções e percepções peculiares sobre cada evento que ocorre em sua vida. No entanto, existem as particularidades que são freqüentemente comuns; além de perspectivas, sentimentos e emoções que se fazem presentes como uma marca praticamente emblemática nas crianças que vivem a experiência de uma internação hospitalar.

Essas características se vinculam, sobretudo, à fase do crescimento e desenvolvimento infantil, na qual a criança está inserida. Cada fase do crescimento e desenvolvimento confere às crianças determinadas características, que guardadas as diferenças individuais; são habituais a todas elas.

Wong (1999, p.74) destaca que: “O crescimento e o desenvolvimento, usualmente referidos como unidade, expressam o somatório de numerosas alterações que ocorrem durante a vida do indivíduo”.

Essas alterações são observadas nas esferas biológicas, psíquicas e sociais das crianças, conferindo-lhes peculiaridades que são diferenciadas em relação às demais fases, porém comuns às crianças que estão na mesma fase de crescimento e desenvolvimento, influenciando o comportamento das crianças diante da experiência da hospitalização.

As idades escolares ou anos escolares são definidas por Wong (2006, p.473) como: “O segmento da vida que se estende da idade de seis anos até aproximadamente os doze anos”.

A necessidade de uma internação hospitalar não é um evento de fácil aceitação ou vivência para a criança, independente de sua idade, e se impõe, primeiramente, como uma situação desagregadora de todo o cotidiano infantil. Para o escolar, este fato pode tomar proporções mais amplas, pois a criança, geralmente, possui uma rotina de educação formal e a internação, forçosamente implicará numa interrupção temporária da mesma.

A hospitalização implica no abandono do lar, local que possui conotação de segurança física e emocional para o escolar para adentrar em outro,

completamente diferente. Um ambiente repleto de regras, rotinas, e proibições; onde as maiorias das atividades prazerosas para o escolar não são permitidas como correr, pular; ou permitidas com restrições ou em horários determinados como brincar, ver televisão, dentre outros. Dessa forma, esse ambiente formal e dogmático que é o hospital, engessa a maioria das atividades características da infância.

Segundo Schmitz et al (1989), a hospitalização consiste numa ameaça à capacidade intelectual do escolar, já que esta impede sua freqüência à escola.

Nesse aspecto, cabe ressaltar o direito inalienável da criança e do adolescente à educação, em casos de hospitalização. Este direito legal está assegurado no item nove do Estatuto da Criança e Adolescente Hospitalizados<sup>8</sup> que dispõe: “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”.

Esse direito passou a ser contemplado em alguns hospitais com a criação das chamadas classes hospitalares preconizadas na Política Nacional de Educação Especial, do Ministério da Educação, em 1994.

Para Vieira & Lima (2002 p.10): “Os objetivos desta prática pedagógica visam à continuidade do ensino formal, ao retorno e à reintegração da criança na escola de origem”.

Assim sendo, a existência das classes hospitalares, com o acompanhamento da educação da criança e adolescente por profissionais capacitados, como professores e pedagogos no interior do ambiente hospitalar,

---

<sup>8</sup> Resolução número 41, item 9, de outubro de 1995.

contribui para que a hospitalização não venha a acarretar prejuízos em sua educação formal e atrasos nos anos escolares.

A presença da escola no ambiente hospitalar, além das vantagens educacionais, contribui para um sentido de cotidianidade na vida do escolar hospitalizado. A escola é mais um aspecto, que é deixado no ambiente extramuros do hospital, quando o escolar necessita de uma internação. A possibilidade de poder continuar a estudar, de sentir-se produtivo, mesmo diante de situações adversas como a doença e hospitalização, contribui para fornecer a sensação de um pouco de normalidade na vida do escolar durante este período.

Segundo Lima (2003), os benefícios das classes hospitalares suplantam os inerentes aos aspectos pedagógicos, mas contribuem para amenizar os efeitos negativos advindos da enfermidade e hospitalização de uma maneira mais ampla.

A autora (op.cit, 2003, p.301) refere que: “A inserção do ambiente escolar no período da internação é importante para a recuperação da saúde da criança, já que reduz a ansiedade e o medo advindos do processo da doença”.

Por outro lado, o prejuízo na aquisição dos conhecimentos sistemáticos adquiridos na escola, deve ser entendido somente como um dos aspectos do distanciamento da criança da escola imposta pela necessidade de internação para o tratamento de uma doença.

Segundo Ribeiro et al apud Veríssimo (1991), os prejuízos causados pela hospitalização não se restringem ao aprendizado formal na escola; mas priva a criança de manter suas relações sociais, pois na idade escolar, a escola constitui-se em um local de socialização infantil.

Do mesmo modo, Gonçalves & Valle (2006) apontam que a doença e a hospitalização, e conseqüentemente o afastamento da escola produzem uma desadaptação na vida social da criança, pois é no espaço escolar, à exceção do ambiente da família, que a criança forma vínculos de ordem afetiva importantes, sobretudo na relação com os amigos.

Desse modo, geralmente, ao se afastar da escola, a criança acaba por se distanciar de seus amigos, podendo gerar sentimentos de solidão e isolamento de seu grupo habitual de colegas.

Ainda, de acordo com Gonçalves & Valle (2006), ao necessitar deixar a escola por um período prolongado, a criança pode começar a sentir esquecida pelo grupo ao qual pertencia, sentindo-se isolada, deixada de lado. Estes sentimentos associados ao cotidiano de experiências vividas durante o tratamento da doença, podem gerar um processo depressivo na criança.

Além do afastamento da escola, a hospitalização implica sempre em afastamentos adicionais, como os do ambiente do lar, com a separação de sua conjuntura familiar; dos relacionamentos afetivo-emocionais, com pais, irmãos, familiares e amigos; dos objetos pessoais; das atividades cotidianas, enfim, provocando uma ruptura com todo seu cotidiano de vida e com seu ambiente de relações de um modo geral.

Desse modo, a doença é uma ocorrência que alcança proporções abrangentes na vida do escolar. Ela pode ser silenciosa, no que se refere à sintomatologia, ou ser capaz de gerar incômodo ou dores físicas de forma plena; o que por si só já geraria sofrimento, mas além desses aspectos, ao mobilizar e desestruturar toda a dinâmica de vida do escolar, forçando-o a uma hospitalização; engloba também o sofrimento psicológico.

Souza, Camargo e Bulgacov (2003, p.102) apontam que: “Neste sentido, entendemos que, ao sofrimento físico decorrente da doença que a assola é acrescido na criança internada o sofrimento psíquico em um sentido inevitável, caracterizado pelo processo de hospitalização”.

Para Carvalho e Begnis (2006 p.109): “A atmosfera do hospital pode se tornar estressante, com impacto sobre o estado psicológico da criança”.

Um ponto de suma importância ao se abordar à hospitalização infantil refere-se ao conhecimento por parte do escolar sobre sua doença e a real necessidade de sua internação.

O escolar pode ter noção que algo não está bem com ele; e este entendimento advém principalmente dos sinais e sintomas que seu agravo à saúde possa lhe causar, como uma dor, mal estar, ou qualquer modificação de seu padrão habitual de bem estar, dentre outros fatores. Este fato relaciona-se à fase do desenvolvimento da criança, pois na idade escolar a mesma se atém aos aspectos concretos de sua experiência.

Oliveira (1997, p.44) ao discorrer sobre a vivência da doença para o escolar enfatiza que: “A doença se expressará na materialidade da sensação física (o evento é concreto), mas não necessariamente relacionado a alguma entidade mórbida objetiva”.

Todavia, há que se lembrar dos escolares que são internados sem possuir sintomas concretos de agravo à saúde, como dores ou mal estar; e àqueles que se hospitalizam a fim de proceder a exames diagnósticos. Para esses escolares a necessidade de hospitalização pode significar algo ainda mais confuso, sobretudo incoerente, já que esses se sentem fisicamente bem, sendo muitas vezes, incompreensível a necessidade da hospitalização.

Na maior parte das vezes, o escolar chega ao hospital como um ser passivo, cheio de dúvidas, podendo possuir algumas informações incipientes, quando não; sem informação alguma sobre sua doença e sobre o porquê de ter que permanecer hospitalizado. Em consequência disso, podem ocorrer sentimentos adversos no escolar, como a sensação de estar sendo punido.

Wong (2006) ao discorrer sobre o desenvolvimento da moral na infância aponta que o escolar conhece as regras e os comportamentos que são considerados socialmente aceitáveis e que são esperados dele, e que essas regras e comportamentos são aprendidos ao longo de seu desenvolvimento no seio do seu ambiente familiar, e o escolar se sentirá culpado ao violar algumas dessas regras ou ao apresentar um comportamento contrário ao aprendido como aceitável.

Wong (20026, p.475) refere que para o escolar: “Recompensas e punições orientam seu julgamento”. Desse modo, uma atitude do escolar considerada errada pelo adulto, torna-se passível de punição, o mesmo se aplicando a seus pensamentos. Isso pode levar o escolar à crença de que a doença e a hospitalização possam ser resultados de uma ação ou comportamento errado que ele tenha apresentado, o que contribui para o aparecimento de um outro sentimento, o de culpa; associando definitivamente a hospitalização a algo negativo.

Nesse aspecto, há que se destacar a importância de orientar o escolar sobre a real causa do aparecimento da doença e da necessidade de internação. Informações vagas, sobretudo, àquelas associadas determinadas ações do escolar, apenas contribuem para intensificar o sentimento de culpa do mesmo. Não é algo incomum encontrarmos nas unidades pediátricas,

escolares que ao serem questionados sobre a causa de sua doença, responderem que ficaram enfermos porque “andaram descalços”, “correram na chuva”, “comeram muito doce”, dentre outras explicações, fornecidas ao escolar, geralmente pelos responsáveis, no sentido de inclusive, tentar prevenir no futuro, a recorrência de tais atos por parte do escolar.

Porém, essas justificativas em nada contribuem para o entendimento, aceitação e tranquilidade do escolar em relação à doença e hospitalização, apenas impinge um sofrimento a mais ao escolar, advindo de seu sentimento de culpa e da percepção de estar sendo punido.

A real necessidade da hospitalização é um fato, geralmente desconhecido para os escolares. Seu entendimento a este respeito se revela, na maioria das vezes, vago e inespecífico.

Veríssimo (1991) aponta em sua pesquisa que as respostas dos escolares diante do questionamento sobre a necessidade de estarem internados, eram do tipo: “vim me tratar”.

Esta mesma modalidade de declaração foi encontrada na pesquisa de Cibreiros (2000), demonstrando que muito pouco, ou nada de significativo é orientado ao escolar sobre a necessidade de internação. Frequentemente, este é o tipo de orientação que é fornecida ao escolar pelos adultos, sobre a necessidade da hospitalização.

Essa justificativa é incapaz de fornecer algum tipo de informação concreta e compreensível ao escolar que possibilite seu entendimento, algum alento ou redução de sentimentos de ansiedade e medo; o que o torna passivo diante de um processo no qual ele será o sujeito principal.

Certamente, o escolar possui um nível de desenvolvimento cognitivo diferenciado, porém é possível orientá-lo sobre a finalidade da hospitalização, através de estratégias aderentes ao seu nível de desenvolvimento intelectual, de uma forma factível e inteligível, o que contribui para minimizar a ansiedade que pode advir da hospitalização.

Em consequência da hospitalização, o escolar forçosamente ingressa em um espaço novo. A unidade de internação pediátrica se constitui em um território diferenciado para o escolar.

A unidade de internação pediátrica é um local distinto de todos os outros aos quais, geralmente, o escolar costuma freqüentar, sendo rico em estímulos e vivências particulares e incomuns. Os profissionais de saúde e sua linguagem técnica, seu comportamento estereotipado; os equipamentos, os sons, os objetos, os procedimentos técnicos, o tratamento, a visualização de outras crianças internadas, ou seja, o ambiente como um todo, pode causar estranheza no escolar e ter um sentido potencialmente assustador.

Para Oliveira, Dias & Roazzi (2003 p.7):

Este ambiente asséptico é em geral aterrorizante, pois não há nada nele que a criança possa identificar com suas experiências anteriores; somado a isso, o fato de sua debilitação física e emocional estarem presentes na situação a tornam ainda mais agravante.

Cibreiros (2000, p.42) aponta que: “O primeiro estranhamento causado pela hospitalização ao escolar advém provavelmente do próprio ambiente da unidade de internação pediátrica”.

Além do ambiente físico da unidade de internação pediátrica, já poder significar em si, um local com conotações ameaçadoras ao escolar, a doença e

o desconhecimento quanto às experiências que irá vivenciar neste local, podem desencadear sentimentos adversos no escolar.

Schmitz et al (1989, p.184) ressaltam que “Embora a criança tenha problemas orgânicos bem definidos, o comprometimento do seu bem estar estará diretamente ligado ao comprometimento de suas necessidades afetivo-emocionais, advindos da doença, hospitalização e de carências afetivas”.

O hospital e a doença possuem um significado social, além de um significado no imaginário infantil, que permite às crianças construir suas concepções em relação aos mesmos.

Miron (1990) enfoca que os escolares possuem grande dificuldade de associar o hospital a um local familiar e que possa estar envolvido numa atmosfera de acolhimento, referindo-se sempre ao hospital como um local estranho.

O hospital traduz-se como um local de proibições para a criança. As normas e as rotinas hospitalares, freqüentemente entram em conflito com o desejo de independência do escolar, despertando em muitas ocasiões, sentimentos de tédio e tristeza. (Oliveira, 1991).

Para Schmitz et al (1989), a hospitalização é capaz de manter o escolar na passividade e ociosidade, impedindo-o de exercer o seu sentido de independência e autonomia.

Assim sendo, o ambiente do hospital, pode ter conotações negativas para o escolar, se constituindo em um local que ele não gostaria de estar.

O escolar associa o ambiente hospitalar a sentimentos de temor. A grande maioria dos procedimentos para tratamento das doenças implica no uso de objetos e equipamentos que podem ser assustadores para o escolar. Os

procedimentos técnicos, na maioria das vezes, exigirão a manipulação do corpo, de forma invasiva e dolorosa, gerando medo no escolar. Conseqüentemente, um de seus medos mais intensos, se relaciona aos procedimentos de natureza invasiva, em especial às injeções, que são as mais conhecidas pelas crianças em geral.

Em relação aos procedimentos invasivos, Cibreiros (2000, p.56) menciona em seu estudo que: “Parece que o escolar, aliás, como a maioria das crianças, associa hospital e internação à necessidade de receber injeções”.

Para Ângelo (1986 p.103): “Um dos eventos mais ameaçadores para a criança é a injeção, percebida como uma invasão extremamente dolorosa em seu corpo”.

Este é um fato compreensível, posto que, a maioria das crianças já experimentou em alguma ocasião em suas vidas o procedimento de injeção, seja por necessidade de tratamento em algum agravo à saúde, ou através de condutas de proteção à saúde, como é o caso mais comum, pela administração de vacinas.

Outro medo do escolar relacionado à hospitalização é o medo da morte. A noção de morte se desenvolve ao longo da infância. Baldini e Krebs (1999), apontam que as crianças de cinco a nove anos de idade, reconhecem a morte, mas a consideram como uma pessoa, e a associam a objetos concretos, como por exemplo, a cemitérios. Mas somente a partir dos oito anos, a criança é capaz de desenvolver a noção sobre sua morte e encará-la como um fato irreversível. Aos nove anos, a criança já possui um conceito real da morte, como um evento de natureza biológica e de caráter permanente.

Wong (1999, p.548), referem que na idade escolar: “Os medos relacionados à natureza física da doença, se superficializam neste período”. Desse modo, o escolar pode relacionar a não recuperação da doença e sua evolução, com a idéia de incapacidade e de morte.

No estudo de Cibreiros (2000), os escolares que iriam se submeter à uma intervenção cirúrgica demonstraram apreensão quanto à possibilidade de virem a morrer devido à cirurgia.

Segundo Miron (1990), os escolares fazem uma associação direta entre o hospital e a idéia de morte.

A unidade pediátrica é repleta de normas e rotinas, algumas delas, muitas vezes, tão rígidas, quanto desnecessárias. O escolar, no seu lar possui uma rotina habitual no que se refere às atividades cotidianas, como hora de tomar banho, almoçar, jantar, ver televisão, dormir, dentre outros. Ao ser hospitalizado, o escolar irá se deparar com uma nova realidade. A unidade de internação pediátrica possui uma série de normas, rotinas e regras de conduta, que em algumas instituições, por vezes, mais se assemelham a dogmas, como o banho matinal, a exigência do uso da roupa hospitalar pelo paciente, dentre outros.

Nas unidades de internações pediátricas, o escolar se encontra diante normas e rotinas que são capazes de frear seu senso de industriabilidade e todos os aspectos relacionados ao desenvolvimento do mesmo.

Rappaport et al (1982), ao discorrer sobre a teoria de Erik Erikson, que aborda a forma pela qual se organiza a identidade ao longo da evolução do ciclo de vida do ser humano, aponta que na idade escolar a criança se encontra no período de desenvolvimento do senso de industriabilidade, onde a

mesma começa a ser preparar para ser um trabalhador. O contraponto patológico ao senso de industriiosidade é o senso de inferioridade.

Nessa fase, o escolar se esforça para desenvolver suas tarefas sozinho, aprecia cooperar com os adultos em suas atividades, deseja ser efetivamente útil. Sua atividade física e mental é crescente. Possui desejo de estar aprendendo novas habilidades. Com a aproximação da puberdade, o escolar esforça-se para não ser mais visto e tratado de forma infantil pelos adultos, buscando ser valorizado como um indivíduo produtivo.

As rotinas rígidas relacionadas à hora do banho, hora de dormir, horário de acordar, que visam não prejudicar o desenvolvimento das atividades terapêuticas dentro da unidade, dentre outros; acaba por não levar em conta os hábitos do escolar, destituindo-o de sua identidade e singularidade, já que esse se verá obrigado a agir como todos os pacientes. Dentro do possível, deve-se tentar flexibilizar algumas rotinas nas unidades pediátricas, de modo a proporcionar um pouco de cotidianidade ao escolar através da manutenção de alguns hábitos domiciliares no ambiente de sua hospitalização.

Da mesma forma, a inatividade durante o período de internação pode se constituir em um evento ameaçador para o escolar ávido por ser um indivíduo produtivo. Desse modo, deve-se buscar atividades no cotidiano da hospitalização que permitam ao escolar, em algum grau, ser produtivo e independente, como, por exemplo, permitir que o escolar arrume sua cama, oportunizar experiências de autocuidado como tomar banho sem supervisão, assim como escovar seus dentes, dentre outros.

A infantilização das crianças durante a hospitalização é uma ocorrência incômoda para o escolar (Oliveira, 1991). Muitos aspectos presentes na

unidade de internação pediátrica colaboram para infantilização das crianças de todas as idades.

Aspectos encontrados na unidade de internação pediátrica, como a presença de brinquedos, um local destinado à recreação, o ambiente físico decorado com personagens infantis, a afetividade no trato com a criança por parte dos profissionais de saúde são aspectos bem-vindos e esperados, quando se refere à hospitalização infantil. Todavia, o uso de linguajar infantil por parte dos profissionais de saúde, o uso de roupas hospitalares estampadas com personagens infantis, o uso de colher para alimentação, a acomodação em berços com grades, pode por vezes, agradar a crianças menores, porém os escolares próximos da puberdade poderão se sentir indignados ao se verem obrigados a vivenciar essas experiências.

Entretanto, há que se lembrar que o escolar ao estar internado, não deixa de ser criança. Porém muitas vezes nas unidades pediátricas ocorre um esquecimento quanto a este fato. As ações dos profissionais e todo o funcionamento da unidade criam um ambiente, onde os aspectos importantes inerentes à infância são esquecidos ou colocados em segundo plano, em meio às sombras da valorização do tratamento e cura das doenças. Um aspecto relevante da infância a ser mantido e valorizado durante a hospitalização é o brincar.

O brincar é capaz de trazer ao contexto conturbado da doença e hospitalização infantil, ares de saúde e normalidade.

O papel do brincar infantil e suas funções no mundo da criança parece ser inumerável e confirmam a necessidade de se encarar o brincar como uma das atividades mais relevantes para a infância.

De acordo com Wong (1999) o brincar apresenta inúmeras vantagens para a criança hospitalizada em todas as idades, como: divertir e relaxar a criança; facilitar a comunicação e a interação com a criança; fornecer um meio para liberação da tensão e para a expressão dos sentimentos; ajudar a criança a se sentir mais segura em um ambiente estranho; dentre outros.

Desse modo, há que se proporcionar oportunidades para que o escolar possa ter momentos durante a internação em que possa se dedicar a brincar livremente na unidade de internação.

A hospitalização, quando vivenciada sem o apoio da mãe ou outro adulto significativo, pode desencadear estresse no escolar. Nessa fase do desenvolvimento, a criança tem seus interesses voltados para as atividades junto ao grupo social de colegas e consegue tolerar bem o afastamento dos pais. Todavia, durante a hospitalização, sob a influência do estresse, podem ocorrer comportamentos regressivos inerentes a fases anteriores do desenvolvimento, fazendo com que o escolar volte a se tornar mais dependente dos pais, necessitando visceralmente de seu apoio.

Baldini e Krebs (1999, p.183), referem que: “Qualquer criança sob estresse físico, psicológico e social é propensa a distorções perceptivas, intelectuais e emocionais, devido à imaturidade de sua capacidade cognitiva e à regressão emocional que apresenta nestas situações”.

Nesse aspecto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garante o acompanhamento dos pais a seus filhos, sejam eles crianças ou adolescentes, através de seu artigo. 12 da lei número 8.069, que determina: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições

para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente”.(Ministério da Saúde, 1991).

Assim sendo, cabe a instituição hospitalar fornecer os proventos capazes de garantir a presença dos pais na unidade hospitalar para acompanhar seus filhos durante o período de internação.

Esses se constituem em alguns, de uma imensa gama de aspectos que se relacionam à hospitalização do escolar. Onde cada um deles pode ser minuciosa e exaustivamente abordado. Todavia, há que se salientar que, o conhecimento destituído de atitudes práticas e efetivas, em nada contribuirá para minimizar o estresse da hospitalização infantil, como aponta Carvalho e Begnis (2006 p.110):

É necessário que se tente ajudar a criança a atravessar a situação de hospitalização ou de doença com mais benefícios que prejuízos. Esse tipo de postura pode fazer com que esta situação não seja somente de dor e sofrimento, mas também rica em conteúdos a serem significados e re-significados, contribuindo para a saúde da criança no sentido amplo do termo.

#### **4. O CUIDADO INTERNALIZADO PELAS ESCOLARES: EXPERIÊNCIAS NO CENÁRIO HOSPITALAR**

Esse capítulo aborda os cuidados relacionados à punção venosa periférica e os desdobramentos da técnica; preparo e administração de medicações; verificação da temperatura, exame físico; execução de cuidados na unidade de internação; atribuições dos médicos e da equipe de enfermagem; e o cotidiano das escolares no contexto hospitalar.

#### 4.1 Punção Venosa Periférica.

Esse tópico descreve a punção venosa periférica como um procedimento presente de forma efetiva nas dramatizações e seus desdobramentos: necessidade da punção venosa, materiais utilizados, etapas da técnica e administração de medicamentos.

Para as escolares, a admissão no hospital está diretamente relacionada com a necessidade da punção venosa periférica. Isto pode ser constatado quando Mônica (médica) diz à Tatiana (enfermeira): *“Vamos” tirar” uma veinha dela que ela vai ficar internada.”* *“A gente vai ter que tirar a veinha”*. Mônica (médica) fala que será puncionada uma veia de Luciana (paciente).

Cabe ressaltar que o pedido para punção venosa foi feito pela escolar Mônica (médica) para a escolar Tatiana (enfermeira). A solicitação de punção venosa por parte do médico a algum membro da equipe de enfermagem, no momento da internação de um paciente, é uma ocorrência habitual nas unidades de internações.

Pode-se supor que durante a admissão hospitalar, a escolar Mônica (médica), tenha vivenciado essa experiência sob a mediação da médica e enfermeira; e/ou tenha se deparado com esse quadro na unidade de internação ao ver uma criança sendo internada, internalizando essa experiência e levando-a a dramatizar essa solicitação à Tatiana (enfermeira).

Desta forma, a punção venosa foi internalizada pelas escolares, no momento da sua internação e no percurso da experiência na unidade de internação pediátrica como um cuidado a ser desempenhado por um membro da equipe de enfermagem.

Por outro lado, cabe ressaltar que, a decisão quanto à internação da criança foi da escolar Mônica (médica). Provavelmente este fato é proveniente da própria relação da escolar com o médico, no momento de sua internação. Foi a mediação do médico que permitiu que a escolar internalizasse a decisão da internação como uma atribuição médica e a representasse na dramatização.

Neste aspecto, Gonçalves (2002), discorrendo sobre o processo de mediação Vygotskyano, menciona que uma das possibilidades de um indivíduo fornecer instruções às crianças sobre determinados mediadores sociais é através de sua própria ação em determinados papéis sociais, como por exemplo, os papéis profissionais.

Essa representação das escolares também demonstra dois aspectos relevantes das áreas da medicina e da enfermagem, que ainda atualmente parecem mediar as relações entre essas duas categorias profissionais nos espaços de cuidados à saúde, e que são percebidos pelos membros da sociedade em geral. A medicina ainda está impregnada do modelo biomédico, da hegemonia médica. Lunardi Filho (2000), descreve que nesse modelo, o médico é o profissional de destaque, o detentor do conhecimento profissional, aquele que tudo sabe, tudo pode e tudo decide. A enfermagem por sua vez, mesmo tendo alcançado a cientificidade, ainda é fortemente associada ao seu aspecto tecnicista.

Constata-se a valorização do procedimento de punção venosa por parte das escolares, sendo basicamente a primeira proposta de atividade feita pelas escolares, conforme os relatos:

...Bianca (enfermeira) fala para Adriana (médica): *“Vai furar ela agora?”*

Bianca pergunta a Adriana, assim que a mesma acaba de arrumar o material

para a punção venosa. Adriana responde afirmativamente: “*ham... ham...*”. Adriana (médica) pega o material que arrumou na mesa de brinquedos e se dirige até o leito de Maria (paciente).

A punção venosa na área pediátrica é um procedimento de grande relevância e extremamente freqüente, seja para administração de fluidos endovenosos diversos, mas, sobretudo para administração de terapias medicamentosas.

Para Wong (1999 p.641): “A via intravenosa para administração de medicamentos ganhou amplo uso na terapia pediátrica”.

A punção venosa consiste em um procedimento de natureza invasiva, onde a presença de uma agulha que perfura a pele está associada na mente da criança à dor e sofrimento, e por isso também temido por qualquer escolar que se interne em uma unidade pediátrica.

Maria, Guimarães & Ribeiro (2003), em seu estudo junto a crianças com idades entre cinco a 10 anos, que se submeteram à medicação intra-tecal para o tratamento de neoplasias, apontam que as crianças percebem a punção por agulha, para a aplicação de medicação, como um evento ansiogênico, doloroso, hostil e mutilador.

Para Cibreiros (2000), os escolares hospitalizados internados para se submeterem a uma intervenção cirúrgica, mencionaram o medo em relação aos procedimentos invasivos.

Constata-se também que a punção venosa pode ser traduzida como um cuidado potencialmente estressante para o escolar hospitalizado, pois é mediado por relações capazes de gerar medo e dor; como a visualização do dispositivo de punção, a perfuração da pele, entre outros; mas também é um

cuidado importante e rotineiramente desenvolvido nas unidades pediátricas e, conseqüentemente vivenciado pelos escolares que se internam nestas unidades.

Na realidade, as escolares demonstraram que o procedimento punção venosa parece ter uma relação direta com o ingresso na unidade pediátrica para uma internação, visto ter sido o primeiro procedimento proposto nas duas dramatizações.

Supõe-se que este fato se deva as experiências das escolares no momento de sua própria hospitalização. Na internação, as escolares experienciaram a punção venosa como o primeiro cuidado invasivo relacionado à hospitalização.

Segundo os preceitos Vygotskianos, a vivência num determinado ambiente cultural permite a internalização dos instrumentos e signos concernentes àquele ambiente. O hospital se constitui em um dos ambientes presentes na cultura humana. Pode-se falar de uma cultura hospitalar, na qual estão presentes signos e instrumentos particulares, que poderiam ser denominados de signos e instrumentos hospitalares, já que se referem especificamente ao ambiente hospitalar, como por exemplo, os cateteres cardíacos, os equipos de soro, os perfusores, dentre outros. O hospital pode ser entendido como um macro-ambiente cultural, que engloba os diversos ambientes culturais menores, os micro-ambientes culturais que o compõem, que são as unidades especializadas, como por exemplo, as unidades pediátricas.

Assim sendo, a punção venosa, como um procedimento hospitalar tão significativo do cuidado pediátrico pôde ser internalizado como um cuidado de admissão no micro ambiente cultural unidade de internação pediátrica.

Em relação aos materiais utilizados à punção venosa, as quatro escolares mencionam o jelco<sup>9</sup>, compressas de gaze e esparadrapo.

A utilização de um dispositivo de punção, no caso, um jelco é necessário para proceder a uma punção venosa. Isto pode ser evidenciado nas falas a seguir:... Tatiana (enfermeira) pega o jelco sobre a mesa. (o jelco se encontrava sem guia para não oferecer perigo de manipulação), e fala para Mônica (médica): *“Espera... vamos embora lá furar”*, ou seja, puncionar a veia periférica de Luciana (paciente).

No dia a dia de suas atividades laborais, os profissionais de saúde ao desempenharem o procedimento de punção venosa devem escolher o dispositivo de punção. A punção venosa implica na utilização de um instrumento perfurante. No caso da dramatização, as escolares citaram o jelco, que se constitui em um dos instrumentos da cultura hospitalar e um mediador da técnica de punção venosa. Segundo Vygotsky (1998), existe no ambiente sócio cultural humano, os mediadores de natureza física (instrumentos). Os instrumentos são os mediadores capazes de propiciar a ação do homem sobre seu trabalho.

O jelco é um dos instrumentos mediadores que permite puncionar a pele e acessar o sistema vascular, assim como o scalp, ou mesmo uma agulha. Todavia, as escolares escolheram o jelco como mediador da punção. Pode-se supor que durante a internação, as escolares passaram pela experiência de

---

<sup>9</sup> Um tipo de cateter; um tubo plástico oco utilizado para acesso ao sistema vascular (Phillips, 2001).

punção venosa, ou mesmo observaram outras crianças terem suas veias puncionadas, tendo sido utilizado um jelco pelo profissional de saúde que procedeu a punção. Nessa relação sob a mediação do profissional de saúde que fez uso do jelco para a punção da veia é que foi possível a internalização pelas escolares, deste instrumento como mediador para o acesso venoso.

Do mesmo modo, a mesma escolar, Tatiana (enfermeira) utiliza compressas de gaze no procedimento da punção venosa, como pode ser observado:

Tatiana (enfermeira) e Mônica (médica) se encaminham ao leito de Luciana (paciente) a fim de proceder à punção venosa, Tatiana (enfermeira) lembra-se da gaze e diz para Mônica (médica): “*Cadê a gaze?*”. “*Pega a gaze*”.

Outro mediador presente na técnica de punção venosa, encontrado na dramatização foi à gaze, como um instrumento necessário à punção venosa.

A fim de proceder à punção venosa de Maria (paciente), a escolar Adriana (médica) passa a preparar o material de punção para que a escolar Bianca (enfermeira) proceda à punção. Neste momento, a escolar Bianca (enfermeira) questiona Adriana (médica), quanto à ausência de alguns materiais necessários para o procedimento, como se observa nos trechos:

... Adriana (médica) pega o material que arrumou na mesa de brinquedos e se dirige até o leito de Maria (paciente). Adriana (médica) se abaixa no leito junto a Maria (paciente), e ao fazer isso, Bianca (enfermeira) que estava na mesa, fala em tom de reprovação: “*Aí, nada disso que fura... vem cá... chega aqui*”. ...Adriana (médica) se levanta do lado do leito de Maria (paciente) e leva o material até Bianca (enfermeira) que está sentada ainda junto à mesa. Bianca (enfermeira) olha para o material e começa a dizer para

Adriana (médica), enumerando o que é preciso para a punção, porém o faz de um modo como se estivesse argüindo Adriana (médica). Bianca (enfermeira) fala: *“esparadrapo...”* Adriana (médica) fala para Bianca (enfermeira): *“cadê?”*. Bianca (enfermeira) aponta o esparadrapo, que se encontra sobre a mesa. E Adriana (médica) diz: *“Ah! é... esqueci “*. Adriana (médica) pega o esparadrapo e Bianca (enfermeira) coloca-o junto ao material, com Adriana (médica). Bianca (enfermeira) fala para Adriana (médica): *“Gaze”,* e Adriana (médica) pega a gaze sob a mesa, dizendo: *“Gaze... gaze... está aqui”*. Adriana (médica) pega duas compressas de gaze, mas uma está amassada, e Bianca (enfermeira) fala para Adriana (médica): *“É só uma assim... assim”*. Enquanto ajeita a nova gaze, segura a gaze amassada, e diz para Adriana (médica): *“É só uma”*. Adriana (médica) retruca para Bianca (enfermeira): *“Então”*. E Bianca (enfermeira) responde: *“É só uma”*. Adriana (médica) então diz: *“Então, o que eu coloquei? só uma”*. Bianca (enfermeira) concorda: *“É”*. Adriana (médica) havia colocado no material uma fita adesiva band-aid e Bianca (enfermeira) disse: *“Não precisa de band aid.”*, mas logo em seguida fala para Adriana (médica) : *“É, não é?, pega aquele bairnd aid”*. Bianca (enfermeira) parece lembrar de alguma utilidade para o band-aid durante a punção e Adriana (médica) pega outro band-aid que está sobre a mesa. Bianca pede que Adriana (médica) segure o jelco, dizendo: *“Segura isso”*. Adriana (médica) diz afirmativamente: *“ham. ham”*.

Cabe atentar para o fato que, a escolar Adriana (médica) é aquela quem separa o material para punção venosa para que a escolar Bianca (enfermeira) desenvolva a punção. Sendo que é a escolar Bianca (enfermeira) quem checa o material e aponta as falhas na organização e preparo do mesmo.

No cotidiano da unidade de internação pediátrica, sabe-se ser pouco provável presenciarmos a cena de uma médica preparando o material de punção venosa para uma enfermeira; todavia é fundamental demonstrar que, embora as duas escolares (Adriana e Bianca), médica e enfermeira, estivessem dramatizando, ou seja, envolvidas com o procedimento de punção venosa; esta prática teve seu “fazer” direcionado à enfermeira.

Este achado vem demonstrar a visibilidade da natureza técnica do trabalho da enfermagem por parte do paciente. Almeida & Rocha enfocam que (1989 p.36): “As técnicas foram os primeiros instrumentos que a enfermagem utilizou para manipular seu objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem”. As escolares internalizaram o desempenho do procedimento de punção venosa como um ato da enfermagem, e com isso evidencia-se que foi sob a mediação de um membro da equipe de enfermagem; isto é, o profissional de enfermagem foi o responsável pela preparação do material, e execução do procedimento de punção venosa. Com isto, ocorreu a internalização da técnica de punção venosa como um cuidado de enfermagem.

No trecho da dramatização, constata-se que Bianca optou pelo band-aid<sup>10</sup> como um objeto necessário para proceder à punção venosa, quando este na realidade não faz parte do material usado no desenvolvimento da técnica de punção venosa periférica. Por outro lado, Bianca não fez sua escolha aleatoriamente, pois ela utilizou o band-aid como uma primeira contenção a ser colocada sobre o jelco na fixação do mesmo à pele da paciente Maria.

Nesse caso, Bianca promoveu uma ruptura entre o significado e o sentido do band-aid. Segundo Leontiev apud Vygotsky (2001), fora da

---

<sup>10</sup> Neste estudo band-aid é aplicado para denominar uma espécie de curativo pronto e amplamente comercializado.

brincadeira, o significado e o sentido dos objetos estão ligados, mas na atividade da brincadeira, a criança promove sua separação. O significado do objeto permanece inalterado para a criança, mas esta lhe confere um novo sentido, um sentido lúdico. Assim, o band-aid, na dramatização, ganhou o sentido de uma primeira contenção para fixação do Jelco à pele, e não o seu sentido real, qual seja, um curativo a ser colocado sobre um ferimento.

A punção venosa envolve diversos instrumentos mediadores a ela associados. A punção venosa é um procedimento, porém engloba mediadores, como foram mencionados pelas escolares em suas dramatizações, como os materiais que são utilizados no procedimento de punção venosa.

No dia a dia nas unidades de pediatria, nesse micro ambiente cultural, imagina-se que o escolar não acompanhe o profissional no preparo do material utilizado para uma punção venosa. Por outro lado, o escolar observa o uso destes materiais quando tem oportunidade de ver outras crianças serem submetidas a punções venosas, e, sobretudo, entra em contato direto com esses materiais, quando se torna um sujeito interativo do procedimento de punção venosa na relação mediada pelos profissionais, ao precisar ter sua própria veia puncionada. Assim sendo, ele observa, sente, experiência o contato direto com os mediadores utilizados para punção venosa, internalizando o uso destes instrumentos como mediadores do procedimento de punção venosa periférica.

Nesse caso específico, foi na relação direta e vivencial destes escolares com os materiais utilizados no procedimento de punção venosa periférica, ou seja, com estes mediadores, que permitiu, segundo as concepções de Vygotsky (1998), a internalização e conseqüentemente o uso por parte das

escolares destes mediadores como instrumentos relacionados e necessários para o desenvolvimento da técnica de punção venosa periférica, permitindo que elas os empregassem para fazer a punção venosa na dramatização deste procedimento.

Um escolar que nunca tenha sido internado ou tenha vivenciado um procedimento de punção venosa não teria condições de conhecer os materiais utilizados e desempenhar as diversas etapas relativas a esse procedimento em uma dramatização, como foi observado no caso das escolares. Isto porque a experiência de ter tido sua veia puncionada, no micro ambiente cultural da unidade de internação pediátrica, sob a relação mediada pelo profissional que desenvolveu o procedimento, que fez uso dos instrumentos mediadores da técnica de punção venosa e desenvolveu as diversas etapas da mesma, foi capaz possibilitar a construção de conceitos espontâneos sobre o procedimento baseado na internalização advinda da experiência concreta com o mesmo durante a hospitalização.

Um conceito espontâneo tem sua construção oriunda do cotidiano da experiência humana (Vygotsky, 1998). Dessa forma, a experiência permitiu as escolares internalizarem algumas etapas da técnica, alguns instrumentos mediadores nelas utilizados, permitindo a reconstrução interna dessa vivência, e a construção de conceitos espontâneos sobre a mesma.

De acordo com Vygotsky (1998), é na relação com o outro social, que é possível ao indivíduo ter acesso aos mediadores culturais, e assim internalizá-los, construindo assim conceitos espontâneos correspondentes aos mesmos. Rego ao referir-se aos conceitos espontâneos sob a concepção de Vygotsky explicita que (2005 p.60):

Ele chama de conceitos cotidianos (ou espontâneos) aqueles que são adquiridos pela criança fora do contexto escolar ou de qualquer instrução formal e deliberada; são os conceitos formados no curso da atividade prática e nas relações comunicativas travadas no seu dia a dia.

Nas duas dramatizações, o procedimento da punção venosa foi desenvolvido pela escolar enfermeira. Pode-se supor que no micro ambiente cultural da unidade de internação pediátrica, as escolares foram submetidas ao procedimento de punção venosa por um profissional da equipe de enfermagem. Na relação com o profissional de enfermagem, e na interatividade com o mesmo durante o desempenho da técnica da punção venosa, as escolares foram capazes de internalizar a mesma como um cuidado pertinente à enfermagem.

Em relação às etapas para o desenvolvimento do procedimento de punção venosa, os quatro escolares destacaram a escolha da veia periférica, assepsia, utilização de torniquete, certificação e permeabilidade do acesso venoso, fixação dos dispositivos, identificação da punção venosa, utilização das talas e conexão do equipo de soro/perfusor ao jelco.

As escolares inspecionam um membro, neste caso, o braço a fim de proceder à escolha de uma veia periférica para a punção. Isto foi evidenciado na solicitação de Tatiana (enfermeira) junto à Luciana (paciente):

...Tatiana (enfermeira) senta no leito ao lado de Luciana (paciente) e diz: *“B. me dá seu braço”*. (Tatiana chamou Luciana por seu nome verdadeiro B). Luciana estica o braço esquerdo; que possui uma punção de verdade, com jelco salinizado; mostrando-o para Tatiana (enfermeira).

Tatiana (enfermeira) fala para Luciana (paciente): *“Bota aqui, nem”* (nem=neném). Tatiana (enfermeira) pede que Luciana (paciente) lhe dê seu

braço direito, que não possui nenhuma punção venosa e jelco salinizado de verdade...Assim, sentada à frente de Luciana (paciente), Tatiana (enfermeira) pega o braço direito de Luciana (paciente), estica-o e o apóia no leito. Tatiana (enfermeira) olha o braço de Luciana (paciente), observando suas veias; pega o jelco, e apoiando-o sobre o punho de Luciana (paciente), que se encontrava virado para cima e faz o gesto de puncionar a veia com o jelco.

A escolha de uma veia para punção é uma ação desenvolvida pelos profissionais de saúde. Segundo Phillips (2001), a seleção de um local para punção venosa está relacionada a diversos fatores: o tipo de solução a ser infundida; as condições da rede venosa; o tamanho do cateter a ser inserido; a idade do paciente e sua preferência pelo local a ser puncionado; a atividade do paciente; presença de doença ou cirurgia prévia, e presença de derivação ou enxerto.

A escolar Tatiana (enfermeira) ao observar o braço de Luciana (paciente) antes de escolher um local para a punção venosa agiu baseado na sua experiência durante a internação, sendo sujeito do procedimento, junto ao profissional de enfermagem, que ao proceder a punção venosa, promoveu a mediação entre a escolar e o procedimento de punção e/ou observando o profissional de enfermagem ao proceder à técnica de punção venosa. A escolha do local adequado para punção venosa é uma das etapas constitutivas da técnica da punção venosa, sendo uma ação mediadora do procedimento da punção e que foi internalizada pelas escolares e representada na dramatização.

Nesse contexto, o profissional de enfermagem, é o outro social, do qual destaca Vygotsky (1998); o mediador que propiciou o acesso da escolar a uma

das etapas da técnica de punção, a escolha da veia; que também se constitui em um mediador da técnica de punção venosa.

Este fato é ratificado por Gonçalves (2002, p.73) que ao explicar sobre a teoria Vygotskiana enfoca que:

É o outro que dá acesso a estes instrumentos mediadores: é o outro que lhe apresenta um nome para as coisas e dá acesso a palavra; é o outro que dá acesso aos objetos, às regras existentes. Então o outro atua como mediador do sujeito para que este se aproprie dos mediadores de sua própria ação.

Em relação à técnica de punção venosa, é correto se referir à equipe de enfermagem, pois nas duas dramatizações, a escolar que punciona a veia é a enfermeira, mostrando que a relação com o procedimento de punção venosa foi mediada pela ação do cuidado feito por um membro da referida equipe.

Outra ação relativa ao procedimento de punção venosa foi à assepsia do local, como pode ser observado no trecho:

...Bianca (enfermeira) antes de puncionar a veia de Maria (paciente) pega gazes: “Gaze, tem aí”, diz Bianca (enfermeira) que pega a gaze. ... Bianca (enfermeira) passa diversas vezes à gaze na prega do braço de Maria (paciente), que se encontra sentada com o braço esticado para punção. Dessa forma Bianca (enfermeira) faz a assepsia com gaze no braço de Maria (paciente) para a punção.

A assepsia local antes da introdução de um dispositivo de punção venosa é um procedimento realizado pelos membros da equipe de enfermagem que desenvolvem esta técnica sendo dramatizada pela escolar Bianca (enfermeira), que fez uso como instrumento mediador para a assepsia, a compressa de gaze. O preparo do local para punção venosa se constitui em

umas das etapas da técnica. Para Phillips (2001 p.214:): “Limpar a área de inserção reduz o potencial para infecção”.

A utilização de torniquete ou garrote na técnica de punção venosa foi um cuidado evidenciado nas representações, como no seguinte trecho:

...Quando Adriana (médica) está retornando da mesa para o leito junto a Maria (paciente); Bianca (enfermeira) lhe diz: “*Garrote*”. Mas Adriana (médica) já se encaminhava para perto das duas escolares com uma sonda de aspiração na mão. Bianca (enfermeira) pergunta à pesquisadora: “*Tia, você tem um garrote?*”. A pesquisadora responde que não trouxe o garrote. E Bianca (enfermeira) fala: “*Deixa isso aqui mesmo*”. explicando que iria utilizar a sonda de aspiração como um garrote; e começa a fazer o movimento de garrotear o braço de Maria (paciente) com a sonda.

O uso de garrote é uma recomendação da literatura sobre a técnica de punção e uma ação dos profissionais de enfermagem ao procederem à punção venosa com vistas a permitir a dilatação da veia com conseqüente melhoria de sua visualização. Schmitz et al (1989) indicam o garroteamento das regiões proximais a veno-punção, caso a área anatômica permita.

Phillips (2001) recomenda o uso de uma tira com velcro, ou tubo de borracha que deve ser aplicado de 15 a 20 cm acima do local onde se pretenda proceder à punção venosa.

A escolar Bianca (enfermeira), ao solicitar um garrote, verbaliza uma palavra, ou seja, um signo utilizado nos espaços de cuidado à saúde; que se pode denominar de signo hospitalar. A palavra, garrote, foi internalizada pela escolar como o signo capaz de simbolizar o instrumento necessário à técnica

de punção venosa, que ao ser usado para mediar a compressão de um membro, favorece a observação de uma veia.

Nesse trecho, pode-se constatar novamente que as escolares conferem um sentido lúdico à sonda que foi um mediador desta etapa do procedimento de punção dramatizado; utilizando a sonda como um garrote.

No que diz respeito à certificação do acesso venoso, as escolares verificam o retorno venoso como forma de êxito da punção venosa, conforme está explícito:...Tatiana (enfermeira), sob a observação de Mônica (médica) já está puncionando o punho de Luciana (paciente). Tatiana (enfermeira) faz o gesto de punção, utilizando o jelco, mas sem o guia. Nesse momento Mônica (médica) pergunta a Tatiana (enfermeira): “*Veio sangue?*”. Tatiana (enfermeira) faz o gesto de tirar a agulha guia do jelco e a segura no punho de Luciana (paciente) com seu dedo como se estivesse fazendo uma contenção para impedir o extravasamento do sangue através do jelco.

Os gestos representados por Tatiana (enfermeira) consistem em algumas ações praticadas pela equipe de enfermagem, quando deseja impedir o extravasamento de sangue através do jelco diante da punção venosa. A visualização de sangue através da agulha do jelco é um indicador do alcance do leito venoso durante a punção. Eis o porquê de a escolar Mônica (médica) indagar à escolar Tatiana (enfermeira) se havia saído sangue através da agulha do jelco. Sendo essa ocorrência, a mediadora da certificação do êxito da punção da veia.

De acordo com os procedimentos para punção venosa descrita por Phillips (2001), o retorno de sangue através do cateter, depois que o bisel é inserido na veia de forma inclinada é indicativo que o mesmo se encontra

posicionado dentro da veia. Dessa forma, a verificação do retorno de sangue quando da punção com jelco, ou outro tipo de cateter faz parte da técnica de punção venosa desenvolvida pela equipe de enfermagem nas unidades de pediatria.

Tanto a escolar Tatiana (enfermeira), que procedeu a punção, como Mônica (médica), que questionou sobre a presença do sangue, internalizaram esses gestos como mediadores relacionados ao procedimento de punção venosa, na relação dessa ação do cuidado que foi mediada pelo profissional que o desenvolveu.

No tocante a fixação do dispositivo da punção venosa periférica à pele do paciente, destaca-se os relatos das quatro escolares:

Mônica (médica) ensina à Tatiana (enfermeira) a técnica de fixação do jelco, como descrito:

...Tatiana (enfermeira) pegou uma tira de esparadrapo da mão de Luciana (paciente), quando Mônica (médica) intervém para explicar como deve ser feita a fixação do jelco e lhe diz: *“Tem que botar um por baixo aqui, um pedacinho só por baixo aqui assim, para segurar”*. Mônica (médica) explica à Tatiana sobre o esparadrapo que cruza embaixo do jelco. (a denominada fixação em V). *“Ah é, não é?”*. Tatiana (enfermeira) concorda com Mônica (médica). Nesse momento, Luciana (paciente) ratifica o que falou Mônica (médica): *“Aquele que abre assim”*, explicando sobre esparadrapo que se coloca aberto cruzando o jelco. E Mônica (médica) concorda dizendo: *“Assim, aí abre assim, não é?”*. Mas Mônica (médica) depois de Tatiana (enfermeira) ter colocado o esparadrapo largo por baixo da conexão do jelco, diz: *“Não... esse primeiro é cortar assim até o final”*, se referindo sobre a tira de

esparadrapo que se faz um V para envolver o jelco, que deve ser fina e longa para permitir envolver e fixar o jelco. “Assim?”: Pergunta Tatiana (enfermeira) à Mônica (médica), pegando uma tira de esparadrapo fina e longa. Nesse momento, Luciana (paciente) as interpela: “Que é isso gente?” perguntando à Tatiana (enfermeira) e Mônica (médica). Mônica (médica) explica: “É para botar aqui debaixo para não sair a veia, não é?”, explicando da necessidade de colocar um pedaço de esparadrapo sob a conexão do jelco justaposta a pele, em V para fixar o jelco.

Em outra dramatização, a fixação do dispositivo após a punção venosa também foi evidenciada:

...Bianca (enfermeira) se encontra junto ao leito de Maria (paciente) procedendo à punção de sua veia. Terminada a punção, Bianca (enfermeira) coloca o pedaço de esparadrapo primeiramente sobre o jelco da punção de Maria (paciente) e depois diz: “Levanta aqui”, pedindo para que Maria (paciente) levante a conexão do jelco; e Bianca (enfermeira) passa a fazer a fixação em V. Coloca o esparadrapo por baixo da conexão do jelco e faz o V, cruzando suas duas pontas exatamente da forma preconizada na técnica.

Uma das etapas da técnica de punção venosa é a fixação do cateter à pele do paciente para garantir seu posicionamento e conseqüentemente permitir a utilização do acesso venoso para infusão de fluídos e medicações. De acordo com Phillips (2001), alguns cuidados devem ser observados, como a colocação das fitas adesivas de modo a permitir a visualização e avaliação do sítio de punção.

Ainda, segundo a autora (op.cit. 2001), a fixação correta do cateter é capaz de reduzir riscos de flebites, infiltrações, infecções e migrações do

cateter. A fixação dos dispositivos de punção venosa em V é um dos métodos de fixação citados por Phillips (2001), que é freqüentemente encontrado nas punções periféricas, tanto em crianças como em adultos.

Para Phillips (2001, p.217), um dos passos deste método de fixação consiste em: “Atravessar a extremidade da fita sobre o lado oposto da agulha de forma que o lado adesivo das fitas fique na pele do paciente”.

Existem diversas formas de se fixar corretamente um dispositivo de punção venosa, e a utilização de determinada forma de fixação é muitas vezes, uma preferência pessoal do profissional, que desempenha a técnica de punção, mas outros fatores devem ser considerados, como o local da punção, o tipo de cateter, o nível de atividade e a idade do paciente, dentre outros.

Constata-se que os três escolares; Bianca (enfermeira), Mônica (médica) e Tatiana (enfermeira) referiram-se nas dramatizações a fixação do jelco em V. Este fato foi consequência da internalização desse modo de fixação por parte das escolares, que ocorreu sob a mediação do profissional que ao desempenhar a técnica optou por essa modalidade de fixação do jelco. Cabe ressaltar que o esparadrapo foi utilizado pelas escolares como o mediador da fixação do jelco à pele da paciente.

Outra questão é a identificação da punção venosa. As escolares procederem a este cuidado após o término da punção venosa, como se observa:

...Mônica (médica) então pergunta à Tatiana (enfermeira): “*Já fez a veia dela?*”, indagando Tatiana (enfermeira) quanto à punção da veia de Luciana (paciente). Tatiana não responde, mas começa a falar, ainda sentada junto ao leito de Luciana (paciente): “*Escrever a data e o ano*”. Tatiana (enfermeira)

então escreve, em um pedaço de esparadrapo, a data, hora e seu nome, que foi quem punccionou a veia. E o separa, colocando junto ao leito de Luciana (paciente).

Após algum tempo, Tatiana (enfermeira) lembra-se do esparadrapo com a identificação, e diz: *“Ah!... tem que escrever”*, referindo-se à identificação da punção com a data, hora e nome de quem fez a punção: *“Eu vou escrever aqui a data”*. E pega o pedaço de esparadrapo onde, na realidade, ela já havia feito esses registros e fixa-o sobre o jelco da punção de Luciana (paciente).

Em outra dramatização, Bianca (enfermeira) corta um pedaço de esparadrapo e começa a escrever dados relativos à identificação, como a data, a hora e o nome de quem fez a punção, e inclusive, registrando dados referentes ao jelco, ao qual a escolar chamou inicialmente de “naiqui”. Bianca (enfermeira) começa a dizer: *“Hoje é dia 25”*, à medida que escreve sobre o pedaço de esparadrapo. Adriana (médica) lhe ajuda: *“Do sete”*. Mas Bianca (enfermeira) responde: *“Eu sei”*. À medida que escreve no esparadrapo. Bianca (enfermeira) diz: *“Naiqui do 22, está bom?”*, dizendo para Adriana (médica). E logo pergunta à Adriana: *“Tu sabe o que é naiqui, não é?”* *“Aqui oh! É o 22”*. e mostra a embalagem do jelco a Adriana (médica). Na realidade, Bianca (enfermeira) chama o jelco de naiqui, porém o que a escolar chamou de naiqui é o número do jelco; pois estava escrito na embalagem jelco 22. Adriana (médica) responde: *“Eu sei... mas aqui está escrito jelco”*. Adriana (médica) lê a embalagem do jelco e diz a Bianca (enfermeira) que está escrito jelco. Bianca (enfermeira) olha a embalagem e diz: *“É... jelco... é”*. Adriana (médica) diz à Bianca (enfermeira): *“Coloca aqui... jelco”*, dizendo para que Bianca (enfermeira) escreva no esparadrapo jelco. Adriana (médica) diz: *“j.e.l.c.o...”*

*j.el.c.o* “Adriana (médica) soletra *jelco* para Bianca (enfermeira). Bianca (enfermeira) escreve e diz:” *Chega* “. Bianca (enfermeira) logo diz:” *Ih! Eu botei M., era para botar Bianca...deixa* “. Bianca (enfermeira) diz isso referindo que colocou no rótulo, ao invés do seu nome fictício na brincadeira, colocou seu nome verdadeiro. Adriana (médica) fala: “*Paciente, coloca paciente*”, para que Bianca (enfermeira) coloque o nome da paciente, mas como ela já havia terminado de escrever diz: “*Deixa, agora eu escrevi*”.

Segundo Phillips (2001), o dispositivo de terapêutica intravenosa deve possuir identificação em três locais distintos: no local de inserção, no frasco de solução e no equipo.

Em relação à identificação junto ao sítio de punção, essa deve ser afixada ao lado do local do curativo transparente ou próximo ao mesmo. Não colocar a identificação sobre o local de punção, porque impede a visualização do sítio de inserção. Incluir na identificação: a data e o horário, o tipo e o comprimento do cateter (por exemplo: 20Gauge; 2,5 cm) e as iniciais do enfermeiro.

Nesse trecho, evidencia-se alguns signos que fizeram a mediação entre as escolares e a identificação da punção venosa da paciente. Segundo Vygotsky (1998) os signos são os mediadores de natureza simbólica; e englobam a linguagem, as palavras, os gestos, a escrita, o desenho, dentre outros.

Ao escreverem no esparadrapo a data e a hora da punção venosa, e o número do *jelco* utilizado na punção venosa, as escolares demonstram que esses signos foram internalizados como os mediadores da identificação da punção venosa. Cabe salientar, a menção por parte das escolares a um signo

inerente ao ambiente hospitalar, já que, a palavra jelco, falada e escrita pelas escolares neste momento da dramatização evoca e refere-se a um objeto particular, usado para o cuidado à saúde, encontrado no cotidiano das unidades de internação pediátricas.

Em seguida, as escolares fizeram menção ao uso da tala em sua atuação, após o desenvolvimento da técnica de punção venosa periférica com a utilização de um jelco:

...Bianca (enfermeira) após puncionar a veia de Maria (paciente) solicita à Adriana (médica) que providencie um apoio para colocar no braço direito de Maria, onde foi colocado o jelco: Bianca (enfermeira) diz a Adriana: *“E pega um negócio para apoiar”*. se referindo à tala para ser colocada sob o braço direito de Maria (paciente), onde foi feita a punção venosa. Adriana (médica) responde: *“Ah!...”*. Adriana (médica) vai procurar algo que sirva como tala e fala: *“Que negócio para apoiar?”*. Mas Bianca (enfermeira) que continua no leito junto à Maria (paciente), não lhe responde. Maria (paciente) pergunta a Adriana (médica), que se encontrava junto a uma pilha de livros em uma estante que se encontrava na sala do cenário da dramatização, buscando algo que pudesse servir como uma tala: *“O J, você está brincando de que? de livro?”*. (Maria chama Adriana por seu nome verdadeiro) E Adriana (médica) responde: *“Não, estou pegando um negócio para apoiar”*. Maria (paciente) fala: *“Não, não a precisa apoiar aqui”*. Maria (paciente) mostra o próprio braço como se demonstrasse que a fixação com esparadrapo era suficiente para o posicionamento do jelco, não sendo necessário o uso da tala.

A utilização das talas tem a finalidade de contribuir para a imobilização do local onde se encontra o dispositivo de punção venosa, a fim de que o paciente não corra risco de perder a integridade da via venosa que foi puncionada, necessitando submeter-se a uma nova punção.

Wong (2006), ao abordar o uso das talas de imobilização, menciona que o uso das mesmas era pertinente no passado, quando agulhas de metal eram inseridas no lume das veias, e o uso das talas para imobilização visava impedir a perfuração da veia pela ponta da agulha rígida. Todavia, com o advento dos cateteres macios e maleáveis, a manutenção do uso das talas é questionável, sobretudo tendo em vista as desvantagens tradicionais que as mesmas apresentam como a restrição de movimentos da criança, a escoriação do tecido subjacente a fixação da tala, a diminuição da visualização do tecido circunvizinho à punção, dentre outros.

Desse modo, para a autora (op.cit, 2006), a utilização de uma adequada fixação do dispositivo de punção é capaz de manter o posicionamento do cateter, dispensando o uso das talas para imobilização.

Nos dias atuais, os profissionais de enfermagem progressivamente procuram fixar o cateter venoso, de modo seguro, a fim de dispensar o uso de talas. Porém, em muitas ocasiões, observa-se dentro das unidades pediátricas, crianças fazendo uso de talas de imobilização, quando as mesmas se tornam necessárias para garantir o posicionamento e a manutenção do acesso venoso.

Apesar da autora (op.cit, 2006) ressaltar o desuso das talas para contenção do membro quando das punções venosas na área de pediatria, constata-se que na experiência dessas escolares com a punção venosa,

mediada pela ação do profissional de enfermagem, a tala foi usada para mediar a contenção do membro, de tal forma que essa foi internalizada como necessária no procedimento e utilizada na representação das escolares.

Após a punção venosa, as escolares buscaram conectar, um equipo/perfusor ao jelco a fim de proceder à lavagem do acesso venoso e à introdução de medicações. Dentre os materiais e brinquedos disponíveis para a dramatização, não havia um perfusor ou um equipo de soro, então foi acordado entre as escolares que uma sonda nasogástrica seria utilizada simulando um equipo de soro ou perfusor. Isto foi evidenciado nos trechos:

...Depois disso (de proceder à punção venosa), Mônica (médica) traz a sonda de aspiração e diz à Tatiana (enfermeira): *“Coloca assim”*, explicando para que se conecte a sonda de aspiração ao jelco simulando ser um perfusor/equipe de soro para fluir a medicação.

Em outra dramatização:

...Bianca (enfermeira) ao proceder à fixação do jelco que puncionou a veia de Maria (paciente) é questionada por Adriana (médica) se não irá conectar a sonda nasogástrica que simulará um perfusor/equipe de soro para introdução da medicação. *“Não vai colocar isso aqui não?”*; Adriana (médica) que está ao lado de Bianca (enfermeira), agachada no chão junto ao leito, pega e mostra a sonda naso-gástrica e após Bianca (enfermeira) fixar o jelco, pergunta se não vai acoplar a sonda ao jelco.

Os dispositivos de punção venosa, como por exemplo, o jelco necessitam estar conectado a equipos de soro ou perfusores que viabilizem a introdução de fluidos intravenosos como hidratações, medicações, dentre

outros; ou que permitam sua salinização ou heparinização a fim de conservar a permeabilidade do acesso venoso quando este não se encontra em uso.

É comum nas unidades pediátricas observarmos crianças com punções venosas, na qual o dispositivo da punção está acoplado um perfusor, geralmente preenchido com solução salina a 0,9%, ou solução heparinizada, para manter a funcionalidade do acesso. A equipe de enfermagem procede a essa salinização ou heparinização do acesso venoso, pois quando há necessidade de infusão de soluções ou medicações, o acesso venoso está pérvio e pronto para ser utilizado. Além disso, isso permite à criança maior liberdade, pois não existe a necessidade de ficar conectada via um equipo de soro, com uma hidratação contínua para manter uma veia permeável.

Por isso, a conexão do perfusor ao dispositivo de punção, após a punção venosa é um procedimento habitual executado pela equipe de enfermagem que atua na unidade de pediatria, e que fez a mediação do procedimento de punção junto à escolar Adriana (médica), permitindo que a mesma internalizasse esse instrumento hospitalar, o perfusor/equipo de soro, como um mediador associado ao procedimento de punção venosa, e necessário à infusão de medicações e fluidos. Isso provocou o questionamento de Adriana (médica) indagando à Bianca (enfermeira) se ela não iria conectá-lo ao jelco.

Quanto à questão da simulação da sonda nasogástrica como equipo de soro ou perfusor, as escolares concederam à sonda nasogástrica, o que Leontiev apud Vygotsky (2001) chamou de sentido lúdico. Nas brincadeiras, a criança para evocar o sentido do faz de conta junto a um objeto, sendo capaz de conservar seu significado, porém lhe atribuindo um novo sentido. No caso

dessas dramatizações, as escolares não deixaram de conservar o significado da sonda nasogástrica, ou seja, elas sabiam que se tratava de uma sonda nasogástrica, porém, diante da condição da brincadeira, as escolares atribuíram à sonda um novo sentido; o de um perfusor ou equipo de soro. Deste modo, a sonda nasogástrica ganhou um sentido lúdico de equipo de soro/perfusor na dramatização.

As escolares demonstraram também verificar a permeabilidade do acesso venoso, como pode ser observado:

...Tatiana (enfermeira) pede para que Mônica (médica) segure a seringa preenchida com água destilada que Mônica havia lhe entregado. ...E também diz à Luciana (paciente): *“Calma que eu vou lavar... vou lavar a veia”*, mencionando que injetaria água pelo jelco.

Nesse momento, evidencia-se que as escolares utilizam a seringa com água destilada como o instrumento mediador da verificação da permeabilidade do acesso venoso, que é um procedimento que a equipe de enfermagem desenvolve ao puncionar uma veia e antes de injetar uma medicação ou instalar uma infusão venosa na veia puncionada. Nesse contexto, foi sob a mediação do profissional de enfermagem que assim procedeu ao puncionar a veia das escolares e/ou observando o profissional desempenhar esse cuidado na unidade pediátrica, que foi possível às escolares internalizarem a injeção de água por intermédio da seringa na veia como o mediador da avaliação da permeabilidade venosa.

Vale ressaltar neste trecho que, associado à verificação da permeabilidade do acesso venoso, as escolares internalizaram o signo: “lavar a veia”, expressão comumente utilizada pela equipe de enfermagem para

simbolizar o ato de verificar a permeabilidade do acesso venoso. O termo: “lavar a veia”, nesse caso, pode ser considerado como um signo hospitalar, pois se constitui em uma linguagem freqüentemente usada, com o significado de designar uma ação técnica, ligada a um dispositivo utilizado pelos pacientes em unidades de internação hospitalar.

A administração de medicamentos relacionados à punção venosa foi relatada pelas escolares:

...*“Cadê aquela injeção?”*, pergunta Tatiana (enfermeira) para Mônica (médica). Mônica (médica) dá a injeção à Tatiana (enfermeira) que injeta seu conteúdo, no caso com água destilada, para dentro da sonda de aspiração que estava acoplada ao jelco, e a água derrama pelos orifícios da sonda.

... Luciana (paciente) explica à Tatiana (enfermeira) chamando-a por seu nome real: *“É M... ali quando a gente está lá, não é? Quando a gente acabava de tomar o remédio, quando a gente acaba de tomar o remédio à gente fica sem a borrachinha?”*. Luciana (paciente) se refere ao fato que após receber a medicação na enfermaria retira-se o equipo, que na brincadeira foi simulado com a sonda de aspiração, e a criança fica somente com o jelco salinizado.

...Mônica (médica) volta e explicar à Luciana (paciente) da necessidade de deixar a sonda de aspiração conectada ao jelco, dizendo: *“Isso aqui tem que ficar aqui por causa de que, porque quando quiser, quando quiser, aí vai, bota um remédio aqui, depois troca e coisa, entendeu?”*, ou seja, Mônica (médica) justifica a permanência da sonda, pois será necessária para o uso quando for preciso infundir a medicação.

Em outra dramatização:

... Adriana (médica) fala: “*Aí, tem que enfiar isso aqui*”. explicando que deve conectar a sonda gástrica que serve como equipo/perfusor ao jelco, mas Bianca (enfermeira) tira a sonda de sua mão e diz: “*Não precisa! Já tomou medicamento*”

Existe uma forte relação entre o preparo de administração de medicamentos e a punção venosa, assim como a permanência da conexão do equipo/perfusor ao jelco, que permite a infusão das medicações através da punção venosa.

Na área pediátrica, as medicações por via endovenosa têm grande relevância e freqüência. Peterlini, Chaud & Pedreira (2003, p. 92), em seu estudo abordando a administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas, enfocam que na área pediátrica: “Por características específicas, requer maior administração de medicamentos por via intravenosa, comparativamente ao adulto, do que por outras vias mais comumente utilizadas como a intramuscular e oral”.

Para Wong (2006 p.757): “A via intravenosa para a administração de medicamentos é freqüentemente usada no tratamento pediátrico. Para algumas substâncias importantes ela é a única via eficaz de administração”.

Constata-se que as escolares relacionam o procedimento de punção venosa, como sendo uma via de acesso ao sistema vascular, ou simplesmente a uma veia; demonstrado pela certificação do êxito da punção venosa associada ao retorno de sangue através do jelco. Por outro lado, as escolares associam a punção venosa de forma determinista à necessidade de administração de medicamentos.

Pode-se supor que a experiência das escolares com a punção venosa se associou diretamente à necessidade de receber algum medicamento. Provavelmente, no cotidiano da internação pediátrica, as escolares tiveram suas veias puncionadas para a administração de medicamentos. Isto permitiu a internalização da punção venosa como um procedimento relacionado à administração de medicamentos intravenosos.

A técnica de punção venosa possui diversos instrumentos mediadores associados a cada uma das etapas do desenvolvimento da técnica, como o dispositivo de punção venosa, as compressas de gaze, o modo de fixação do dispositivo de punção, dentre outros, que foram representados pelas escolares nas dramatizações. Esses instrumentos fizeram a mediação entre as escolares e as diversas etapas da punção venosa, sob a mediação do profissional de enfermagem que executou a técnica.

Na relação com o membro da equipe de enfermagem, e sob a vivência concreta com o procedimento de punção venosa, e seus mediadores, as escolares internalizaram as ações concernentes a algumas etapas da punção venosa. A internalização dessas etapas e conseqüentemente, do procedimento de punção venosa só foi possível através da imersão das escolares e das suas vivências no ambiente micro-cultural da unidade de internação pediátrica.

Cabe ressaltar que a escolar não deve ser encarada como mero sujeito passivo diante do procedimento de punção venosa. Sua relação foi de interatividade. Ela observou ou não a inserção do cateter em sua pele, e poderia estar atenta ou não ao procedimento; posicionou-se para o profissional de enfermagem proceder à punção; ela sentiu dor; dentre outras ações e

reações, ou seja, ela não foi um simples destinatário ou receptáculo do procedimento.

Para Vygotsky (1998), os instrumentos mediadores, possuem um significado social que engloba a finalidade de seu uso. Foi na relação interativa, mediada pelo profissional de enfermagem que desenvolveu a punção junto as escolares, sob a influência dos mediadores, que os mediadores e sua utilização, bem como as ações relacionadas a algumas etapas da técnica de punção venosa foram internalizadas pelas escolares. Desse modo, o procedimento da punção venosa, um evento externo foi internalizado pelas escolares.

Segundo Vygotsky (1999), os conceitos espontâneos são construídos pela criança mediante a sua experiência, na relação com eventos concretos transcorridos no ambiente da cultura junto aos membros de determinada sociedade.

Ao serem internadas na unidade de pediatria, as escolares passaram a vivenciar de forma concreta, o cuidado ministrado pelos profissionais de saúde que atuavam nessa unidade, e isto possibilitou a formação de conceitos espontâneos sobre esses cuidados.

Pelo conteúdo das dramatizações das escolares, pode-se considerar que um conceito espontâneo de cuidado de enfermagem construído no ambiente cultural da unidade de internação pediátrica foi à punção venosa.

Constata-se que embora houvesse a participação das três escolares, como paciente, médica e enfermeira nas diversas etapas das dramatizações da punção venosa, os desempenhos do procedimento e a instrumentalização do equipamento a ser utilizado na punção, foram elaborados com a finalidade de

permitir a escolar enfermeira desenvolver o procedimento, ou seja, o aspecto do fazer esteve mediado de forma inconfundível à ação do cuidado do profissional de enfermagem.

#### **4.2 Preparo e Administração de Medicamentos.**

Esse tópico enfoca algumas etapas da administração de medicamentos, destacando a aspiração da medicação e a retirada do ar da seringa.

A administração de medicamentos na unidade de pediatria é uma atividade associada à terapêutica, e desempenhada na grande maioria das vezes, pela equipe de enfermagem.

Na área pediátrica, a administração de medicamentos pode ser feita por diversas vias, sendo a via intravenosa e oral as mais comuns. As técnicas de administração de medicamentos em pediatria são abordadas por diversos autores, como Castelli, Lacerda e Carvalho (1998), Wong (2006), dentre outros.

As escolares dramatizaram a administração de medicamentos, como pode ser evidenciada:

Tatiana (enfermeira) que está na mesa, preparando a medicação e o material de punção venosa para puncionar a veia de Luciana (paciente), pergunta à pesquisadora: *“Pode tirar isso? O soro... pode?”*. A pesquisadora responde afirmativamente ao questionamento de Tatiana (enfermeira), que deseja abrir a ampola de água destilada, a qual chama de soro, para simular que é a medicação. Mônica (médica) levanta do leito de Luciana (paciente) e

vem ao encontro de Tatiana (enfermeira), junto à mesa. Tatiana (enfermeira) consegue abrir a ampola de água destilada, cuja embalagem é feita de material plástico. Tatiana (enfermeira) coloca a água destilada dentro de um copinho de medicação de brinquedo e aspira a água com a seringa, e a entrega para Mônica (médica).

A aspiração da uma medicação de seu recipiente a fim de que seja administrada ao paciente; consiste em uma das etapas de administração de medicamentos, que é a do preparo da medicação, nos casos das medicações por via endovenosa e intramuscular.

Constata-se que a escolar Tatiana (enfermeira) utiliza-se da seringa como um mediador para preparar a medicação, mediando a aspiração da medicação através da mesma; e é Tatiana (enfermeira) que prepara a medicação para ser administrada na paciente.

No trecho seguinte, as escolares Tatiana (enfermeira) e Mônica (médica) dão prosseguimento ao procedimento de administração de medicação, quando a escolar Mônica retira o ar da seringa antes de administrar a medicação:

...Tatiana (enfermeira) que está junto à mesa, fala para Mônica (médica): *“Espera, espera. Eu vou botar o soro... espere eu vou botar o soro para tu dar uma injeção nela.”* Mônica (médica) volta ao encontro de Tatiana (enfermeira) junto à mesa e dá a seringa que se encontrava em sua mão à Tatiana. Tatiana aspira mais soro para a seringa. E Mônica (médica) diz à Tatiana (enfermeira): *“Vamos embora... pega tudo da... vamos embora pega tudo da... da veia dela”.* Tatiana (enfermeira) dá a seringa para Mônica (médica) e diz a ela: *“Espera aí... espera aí. isso é a medicação dela”.* Tatiana (enfermeira) refere que a seringa com soro é na realidade a medicação de Luciana (paciente).

Neste momento, Mônica (médica) pega a seringa na mão, a coloca na posição vertical, coloca a seringa na altura dos olhos para visualizar os números da mesma e empurra o embolo, até a saída da água, retirando o ar que se encontrava dentro da seringa. Após isto, Tatiana (enfermeira) fala para Mônica (médica): *“Espera... espera...”* você segura aqui a medicação dela.” Tatiana (enfermeira) continua junto à mesa, e Mônica (médica) também”.

Neste instante as escolares necessitam fazer uma nova fixação do jelco à pele de Luciana (paciente), pois a fixação anterior havia perdido a aderência por um extravasamento de água utilizada pelas escolares no procedimento de lavar a sonda após a punção venosa. Terminada a nova fixação do jelco de Luciana (paciente), Mônica (médica) diz: *“Agora tem que botar a agulha, remédio assim, aí puxa”*., referindo que precisa-se dar a medicação, mas Mônica (médica) refere-se à seringa como agulha, dizendo da necessidade de “puxar”, ou seja, aspirar, a medicação para dentro da seringa para posteriormente injetar no jelco. *“Cadê aquela injeção?”*, pergunta Tatiana (enfermeira) para Mônica (médica). Mônica (médica) dá a injeção à Tatiana (enfermeira) que injeta seu conteúdo, no caso com água destilada, para dentro da sonda de aspiração que estava acoplada ao jelco, e a água derrama pelos orifícios da sonda.

Novamente, a seringa aparece como um mediador da administração da medicação. Esse é o objeto através do qual é possível administrar ao paciente a medicação, nos casos de medicações endovenosas, como foi representado pelas escolares.

Nesse momento da dramatização, constata-se que a escolar Tatiana (enfermeira) foi quem preparou a medicação, e inicialmente referiu que estava

preparando a medicação para Mônica (médica) administrar ou dar a injeção. Mônica (médica) procedeu ao ato de retirar o ar da seringa de medicação antes da administração da mesma.

Pela dramatização da escolar Tatiana (enfermeira), constata-se que a escolar internalizou uma das etapas da técnica de preparo de medicações, que foi a aspiração da medicação sob a mediação do instrumento seringa. Pode-se supor que a escolar durante sua internação observou um membro da equipe de saúde preparando uma medicação. Diante disso, o profissional retirou a medicação de seu recipiente, aspirando-a com uma seringa. Por isso, a escolar internalizou essa ação, sob a mediação do profissional, que usou a seringa para aspirar o medicamento. Supõe-se que essa ação tenha sido mediada pelo profissional de enfermagem, o que promoveu a representação da mesma pela escolar Tatiana, a enfermeira da dramatização.

Por outro lado, também a escolar Mônica (médica) procede a um outro cuidado referente à técnica de preparo de medicação, a retirada do ar da seringa de medicação antes da administração da mesma à paciente. Com isto, constata-se que escolar Mônica (médica), internalizou essa etapa da técnica, durante sua experiência de internação sob a mediação do profissional de saúde que assim procedeu.

Deste modo, pode-se constatar que o preparo da medicação e a administração foram um procedimento compartilhado pelas duas escolares, porém no momento da administração da medicação à Luciana (paciente), a escolar Tatiana (enfermeira), toma a frente e aplica a medicação.

Tanto no ideário social, como no cotidiano dos hospitais, o cuidado junto aos pacientes está direcionado à competência da equipe de enfermagem.

Waldow et al (1995) abordando o desenvolvimento da enfermagem, em seus aspectos profissionais e de ensino; chamou de “enfermagem funcional”, ao período compreendido entre o início do século XX até a década de 40; como uma fase de valorização e de desenvolvimento das técnicas de enfermagem, com seus aspectos prescritivos e padronizados, quando houve uma acentuada valorização do fazer da enfermagem.

Stacciarini et al (1999), apontam em seu estudo que, uma das associações feitas pelas pessoas à enfermeira é a de uma profissional que atua dentro de hospitais, tratando de doentes; e reforçando essa associação somou-se a idéia de medicamentos.

A manipulação de medicações, seu preparo e sua aplicação estão relacionados ao trabalho dos membros da equipe de enfermagem; realidade nas unidades de saúde.

Essas afirmações podem justificar o porquê de nas dramatizações, o preparo e, em destaque, a administração do medicamento tenha sido uma representação desempenhada pela escolar enfermeira.

Supõe-se que no dia a dia na unidade de internação pediátrica, o preparo e a administração de medicamentos tenham sido internalizados pelas escolares como ações de cuidado mediadas pelo profissional de enfermagem. Em relação às etapas de preparação do medicamento dramatizadas pelas escolares, ou seja, a aspiração da medicação e a retirada do ar da seringa, provavelmente as escolares internalizaram essas duas etapas, observando o profissional de enfermagem ao proceder a esses cuidados quando da administração de medicações.

No que se refere à aplicação da medicação, a internalização desse procedimento como concernente ao profissional de enfermagem, ocorreu possivelmente na relação da escolar sob a mediação da ação do profissional de enfermagem que lhe administrou uma medicação, como também observando os membros da equipe de enfermagem diariamente procedendo a essa atividade na unidade de internação. Essa relação interpessoal é relevante para o processo de internalização, como refere Castorina (2002, p.56) abordando Vygotsky: “A interação do sujeito com o mundo se dá pela mediação feita por outros sujeitos”.

Constata-se que o preparo e a administração de medicamentos se traduz como um conceito do cuidado de enfermagem. Tendo em vista as concepções vygotkianas, foi do plano social da unidade de pediatria que vieram os subsídios associados a esses procedimentos, qual seja, o preparo e a administração de medicações, que desenvolvidos cotidianamente sob a mediação da atividade do profissional de enfermagem, permitiu a internalização desse evento externo, e a construção desse conceito espontâneo pelas escolares.

### **4.3 Verificação da Temperatura e Exame Físico**

Esse tópico aborda a verificação da temperatura e o exame físico, enfocando a ausculta pulmonar, palpação abdominal e dos linfonodos, percussão abdominal, inspeção da boca e garganta.

No que tange à verificação dos sinais vitais, o único sinal vital mencionado nas duas dramatizações pelas escolares foi a temperatura:

...Mônica (médica) vem da mesa e se encaminha ao leito com um termômetro na mão, no intuito de verificar a temperatura de Luciana (paciente), quando Tatiana (enfermeira) a interpela dizendo: *“Agora não, L. depois”*, chamando-a por seu verdadeiro nome. Tatiana (enfermeira) pede para que Mônica (médica) coloque depois o termômetro em Luciana (paciente).

...Mônica (médica) pega e coloca o termômetro na axila de Luciana (paciente) e, fala alta sua temperatura: *“36 e meio”*. Mas ao ver Mônica (médica) medindo a temperatura de Luciana (paciente); Tatiana (enfermeira) reclama com Mônica (médica): *“Mas eu sou a enfermeira, enfermeira... eu sou enfermeira. Enfermeira é que tem que fazer. trabalho”* afirmando ser ela a enfermeira e que, a ela caberia colocar o termômetro na paciente.

Vale ressaltar que, neste momento da dramatização, a temperatura da paciente é verificada pela médica, mas sob a exclamação veemente da enfermeira que reclama para si, a atribuição exclusiva da verificação da temperatura do paciente. Supõe-se que a escolar Mônica (médica) internalizou o procedimento da verificação da temperatura como um procedimento desempenhado pelo médico.

Mônica (médica) retira o termômetro que colocou no braço da Luciana (paciente), mas Tatiana (enfermeira) ao ver esse procedimento, a interpela dizendo: *“Não, eu que tiro o termômetro. Está bom, L? Está bom?... a tia faz isso em mim “*. Tatiana (enfermeira) chama Mônica (médica) por seu nome real, L; e explica que na enfermaria a tia, ou seja, a enfermeira é quem retira o termômetro de seu braço. E assim, Tatiana (enfermeira) retira o termômetro de Luciana (paciente).

Com isso, mais uma vez, a ação relacionada à verificação da temperatura é reivindicada como atribuição da enfermeira, representada pela escolar Tatiana. Pode-se supor que esse procedimento foi internalizado pela escolar Tatiana, como uma ação pertinente à equipe de enfermagem.

Em outra dramatização:

...Adriana (médica) vai para perto da Maria (paciente) no leito com o termômetro na mão, mas ao colocar o termômetro, Maria (paciente) diz à Adriana (médica): *“Não pode pegar aí não”*. Maria fala para Adriana (médica) que não pode pegar no termômetro perto do bulbo de mercúrio. Adriana (médica) agita o termômetro do mesmo modo que se procede para baixar a coluna de mercúrio. Maria (paciente) pega o termômetro de Adriana (médica) e mostra: *“É tem que ser aqui oh”*. Maria (paciente) mostra e pede para que Adriana (médica) pegue em cima do termômetro e não coloque a mão no bulbo de mercúrio. Maria (paciente) devolve o termômetro à Adriana (médica), que o olha e diz a Maria (paciente): *“É”*. mas parece ponderar e diz: *“Não, mas aí a gente não vê o número.”*, explicando que do modo que Maria (paciente) sugeriu que pegasse o termômetro não seria possível ver os números do mesmo, pois sua mão os esconderia, e volta a agitar o termômetro, olha para ele e o coloca debaixo do braço de Maria (paciente) e volta para mesa onde estão dispostos os brinquedos.

Cabe destacar nessas falas das escolares, que a escolar Maria (paciente), corrige a escolar Adriana (médica) quando essa pega o termômetro pela extremidade na qual se encontra o bulbo de mercúrio. Desse modo, constata-se que Maria (paciente) internalizou junto ao profissional que verificou sua temperatura no hospital, ou em outros espaços sociais de atenção à

saúde, ou mesmo no domicílio, o modo correto de manipular o termômetro, permitindo sua intervenção junto à Adriana (médica).

... Ao chegar ao leito junto à Maria (paciente), Bianca (enfermeira) retira o termômetro que Adriana (médica) havia colocado debaixo do seu braço. Bianca (enfermeira) retira o termômetro de Maria (paciente), olha para ver a temperatura e diz: “36,5”... Adriana (médica) volta a mesa, pega o termômetro e volta para junto ao leito, o agitando. Bianca (enfermeira) ao ver Adriana (médica) com o termômetro diz: *“Já botou, menina!”* Mas Adriana (médica) diz: *“Eu sei, eu vou colocar aqui, que aqui é que é o lugar”*. E Adriana (médica) coloca o termômetro na estante. *“Foi 36, cinco,... bota lá na sua pasta”*. diz Bianca (enfermeira) para Adriana (médica), dizendo para que ela registre a temperatura de Maria (paciente) na prescrição. Adriana (médica) vai à mesa, pega o caderno e escreve a temperatura.

Segundo Schmitz et al (1989), a temperatura corporal pode se elevar na infância na dependência de alguns fatores como, por exemplo: agitação, desidratação, excesso de agasalho em dias muito quentes, mas, sobretudo devido a infecções. A diminuição da temperatura corporal pode advir de exposição a temperaturas ambientais baixas.

Os locais que podem utilizados para aferição da temperatura corporal, segundo Wong (2006) consistem na cavidade axilar, boca, reto, canal do ouvido e pele. A temperatura corporal normal encontra-se entre 37,2 até 37,8°C.

Existem diversos tipos de termômetros como os eletrônicos e os termômetros de infravermelhos. No Brasil, o termômetro mais comumente utilizado para verificação da temperatura corporal é o termômetro com coluna

de mercúrio e a via axilar é a usualmente utilizada no hospital e também no domicílio.

A aferição de temperatura axilar envolve o uso de um instrumento, o termômetro. O termômetro de mercúrio pode ser considerado um mediador cultural, bem conhecido pelas pessoas; ou pelo menos daquelas que vivem no ambiente da cultura cosmopolita. Ele está presente nos ambientes destinados aos cuidados da saúde, como consultórios médicos, postos de saúde e também no ambiente domiciliar. Sendo assim, não se constitui em um instrumento exclusivamente hospitalar. Segundo Vygotsky (1998), no ambiente cultural, se encontram os mais variados instrumentos mediadores, que permitem ao indivíduo viver e conviver, propiciando à mediação do mesmo com seu mundo.

Partindo dessa premissa, pode-se supor que os escolares, pelo menos aqueles que vivem nas cidades, já foram sujeitos do uso de um termômetro e aferição de temperatura em alguma ocasião, seja em seu próprio lar, nas consultas ao pediatra, e/ou de enfermagem, dentre outras.

Com isso, o escolar ao ingressar na unidade de pediatria, já possui um conceito espontâneo relacionado à verificação de temperatura, construído nas relações de seu ambiente sócio-cultural.

A verificação da respiração envolve a observação das incursões respiratórias do escolar e para a aferição do pulso é necessária a palpação de uma artéria mediante o toque da pele, por isso, esses dois sinais vitais prescindem de um objeto concreto para sua avaliação junto aos escolares. A aferição da pressão arterial implica no uso do aparelho de pressão e do

estetoscópio, entretanto esse não pode ser considerado um sinal vital de aferição tão freqüente quanto é a temperatura na área pediátrica.

Pode-se supor que a verificação da temperatura é o sinal vital mais concretamente experienciado pelas escolares na unidade de pediatria, mas também conhecido pelas relações com esse procedimento em seu ambiente cultural extra-hospitalar.

Na relação direta com o mediador termômetro e na vivência da técnica de aferição de temperatura sob a mediação do profissional de saúde, que se aproxima do escolar, dizendo que vai verificar a temperatura, colocando o termômetro na axila, e que ao retirá-lo, geralmente, comunica o valor da temperatura do escolar; permite efetivamente a internalização do mediador termômetro, que embora não seja exclusivamente hospitalar, possui uma grande relevância na experiência do escolar durante a hospitalização.

É importante ressaltar que as escolares reproduziram nas dramatizações, uma atitude muito comum aos profissionais de saúde, de após a verificação da temperatura do paciente, comunicar o valor da mesma, embora esse modo de proceder dos profissionais não faça parte formalmente da técnica de verificação da temperatura. Então, pode-se supor que a relação dessas escolares foi com profissionais que ao aferirem suas temperaturas, agiram dessa forma, o que tornou possível às escolares, internalizarem esse modo de agir. Assim, em termos Vygotskyanos, evidencia-se que um evento externo, uma ação, proveniente de uma relação de cuidado, entre a escolar e o profissional de saúde, que foi transformado em um evento interno.

A verificação da temperatura foi representada pelas escolares como um cuidado comum aos médicos e aos enfermeiros, porém deve-se ressaltar o

momento em que a escolar Adriana (médica) informa à Bianca (enfermeira) a temperatura da paciente, referindo que: *“Foi 36, cinco,... bota lá na sua pasta”*, ou seja, Adriana (médica) comunica a temperatura a Bianca (enfermeira) e solicita que ela faça o registro por escrito da temperatura. Isto demonstra que a escolar Adriana (médica) conhece o fato de que, após a verificação da temperatura de um paciente, existe um local próprio para registrá-la e cabe ao profissional de enfermagem a responsabilidade de fazer o registro, como disse a escolar: *“sua pasta”*. Essa pasta a qual a escolar se referiu é possivelmente a folha de cuidados ou folha de sinais vitais do paciente.

Observa-se que o cuidado relativo à verificação de temperatura foi representado pela escolar enfermeira, mas também pela médica. Todavia, o registro do valor da temperatura foi apontado pelas escolares, como um cuidado direcionado exclusivamente profissional de enfermagem.

Para Waldow et al (1995 p.182): *“O direito à palavra e ao registro no meio da assistência hospitalar é inegavelmente uma conquista da enfermagem”*. A autora se refere ao fato que, embora atuando na assistência ao paciente, nem sempre os profissionais de enfermagem tiveram permissão para registrar seu cuidado e sua terapêutica; no passado essa atividade era apenas uma prerrogativa médica.

Amarante & Yanase (1998) valorizam os registros de enfermagem como instrumentos de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem. Todavia, os apontamentos feitos pela equipe, abordando os cuidados prestados ao paciente, seu estado geral, as intercorrências, os exames, ou seja, as descrições sobre todos os eventos relativos ao paciente constituem-se

em dados relevantes não somente para a equipe de enfermagem, mas também para todos os profissionais de saúde.

O registro dos sinais vitais do paciente é uma atividade freqüente dos profissionais de enfermagem, mas que os demais membros da equipe de saúde podem fazer uso. É um evento comum, o profissional de enfermagem proceder à anotação do valor da temperatura da criança, após a verificação da mesma. Essa ocorrência viabilizou à escolar a internalização desse cuidado como pertinente à enfermagem. Possivelmente a internalização ocorreu sobre a mediação de um membro da equipe de enfermagem, que ao utilizar como instrumentos, a folha para anotação e uma caneta, para proceder ao registro, permitiu que a escolar internalizasse essa ação como um cuidado da enfermagem diante do procedimento.

O cuidado relativo à verificação de temperatura, não foi representado apenas pela escolar enfermeira, durante as dramatizações. A escolar médica também dramatizou esse cuidado. Pode-se supor que a escolar Mônica (médica) internalizou o procedimento de verificação da temperatura sob a mediação de um médico, ou tenha internalizado esse procedimento associado ao médico, por tê-lo observado desempenhar essa ação numa unidade de saúde com outras crianças.

Por outro lado, a verificação da temperatura foi questionada como sendo uma atribuição do profissional de enfermagem, segundo o que foi observado na representação da escolar Tatiana (enfermeira). A aferição da temperatura é uma atividade freqüentemente desempenhada pelos profissionais de enfermagem. Nesse caso, a escolar Tatiana (enfermeira) internalizou essa técnica na relação direta mediada pelo profissional de enfermagem, e também

na vivência no cotidiano da unidade de pediatria, observando a equipe de enfermagem ao verificar a temperatura de outros pacientes, o que fez a escolar internalizar a aferição da temperatura como uma ação da enfermagem, e em sua representação dizer: *“Mas eu sou a enfermeira, enfermeira... eu sou enfermeira. Enfermeira é que tem que fazer trabalho”*.

Assim, na perspectiva das escolares, a aferição da temperatura não é um cuidado exclusivo da enfermagem, pois não foi representado somente pela enfermeira, mas também pela médica. Por outro lado, diante da atitude da escolar Tatiana (enfermeira), afirmando ser da responsabilidade da enfermeira à aferição da temperatura, e tendo como base Vygotsky; evidencia-se ser a verificação da temperatura, um conceito espontâneo de cuidado de enfermagem; embora não exclusivo dessa classe profissional; que foi construído pela escolar na experiência de sua internação na unidade de pediatria.

No que se refere ao exame físico, a ausculta pulmonar foi uma técnica referida pelas escolares, como se observa nos seguinte trecho:

... Mônica (médica) pega o estetoscópio na mesa e volta ao leito para auscultar Luciana (paciente), e diz à mesma: *“Vira de costa”*, e faz a ausculta na parte posterior do tórax de Luciana, começando pela parte superior indo até a parte inferior, em ambos hemitórax.

...Tatiana (enfermeira) ausculta Luciana (paciente), percorrendo o pulmão com o estetoscópio, fazendo a ausculta na parte anterior de ambos os hemitórax. E diz para Luciana ficar calma, falando: *“Calma menina...”*.

Em outra dramatização:

...Bianca (enfermeira) passa a auscultar o pulmão de Maria (paciente), começa pela face anterior do tórax e Maria (paciente) começa a respirar profundamente (como o paciente faz normalmente quando o profissional lhe pede para respirar profundamente), porém Bianca (enfermeira) retruca: “*Não estou falando para você respirar...*”. Bianca (enfermeira) ao auscultar o lado esquerdo do tórax de Maria (paciente) fala: “tum,,,tum..”. E as meninas riem. Bianca (enfermeira) volta a auscultar o hemitórax direito de Maria (paciente) pela face anterior, e depois começa a auscultar da face posterior.

Nas duas dramatizações, as escolares que representaram a técnica da auscultação pulmonar foram às enfermeiras (Tatiana e Bianca), além da médica (Mônica), na primeira dramatização.

O processo de avaliação sistemática de enfermagem, já esteve relacionado apenas aos dados provenientes da entrevista, observação direta e inspeção do paciente. A avaliação física era um procedimento de responsabilidade quase que exclusiva da equipe médica. Todavia, a avaliação física faz parte do campo de ação da enfermagem, enriquecendo sua fonte de informações no sentido de planejar uma assistência de enfermagem que contemple as necessidades reais do paciente (Schmitz et al, 1989).

A auscultação pulmonar é um dos cuidados referentes ao exame físico em pediatria, assim como no adulto. Para Wong (2006 p.159): “A auscultação envolve o uso do estetoscópio para avaliar os sons respiratórios”. Com essa técnica, é possível avaliar os ruídos respiratórios normais, assim como detectar ruídos adventícios decorrentes de processos patológicos.

De acordo com Schmitz et al (1989), ao proceder à auscultação pulmonar, o profissional de enfermagem deve estar atento a alguns cuidados, que

permitirão uma ausculta eficiente como: fazer a ausculta em local silencioso, proceder à ausculta simétrica e sistemática em ambos os hemitóraxes, posicionar o estetoscópio diretamente sobre a pele da criança, dentre outros.

Constata-se que a ausculta pulmonar é um procedimento hospitalar ao qual as escolares estão bem habituadas. A vivência das escolares junto a este procedimento, e a relação mediada pelo profissional que desenvolveu a ausculta pulmonar junto as escolares, foi capaz de permitir a internalização de alguns mediadores da técnica, sendo demonstrado pelas escolares, como por exemplo, os gestos ao se proceder à ausculta, como foi representado: a ausculta da parte anterior e posterior do tórax; o início da ausculta pela parte superior compreendendo o ápice pulmonar; assim como aspectos relativos às ações esperadas da criança durante a ausculta pulmonar, como a respiração profunda.

Uma questão a ser ressaltada se relaciona ao instrumento estetoscópio. Ao procederem à ausculta pulmonar, as escolares providenciaram o estetoscópio para desenvolver este procedimento. Desse modo, constata-se a internalização por parte das escolares desse mediador, como essencial para a técnica de ausculta pulmonar. Entretanto, o mediador estetoscópio também foi internalizado como um instrumento ligado à técnica de ausculta cardíaca como demonstrado pela escolar Bianca (enfermeira), quando diante da ausculta pulmonar junto à Maria (paciente) vocaliza: “tum, tum”, ou seja, aludindo às bulhas cardíacas que também são passíveis de ausculta com o uso do estetoscópio.

Cabe ressaltar, a internalização da ausculta pulmonar como um cuidado desenvolvido pelos médicos e também pelos enfermeiros, conforme foi

evidenciado na atuação das escolares. Desse modo, supõe-se que a experiência das escolares com a ausculta pulmonar no cotidiano do micro ambiente social da unidade de pediatria se deu sob a mediação da relação com esses dois profissionais, chamando atenção para o fato que essa técnica semiológica não é de domínio exclusivo da equipe médica.

Quanto à palpação abdominal, as escolares procederam a algumas ações resultantes de suas experiências:

...*“Vamos embora deitar”*, diz Bianca (enfermeira) para Maria (paciente), que estava sentada no leito ao seu lado. Maria (paciente) deita, e Bianca (enfermeira) levanta sua blusa para examinar seu abdome e faz cócegas nela. As duas riem...Bianca (enfermeira) coloca as duas mãos no abdome de Maria (paciente), fazendo movimento de palpar seu abdome, apertando suas duas mãos juntas contra o abdome de Maria (paciente), fazendo uma palpação abdominal e Bianca (enfermeira) fala para Maria (paciente): *“Barriga mole”*. Maria (paciente) e Bianca (enfermeira) riem. E Bianca (enfermeira) pede novamente à Maria (paciente): *“Barriga mole!”*.Bianca (enfermeira) continua a palpar o abdome de Maria (paciente) em vários locais e pergunta: *“Está doendo aqui?”*.*“Não”*, responde Maria (paciente). Bianca (enfermeira) apalpa e aponta com o dedo no abdome de Maria (paciente). Bianca (enfermeira) pergunta: *“Dói aqui? dói aqui?”*, perguntando à Maria à medida que apalpava e apontava diversos locais no abdome de Maria (paciente), que respondia: *“Não”*.

Observa-se que novamente, é a escolar enfermeira que desenvolve a técnica durante a dramatização, desta vez a palpação abdominal.

Segundo Wong (2006) a palpação abdominal pode ser superficial, quando o examinador mediante a colocação levemente de sua mão contra a

pele do abdome, faz a avaliação dos quatro quadrantes abdominais, observando o tônus muscular, lesões superficiais e macicez. A palpação profunda do abdome consiste na palpação de órgãos, como fígado, baço, rins e cólon, e vasos sanguíneos maiores como a aorta abdominal.

A palpação abdominal deve ser feita, segundo Wong (2006), com a criança em posição semi-reclinada. Por vezes, a criança pode sentir cócegas e contrair involuntariamente os músculos abdominais, mas algumas técnicas podem ser usadas para minimizar essa ocorrência, como pedir que a criança respire profundamente e coloque sua atenção em determinado objeto, contar histórias, conversar, dentre outras medidas que possam desviar a atenção da criança do exame.

A escolar representou a técnica de palpação abdominal profunda. Constata-se que esta foi à técnica de palpação vivenciada pela escolar, na relação mediada pelo profissional que procedeu a palpação abdominal, permitindo, assim que a escolar internalizasse os gestos que mediam essa modalidade da técnica.

Cabe ressaltar, que a experiência da escolar permitiu inclusive internalização sobre os apelos dos profissionais no sentido de obter cooperação da criança para o desenvolvimento do exame; visto que a escolar Bianca (enfermeira) solicita à Maria (médica) que *“deixe sua barriga mole”*. Estas palavras se constituem em signos, muito utilizados pelos profissionais junto aos pacientes durante a execução dessa técnica, e que tem o objetivo de obter a colaboração do paciente durante o desempenho da técnica de percussão abdominal, o que permitiu a internalização dos mesmos pela escolar.

Da mesma forma, na avaliação da área abdominal geralmente os profissionais investigam sobre a ocorrência do sintoma de dor, questionando-a ao paciente. Assim procedeu a escolar Bianca (enfermeira) junto à Maria (paciente), quando diante de sua palpação abdominal, indagou à paciente sobre queixas relacionadas a dor.

Pode-se considerar esse tipo de expressão como signos diretamente relacionados à técnica semiótica da palpação abdominal, já que é um evento habitual, observar o profissional ao proceder uma palpação abdominal, solicitar que o paciente relaxe o abdome, sobretudo usando frases quase que padronizadas do tipo: “barriga mole” ou “deixe a barriga mole”, e também questionar sobre a dor local, por intermédio de expressões como: “Sente dor?” ou “Dói?”. Desse modo, supõe-se que sob a mediação do profissional de saúde que proferiu esses signos durante a palpação abdominal, questionando a escolar sobre a ocorrência de dor; permitiu a mesma, a internalização desses signos como significativos de serem questionados ao paciente durante a palpação do abdome.

Na técnica de palpação abdominal não é utilizado um instrumento concreto como um estetoscópio, ou um termômetro. O mediador desta técnica é o profissional e suas próprias mãos que instrumentalizam essa modalidade de avaliação corporal.

Assim sendo, a relação com os profissionais durante o procedimento de palpação abdominal permitiu a internalização pelas escolares, não somente dos mediadores relativos à ação física, ou seja, os gestos desenvolvidos pelos profissionais durante a palpação abdominal, mas também de seus signos, ou seja, as vocalizações associadas ao procedimento.

A palpação dos linfonodos foi mencionada por uma escolar conforme o trecho:

... Bianca (enfermeira) passa a palpar os gânglios sub-mandibulares de Maria (paciente), com as duas mãos, uma em cada lado da mandíbula, por baixo, apalpa com os dedos toda a parte inferior da mandíbula como se estivesse procedendo à técnica de palpação de linfonodos.

Segundo Wong (2006), a palpação dos nodos linfáticos deve ser feita com a porção distal dos dedos, sob leve pressão, porém de modo firme, em movimentos circulares ao longo da região, onde se encontra a rede linfática.

A palpação de linfonodos sub-mandibulares é uma técnica de avaliação presente no exame físico da criança. Nesse procedimento, o profissional de saúde, utiliza suas mãos para mediação da técnica, apalpando os linfonodos submandibulares do paciente.

Diante da representação de Bianca (enfermeira), pode-se constatar que ela vivenciou o procedimento de palpação de linfonodos sub-mandibulares. A ação gestual de palpar os linfonodos deve ter sido internalizada durante o exame físico mediado por profissionais de saúde junto a escolar, que teve seus gânglios submandibulares palpados pelas mãos do profissional de saúde e teve contato com as sensações relativas a este procedimento. Na dramatização da técnica de palpação dos nodos submandibulares, a escolar faz gestos quase similares aos exibidos pelo profissional no desempenho real do procedimento, em termos semiotécnicos. Desse modo, pode-se supor que a escolar internalizou algumas ações gestuais da técnica.

A percussão abdominal foi representada pelas escolares:

...Adriana (médica) que está em pé ao lado do leito de Maria (paciente) faz com a mão o gesto de percutir o abdome para Bianca (enfermeira) que está examinando o abdome de Maria (paciente). Bianca (enfermeira) ao ver o gesto de Adriana (médica) pergunta a ela: *“que é isso?”*.

Adriana (médica) balança a cabeça como se estivesse sem paciência. *“O que?”*, insiste Bianca (enfermeira), perguntando à Adriana (médica). Adriana (médica) coloca os dedos da mão esquerda esticados sobre o abdome de Maria (paciente) e com a mão direita, utiliza os dedos dando uma batida no abdome (como na técnica de percussão indireta do abdome). Ao fazer isso, Adriana (médica) pergunta à Bianca (enfermeira): *“Ah! Esqueceu que tem que fazer assim há!”*. *“Aí, não é nada assim, ó”*, Bianca (enfermeira) responde a Adriana (médica), e passa a mostrar como ela diz ser o modo certo de percutir o abdome, e coloca a mão em concha e percuti com as pontas dos dedos o abdome de Maria (paciente) (como na técnica direta de percussão). Maria (paciente) ri, e todas as escolares riem. *“É assim ó”*, diz Maria (paciente), ao percutir seu próprio abdome e olha para Bianca (enfermeira) e Adriana. *“É assim mesmo”*. Adriana (médica) concorda com Maria (paciente). Bianca (enfermeira) continua a percutir o abdome de Maria (paciente)...

Nesse trecho, a escolar enfermeira é aquela que percuti a paciente. Contudo, a escolar médica demonstrou conhecer um modo de golpear para percutir a paciente, diferente daquele que a escolar enfermeira utilizou.

Para Schmtiz et al (1989, p.130), a percussão: *“Consiste em golpear a superfície do corpo de forma rápida, porém aguda, para produzir sons que permitam ao examinador determinar posição, tamanho, densidade de uma estrutura adjacente”*.

Nessa questão, constata-se que as escolares internalizaram o cuidado referente à percussão abdominal como um procedimento hospitalar desenvolvido pelos profissionais de saúde na unidade de pediatria.

Cabe ressaltar, que a vivência das escolares mediada pelos profissionais que desempenharam a técnica de percussão abdominal proporcionou uma internalização diferenciada para elas. A escolar Adriana (médica) que indicou o modo de golpear pertinente ao desempenho técnica indireta de percussão abdominal, internalizou o gestual de ação das mãos para o golpe referente a este método. Na relação de ser sujeito interativo da técnica e na relação mediada pelo profissional que, por intermédio de suas mãos, ou seja, o instrumento mediador usado para desenvolver a técnica; utilizou-se desta modalidade de golpe para desenvolver a percussão abdominal, permitiu a internalização do gestual deste tipo de golpe por parte da escolar. Por isso ela indicou este modo de golpear, concernente à técnica indireta de percussão como sendo o correto.

Por outro lado, as outras duas escolares destacaram que golpear com as mãos como se procede no método direto seria o correto a ser executado para proceder à percussão.

As escolares Bianca (enfermeira) e Maria (paciente), assim agiram, pois experienciaram, apreenderam e internalizaram o gesto associado a este tipo de golpe mediado pelo profissional de saúde, que dele se utilizou para percussão abdominal.

Constata-se que, embora o procedimento percussão tenha sido internalizado pelas escolares, a experiência e a internalização no que tange aos gestos referentes ao método foram diferenciados, proporcionando uma

internalização diferenciada quanto ao método de percussão. Isto ocorreu devido à relação das escolares com a singularidade de cada profissional que mediou o procedimento de percussão. Os profissionais que usam o método indireto, assim como aqueles que utilizam o método direto, desenvolvem o procedimento corretamente. Todavia, sua singularidade no desenvolvimento da técnica proporcionou uma mediação distinta e conseqüentemente uma internalização diferenciada com relação aos gestos inerentes ao método usado no procedimento de percussão às escolares.

Dessa forma, as escolares desconhecem que os dois métodos de percussão são corretos, pois na realidade, sequer conhecem a existência de dois métodos. Elas apenas representaram baseado na internalização de sua experiência concreta e vivencial com o procedimento, sob a mediação dos profissionais que ao fazerem uso dos distintos métodos de percussão abdominal, exibem uma ação gestual diferenciada.

A inspeção da boca e garganta, também foi enfocada pelas escolares:

...Maria (paciente) abre a boca e mostra a língua para Bianca (enfermeira) examinar. Bianca (enfermeira) somente observa a língua, Maria (paciente) coloca a língua no céu da boca a pedido de Bianca (enfermeira). Maria (paciente) pergunta a pesquisadora: *“O tia, gente pode furar, aqui, o?”*. Maria pergunta se é possível puncionar as veias debaixo da língua, e diz: *“Cheio de veia”*, Maria (paciente) fala e mostra as veias debaixo da língua. *“Que veia, menina?”*, Bianca (enfermeira) retruca. *“É sim, o! há...”*, Maria (paciente) coloca a língua para cima, mostrando que debaixo da língua existem muitas veias.

Segundo Wong (2006), o exame de boca e garganta pode ser feito sem a necessidade do uso de um abaixador de língua, caso a criança esteja disposta a colaborar. O exame da boca e garganta é feito mediante a abertura ampla da boca, e movendo a língua em todas as direções para permitir sua visualização completa.

As escolares parecem estar familiarizadas com o exame da boca, pois Maria (paciente) abriu a boca e levantou a língua, permitindo a observação da cavidade oral. A experiência com este tipo de exame permitiu à mesma internalizar os atos necessários para a execução do procedimento. De acordo com Vygotsky (1998), os gestos, as atitudes e os atos possuem um significado no seio de determinado meio sócio cultural, e a partir desse significado, conferido pelos pares sociais, que o indivíduo internaliza-os e passa a atribuir significados às suas próprias atitudes.

Isso ocorreu sob a mediação do profissional de saúde, que durante o procedimento, deve ter solicitado à escolar que abrisse a boca e levantasse a língua a fim de visualizar a parte posterior da mesma, o que permitiu que a escolar internalizasse esses atos como necessários ao profissional e para a eficiência no exame, internalizando-os e representando-os na dramatização da técnica.

Em relação à inspeção da garganta, as escolares relatam o método:  
... Tatiana (enfermeira) pergunta: *“Cadê a luzinha daqui?”*, pegando o otoscópio de brinquedo, e diz: *“Não é isso, a luz?”*, questionando se o otoscópio é a lanterna que serve para examinar a garganta. Tatiana (enfermeira) então pede para que Luciana (paciente) mostre a garganta, e ela abre a boca, colocando

sua língua para fora. Tatiana (enfermeira) coloca o otoscópio de brinquedo perto da boca de Luciana (paciente) examinando sua garganta.

Para o exame da garganta, basta que a criança diga “Ahh”, com a língua para fora, o que permite que a língua abaixe, proporcionando a visão da garganta. (Wong, 2006).

O exame da garganta requer do escolar a abertura da boca e a exposição da língua. A internalização dessas ações pelas escolares ficou evidenciada na dramatização. Porém, houve a referência a um objeto apontado como necessário para execução desse exame. O otoscópio de brinquedo, na realidade foi utilizado pela escolar Tatiana (enfermeira), no intuito de ser a lanterna que os profissionais de saúde usam para visualizar a garganta durante seu exame. Mais uma vez, a escolar atribuiu um sentido lúdico a um objeto durante a dramatização, conforme enfoca Leontiev apud Vygotsky (2001). O otoscópio de brinquedo adquiriu o sentido de lanterna que na representação permitiu a observação da garganta.

Constata-se que a experiência da escolar junto ao profissional que procedeu ao exame da garganta na unidade de pediatria envolveu o uso da lanterna. Assim sendo, diante de sua experiência com o uso da lanterna durante o desenvolvimento do exame, permitiu a internalização desse instrumento mediador, o que implicou na necessidade de seu uso para a representação do exame de garganta, dramatizada pela escolar que procedeu ao exame.

Cabe ressaltar que o exame da garganta foi feito pela escolar enfermeira (Tatiana). Porém esse foi questionado pela escolar médica (Mônica) como sendo sua atribuição como é demonstrado a seguir:

...Mas ao ver Tatiana (enfermeira) examinando a garganta de Luciana (paciente), Mônica (médica), que estava junto à mesa, vai para perto de Tatiana e diz: “*A doutora que faz isso*”. Mas Tatiana não dá atenção à queixa de Mônica e fala para Luciana: “*Agora deita aí que eu vou fazer massagem na tua barriga*”. E passa a massagear o abdome de Luciana que se encontra deitada no leito.

A afirmativa da escolar médica Mônica (médica) ao reclamar para si o direito de examinar a paciente Luciana, é resultado de suas vivências no ambiente da cultura; nos ambiente de cuidado à saúde e também de sua experiência hospitalar.

Há que se reconhecer, que no imaginário social, o médico é o profissional reconhecido como capacitado a diagnosticar as doenças, com base no exame clínico e na avaliação dos sinais e sintomas referidos pelo paciente.

Assim sendo, a escolar Mônica já deve ter se encaminhada a uma consulta com o médico pediatra, durante algum agravo à saúde ou em consultas periódicas, e provavelmente o médico procedeu ao exame físico, fazendo a avaliação das áreas corporais, com o uso de estetoscópio, termômetro, otoscópio, dentre outros instrumentos necessários.

Dessa maneira, no seio do ambiente social, nos consultórios ou demais locais de atendimento à saúde, e na relação com o profissional médico, que ao examinar a escolar fez a mediação entre as diversas técnicas que abrangem o exame físico de um paciente; a escolar foi capaz de internalizar à avaliação física como da competência do médico, segundo as concepções de Vygotsky sobre a internalização.

Pode-se supor que a escolar ao ser internada na unidade de pediatria, já possuía conceitos espontâneos sobre as atividades exercidas pelo médico, resultado de seu aprendizado no seio da sociedade.

Na unidade de internação pediátrica, durante a internação, constata-se que a experiência da escolar Mônica, a médica, apenas ratificou a sua concepção de que a avaliação física se constitui em uma competência médica. Na realidade, esse fato condiz com o cotidiano do trabalho do médico, o que pode ser comprovado ao observarmos, nas unidades de pediatria, esse profissional procedendo à avaliação dos pacientes, por intermédio das diversas técnicas semióticas.

Segundo Pires (1989) foi com a institucionalização do hospital, que o médico começa a aparecer como única profissão possuidora do conhecimento referente aos males que afligem o paciente; como aquele que avalia, faz o diagnóstico e define a terapêutica a ser implementada.

Entretanto, Tatiana, a enfermeira na dramatização, foi a escolar quem representou diversas modalidades do exame físico, como inspeção da garganta, ausculta pulmonar, percussão abdominal, dentre outros.

Embora, historicamente, os médicos tenham sido os profissionais exclusivamente detentores dos saberes relativos à semiologia e semiotécnica do ser humano, esse quadro se modificou, e diversas profissões, utilizam-se desses conhecimentos, para avaliar e traçar uma conduta terapêutica para os pacientes (Pires, 1989; Lunardi Filho, 2000; Waldow et al, 1995).

O conhecimento sobre a anatomia e fisiologia humana, uma das fontes de prestígio e poder da profissão, que conferia ao médico, o status de detentor do saber capaz de curar o paciente, pouco a pouco, foi deixando de ser

propriedade intelectual do médico e diante do surgimento de outras profissões nos quais esse conhecimento era imprescindível, houve uma democratização dos mesmos, disseminando-os pelas demais profissões da área da saúde.

Waldow et al (1995), aponta que a partir da década de 40 do século passado até a década de 60, houve uma preocupação em organizar os princípios científicos como a base do fazer da enfermagem, buscando aliar teoria e técnica.

Ainda segunda a autora (op.cit, 1995), o foco do trabalho da enfermagem já não se encontrava centrado nas tarefas, na ênfase das técnicas executadas metodicamente, mas volta-se para as necessidades do paciente; e para viabilizar essa nova visão, existiu a necessidade de utilizar-se dos conhecimentos científicos, provenientes dos diversos saberes profissionais, inclusive do considerado saber médico.

Dessa maneira, a avaliação física do paciente também passa a ser uma atividade do enfermeiro, mas com uma finalidade diversa da avaliação médica. Seu sentido visava investigar as necessidades do paciente em termos de cuidado de enfermagem, não se confundindo com o objetivo médico do diagnóstico.

Baseado nessas assertivas, o exame físico do paciente, constitui-se em uma competência e atribuição da enfermeira, essencial para o planejamento e desenvolvimento de seus cuidados, nas diversas áreas de sua atuação. Então, pode-se supor que a escolar Tatiana, a enfermeira da dramatização, tenha internalizado o gestual das diversas técnicas de exame físico representadas, sob a mediação da enfermeira, o que fez com que ela internalizasse o exame físico como sendo também um cuidado de enfermagem. Esse fato mostra que

atualmente, as enfermeiras com a finalidade de avaliar a criança procedem ao exame físico nas unidades de pediatria.

A questão da competência e atribuição da enfermeira e do médico, relacionada à avaliação física foi apresentada novamente pela escolar médica (Mônica) em outro momento da dramatização:

Depois da massagem abdominal, Tatiana (enfermeira) fala: “*Olha o joelho*”, e observa o joelho de Luciana (paciente). Neste momento, Tatiana (enfermeira) vira-se para Mônica (médica), que está de pé ao lado do leito e diz: “*Eu que estou examinando ela, não é você não*”. Porém Mônica (médica) parece muito indignada com o fato de Tatiana (enfermeira) ter examinado Luciana (paciente) e pergunta à pesquisadora: “*Não era a médica que fazia aquilo?*”. Mas Tatiana (enfermeira) logo reclama com a pesquisadora: “*Tia... a L. quando eu estou examinando a L. quer examinar também*”. Tatiana (enfermeira) chama Mônica (médica) por seu nome real: L. Mas Mônica (médica) diz: “*Mas ela é enfermeira, ela não tem... ela não faz isso*”. E continua a reclamar: “*Eu nem examinei ela direito... ela vai e examina tudo*”, referindo que ainda não havia examinado Luciana (paciente), e que Tatiana (enfermeira) havia examinado.

Constata-se mais uma vez, que Mônica (médica), reivindica para si a atribuição de examinar a paciente, inclusive afirmando que Tatiana é uma enfermeira, e não cabe a ela proceder ao exame; que não é a enfermeira que faz o exame físico do paciente, como demonstrou na verbalização: “*Mas ela é enfermeira, ela não tem... ela não faz isso*”.

Constata-se que Mônica (médica) internalizou os gestos relativos às diversas técnicas constituintes do exame físico sob a mediação do profissional

médico, internalizando essa avaliação como uma atividade pertinente unicamente aos médicos.

A atitude da escolar Mônica (médica) vem corroborar os comentários mencionados anteriormente; que paira no senso comum, a imagem que configura o médico como o único profissional capaz de avaliar fisicamente um paciente, tendo em vista ser essa uma das ações necessárias para o diagnóstico de doenças. Desse modo, a escolar ratificou na unidade de pediatria um conceito espontâneo construído no ambiente da cultura, em relação ao qual, apenas o médico pode avaliar fisicamente o paciente. E certamente, na unidade de internação pediátrica esse conceito é confirmado, já que efetivamente a avaliação física das crianças é uma função habitual dos médicos.

Por outro lado, essa atitude de Mônica também aponta para uma outra situação. Cabe à enfermeira, desenvolver o exame físico como instrumento para avaliação do paciente e o planejamento dos cuidados, adequando-os as necessidades apresentadas pelo paciente que vão se modificando no decorrer da hospitalização. Contudo, talvez essa atuação ainda não esteja ocorrendo tão efetivamente nas unidades de pediatria, a ponto de modificar definitivamente a visão ainda vigente dos pacientes em relação a essa atribuição da enfermeira; permanecendo no imaginário de muitos indivíduos a crença, que somente ao médico cabe a avaliação física do paciente. Porém, pelas ações da escolar Tatiana, que representando a enfermeira, procedeu ao exame físico; isso demonstra que a avaliação física do paciente feita pela enfermeira já é uma realidade nas unidades de pediatria.

Assim, de acordo com a representação das escolares, constato que o exame físico é um procedimento de avaliação vinculado às ações desenvolvidas pelos médicos, mas também por enfermeiros. Com base nos preceitos de Vygotsky, as ações representadas nas dramatizações, traduzem vivências das escolares no ambiente da unidade de pediatria que foram internalizadas. Desse modo, se a escolar enfermeira representou o exame físico na dramatização, isso ocorreu como resultado da internalização do mesmo sob mediação de uma enfermeira da unidade de internação pediátrica. Tal fato leva a admitir-se a construção de um conceito espontâneo sobre o exame físico relacionado à ação do cuidado da enfermeira. Portanto, cabe incluir o exame físico também como um conceito espontâneo sobre cuidado de enfermagem construído pelas escolares.

#### **4.4 Execução de Cuidados na Unidade de Internação**

Esse tópico enfoca o curativo em ferimentos, aplicação de atadura de crepom, colocação de sonda nasogástrica, coleta de sangue, prevenção de infecções, bem como a orientação aos escolares quanto aos cuidados e educação à saúde.

O curativo em ferimentos e a aplicação da atadura de crepom foram representados pelas escolares, como se observa nesse trecho:

Neste momento, Mônica (médica) fala para Tatiana (enfermeira): *“Tem que botar isso aqui, oh... pra brincar de machucado, brincar de machucado. Tem que botar isso aqui oh!”*, e pega um pacote de atadura de crepom e entrega à Tatiana (enfermeira)... Mas logo em seguida Tatiana (enfermeira) fala

para Mônica (médica): *“Ela está machucada”*. E Tatiana (enfermeira) começa a colocar a atadura de crepom em Luciana (paciente). Mas Mônica (médica) diz para Tatiana (enfermeira): *“Tem que botar isso aqui primeiro garota!”*, se referindo ao band-aid que deve ser colocado antes da atadura. Mônica (médica) segurava um band-aid na mão... Tatiana (enfermeira), então tira a atadura do pacote e começa a enrolar na perna direita de Luciana (paciente). Mas após Tatiana (enfermeira) começar a enrolar a atadura em sua perna, Luciana (paciente) lhe diz: *“Tem que cortar olha”*, falando para que Tatiana (enfermeira) corte a atadura, não a colocando inteira em sua perna. Mas Tatiana (enfermeira) diz que vai colocar a atadura inteira na perna, exclamando: *“Que cortar, menina”*. E Luciana (paciente) pergunta à Tatiana (enfermeira): *“Vai enrolar todinho no meu pé?”*. Cabe ressaltar que embora Luciana (paciente) pergunte se a atadura será colocada inteira em seu pé, a atadura na realidade estava sendo colocada em sua perna e não no pé. E Tatiana (enfermeira) responde afirmativamente: *“Ham, ham”*. Mas Luciana (paciente) insiste dizendo: *“Não precisa”*, mas Tatiana (enfermeira) coloca a atadura inteira.

Existem diversos tipos de curativos. Segundo Wong (2006), nenhum curativo é ideal para todo tipo de ferida, as características da ferida é que determinam o melhor curativo a ser aplicado. A autora (op.cit, 2006) aborda os diversos tipos de curativos, inclusive faz referência ao denominado curativo seco que é confeccionado com gaze. Há também os curativos industrializados e comercializados para aplicação no local da ferida, muito utilizados pela população, como os referidos pelas escolares, pelo seu nome comercial, os band-aids. As ataduras de crepom são freqüentemente utilizadas para

imobilização simples de um membro diante de uma luxação, ou mesmo para posicionar um curativo de um ferimento.

Desse modo, o curativo feito em feridas é um procedimento presente no ambiente cultural humano, assim como a utilização dos curativos industrializados do tipo band-aid, bem como as ataduras de crepom para confecção dos curativos. Por isso, supõe-se que as escolares ao ingressarem na unidade de internação já possuem conceitos espontâneos sobre as feridas, e sobre alguns materiais que são usados em curativos, que foram construídos no ambiente da sociedade. Ainda, possivelmente, as escolares tenham sido sujeitos de um curativo em alguma ocasião de sua vida, quando tiveram um ferimento.

Pela representação da escolar Mônica (médica), quando a mesma refere ser necessário colocar a atadura de crepom para brincar de machucado, constata-se que a escolar internalizou a atadura de crepom como um mediador do curativo. Outro mediador é apontado por Mônica (médica), ao ver Tatiana (enfermeira) colocar a atadura de crepom em Luciana (paciente). Mônica diz que é necessário colocar o band-aid primeiro, demonstrando ter internalizado também esse instrumento como mediador do curativo. Todavia, Tatiana (enfermeira) passa a colocar a atadura ao redor do pé de Luciana (paciente), demonstrando ter internalizado apenas a atadura de crepom como um mediador do curativo.

Neste trecho, cabe também ressaltar, a representação de Luciana (paciente), que ao ver Tatiana (enfermeira) enrolando toda a atadura de crepom em seu pé, questiona se a mesma não irá cortá-la. É comum, durante a aplicação de uma atadura de crepom em um membro, o indivíduo que aplica,

cortar a atadura e não usá-la em toda sua extensão. Essa foi a forma de aplicação da atadura que foi internalizada por Luciana (paciente), no ambiente da unidade de pediatria, ou mesmo no ambiente extra-hospitalar, o que motivou seu questionamento. Por outro lado, a escolar Tatiana (enfermeira), relata que irá utilizar toda a atadura de crepom. Desse modo, constata-se que a internalização da utilização da atadura de crepom por Tatiana (enfermeira), corresponde a seu uso completo, sem cortá-la. Então, diante de um procedimento, a aplicação da atadura de crepom, as escolares internalizaram duas distintas formas de utilização desse mediador do curativo.

Cabe ressaltar que na representação, o curativo foi feito pela escolar Tatiana, ou seja, a enfermeira. Foi a escolar enfermeira quem procedeu ao curativo, quem aplicou a atadura. Com isso constata-se que a aplicação do curativo foi internalizada pelas escolares no espaço hospitalar sob a mediação da ação do cuidado promovido por um profissional de enfermagem; ou talvez as escolares já associassem a idéia da confecção de curativos à figura da enfermeira. Dessa forma, o conceito espontâneo de curativo foi construído como um conceito do cuidado de enfermagem.

A colocação de sonda nasogástrica também foi dramatizada pelas escolares, como se observa:

Mônica (médica) sai do lado do leito, e vai até a mesa; pega a sonda de aspiração e diz a Tatiana (enfermeira): “Tem que colocar isso aqui nela, ó... no nariz”. E traz a sonda de aspiração e a seringa para Tatiana (enfermeira) que permanecia sentada no leito junto de Luciana (paciente).

Pela representação, a escolar Mônica (médica) se referiu à sondagem nasogástrica. De acordo com Aguiar & Avena (1998), a sondagem nasogástrica

consiste na introdução de um cateter pelo orifício nasal, até atingir o estômago; e possui diversas finalidades como a alimentação do paciente ou o esvaziamento gástrico.

A escolar Mônica (médica) solicita a escolar Tatiana (enfermeira) que introduza a sonda através do nariz de Luciana (paciente). Desse modo, constata-se que Mônica (médica) aponta a sondagem nasogástrica como um procedimento que possui como instrumento mediador a sonda, e que foi internalizada sob a mediação da ação do cuidado do profissional de enfermagem, já que a escolar Mônica, a médica, solicita que Tatiana, a enfermeira, proceda à sondagem na paciente. Desse modo, a sondagem nasogástrica foi associada a uma atribuição do profissional de enfermagem, ou seja, um conceito espontâneo construído sobre um cuidado pertinente à enfermagem.

Neste trecho em particular, as escolares comentaram o acontecimento que propiciou a internalização do procedimento de sondagem, como se observa:

...E logo Tatiana (enfermeira) segue dizendo em relação à sonda: *“Isso aqui... a minha colega ficou com isso aqui dentro do corpo”*, referindo-se à uma outra escolar, J, que até o dia anterior encontrava-se em uso de uma sonda nasogástrica na enfermaria. E Mônica (médica) confirma: *“É... aquela lá do pulmão”*. Mônica diz que J, a escolar da enfermaria, estava com uma sonda no pulmão, mas na realidade era uma sonda nasogástrica. Tatiana (enfermeira) concorda com Mônica (médica), dizendo: *“É”*. E Mônica (médica) continua a dizer sobre a escolar da enfermaria que se encontrava em uso de sonda nasogástrica, relatando que a mesma havia sido retirada no dia anterior: *“Uma*

*menina lá que é minha coleginha, ela tirou*". E Tatiana (enfermeira) também diz: *"Ela tirou"*. E Mônica (médica) ratifica: *"Tirou ontem"*.

Constata-se que as escolares internalizaram o procedimento de sondagem, no espaço micro-cultural da unidade de pediatria, através da observação da cateterização gástrica de uma outra criança que se encontrava na enfermaria. Vale ressaltar que as escolares construíram conceitos espontâneos em relação à sondagem, que segundo Vygotsky (1998) são os conceitos baseados nas vivências do cotidiano, na observação da realidade concreta da unidade de pediatria. Pode-se constatar que tais conceitos não apresentam nenhuma relação com conceitos científicos, tanto que a escolar Mônica (médica) refere que a sonda encontrava-se no pulmão, quando realmente encontrava-se no estômago.

A coleta de sangue também esteve presente na dramatização das escolares, como é vista no trecho a seguir:

Adriana (médica) pergunta à Bianca (enfermeira): *"Vai colher o sangue dela agora?... cadê a seringa"*. Adriana (médica) está em pé diante da mesa e pergunta a Bianca (enfermeira) que está sentada na cadeira junto à mesa. Adriana (médica) começa a pegar os brinquedos que estão dispostos na mesa. Mas Bianca (enfermeira) não responde à sua pergunta.

Nas unidades de pediatria a coleta de sangue para exames laboratoriais é um procedimento habitual. Segundo Schmitz et al (1989), as amostras de sangue utilizadas nos exames podem ser provenientes de capilares, veias ou artérias. As autoras (op.cit. 1989) ponderam que a coleta de sangue em pediatria não é um procedimento tão simples tendo em vista a necessidade de preparar psicologicamente a criança; escolher material adequado, geralmente

fazer uso de alguma espécie de contenção; conhecer anatomicamente o local dos vasos sanguíneos; selecionar o melhor vaso para punção, e evitar a exaustão da criança e do profissional, diante de tentativas de punções sem sucesso.

A coleta de sangue implica na manipulação de um dos objetos mais temidos pelas crianças dentro do hospital, que é a agulha.

Martins et al (2001), comentam que um estudo realizado por Blom junto a crianças de dois a quatorze anos indicou que para elas, os principais eventos ansiogênicos durante uma hospitalização são as cirurgias, as agulhas das injeções e a anestesia.

Forsner, Jansson e Sorlie (2005), ao abordar crianças hospitalizadas com idades entre sete e 11 anos, ressaltam que os procedimentos que envolvem o uso de agulhas foram referidos como o aspecto mais problemático durante a hospitalização. Ainda, o estudo de Coyne (2006) com crianças em idade escolar destaca o medo de agulhas como um dos mais relevantes durante a hospitalização.

A imagem do profissional de enfermagem está associada aos procedimentos que envolvem punção, a utilização de agulhas, sobretudo às injeções. Essa se constitui em uma das imagens vinculadas à enfermagem que foi construída no ambiente da cultura, e que indiscutivelmente tem relação fidedigna com o fazer da enfermagem.

Os procedimentos de natureza invasiva, embora não sejam de competência exclusiva, representam uma faceta importante relacionada ao cuidado da equipe de enfermagem. Parece povoar o imaginário infantil que no espaço cultural hospitalar, o profissional de enfermagem é aquele efetivamente

responsável pelas punções, manipulações de agulhas, injeções, ou seja; o profissional que faz uso desses mediadores de dor, medo e estresse às crianças, ao desenvolverem seu cuidado.

Assim, pode-se supor que as escolares ao serem hospitalizadas, já trouxeram de seu ambiente cultural, um conceito espontâneo a respeito do cuidado da enfermagem relacionado aos procedimentos que implicam no emprego de agulhas. Mas foi no ambiente micro cultural da unidade de internação, através da ação de cuidado mediada pelo profissional de enfermagem, onde o instrumento mediador agulha foi empregado para a coleta de sangue para exames laboratoriais, que ocorreu a internalização do procedimento de coleta de sangue, e a construção do conceito espontâneo sobre o mesmo como uma atividade do cuidado de enfermagem. Isso foi demonstrado pelas escolares na dramatização, quando a médica pergunta à enfermeira se esta não vai colher sangue da paciente e auxilia a enfermeira, perguntando se ela já providenciou a seringa para a coleta de sangue. Constata-se assim, que a coleta de sangue é um conceito espontâneo de cuidado de enfermagem, construído e representado pelas escolares.

A necessidade de descartar o material sujo a fim de evitar infecções foi dramatizada pelas escolares como no trecho:

...Enquanto Luciana (paciente) e Mônica (médica) discutem, Tatiana (enfermeira) se encontra sentada junto à Luciana (paciente), novamente injetando a água através da sonda de aspiração acoplada ao jelco e diz: *“lh, caramba, a água voou”*, pois novamente, a água derrama pelos orifícios da sonda de aspiração. E Tatiana (enfermeira) pega uma compressa de gaze e seca o leito de Luciana (paciente), e diz para Mônica: *“joga fora”*, para que

Mônica (médica) jogue fora a gaze com a qual limpou a água que derramou da sonda no leito de Luciana (paciente), continuando a dizer: “*Não pode ficar nada infectado aqui não*”, justificando que a gaze que ela havia secado o leito estava molhada e por isso, infectada, e não poderia ficar no leito da paciente.

As infecções no ambiente hospitalar constituem-se em um alerta constante para os profissionais de saúde em termos de sua precaução. Fernandes et al (1998) mencionam que as infecções hospitalares têm causas multifatoriais, para as quais concorrem a patologia do paciente, os procedimentos de natureza intrusiva e o contato com os microorganismos que vivem no ambiente hospitalar.

A noção de infecção está associada a um pensamento de natureza subjetiva. Embora a criança em idade escolar tenha dificuldades de refletir sobre assuntos que fujam à atividade concreta, a escolar Tatiana (enfermeira) mencionou em sua representação a necessidade de manter o ambiente limpo para evitar as infecções.

Em relação ao entendimento das crianças sobre as infecções, Cheng et al (2003, p.246) em seu estudo junto a crianças hospitalizadas, que tinham idades compreendidas entre cinco e 14 anos, menciona que: “Crianças descrevem germes significando bactérias ou um vírus que pode fazer as pessoas ficarem doentes”.

Para as autoras (op.cit, 2003) as crianças menores revelaram um desenvolvimento do entendimento a respeito de infecções, descrevendo as mesmas como um vírus que invade o corpo e causa a doença; e quando questionadas por onde o vírus entra no organismo, as crianças costumavam responder que era através da garganta.

No estudo de Cheng et al (2003), a transmissão de doenças no ambiente hospitalar também foi exposto por uma criança que referiu não gostar de estar hospitalizada, pois poderia contrair alguma doença de outra pessoa.

Na representação das escolares, o material que foi utilizado nos procedimentos junto ao paciente está infectado, necessitando ser descartado. Nada infectado deve ficar em contato com o paciente. A escolar Tatiana (enfermeira) demonstrou ter internalizado esses aspectos relacionados à infecção, sob a mediação da ação do procedimento do descarte do material infectado pela mediação do profissional de saúde que assim agiu. E por ter sido, Tatiana, a enfermeira a representar essa ação, pode-se supor que tenha sido o profissional de enfermagem que descartou algum objeto utilizado no cuidado à Tatiana (enfermeira), informando-a que nada que estivesse infectado poderia permanecer junto a ela.

Assim, sob a mediação da ação do profissional de enfermagem e do objeto infectado como um instrumento mediador, foi possível à Tatiana (enfermeira) internalizar essa experiência e construir um conceito espontâneo referente à prevenção de infecções, através do fato de que nenhum material infectado deve permanecer perto do doente. Esse conceito foi construído na interação com o profissional de enfermagem. Nesse caso, constata-se que o conceito de prevenção de infecção é um conceito de cuidado de enfermagem.

A orientação dos profissionais de saúde aos pacientes, antes da execução de algum procedimento hospitalar foi dramatizada pelas escolares como se retrata nos trechos a seguir:

...Tatiana (enfermeira) fala para Luciana (paciente) a respeito da punção venosa, dizendo para a mesma: *“Agora... vai doer um pouquinho...”* Mônica

(médica) pega a seringa e se dirige ao leito de Luciana (paciente) e diz a ela: *“Eu vou tirar sua veia”*. Mônica explica à Luciana que irá puncionar uma veia da mesma.

...Mônica (médica) retira o estetoscópio que se encontrava pendurado em seu pescoço e fala para Luciana (paciente): *“Eu vou ouvir um negócio aqui”*. Mônica coloca o estetoscópio no ouvido e entrega o pacote de gaze para Luciana segurar.

A orientação sobre os procedimentos terapêuticos e educação à saúde são aspectos que devem estar articulados à assistência ao paciente. Os profissionais de saúde precisam estar conscientes que essas se constituem em importantes vertentes de sua atuação.

Na área pediátrica esses aspectos ganham destaque, já que a criança, apresenta sua capacidade cognitiva ainda em desenvolvimento, e qualquer evento ordinário da assistência pode vir a se tornar um potencial gerador de estresse, medo e sofrimento, caso não seja devidamente orientado.

A educação ao paciente sobre os aspectos da terapêutica e do cuidado é uma ação esperada pelas crianças por parte dos profissionais de enfermagem, como se constata no estudo de Pelander & Kilpi (2004, p.146) ao destacarem que as crianças: *“Esperam que as enfermeiras dêem informações sobre o equipamento e as opções de tratamento”*.

As crianças em idade escolar que se encontravam hospitalizadas exibiram as mesmas expectativas com relação aos profissionais de saúde no sentido de promover informações sobre as ações de saúde e procedimentos terapêuticos, no estudo de Boyd & Hunsberger (1998, p.336) que ressaltam que: *“Os profissionais de saúde são percebidos como úteis se eles promovem*

informações como explicações sobre procedimentos, especificam suas ações, e informam às crianças o que devem esperar”.

Para Boyd & Hunsberger (1998), o fornecimento prévio de orientações sobre os procedimentos, permite a criança elaborar estratégias de comportamentos capazes de permitir o enfrentamento dessas situações, que, na grande maioria das vezes, constituem-se em estressores para elas. Os autores (op.cit, 1998) citam algumas estratégias comportamentais de enfrentamento referidas por crianças em idade escolar, durante a hospitalização, quando diante de procedimentos estressores, como procedimentos invasivos, dolorosos, dentre outros. Os escolares apontaram que assistir televisão, ouvir música e desenhar são algumas das estratégias utilizadas para enfrentar os procedimentos hospitalares geradores de estresse.

Cibreiros (2000, p.73) destaca que: “Quando as crianças recebem orientações e informações sobre o que virão a experienciar durante sua internação, estas podem gradualmente elaborar o medo, o que contribui para amenização de seu sofrimento”.

Vale ressaltar um aspecto retratado no primeiro trecho da representação, quando Tatiana (enfermeira) explica à Luciana (paciente) que a punção vai “doer um pouquinho”. Ser claro, honesto e utilizar expressões que possibilitem o entendimento da criança são normas a serem seguidas pelo profissional de saúde diante de sua explicação. Usar de metáforas ilusórias como normalmente é observado nas unidades de pediatria, como por exemplo, quando o profissional de saúde diante de uma punção venosa orienta a criança que ela sentirá apenas “uma picadinha de mosquito”, ou mesmo enganar a criança, referindo que a punção não vai doer; são atitudes capazes de

desencadear sentimentos adversos na criança. Ao agir de forma desonesta sobre o que a criança deve esperar diante de um procedimento hospitalar; induz à criança a não mais confiar nas palavras do profissional; a sentir-se traída, e a ficar em constante ansiedade sobre o que irá acontecer a ela diante de um procedimento.

Neste aspecto, constata-se que a escolar Tatiana, a enfermeira, procedeu à orientação à Luciana, a paciente, fazendo uso de uma postura sincera e honesta, visto que uma punção venosa realmente é um evento doloroso. Esse modo de agir diante de uma orientação foi internalizado pela escolar sob a mediação do profissional de enfermagem que ao orientá-la antes de proceder à punção venosa, utilizou-se do signo: “doer um pouquinho”, como mediador para orientação sobre o que esperar frente ao procedimento de punção. Assim procedendo, o profissional de enfermagem possibilitou à escolar construir um conceito espontâneo sobre o qual, o cuidado de enfermagem punção venosa é um procedimento que deve ser orientado como um evento gerador de dor.

Do mesmo modo, a escolar Mônica, a médica, antes de proceder à ausculta de Luciana, a paciente, a orientou referindo que ia ouvir algo com o estetoscópio. Nesta representação, observa-se que a escolar Mônica sob a mediação da médica internalizou a ação de orientar a paciente antes de proceder a uma ausculta.

Em outro trecho, a escolar Mônica, a médica, também orienta Luciana, a paciente, quanto à punção venosa.

Com efeito, Baldini e Krebs (1999, p.186) enfatizam a importância, de também o profissional médico agir de forma honesta com a criança em face de

seus procedimentos, mencionando que: “A mentira, ainda que caridosa e humanitária, diminui a autoridade do médico e enfraquece a confiança nele depositada”.

Diante dessas representações, constata-se que a orientação sobre os procedimentos terapêuticos foi mediada pela atuação do profissional de enfermagem e também do médico, permitindo que as escolares internalizassem essa ação como concernentes às duas categorias profissionais.

Por outro lado, a orientação sobre o procedimento de punção venosa, pela mediação do profissional de enfermagem, e sendo dramatizado pela escolar enfermeira, demonstra que o conceito espontâneo sobre a orientação sobre a punção venosa, é um conceito articulado ao cuidado da enfermagem. A orientação quanto à ausculta, ocorreu sob a mediação do médico, sendo retratado na dramatização pela escolar médica. Assim, a orientação quanto à ausculta foi internalizada como uma ação desenvolvida pelo médico, possibilitando a construção do conceito espontâneo relativo à orientação sobre a ausculta, como um conceito associado ao cuidado do médico.

#### **4.5 Atribuições dos Médicos e da Equipe de Enfermagem**

Esse tópico descreve a identificação e admissão da criança, prescrição de medicamentos, punção venosa, marcação de consulta, informações sobre eliminações fisiológicas, e os registros das ações desenvolvidas pelo médico (a) com o auxílio da equipe de enfermagem.

No decorrer das dramatizações, as escolares representaram algumas atividades que se traduzem como atribuições da equipe médica e de enfermagem. A consulta médica e a prescrição foram relatadas como uma atividade médica, cabendo à enfermagem, os registros da marcação da consulta médica, como se evidencia a seguir:

Ao iniciar a dramatização, as duas escolares, Mônica (médica) e Tatiana (enfermeira) sentam-se junto à mesa onde estão dispostos os brinquedos e começam a escrever... Sobre a mesa estão dispostos os brinquedos, e uma lista escrita em uma folha de papel com o nome das crianças, idade, e seus pseudônimos na dramatização.

Mônica (médica) fala para Tatiana (enfermeira), referindo-se à Luciana (paciente): *“Essa paciente está... Aquela menina ali é a paciente. Oh... tem que consultar aquela menina ali, e tem que... ela está doente, aí tem que prescrever uma receita”*. Tatiana (enfermeira) e Mônica (médica) continuam sentadas à mesa e escrevem. Tatiana (enfermeira) pergunta para Mônica (médica): *“Ah! Vamos embora ver... Idade dela? Seis, não é?”*. Questionando a idade de Luciana (paciente). Mônica (médica) pergunta para Luciana (paciente) que se encontra deitada no leito: *“Seis?”*. Luciana (paciente) responde com a cabeça, um sinal de afirmação sobre a idade de seis anos questionada por Mônica (médica); e assim Mônica (médica) responde à Tatiana (enfermeira): *“É... seis anos”*. Tatiana (enfermeira) e Mônica (médica) continuam a escrever nas folhas na mesa, como se estivessem fazendo registros sobre a paciente. Tatiana (enfermeira) pergunta à Mônica (médica): *“Vamos embora ver... que data marcar a consulta?”* Tatiana (enfermeira) perguntou à Mônica (médica) qual é a data que deveria marcar uma consulta para Luciana (paciente), mas

Mônica (médica) não lhe responde, e logo passa a dizer para Tatiana (enfermeira): *“Vamos” tirar “uma veinha dela que ela vai ficar internada”.* *“A gente vai ter que tirar a veinha”.* Mônica (médica) fala que terá que ser puncionada uma veia em Luciana (paciente) que ficará internada.

Neste trecho, a escolar Mônica (médica) comenta com a enfermeira Tatiana sobre a necessidade de consultar a paciente Luciana e prescrever-lhe uma receita, já que a mesma se encontra doente. É importante salientar que essas foram praticamente, as primeiras representações das escolares.

Constata-se pelas representações, que o registro dos dados da paciente, a consulta, a prescrição, assim como as punções da veia são procedimentos relativos à internação. Vygotsky (1998) nos aponta que é no universo de determinada cultura que os indivíduos internalizam os eventos relativos àquela cultura específica. Esses procedimentos foram internalizados como cuidados de admissão advindos da experiência das escolares no momento de sua internação no micro ambiente cultural da unidade pediátrica.

Neste trecho, cabe salientar, que durante a admissão da paciente, foi ressaltada a consulta e prescrição do paciente como atribuições profissionais da médica, e como cuidados do momento da admissão.

Essas representações encontram apoio no estudo de Saar & Trevizan (2007), que apesar de não focalizar a criança, apontam que a visão do médico pelos demais membros da equipe de saúde, é a do profissional da “porta de entrada”, sendo aquele que recebe o paciente, o avalia, procede ao diagnóstico clínico, elabora e prescreve a terapêutica, assim como solicita os exames necessários.

O aspecto da prescrição da terapêutica como uma ação pertinente ao médico é destacado no estudo de Fleitas (1997), em que as crianças hospitalizadas comentaram que o médico é geralmente perturbador ao desenvolver suas intervenções e importante em suas prescrições.

Neste trecho da dramatização também foi observado que a escolar enfermeira encontra-se ao lado da médica, ajudando-a, procedendo aos registros necessários como a idade da paciente e a data a ser agendada a consulta.

Essa imagem remete-nos aos consultórios médicos, sejam eles nos ambulatórios dos hospitais ou centros de saúde, onde geralmente fica sob a responsabilidade do pessoal de enfermagem, o agendamento das consultas médicas para o paciente.

De qualquer modo, essa representação evoca a figura da enfermeira como um profissional que se situa, muitas vezes, na retaguarda da atuação médica; auxiliando no trabalho do médico, tomando as providências para que as atividades médicas se desenvolvam a contento. Essa é uma visão ainda vigente na sociedade sobre a natureza do trabalho da enfermagem. Pires (1989), Lunardi Filho (2000) e Waldow et al (1995), em seus estudos, ressaltam as raízes históricas da enfermagem diante da medicina.

Waldow et al (1995), destaca que com o advento do capitalismo e a necessidade de cuidar do corpo do homem como um instrumento para o trabalho desse novo sistema econômico, ocorreu o encontro das práticas médicas e de enfermagem no espaço do hospital, visando o tratamento do doente. Almeida & Rocha (1989) abordam que no século XIX, em plena Inglaterra vitoriana, sob a égide do modelo Nightingaleano, a enfermagem se

estabeleceu enquanto profissão, sendo exclusivamente feminina, com a responsabilidade de prestar cuidados aos pacientes, em meio a uma rígida disciplina, sob a subordinação dos médicos.

Por outro lado, apesar dos avanços da enfermagem, no sentido de alcançar a intelectualidade em seu trabalho, buscando agregar a cientificidade ao seu fazer; da criação das escolas de enfermagem; do advento dos cursos de pós-graduações; tais esforços não parecem ter tido uma visibilidade suficiente para suplantam essa imagem ainda pulsante na sociedade sobre a enfermagem que, incorporada na figura socialmente denominada enfermeira; ainda é vista como uma ajudante do médico.

Dessa forma, Lunardi Filho (2000, p.47) enfatiza que:

Entretanto, o que se constata, ainda, apesar de seu preparo para assumir, no conjunto do trabalho em saúde, um trabalho mais intelectual e mais complexo, é que o enfermeiro parece que tem permanecido ou se percebido sujeito ao trabalho médico, pelo menos, representacionalmente, não se permitindo nem mesmo desejar o acesso ao exercício do poder que, socialmente, seria esperado de um profissional de nível superior.

O estereótipo da enfermeira como a auxiliar do médico teve sua origem na real subordinação das atividades da enfermagem ao poder decisório do médico, ecoando até os dias atuais em parte da sociedade. Stacciarini et al (1999), em um estudo feito junto a uma comunidade de Goiás sobre a representação da enfermeira, aborda que o maior percentual de representações referidas pelos sujeitos foi da enfermeira como uma auxiliar do médico.

Miron (1990) destaca em seu estudo com crianças, que uma das idéias referentes à enfermeira é que elas ajudam os médicos.

De acordo com o mencionado, a enfermeira como um profissional que auxilia o médico, é uma concepção presente no ambiente cultural extra e intra-hospitalar. Todavia, cabe notar na representação das escolares, que a relação foi de ajuda, de auxílio profissional, e não demonstrou ter a conotação de subalternidade. A escolar médica encontrava-se prescrevendo uma punção venosa para a paciente, enquanto a escolar enfermeira marcava uma consulta a ser feita pela médica. As escolares dramatizaram essa relação como algo que fluía naturalmente.

Supõe-se que a escolar enfermeira representou essa ajuda na dramatização, com base na internalização mediada pelo profissional de enfermagem, em um contexto de auxílio ao médico, na unidade de pediatria durante sua internação, ou mesmo em outros locais de atenção à saúde. Dessa forma, um evento externo foi internalizado pela escolar, possibilitando-a a construir um conceito espontâneo sobre o qual a enfermeira ajuda o médico.

Em outro momento da dramatização, a escolar Mônica, a médica, comenta que ministrará uma injeção na paciente Luciana, porque a injeção consta da prescrição médica.

Mônica (médica) pega a gaze e a coloca sobre a mesa e avisa à Tatiana (enfermeira): *“Vou dar uma injeção nela que ela tem que tomar está aqui o. no papel”* - se referindo à prescrição médica. Mas Tatiana (enfermeira) pede à Mônica (médica): *“Segura aqui L...”*, pedindo para que Mônica (médica) segure a seringa que se encontrava com a água que havia derramado sobre o punho de Luciana (paciente). Novamente Tatiana (enfermeira) chama Mônica (médica) por seu nome verdadeiro.

Destaca-se que, Mônica, a escolar médica fala para Tatiana, a enfermeira, que irá aplicar a injeção que se encontra registrada na prescrição, na paciente Luciana. Todavia, era Tatiana, a enfermeira, que se encontrava com a seringa para aplicar a injeção em Luciana.

Neste trecho, cabe destacar a prescrição médica, como a norteadora da terapêutica medicamentosa oferecida ao doente. Mais uma vez, os achados de Fleitas (1997) são confirmados; já que em seu estudo, as crianças apontam a prescrição como uma importante atribuição do médico.

Constata-se que Mônica (médica) internalizou a prescrição médica como o documento onde estão prescritos os medicamentos a serem aplicados ao paciente. Nessa representação, o mediador da internalização, junto a escolar, foi o profissional médico, já que a ele cabe a responsabilidade da execução da prescrição médica, nas unidades de pediatria. Supõe-se que a escolar durante sua experiência de internação tenha tido a oportunidade de observar o médico fazendo uma prescrição, o que permitiu a formação de um conceito espontâneo da prescrição como um procedimento associado à atuação do médico.

O questionamento quanto às eliminações fisiológicas do paciente, foi encontrado na dramatização das escolares:

Mas Adriana (médica), que se encontra em pé em frente à mesa pergunta a Maria (paciente): “*Oh! Tatiana, você fez coco hoje*, chamando Maria (paciente) de Tatiana. Mas Bianca (enfermeira), ao ver Adriana (médica) perguntando sobre as eliminações fisiológicas de Maria (paciente), diz:” *Agora não* “. Mas Maria (paciente) diz para Adriana (médica):” *Número 2!* “. E Adriana (médica) concorda com Maria: “*É... número 2* “. Na realidade, as escolares dizem que número dois se refere a fezes e número um à urina”.

Este achado vem de encontro a situações cotidianas na unidade de internação pediátricas. O questionamento sobre as eliminações do paciente faz parte da rotina diária das informações que constam da anamnese médica.(Board, 2005).

Desse modo, a escolar Adriana (médica), internalizou o signo referente ao questionamento sobre as eliminações intestinais como um mediador da anamnese médica. Foi na relação com o médico que diante de sua anamnese questionou a escolar sobre sua eliminação intestinal, que proporcionou a internalização desse signo como relacionado à atribuição do médico.

#### **4.6 Contexto Hospitalar no Cotidiano dos escolares**

Esse tópico enfoca o cotidiano do cenário hospitalar relacionado aos comportamentos estereotipados, vestuário e equipamentos referentes à equipe médica, bem como a jornada de trabalho da equipe de saúde, e as atitudes de verbalizações autoritárias.

Nas dramatizações, as escolares representaram alguns comportamentos estereotipados, muitas vezes encontrados nas unidades hospitalares, como o costume que alguns médicos adotam de portar seu estetoscópio ao redor do pescoço, como se demonstra a seguir:

As duas escolares Mônica (médica) e Tatiana (enfermeira) sentam-se junto à mesa onde estão dispostos os brinquedos e começam a escrever. Mônica (médica) está usando uma touca de cirurgia. Logo no início da dramatização, ao escolher ser a médica, Mônica (médica) colocou a touca e também colocou o estetoscópio no pescoço. Mônica (médica) escreve na folha

de papel e fala para Tatiana (enfermeira): *“Mô. ni. ca. Mônica. Agora vou consultar ela ali enquanto você fica escrevendo aqui, está?”*. Dizendo que irá consultar (examinar), Luciana (paciente) que se encontra deitada no leito. Mônica (médica) levanta da cadeira, retira a touca cirúrgica de sua cabeça, e o estetoscópio de seu pescoço e se dirige ao outro lado da mesa, pega a máscara cirúrgica e a coloca. Tatiana (enfermeira) continua escrevendo sentada junto à mesa. Mônica (médica) retira o estetoscópio que se encontrava pendurado em seu pescoço e fala para Luciana: *“Eu vou ouvir um negócio aqui”*. Mônica (médica) coloca o estetoscópio no ouvido e entrega o pacote de gaze para Luciana segurar.

Segundo Lima (2000), o estereótipo é um conjunto de atributos que são considerados verdadeiros para uma determinada classe de pessoas.

O estereótipo é uma idéia formada sobre uma coisa ou pessoa, que acaba por caracterizá-la, não implicando que sejam verdadeiros ou falsos. Os estereótipos acabam por rotular uma coisa ou indivíduo. Os estereótipos são comumente encontrados na sociedade, como idéias pré-concebidas, sobre pessoas, grupos sociais, coisas ou acontecimentos. No hospital é possível exemplificar alguns estereótipos como o quadro com a imagem da enfermeira pedindo silêncio, a máscara cirúrgica utilizada pelos cirurgiões e os médicos com seus estetoscópios em volta do pescoço.

Nos espaços hospitalares e de cuidados à saúde, é comum, embora não tanto quanto era no passado, encontrar médicos portando seus estetoscópios no pescoço.

Corroborando com essa imagem, o mesmo geralmente ocorre na mídia, que ao caracterizar um profissional médico, o faz como um homem com vestes

ou um guarda-pó branco e um estetoscópio em volta do pescoço. Esse fato estabeleceu a imagem profissional que associa o estetoscópio pendurado ao pescoço ao profissional médico. Dessa forma, um comportamento dos próprios médicos, acabou por criar uma imagem estereotipada sobre o profissional. As pessoas em geral, ao verem um profissional da área de saúde com um estetoscópio ao pescoço, o definem como médico.

Sendo assim, como aponta a teoria Vygotskyana, dentro do ambiente cultural, na relação entre os indivíduos do grupo social, estão os objetos, os eventos, os contextos; que são internalizados pelos indivíduos, dando origem a formação de conceitos espontâneos sobre a realidade, que se apresenta no mundo cultural.

Ao escolher ser a médica na dramatização, Mônica coloca a touca, e prontamente pega o estetoscópio e coloca no pescoço. Constata-se que a escolar internalizou sob a mediação do médico, no ambiente hospitalar, o estetoscópio como um instrumento mediador de um simbolismo; capaz de conferir a identificação profissional ao médico. Observa-se que a escolar confere grande relevância ao estetoscópio com um instrumento que personifica o médico, e logo ao iniciar a dramatização colocou-o no pescoço.

Da mesma forma, a touca cirúrgica foi associada à especialidade de médico cirurgião como se observa na fala da escolar Luciana (paciente):

Mônica (médica) que havia se encaminhado à mesa diz: *“Deixa-me botar a touca”*, demonstrando sua vontade de colocar a touca cirúrgica antes de manipular a sonda. Mas Luciana (paciente), de seu leito, diz: *“Ué, eu não estou fazendo o cirurgião”*, referindo-se ao fato que ela não estava fazendo uma cirurgia e por isso não haveria necessidade de Mônica (médica) agir como

um cirurgião, colocando uma touca cirúrgica para manipulá-la. E Mônica (médica) não coloca então a touca cirúrgica, mas pega uma seringa e aspira para dentro dela, água que se encontrava em um potinho de medicação sobre a mesa.

Da mesma forma que na cena anterior, um objeto foi vinculado à imagem do médico, só que dessa vez ao médico cirurgião. O uso de uma touca cirúrgica faz parte da indumentária preconizada para todos os profissionais que atuam no centro cirúrgico. Um médico cirurgião não desenvolve suas atividades exclusivamente no ambiente do centro cirúrgico; outros espaços como os ambulatórios, as enfermarias, são locais de trabalho desses médicos especialistas.

Por outro lado, a imagem simbólica advinda do ambiente sócio-cultural e também dentro dos espaços hospitalares, é a do médico cirurgião vestido de roupas verdes, touca e máscara no rosto. Conseqüentemente, o uso da vestimenta cirúrgica parece estar relacionado ao cirurgião, na mesma medida que o estetoscópio colocado ao pescoço está para o médico em geral.

Com isso, a escolar internalizou a imagem do cirurgião associada ao uso da touca cirúrgica no interior do espaço hospitalar, ou mesmo através da imagem estereotipada do cirurgião presente no espaço da cultura em que vive, pois como ressalta Davis (2005, p.43) ao discorrer sobre os conceitos de Vygotsky sobre internalização: “O psiquismo humano como uma construção social, resulta da apropriação, por parte de sujeito, dos conhecimentos e das produções culturais da sociedade em que vive por intermédio da mediação da própria sociedade”.

Desse modo, observa-se que o instrumento apresentado como o mediador simbólico da imagem profissional do cirurgião que foi internalizado pelas escolares foi à touca cirúrgica.

A jornada de trabalho das equipes médicas e de enfermagem foi tema de representação pelas escolares, como se observa no trecho:

Após secarem a água, que havia derramado no leito de Luciana (paciente), Tatiana (enfermeira) retira a sonda do jelco de Luciana (paciente), colocando-a dentro da cuba rim de brinquedo, e ela e Mônica (médica) se encaminham para a mesa para arrumar os materiais. Neste momento, Mônica (médica) diz: *“O, eu vou embora, está na hora de ir embora”*, dizendo que vai embora, pois terminou seu horário de trabalho. Mas Luciana (paciente) fala para Mônica (médica) de seu leito: *“Então você vai ficar”*. Mas Mônica (médica) responde: *“Eu vou embora, amanhã eu volto”*. E Luciana (paciente) diz: *“Só que ela vai ficar até a noite”*, referindo-se a Tatiana (enfermeira), que é a enfermeira. E Tatiana (enfermeira) ratifica: *“Só tem uma enfermeira”*, referindo que a noite só permanecem as enfermeiras.

Geralmente, cada instituição de saúde possui uma rotina em termos da carga horária de seus profissionais. No que se refere à equipe médica, no hospital que foi cenário desse estudo, existem os profissionais que fazem parte da rotina da enfermagem, que trabalham diariamente, de segunda até sexta feira, e existem médicos trabalhando em regime de plantão de 24 horas. Em relação à equipe de enfermagem, existem profissionais que trabalham diariamente, de segunda a sexta feira, e também os profissionais que trabalham em regime de plantão de 12 horas por 60 horas, nos serviços diurnos e noturnos.

A equipe de enfermagem está associada a uma idéia bastante difundida que é a equipe de profissionais que permanece nas 24 horas do dia junto ao paciente. Essa concepção reflete o cotidiano da continuidade do trabalho de enfermagem junto aos pacientes nos hospitais.

Segundo Lunardi Filho (2000), a enfermagem possui uma característica exclusiva, não encontrada nas demais profissões da área da saúde, o fato de ter, sobre sua responsabilidade, o desenvolvimento de tarefas que exigem a permanência ininterrupta do profissional no local de trabalho. Os encargos administrativos, as ações gerenciais e especialmente o cuidado ao paciente, são atribuições dos profissionais de enfermagem, que não permitem interrupções ou protelações, é um continuum dentro das instituições hospitalares.

Ainda para o autor (op.cit, 2000) o trabalho de enfermagem possui uma característica estruturante nas unidades hospitalares, pois através de seu cuidado direto ao paciente, ele garante que a terapêutica planejada pelos membros da equipe de saúde, inclusive a sua própria, seja implementada. As ações gerenciais nas unidades como a provisão de materiais, manutenção equipamentos, dentre outras atividades, também permitem a atuação dos demais profissionais de saúde.

Assim sendo, a enfermagem está relacionada à idéia de continuidade de trabalho nas unidades hospitalares. A equipe de enfermagem é a primeira a aparecer diante de uma solicitação do paciente, seja de noite, ou de dia. Ele é a primeira voz do doente, diante de uma intercorrência, sendo a equipe que está de prontidão no atendimento ao paciente. Essa é uma imagem real, seja nas unidades hospitalares públicas ou privadas.

Board (2005), em seu estudo junto a crianças em idade escolar, que se encontravam criticamente doentes, e internadas em uma unidade de terapia intensiva (UTI), enfoca que ao questionar os escolares a respeito de quem ou o que lhes forneceu mais auxílio enquanto estiveram internadas na UTI, 43% das crianças referiram-se à enfermeira, e em seguida com um percentual de 29% foi referido os pais. Ainda, o autor (op.cit, 2005, p.172) ratifica: “A enfermeira é o profissional de saúde que tem mais contato com as crianças ao longo do tempo e quem provê mais cuidados às crianças”.

A escolar Mônica (médica) exibiu em sua representação, que o médico ia embora e voltava no dia seguinte, porém as escolares Luciana e Tatiana, respectivamente paciente e enfermeira, afirmaram que a enfermeira continuaria até a noite. Assim, na dramatização, as escolares confirmam as assertivas dos citados autores; referindo-se à atuação da enfermeira, que é a profissional que permanece cuidando do paciente, ao passo que o médico pode se ausentar do hospital.

Constata-se se que esses conceitos espontâneos sobre o trabalho do médico e da enfermagem foram construídos no ambiente cultural da unidade de pediatria. A experiência das escolares de estarem internadas, relacionando-se com a equipe de saúde observando a dinâmica de seu cotidiano de trabalho, e sob a mediação dos médicos e da equipe de enfermagem, foi possível às escolares, a internalização do trabalho da profissional de enfermagem como um trabalho de continuidade ao longo do dia e da noite, e o do médico, como restrito ao horário diurno.

Constata-se que as escolares se referiram à enfermagem enquanto equipe, e não se referindo a um profissional individualmente, já que, apesar

dos profissionais de enfermagem permanecerem 24 horas atuando na unidade pediátrica, a equipe de profissionais, troca a cada 12 horas, nos plantões. O inverso deve ter ocorrido em relação à equipe médica. As escolares se referiram ao médico individualmente. Não levando em conta a equipe de médicos plantonistas. Provavelmente, as escolares ao se referirem que o médico possuía uma determinada hora para deixar o hospital, tiveram em vista o médico diarista, reconhecido pelas escolares como o médico responsável por seu tratamento, àquele que diariamente vai examiná-las; ou seja, o médico da rotina da enfermaria e que cumpre uma carga horária determinada no período diurno, não permanecendo durante a noite.

No cotidiano das unidades de internações pediátricas, os profissionais seguem desenvolvendo sua assistência e promovendo a terapêutica no intuito de restituir a saúde das crianças. E nesse desenrolar de interações sociais, muitas vezes, os profissionais exibem atitudes autoritárias, imperativas e de comando junto às crianças, mesmo que de forma inadvertida. Exemplos dessas ações e verbalizações foram dramatizados pelas escolares como pontuados nos trechos a seguir:

...Mônica (médica) pega o termômetro diz para Luciana (paciente) deitar no leito, pois a mesma se encontrava sentada no leito, dizendo: *“Oh, saí daí, deita”*. Mas Luciana (paciente) não quer deitar, deseja ficar sentada.

...Mas Luciana (paciente) havia pegado o band-aid, que Tatiana (enfermeira) havia colocado sobre o leito. Mas ao ver Luciana tentar colocar ela mesmo o band-aid, diz: *“Não é. bota. você não é médica”*, dizendo que cabe a médica colocar o curativo e não o paciente, embora Tatiana seja a enfermeira.

...Após a secagem do leito, Tatiana (enfermeira) inicia seu exame junto à Luciana (paciente), e diz à mesma: *“Fica sentada”*. Tatiana (enfermeira) ausculta Luciana (paciente), percorrendo com o estetoscópio, fazendo a ausculta na face anterior de ambos os hemitóraxes. E diz para Luciana (paciente) ficar calma, falando: *“Calma menina...”* Mas Luciana (paciente) diz para Tatiana (enfermeira) e Mônica (médica): *“Aí, tira esse negócio aí!”*, pedindo fosse retirada a punção venosa. Mas Mônica (médica) que se encontrava junto à mesa, vai até ela e diz: *“Você está internada”*. Mas Luciana (paciente) retruca: *“Ah! mas tira esse negócio aí, calma eu hein!”* E Mônica (médica) lhe responde: *“Hei, já passou. e você precisa”*. explicando que já foi feita a medicação, e que Luciana (paciente) precisa ficar com a veia puncionada, e continua a explicar: *“Oh! Tem que ficar com esse negócio aí”*.

...E Bianca (enfermeira) pega a gaze que Adriana (médica) trouxe; seca o braço de Maria (paciente), em cima do Jelco, e Adriana (médica) ajuda Bianca (enfermeira). Neste momento, Maria (paciente) tenta manipular a gaze, mas Bianca (enfermeira) fala para ela: *“Espera aí... você não pode mexer em nada, você está doente”*.

As unidades de pediatrias são micro-ambientes culturais da unidade hospitalar, que incluem em seu bojo normas e rotinas, freqüentemente pouco maleáveis, o que muitas vezes, cria uma atmosfera quase de aquartelamento nesses locais. No dia a dia da experiência de hospitalização, as escolares são, a toda hora, solicitadas a agir de determinada maneira, são proibidas de algumas ações, ou seja, permanecem sob o poder da terapêutica e de seus executores, os profissionais de saúde. As crianças perdem seus direitos a voz,

e por vezes, à sua condição de criança. Cabe a ela, “comportar-se” e agir de modo a facilitar a ação dos profissionais de saúde.

Miron (1990) ao questionar escolares não hospitalizadas, sobre como imaginavam ser um hospital, menciona que as crianças não fizeram analogia a nenhum acontecimento agradável, e só apontaram os aspectos físicos do local, como a existência de camas, janelas, dentre outros. Diante disso, o autor (1990, p.24) relata que: “De acordo com a visão das crianças, o hospital é um lugar sério e sombrio, sendo fácil compreender como elas associam a permanência no hospital a uma punição”.

Oliveira et al (2003) em sua pesquisa sobre o imaginário infantil acerca da hospitalização, apontam que as crianças declaram o hospital como um lugar onde se sentiam presas e existia uma conduta autoritária por parte dos profissionais de saúde.

As escolares representaram esse tipo de conduta, no primeiro trecho, quando Mônica (médica) pede para Luciana (paciente) se deitar, mesmo contra sua vontade. No segundo momento, Tatiana (enfermeira) fala para Luciana (paciente) que essa não pode colocar o band-aid; no terceiro, Tatiana (enfermeira) solicita que Luciana (paciente) fique sentada e lhe pede calma; e no quarto trecho, Mônica (médica) diz a Luciana (paciente) que ela está internada e precisa da punção venosa, referindo-se: “*Oh! Tem que ficar com esse negócio aí*”, e no último trecho, Bianca (enfermeira) refere que Maria (paciente) não pode manipular a gaze porque está doente, como que solicitando sua passividade diante dos procedimentos.

Essas representações ratificam os achados de Oliveira et al (1993 p.106):

A equipe de saúde é retratada como aquela que realiza os procedimentos através do simples ato de "fazer coisas", desempenhar tarefas, sem levar em consideração o cliente dessa ação, que, nesse ato, não passa de um mero depositário de cuidados, impotente, inativo.

Oliveira (1993), destaca ainda que, a doença coloca a criança sob a força e o poder do saber médico que ignora sua subjetividade e a anula através da sua reclusão no hospital.

No estudo de Coyne (2006), as crianças relatam que em algumas ocasiões, os profissionais de saúde as desconsideram, citando que por vezes tem que esperar pela alimentação, pelas medicações, e que seu direito de dormir não é respeitado pelo barulho na unidade de internação, dentre outros eventos.

Cabe destacar que essas atitudes e verbalizações foram representadas pelas escolares médicas e enfermeira. Assim, esse modo de agir é pertinente às duas categorias profissionais, sendo mediadas por seus profissionais junto às escolares, o que as levou a internalizarem essas ações como promovidas por médicos e membros da equipe de enfermagem.

Na experiência da hospitalização, sob a mediação do profissional médico e de enfermagem, as escolares internalizaram ações mediadas por expressões, ou seja, signos que indicam imposição de poder, como: "não é", "tem que ficar", e desse modo construíram conceitos espontâneos a respeito dessas atitudes exibidas pelos profissionais de saúde. Assim, constata-se que o cuidado, por vezes é também mediado por ações autoritárias, tanto por parte dos médicos, quanto dos membros da equipe de enfermagem.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou entender as nuances do cuidado sob a perspectiva das escolares durante a internação.

Para as escolares, o cuidado foi demonstrado como algo sentido e vivido no dia a dia da assistência, como uma entidade subjetiva, mas que perpassa pelas ações concretas, mediadas pelos profissionais participam de seu tratamento, na luta contra a doença, na manutenção da vida e no resgate da saúde, ou seja, o cuidado povoa o cotidiano da assistência à saúde.

O cuidado é concebido como objeto de trabalho da enfermagem. Nas unidades de internação pediátrica alguns cuidados podem ser considerados mais democráticos e abrangentes, no sentido de não serem exclusivamente relacionados à atividade de uma determinada profissão. Por outro lado, certos cuidados foram apontados como privativos de uma área profissional.

Os conceitos espontâneos são construídos, com base em uma aprendizagem prática e não deliberada, que ocorre no ambiente social. Por intermédio da experiência em uma determinada cultura, que se torna possível à construção de um conceito espontâneo, nascido do seio da cultura. São os indivíduos no meio sócio-cultural que fornecem condições para as construções desses conceitos. Eles apresentam os signos e os instrumentos mediadores culturais, que serão internalizados e possibilitarão a construção dos conceitos espontâneos.

Os conceitos espontâneos sobre o cuidados de enfermagem foram construídos no micro ambiente cultural da unidade de pediatria, durante a experiência de hospitalização das escolares, sob a mediação dos profissionais

da equipe de enfermagem; dos signos e dos instrumentos presentes nesse ambiente.

Nesse sentido, o que é o cuidado de enfermagem sob a perspectiva das escolares hospitalizadas foi observado na dramatização que foi empregada como metodologia de coleta de dados.

O componente técnico está claramente relacionado ao cuidado de enfermagem. O desenvolvimento de atividades práticas, que envolvam as técnicas e o fazer compõe o cuidado de enfermagem. Nas dramatizações, as escolares representaram diversas técnicas, inclusive as de natureza invasivas. Desse modo, constato que o cuidado de enfermagem é um cuidar associado ao caráter da prática e ao desenvolvimento de diversas técnicas, que estão associadas ao tratamento nas unidades de pediatria.

A punção venosa, a coleta de sangue, a sondagem nasogástrica, e os curativos foram cuidados que foram representados associados à figura da enfermeira durante as dramatizações.

Nesse particular, vale ressaltar, a relevância dos aspectos invasivos relacionados ao cuidado de enfermagem. Para as escolares, o cuidado de enfermagem é fortemente caracterizado por seu componente invasivo, como foi observado pelas representações das citadas técnicas.

Nesse contexto, a técnica de punção venosa foi um cuidado de enfermagem bastante relevante para as escolares, tendo sido representado pela escolar enfermeira nas duas dramatizações. A punção venosa exerce forte impressão sobre a escolar hospitalizada, pois esse cuidado é capaz de desencadear sensações adversas de dor, medo e ansiedade. Pode-se supor que praticamente qualquer criança, ao entrar no hospital sente medo quanto à

necessidade de se submeter a uma punção venosa, tomar uma injeção ou vivenciar qualquer procedimento que envolva o uso de agulhas.

Para as escolares, o cuidado de enfermagem está relacionado aos procedimentos que envolvam o uso de agulhas. Durante as dramatizações, o cuidado de enfermagem foi associado ao procedimento de punção venosa; de injeções para administração de medicações e coleta de sangue. Todos esses cuidados envolveram a enfermeira e o uso de agulhas.

O conhecimento desse aspecto do cuidado de enfermagem pela perspectiva das escolares aponta para a importância da orientação sobre esses procedimentos. Os cuidados invasivos, em especial, aqueles que envolvem o uso de agulhas se constituem em eventos aterrorizadores para qualquer criança. Desse modo, esse achado aumenta a responsabilidade do profissional, que antes de proceder a esses cuidados deve explicá-los à criança a fim de contribuir para minimizar os aspectos relativos à ansiedade e temor diante dos mesmos.

No que concerne à punção venosa, essa foi desempenhada no início das duas dramatizações, sendo representada pelas escolares como um cuidado de enfermagem relacionado à admissão do paciente em uma unidade de internação.

A punção venosa foi um cuidado de enfermagem intrinsecamente ligado à necessidade de receber medicações, ou seja, nas dramatizações, a representação da punção venosa tinha como objetivo proporcionar um meio para administração de uma medicação à paciente. Assim, para as escolares, a punção venosa serve como uma via de acesso para medicamentos.

Cabe ressaltar que a punção venosa foi mediada pelo uso do jelco. No mercado de materiais hospitalares existem variados tipos de dispositivos que possibilitam puncionar um acesso a uma via vascular, contudo as escolares escolheram o jelco em suas representações. Esse fato vem de encontro ao que é observado comumente na maioria das unidades de pediatria, onde atualmente, o jelco é, sem dúvida, o dispositivo geralmente mais usado para punções venosas em crianças.

No cuidado da punção venosa, o jelco foi manipulado como o mediador de acesso ao sistema venoso, porém outros mediadores foram utilizados quando as escolares representaram diversas etapas da técnica durante as dramatizações, como a compressa de gaze, esparadrapo, dentre outros.

Desse modo, as escolares apontaram os procedimentos invasivos, como a punção venosa, a sondagem nasogastrica e a coleta de sangue como cuidados de enfermagem, colocando em relevo o cuidado da punção venosa. Também abordaram o cuidado de enfermagem como um cuidado instrumentalizado pelo uso de agulhas, e que se relaciona e envolve procedimentos invasivos, já citados anteriormente.

Esses achados confirmam uma concepção presente no senso comum. A equipe de enfermagem, personificada na imagem da enfermeira, é conhecida por seu desempenho profissional relacionado aos procedimentos de natureza invasiva. Ao se pensar em injeções e punções venosas ocorre, quase involuntariamente, uma associação com a figura da enfermeira. Fato esse, por sinal, que condiz com o cotidiano dos hospitais, e demais espaços de cuidados à saúde, onde o desenvolvimento de tais procedimentos cabe a equipe de enfermagem.

O preparo e administração de medicamentos foram conceitos espontâneos de cuidado de enfermagem construídos pelas escolares na unidade de pediatria. Nesses procedimentos, a seringa foi o instrumento mediador, a ferramenta concreta que possibilitou às escolares representarem o preparo e a aplicação das medicações intravenosas.

Durante as dramatizações, as representações que envolviam a preparação e a administração das medicações sempre estiveram voltados para a atuação da escolar enfermeira, apontando esses procedimentos como cuidados inerentes à enfermagem.

O preparo e a administração de medicamentos se constituem em mais um cuidado atribuído à equipe de enfermagem. Esse achado vai de encontro às experiências diárias nas unidades de internações pediátricas. Um aspecto importante da assistência à criança corresponde ao tratamento medicamentoso, que faz parte da maioria das terapêuticas implementadas com vistas a debelar o processo patológico, no sentido da restituição da saúde.

As ações necessárias ao preparo e a administração de medicamentos encontram-se freqüentemente sob a responsabilidade dos membros da equipe de enfermagem. Por isso, traduz-se em um quadro típico na unidade de internação encontrar o profissional de enfermagem desenvolvendo esses procedimentos.

Com isso, essas ações foram captadas pelas escolares durante sua experiência de hospitalização sob a mediação dos profissionais de enfermagem. Então, preparando e administrando os medicamentos no seu dia a dia no hospital, os profissionais de enfermagem proporcionaram a mediação

necessária para a internalização desses cuidados como inerentes à profissão, constituindo-se assim em cuidados de enfermagem.

Em relação aos sinais vitais, a temperatura foi o único sinal vital representado pelas escolares. O instrumento mediador relacionado ao cuidado foi o termômetro. Nesse contexto, cabe ressaltar que a verificação da temperatura é um procedimento comum no espaço da cultura humana, pelo menos no que se refere aos ambientes urbanos. Desse modo, as escolares ao serem internadas provavelmente já haviam tido contato com esse procedimento, fruto de sua vivência no ambiente social.

Por outro lado, constata-se que embora a verificação da temperatura seja um procedimento conhecido pelas escolares, e nas representações não tenha sido um cuidado unicamente desempenhado pela escolar enfermeira, mas também pela escolar médica; ele foi reivindicado no ambiente hospitalar como um cuidado da enfermagem. Essa exclusividade atribuída ao profissional da enfermagem foi manifestada quando em uma cena da dramatização, a escolar médica passa a representar a verificação da temperatura junto a escolar paciente, e é interpelada pela escolar enfermeira, que reclama para si esse cuidado.

A aferição dos sinais vitais a intervalos regulares é um procedimento que faz parte do planejamento de cuidados a serem desempenhados pela equipe de enfermagem. Nas unidades de internações, a verificação da temperatura, é um cuidado freqüentemente mediado pela ação dos profissionais de enfermagem. É uma imagem comum, observar-se em determinados horários, um membro da equipe de enfermagem, ir ao encontro dos pacientes a fim de proceder à verificação dos sinais vitais.

A verificação da temperatura não foi representada apenas pela escolar enfermeira, mas pela médica também, e certamente, outros profissionais aferem a temperatura das crianças nas unidades de pediatria. Por outro lado, a escolar enfermeira reivindicou o procedimento como uma incumbência da enfermeira. Nas unidades pediátricas é freqüente a verificação da temperatura das crianças ser feita pelos profissionais de enfermagem. Assim, isso possibilitou esse procedimento ter se constituído em um cuidado de enfermagem; conceito este construído pelas escolares no espaço da unidade de pediatria.

Os registros das condições das crianças também se constituem em um cuidado de enfermagem, que foi representado através do registro da escolar enfermeira diante da informação do valor da temperatura comunicado pela escolar médica. Assim, os aspectos relacionados aos registros da temperatura em relatórios ou folhas de cuidados da criança são competências da enfermagem.

Dessa forma, embora o aspecto prático do cuidado tenha preponderância na visibilidade da atuação da enfermagem, as atividades de comunicação, de registros e de informação não passaram despercebidas por parte das escolares, enquanto pacientes. Isso indica que os registros não são concebidos como simples escrita complementar ao cuidado, mas que também fazem parte desse cuidado, que foi representado e apontado pelas escolares como um cuidado de enfermagem.

O exame físico da criança foi dramatizado através do desempenho das escolares médica e enfermeira. Esse foi um achado de grande valor. O exame físico costuma estar relacionado ao diagnóstico de doenças, a anamnese

médica e por isso geralmente é concebido como um procedimento médico. A categoria médica é aquela historicamente abalizada a entender e desempenhar as atividades de semiologia e semiotécnica junto ao paciente. O conhecimento sobre o corpo, os sinais e sintomas apresentados pelos doentes sempre foi parte do saber médico.

A enfermagem, enquanto profissão e área de conhecimento, vêm gradativamente buscando seu espaço autônomo. No intuito de conquistar um lugar profissional próprio e deixar para o passado a história de submissão e serventia ao saber soberano do médico, a prática da enfermagem começou a se transformar. Ela veio progressivamente ampliando seus horizontes; inserindo as bases científicas à sua prática. Para isso, entre as inúmeras transformações ocorridas, uma delas foi à necessidade da enfermeira apoderar-se do saber inerente à avaliação física do doente.

Assim, nas escolas de enfermagem, o conhecimento sobre o exame físico passou a ser incorporado ao saber profissional transmitido às futuras enfermeiras. Esse conhecimento tinha como objetivo a avaliação do doente para detectar suas necessidades em termos de cuidados de enfermagem a fim de possibilitar à enfermeira a sistematização de uma assistência individualizada a cada paciente e também sua constante reavaliação. Desse modo, a avaliação física do paciente, foi um conhecimento técnico-científico que paulatinamente foi agregado ao saber da enfermeira.

Nas dramatizações, o exame físico não foi desenvolvido somente pela escolar enfermeira. A escolar médica também procedeu à avaliação física, e embora tenha reivindicado esse procedimento como atribuição da médica, a transformação da prática assistencial foi constatada pela representação da

escolar enfermeira no desenvolvimento dos diversos métodos do exame físico. Não cabe mais somente ao médico desenvolver o exame físico, como ocorria tradicionalmente.

A escolar enfermeira ao praticar o exame físico na dramatização, o fez baseada em uma realidade vivenciada na unidade de internação pediátrica. Dessa forma, constata-se que o exame físico foi mediado pela ação da enfermeira, o que possibilitou a internalização e posterior dramatização do mesmo por parte da escolar enfermeira.

As escolares representaram as ações relativas às diversas técnicas semióticas durante as dramatizações como ausculta pulmonar, palpação de linfonodos, palpação abdominal, dentre outros. Foram utilizados os instrumentos mediadores das técnicas, presentes nas atuações das escolares como, por exemplo: o estetoscópio, no caso da ausculta pulmonar; a lanterna, no caso do exame da garganta, dentre outros. Os signos também normalmente relacionados ao desenvolvimento de determinadas técnicas semiológicas foram verbalizados nas dramatizações. Expressões proferidas durante a palpação abdominal; são signos normalmente usados pelos profissionais junto ao paciente diante do desempenho da técnica.

Dessa forma, embora não seja um cuidado exclusivo da enfermeira, as escolares consideraram o exame físico, com suas diversas técnicas representadas nas dramatizações também como um cuidado de enfermagem. Este aspecto é relevante para área de enfermagem, pois vislumbra que a profissão vem ampliando seu corpo de conhecimentos técnico-científicos, abrindo espaço para outros saberes e com isso tornando visível a prática assistencial para o paciente.

Esse achado é especial, tendo em vista que ainda na atualidade, em muitas ocasiões, ao se referir às atribuições da equipe de enfermagem, referendada na figura da enfermeira; vêm à mente das pessoas na sociedade, associações por vezes muito simplistas, como, por exemplo, sendo os profissionais que aplicam injeções ou fazem curativos, dentre outras. Obviamente, essas menções não desvalorizam os profissionais, pelo contrário, esses procedimentos são de grande relevância e extrema complexidade, como podemos citar a área de curativos, que se constitui em uma especialidade da enfermagem.

Essas afirmativas também espelham o cotidiano de atribuições dos membros da equipe de enfermagem. Por outro lado, torna-se importante à população entender que a enfermagem é infinitamente mais abrangente que esses procedimentos. Por isso, deve-se considerar bastante significativa a representação das escolares em relação ao exame físico como um cuidado de enfermagem, nesse caso específico, da enfermeira. Isso mostra que a enfermeira tem competência para inspecionar, auscultar, apalpar, percutir, ou seja, avaliar seu paciente de forma autônoma.

Nas dramatizações, as escolares representaram o profissional de enfermagem como um cooperador em algumas atividades médicas como foi constatada na marcação da consulta médica feita pela escolar enfermeira. As escolares entendem que o profissional de enfermagem é aquele que auxilia o médico.

Embora seja histórica a menção às relações de poder dos médicos dentro do ambiente hospitalar, da hegemonia médica, e da condição de

subalternidade e subserviência da enfermagem ante a medicina, as dramatizações das escolares mostraram um quadro um pouco diferenciado.

As relações da enfermeira com a médica representada pelas escolares nas dramatizações tiveram sempre o tom de uma relação de cooperação e não de subalternidade da enfermeira diante da médica. A escolar médica poderia se recusar a ajudar a escolar enfermeira em procedimentos como jogar fora uma gaze molhada, ou pegar uma gaze para enfermeira, mas esses foram justamente exemplos de cenas, onde a escolar médica auxiliou a escolar enfermeira. Nas representações, a escolar médica e enfermeira atuaram juntas; certamente por algumas vezes reivindicaram atribuições como pertencentes às suas categorias profissionais como já foi mencionado, mas em nenhum momento em suas atuações juntas houve um sentido de subalternidade, mas de cooperação.

Essas representações das escolares foram dramatizadas com base nos aspectos cotidianos da unidade de pediatria, os quais foram vivenciados pelas mesmas durante o período de hospitalização. Conseqüentemente, a perspectiva das escolares sobre a relação entre médicos e profissionais de enfermagem, não é aquela ainda muitas vezes vigente, da relação vertical de poder do médico sobre a equipe de enfermagem. Nas unidades de pediatria, as escolares apontaram pelas suas atuações, que o cotidiano entre as duas profissões exibe uma horizontalidade na relação. Os profissionais de enfermagem e médicos trabalham de forma harmônica, sem conflitos de poder aparentes, cada um desenvolvendo suas atividades e atuando em cooperação na assistência ao paciente.

Para os profissionais que atuam nas unidades de internação pediátricas, as representações das escolares talvez sejam condizentes com a realidade. Como profissional que atuo na pediatria há 21 anos, concordo com essa visão das escolares. O clima profissional nas unidades de internação pediátrica parece ser mais amistoso, talvez por se tratar de um ambiente onde ocorre um cuidado especializado e os pacientes sejam crianças. Os profissionais médicos e de enfermagem parecem ter uma via de comunicação mais fácil, as relações são de maior cooperação, como se todos os profissionais efetivamente unissem seus esforços em prol da saúde das crianças.

Dessa forma, pelas representações das escolares, as relações entre os profissionais médicos e de enfermagem no cenário da unidade de internação pediátrica constituem-se em relações de cooperação, as quais a figura do médico como o profissional detentor do poder hegemônico, não é identificada.

A equipe de enfermagem foi apontada pelas escolares como aquela cujos membros se encontram constantemente no hospital. As escolares mencionaram em sua representação, que a enfermeira não deixa o hospital, que permanece à noite junto aos pacientes.

Esse achado confirma o que ocorre no contexto da realidade. O trabalho da enfermagem nas unidades hospitalares tem um caráter contínuo. Isso ocorre devido à sua peculiaridade, no que se refere ao cuidado ao paciente. Esse cuidado envolve o desenvolvimento de tarefas que se estendem ao longo das 24 horas do dia. Não há como se ausentar e pedir que o paciente espere pelo cuidado. O cuidado é premente, essencial e requer vigilância por parte de quem cuida. Assim sendo, isso implica na necessidade da presença do profissional que é o responsável por garantir a continuidade desse cuidado.

As escolares vivenciaram a experiência de hospitalização nas unidades de pediatria e se relacionaram com os profissionais de enfermagem. Essa relação ocorreu mediante a vivência dos cuidados prestados por esses profissionais, e os cuidados eram prestados no decorrer do dia e da noite.

Supõe-se que, as escolares foram atendidas pelos profissionais de enfermagem durante a noite, ou os observou prestando atendimento e desenvolvendo suas funções ao longo da noite. Sendo assim, as escolares sabiam que durante a noite, a equipe de enfermagem permanecia prestando os cuidados necessários aos pacientes. Desse modo, as escolares construíram um conceito de cuidado de enfermagem como sendo aquele que é promovido pelos profissionais de enfermagem durante as 24 horas.

A orientação à criança quanto aos procedimentos relacionados ao tratamento esteve presente na atuação das escolares. Nas dramatizações, antes de desempenharem algum procedimento junto à escolar paciente, as escolares médicas e enfermeira procederam a orientações sobre os cuidados. As escolares representaram as orientações em palavras simples e objetivas, mas antes de desempenharem o procedimento, elas tiveram a preocupação em dar uma palavra de explicação à escolar paciente sobre o que acontecer ou em relação ao que iria experimentar diante do procedimento.

Isso representa o reconhecimento por parte das escolares de que o preparo e orientação dos pacientes para os cuidados significam um suporte valioso oferecido pelo profissional.

Constata-se que a orientação quanto aos procedimentos é um cuidado que está sendo desenvolvido nas unidades de internações pediátricas, tanto pelo profissional de enfermagem como pelo médico.

Na literatura de enfermagem, há muito tempo existe a recomendação para os profissionais sobre a relevância das orientações ao paciente. Desse modo, é indicada como uma responsabilidade do profissional de enfermagem preparar o paciente, através de explicações pertinentes, em linguagem acessível, para qualquer cuidado a que venha ser submetido antes de sua implementação.

Pode-se constatar que os profissionais de enfermagem têm orientado as crianças nas unidades de internação; mesmo que de forma simples como foi expresso nas dramatizações. Diante disso, a orientação quanto aos procedimentos terapêuticos também se constitui em um cuidado de enfermagem.

O descarte do material sujo como uma ação preventiva da transmissão de infecções dentro do ambiente hospitalar foi dramatizada pela escolar enfermeira.

A prevenção e o controle das infecções hospitalares envolve medidas e ações que devem ser seguidas por todos os profissionais, que atuam nas unidades de internação pediátrica.

A equipe de enfermagem, talvez por seu contingente numérico e pela natureza de seu trabalho, tenha maior visibilidade em termos de observância às ações que envolvem a prevenção e o controle de infecções. A assistência de enfermagem ao paciente é caracterizada por uma grande quantidade de ações práticas. Os procedimentos e as técnicas são permeados por ações que possuem em seu bojo, regras preventivas de infecções. A destinação adequada do material que entra em contato com o doente; a desinfecção de objetos e equipamentos; os descartes de material contaminados são alguns

exemplos de atividades relativas ao controle e prevenção de infecções, e permeiam o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem aos pacientes.

Dessa forma, a equipe de enfermagem está sempre engajada em assuntos e ações que se relacionam a questões do controle e prevenção de infecções no seu cotidiano de cuidado. O universo de cuidados de enfermagem se irmana com ações de controle de infecções.

Isso foi constatado, tanto que foi possível a escolar enfermeira representar a atenção quanto ao descarte do material sujo durante a dramatização. Esse achado espelha a experiência da escolar diante da relação desse cuidado, que foi mediado pelo profissional de enfermagem. Foi na experiência com o membro da equipe de enfermagem, que a escolar pôde entrar em contato com essa medida de prevenção de infecções.

Desse modo, o cuidado de controle e prevenção de infecções, sob a visão das escolares se constitui em conceito de cuidado de enfermagem.

Outro achado do estudo aponta para uma atitude profissional. Embora não tenha sido uma prerrogativa apenas da escolar enfermeira, mas também da médica, as escolares representaram algumas atitudes de relações de poder entre o profissional e o paciente.

Nas unidades de internação pediátricas, assim como as demais unidades das instituições hospitalares existem regras que direcionam o dia a dia das atividades em seu interior. O regulamento do setor, geralmente conhecido como normas e rotinas servem como guia para o direcionamento das atividades do mesmo.

As regras e rotinas das unidades pediátricas muitas vezes são capazes de engessar a infância das crianças durante o período de hospitalização, caso sejam extremamente rígidas. Essas devem ser flexíveis em pontos que não venham a prejudicar ou comprometer o fluxo das atividades diárias na unidade e que permitam favorecer a aquisição de um pouco da normalidade domiciliar no ambiente hospitalar.

Horários fixos para banho e brincadeiras, proibição de visitas de amigos às crianças internadas são exemplos de algumas rotinas, por vezes, presentes em unidades pediátricas que poderiam ser repensadas e reestruturadas a fim de tornar a hospitalização uma vivência menos adversa às crianças.

Não se trata de incitar à idéia do “tudo é permitido”; afinal, algumas regras são efetivamente importantes e sem elas a assistência nas unidades de internação estaria criticamente prejudicada ou inviabilizada. Porém, muitas dessas normas e rotinas expressam a relação de poder do profissional sobre os pacientes, que existem nas instituições de saúde, muitas vezes, sem apresentarem uma razão plausível para o seu rigor.

Em tempos recentes, com o advento das ações de humanização nos hospitais, muitas regras têm se tornado mais flexíveis, ou foram revisadas, no sentido de proporcionar um período de internação menos traumático para os pacientes. Do mesmo modo, os profissionais parecem paulatinamente estar revendo suas atitudes junto aos pacientes. Eles vêm tentando se tornarem mais um aliado no resgate à saúde, do que o detentor do saber da cura da doença; adquirindo uma postura mais próxima ao paciente e mais humanizada.

Por outro lado, algumas atitudes parecem ainda fazer parte da assistência dos profissionais de saúde. As escolares verbalizaram em suas

representações algumas ações e falas que denunciam as posturas de repreensão e de poder usadas pelos profissionais nas unidades de internação

Neste contexto, constata-se que, apesar dos discursos relativos à humanização nas relações dentro dos espaços de cuidado à criança, alguns profissionais ainda fazem uso de atitudes pouco humanizadas para solicitar a cooperação do paciente. Claramente, não se trata de apregoar o desmando; ou incentivar uma atitude de submissão dos profissionais à criança, já que isso impediria inclusive, uma assistência adequada. E também, é do conhecimento dos profissionais que atuam na área de pediatria, que o profissional muitas vezes precisa ser firme em suas assertivas junto à criança a fim de conseguir cuidar da mesma.

Por outro lado, é necessário que os profissionais entendam que firmeza pode estar contemplada na orientação da criança sobre determinada situação; apoiar a criança nos momentos de temor diante dos procedimentos; promover um tempo para que a criança se acalme perante um determinado contexto que a contrarie. Enfim, existem inúmeras estratégias às quais os profissionais podem lançar mão para obter a cooperação das crianças durante sua internação.

Atitudes e expressões pouco amistosas apenas servem para irritar mais a criança e torná-la ainda mais frágil e atemorizada diante da vivência da hospitalização que, por si só, já se constitui em uma crise na vida da criança.

Desse modo, durante a dramatização, a escolar enfermeira demonstrou ao fazer uso de palavras, que colocam a criança em uma atitude de refém diante do poder profissional, que os membros da equipe de enfermagem também exibem, por vezes, essas atitudes nas unidades de pediatria durante

seu cuidado às crianças. Assim o cuidado de enfermagem também foi revelado pelas escolares, como um cuidado que, em alguns momentos, pode ser mediado por atitudes e expressões autoritárias junto sobre as crianças.

Nas dramatizações as escolares representaram sua experiência vivida na unidade de internação durante o período de hospitalização. Esta vivência ocorreu na relação com os indivíduos que se encontravam na unidade de pediatria; além dos profissionais de saúde, e entre eles, os membros da equipe de enfermagem e os médicos.

Os médicos e os profissionais de enfermagem mediarão muitos dos procedimentos terapêuticos experienciados pelas escolares. Através das relações mediadas por esses profissionais, as escolares foram apresentadas a diversos signos e instrumentos mediadores de cuidados que fazem parte da assistência nas unidades pediátricas. Cada procedimento, cada cuidado possui mediadores que estão associados aos mesmos.

Assim as escolares, no seu vivenciar cotidiano na unidade de internação para o tratamento de uma doença, sob a intervenção mediadora de médicos e profissionais de enfermagem, foram capazes de internalizar essa experiência da hospitalização. Essa experiência, rica de mediadores relativos aos tratamentos, procedimentos, cuidados, enfim, rica de vivências foi internalizada pelas escolares.

Por intermédio da internalização das experiências presentes durante a hospitalização e da assistência proporcionada pela gama de profissionais que atuam nas unidades de pediatria, foi possível a construção do conceito espontâneo do que venha a ser o cuidado proporcionado pelos membros da equipe de enfermagem.

Os conceitos espontâneos sobre o cuidado de enfermagem, ou seja, aqueles construídos mediante a experiência concreta das escolares com o cuidado, no ambiente cultural da unidade de internação pediátrica; na relação com os profissionais de enfermagem e sob a mediação de instrumentos e signos do cuidado, foram demonstrados pelas escolares.

O cuidado de enfermagem sob a perspectiva dos escolares foi demonstrado como fortemente associado a procedimentos invasivos; um cuidado eminentemente técnico, onde o “fazer” predomina; associado à procedimentos relacionados ao tratamento da doença, como é descrito no modelo assistencial centrado na patologia da criança. Estas características referidas pelas escolares apontam para o fato que o cuidado de enfermagem ainda se encontra profundamente influenciado por esse modelo assistencial, ainda muito presente nas unidades de pediatria.

Diante disso, pode-se refletir sobre a construção de um referencial de cuidado na área pediátrica que não seja oriundo apenas do conhecimento das enfermeiras, baseado em suas perspectivas do que venha a ser o cuidado pediátrico, mas do cuidado sob a perspectiva das crianças.

A visão profissional do cuidado é importante, todavia ela se baseia na percepção do profissional sobre a necessidade da criança; é uma visão unidirecional. Quem vive o cuidado, quem é sujeito do cuidado, é capaz de dizer o que necessita. Então não se trata de descartar a visão profissional, ou colocá-la como um aspecto acessório, mas trata-se de aliar necessidades, de entrelaçar perspectivas. Deve-se buscar um referencial de cuidado que dê voz ao profissional, associada à voz da criança, do sujeito, da razão de ser do cuidado pediátrico.

Desta forma, retorno às experiências descritas no início deste estudo, quando diante de uma criança internada que certa vez me disse que gostaria de me levar para casa depois de sua alta, contanto que fosse para brincar e não para “furar”. Desse episódio surgiram minhas inquietações, meus questionamentos sobre o que seria o cuidado prestado pela enfermagem pelo olhar da criança. Minhas indagações foram respondidas pelas representações das escolares.

Por outro lado, as representações não servem para cessar minhas indagações. Na realidade abre novas questões para mim e creio também, para os profissionais. Esses são conceitos do cuidado de enfermagem sob a perspectiva das escolares. Espero que as enfermeiras utilizem esses conceitos para promover uma assistência à criança que se baseie não só na perspectiva profissional, mas que também contemple o ponto de vista da criança. Acredito que essa assistência será muito mais adequada e a internação pediátrica se tornará um evento muito menos traumático para a criança do que ainda é descrito na atualidade.

Nesse momento, devo declarar o grande desafio de mergulhar num mundo desconhecido de uma área de conhecimento, a educação para apreender conceitos e trazê-los para a prática assistencial da enfermagem no espaço do hospital. Espero que o referencial Vygotskiano possa vir a ser mais utilizado nos estudos da área da saúde, sobretudo, na área de enfermagem.

Enfim, essa é a minha contribuição para a saúde das crianças brasileiras.

## 6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.A. LAVENA M.J. Sondagem gástrica e enteral. In CASTELLI, M. et al. **Enfermagem no CTI**. São Paulo: Roca, 1998, Cap.10, p.200-2004.

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

AMARANTE, S.T.;YANESE, M. Impressos. In CASTELLI, M; LACERDA, D.P.D.; CARVALHO, M.H.R. **Enfermagem no CTIP**. São Paulo: Roca, 1998.Cap.6 , p.49-65.

ANGELO, M. Hospitalização: Uma experiência ameaçadora. In STEINER, F., **Quando a criança não tem vez. Violência e Desamor**. 1.ed.São Paulo: Pioneira,1986.

BALDINI, S.M.; KREBS, V.L.J. A criança hospitalizada. **Pediatria**. V3, n.21, 1999.

BOARD, R. School-age children ´s perceptions of their PICU hospitalization. **Pediatric nursing**. V.31, n.3, may / june, 2005.

BORDENAVE, D. E. J. **O que é comunicação**. 1.ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BOYD, J.R.; HUNSBERGER.M. Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: their perceptions and suggested interventions. **Journal of pediatric nursing**. V.13 n.6. december, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº.41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/95)

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 1996. Informe Epidemiológico do SUS, v.5, n 2, abr/jun. 1996.

CAMON, V. A. A. **Psicologia hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Traço, 1984.

CARVALHO, A.M., BEGNIS, J.G. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**. Maringá. V.11, n.1, 2006, p.109-117.

CASTELLI, M; et al. **Enfermagem no CTIP**. São Paulo: Roca, 1998.

CASTORINA, J.A. ET AL. **Piaget - Vygotsky: novas contribuições para o debate**. 6.ed. São Paulo: Ática, 2002.

CAVALCANTI, S.M.M. ET AL Estudo comparativo da prevalência de Staphylococcus Aureus importado para as unidades de terapia intensiva de hospital universitário, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.9, n.4, 2006, p.436-446.

CHENG, S.F. ET AL . A qualitative inquiry of Taiwanese children's pain experiences. **Journal of nursing research**.v.11, n. 4 , 2003.

CIBREIROS, S. A. **A comunicação do escolar por intermédio dos brinquedos: um enfoque para a assistência de enfermagem nas unidades de cirurgia pediátrica**. 2000 Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

COYNE, I. Children,s experiences of hospitalization. **Journal of child health care**. v.10, n.326, 2006.

DAVIS, C. Piaget ou Vygotsky: uma falsa questão.In Lev Semenovich Vygotsky. Uma educação dialética. **Revista memória da pedagogia**, Rio de Janeiro, v.2, p.38-49, 2005.

ELSEN, I.; PATRICIO,Z.M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. In SCHMITZ,E. M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. 1ª.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

FERNANDES, A.T. et al. Serviço de controle de infecção hospitalar. In CASTELLI, M; et al. **Enfermagem no CTIP**. São Paulo: Roca, cap.8 , p.77-80, 1998.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLEITAS, J.D. **To tell you the truth**: children reflect on hospital care. Issues in comprehensive pediatric nursing. V.20, n.4, oct/dec, 1997.

FORSNER , M.; et al. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. **Journal of child health care**. v.9,n.153, 2005.

GONÇALVES, C.F.; VALLE, E.R.M. O significado do abandono escolar para a criança com câncer. **Acta Oncológica Brasileira**-on line-art07/99. acesso em 23 de agosto de 2006.

GONÇALVES, M.F.C. Representação e faz -de-conta na educação infantil: entendendo os processos de desenvolvimento da criança. In: UTSUMI, M.C. **Entrelaçando saberes** – Contribuições para a formação de professores e as práticas escolares. Florianópolis: Insular, p.71-91. 2002

GONZAGA, M.L.C.; ARRUDA,E.N.. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.5,p.17-26, dez, 1998.

KISHIMOTO, T. M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. São Paulo: Cortez, 1996

LIMA, F.T. Classe hospitalar do hospital das clínicas. Disponível em: <http://inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/20experiencias2003/SAOPAULO.UniversidadedeSaoPaulo.pdf>. acesso em 10/05/2007

LIMA, M.M. **Considerações em torno do conceito de estereótipo: uma dupla abordagem**. Aveiro.2000.Disponível:<http://sweet.ua.pt/~mbaptista/consideracoes%20em%20Otorno%20do%20conceito%20de%20esterotipo.pdf>. Acessado em 7 set.2007.

LUNARDI FILHO,W.D. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. **Série Teses em Enfermagem**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária.2000.

MARIA, E. B.S.; GUIMARÃES, R.N.; RIBEIRO, C.A..O significado da medicação intratecal para a criança pré-escolar, expresso em sua brincadeira.

**Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.3, p.268-76, set/dez.2003.

MARTINS, M.R. ET AL. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. . **Rev Latino-Am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.9, n.2, mar, 2001.

MELLO, D. F. et al. A atualização da técnica de videogravação em investigação de enfermagem em saúde da criança. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v.56, n.2, p.175-177, mar/abr. 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6 ed., São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MIRON, J. What children think about hospitals. **Can. Nurse**, v.6, p.23-25,1990.

OLIVEIRA, H. **A enfermidade na infância: Um estudo sobre a doença em crianças hospitalizadas**. 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Pediátrica) Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 1991.

OLIVEIRA, H. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Cad. Saúde Pública**. v.9, n.3 , jul./set. 1993.

OLIVEIRA, H. Ouvindo a criança sobre a enfermidade e hospitalização. In: CECCIM, R.B., CARVALHO, P.P.A. **A criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida.**: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto alegre 1997

OLIVEIRA, M.K. **Vygotski. Aprendizado e desenvolvimento**. Um processo sócio-histórico, 4ed. São Paulo: Scipione, 1998

OLIVEIRA, S. S. G.; DIAS, M. G. B. B.; ROAZZI, A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01027972200300010003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01027972200300010003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 de ago. 2006.

OLIVEIRA, T. ET AL. O imaginário infantil sobre a hospitalização-um estudo sobre indicadores de cuidado em pediatria **Rev Soc. Bras. Enferm.Ped.** v.3,n.2,p.97-108, dez.2003

PELANDER,T.; KILPI, H.L. Quality in pediatric nursing care: children's expectations. **Issues in comprehensive pediatric nursing**. v.27, p.139-151, 2004.

PETERLINI, M.A.S., CHAUD, M.N. e PEDREIRA, M.L.G. Órfãos de terapia medicamentosa: a administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas. **Rev Latino-Am Enfermagem**.Ribeirão Preto, v.11, n.1, jan./fev., 2003.

PHILLIPS, L.D. **Manual de Terapia Intravenosa**, 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PINO, A. Cultura e desenvolvimento humano. **Revista memória da pedagogia**, Rio de Janeiro, v.2 , p.14-21, 2005.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. 1ed. São Paulo: Cortez, 1989.

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**, 3.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAPPAPORT, C.R. ET AL. **A idade escolar e a adolescência**.São Paulo: Pedagógica e Universitária , 1982.

REGO, T.C. Ensino e constituição do sujeito. **Revista memória da pedagogia**, Rio de Janeiro, v.2, p.58-67, 2005.

SAAR,S.R.C.; TREVIZAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. . **Rev Latino-Am Enfermagem**.Ribeirão Preto, v.15, n.1, jan./fev., 2007. disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). acesso em 2 set 2007.

SCHMITZ,E. M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**.1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

SOARES, V.V; VIEIRA,L.J.E.S. Percepção de crianças hospitalizadas sobre a realização de exames. **Revista da Escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v.38, n.3, p.298-306, 2004.

SOUZA, S.V. et al Expressão da emoção por meio de um desenho de uma criança hospitalizada. *Psicologia em estudo*. Maringá, v.8 , n.1, p.101-109,2003

STACCIARINI, J.M ET AL. Quem é o enfermeiro? **Revista eletrônica de enfermagem**.(on line). Goiânia, v.1,n.1,out-dez.1999. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/>. Acesso em 7 set.2007.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A Pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERISSIMO, M. de La O. R. A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.25, n.2 , p.153-68, go.1991.

VIEIRA, M.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**., Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692002000400013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000400013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 ago 2006.

VYGOTSKY,L.S.;LURIA,A.R.;LEONTIEV,A.N. **Linguagem, Desenvolvimento e aprendizagem**.7.ed.São Paulo: Ícone, 2001.

\_\_\_\_\_. **Psicologia Pedagógica** 2ed. São Paulo: Martins Fontes , 2004.

\_\_\_\_\_. **Pensamento e linguagem**. 2ed. São Paulo: Martins Fontes,1999.

\_\_\_\_\_. **A formação social da mente**. 6ed. São Paulo: Martins Fontes , 1998

WALDOW,V.R.; LOPES,M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar**. Maneiras de ensinar. A enfermagem entre a escola e a prática profissional. 1ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WONG, D.L. **Enfermagem Pediátrica**. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

## 7. ANEXOS

## ANEXO I

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável pelo escolar

A criança, sob sua responsabilidade, foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: O cuidado sob a perspectiva do escolar hospitalizado: subsídios para a enfermagem pediátrica, que tem como objetivos: descrever os mediadores presentes nos cuidados relatados pelos escolares; analisar os conceitos espontâneos de cuidado na perspectiva do escolar; e discutir as implicações acerca desses conceitos espontâneos de cuidado para enfermagem. De autoria de Sylvia Alves Cibreiros (tel: 22649295/e-mail: sylviaal@gbl.com.br), doutoranda da escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo como orientadora a Prof. Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira (tel:33966193).

As respostas da criança serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo; e será utilizado um pseudônimo (apelido) para impedir sua identificação. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas da área de enfermagem e áreas afins.

A participação da criança é voluntária e a autorização de seu responsável também, isto é, a qualquer momento, a criança pode desistir de participar da pesquisa e/ou a (o) senhora (or) pode retirar seu consentimento para a participação da criança, o que será prontamente atendido. A recusa da criança e/ou sua a continuar participando/autorizando a participação no estudo, não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou no tratamento da criança na instituição.

A participação da criança nesta pesquisa consistirá em participar de uma dramatização, ou seja, de uma brincadeira de faz-de-conta, onde estarão participando mais três crianças, representando os papéis de enfermeiro, médico, criança internada e seu acompanhante, que versará sobre situações vivenciadas pelas crianças durante sua internação na unidade de pediatria. Esta dramatização será filmada, porém estas imagens apenas servirão para a pesquisadora analisar as falas e a atuação das crianças durante a dramatização. As fitas onde estarão registradas as filmagens serão destruídas após o término da pesquisa, e as imagens não serão divulgadas sob qualquer hipótese. Será feita também uma observação da dramatização pela pesquisadora, a fim de que se registre através da escrita em um caderno, as observações mais importantes relativas à atuação e falas das crianças durante a dramatização, para serem usadas como dados para a pesquisa. Da mesma forma que a filmagem, os registros também terão caráter confidencial, e serão destruídos após o término da pesquisa.

A criança ou a/o senhora (or) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

A participação da criança na pesquisa não oferecerá nenhuma espécie de risco para o mesmo(a). Os benefícios relacionados com a

participação do (a) criança serão: demonstrar seu entendimento à respeito do cuidado prestado pela equipe de enfermagem que fornecerá informações importantes e necessárias para a equipe de enfermagem em seu planejamento e execução dos cuidados, que levem em conta não somente os aspectos detectados pela equipe como necessidade de cuidado para o mesmo, mas que também considere os aspectos positivos e/ou negativos destes cuidados sob o ponto de vista da criança. Isto levará a melhoria do cuidado fornecido às crianças internadas.

A senhora (or) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone /e-mail e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas, ou pedir esclarecimentos sobre o projeto e a participação do(a) menor, agora ou a qualquer momento.

Rio de Janeiro:

---

---

Nome a assinatura do pesquisador

---

---

Nome e assinatura do responsável

## ANEXO II

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o escolar

Você foi escolhido e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: O cuidado sob a perspectiva do escolar hospitalizado: subsídios para a enfermagem pediátrica, que tem como objetivos: descrever os mediadores presentes nos cuidados relatados pelos escolares; analisar os conceitos espontâneos de cuidado na perspectiva do escolar; e discutir as implicações acerca desses conceitos espontâneos de cuidado para enfermagem. Esta pesquisa é de minha autoria, sou enfermeira e professora, me chamo Sylvia Alves Cibreiros (tel: 22649295/e-mail: sylviaal@gbl.com.br), e estudo na escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo como orientadora da minha pesquisa, a Prof. Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira.

Nada do que você disser ou fizer durante a sua participação na pesquisa, será mostrado ou falado para outras pessoas; seu nome não irá aparecer na pesquisa, será utilizado um apelido, escolhido por você. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas da área de enfermagem e áreas afins.

Sua participação dependerá somente de sua vontade, e da autorização de seu responsável também, mas se você durante a pesquisa, você quiser desistir de continuar participando, é só falar para mim e você poderá sair na mesma hora. Ninguém ficará aborrecido com você, nem nada de ruim acontecerá por causa disso. Você apenas participará se você quiser.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma brincadeira de faz-de-conta, onde irão brincar mais três crianças, representando os papéis de enfermeiro, médico, criança internada e seu acompanhante, onde você brincará sobre situações vivenciadas por você durante sua internação na unidade de pediatria. Esta brincadeira será filmada, mas eu não irei mostrar essas imagens à ninguém. Eu irei observar a brincadeira do faz-de-conta e farei algumas anotações sobre as falas das crianças, para serem usadas como análise de dados para a minha pesquisa, mas estas anotações também não serão mostradas a ninguém.

Sua participação na pesquisa não oferecerá nenhuma espécie de risco, você apenas irá brincar de faz-de-conta com outras crianças.

Para participar é necessário que você coloque seu nome neste papel, que ficará comigo e darei uma cópia para você. Qualquer dúvida sobre esta pesquisa, você pode me perguntar, ou mesmo ligar para mim. Meu telefone é 22649295.

Rio de Janeiro:

---

---

-

---

Nome e assinatura do pesquisador

---

-

---

Nome e assinatura da criança



## Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

**Título do Projeto:** O cuidado sob a perspectiva do escolar hospitalizado: subsídios para a enfermagem pediátrica

**Pesquisador Responsável:** Silvia Alves Cibreiros

**Data da Versão:** 16/05/2006

**Cadastro:** 22/06

**Data do Parecer:** 02/05/2006

**Grupo e Área Temática:** III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

### Objetivos do Projeto

descrever as relações mediadoras presentes no cuidado de enfermagem relatados pelos escolares;  
 analisar os conceitos do cuidado de enfermagem na perspectiva do escolar;  
 discutir as implicações acerca dos conceitos de cuidado de enfermagem para escolar durante a hospitalização.

### Sumário do Projeto

Análise qualitativa do cuidado por avaliação de dramatizações, realizadas por escolares paciente hospitalizados, referentes ao processo de internação hospitalar e cuidados recebidos. Através desta análise dar subsídios a enfermagem pediátrica.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras Instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

#### Comentários sobre os itens de identificação

Introdução	Comentário
vide sugestões.	Comentários sobre a Introdução
Objetivos	Adequados
	Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delimitação	Adequado
Tamanho de amostra	Total 12 Local 12
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa qualitativa)
Participantes pertencentes a grupos especiais	Menores de 18 anos
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crerios de inclusão e exclusão	Comentário
Relação risco-benefício	Não se aplica
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Não se aplica
Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Comentário
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

PROJ. Nº	196/96
POLINA Nº	25
AS. SDE	2/20

Comentários sobre os Itens de Pacientes e Métodos

1- Delineamento:

Cronograma	Comentário
Data de início prevista	06/06
Data de término prevista	00
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Cronograma: .

Referências Bibliográficas	Adequadas
----------------------------	-----------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

1. Atende os dispositivos da resolução 196/96.
2. Sugestões: Rever a introdução uma vez que o texto apresentado incorpora não apenas a introdução como marco teórico, mas também uma apresentação pessoal. Sugere-se ainda a possibilidade de incluir uma justificativa na qual a pesquisadora poderá expor estes itens retirados do texto introdutório com suas expectativas quanto a contribuição do trabalho.

# 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](#)