

Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem*

DIMENSION OF NURSING AND FAMILY CARE TO HOSPITALIZED CHILDREN: CONCEPTIONS OF NURSING

DIMENSIÓN CUIDADORA DE LA ENFERMERÍA Y DE LA FAMILIA EN LA ASISTENCIA AL NIÑO HOSPITALIZADO: CONCEPCIONES DE LA ENFERMERÍA

Erika Acioli Gomes Pimenta¹, Neusa Collet²

RESUMO

A dimensão e o modo de participação da família, no cuidado à criança hospitalizada, tem sido tema de estudo da enfermagem. O objetivo desta pesquisa foi analisar como está delineada a dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com a equipe de enfermagem de um hospital-escola, por meio de entrevista semiestruturada. A organização dos dados pautou-se na análise temática. Os resultados apontam que o trabalho realizado pela enfermagem está centrado em procedimentos; que a interação com a criança e sua família é tangencial no processo de cuidar; e que a família tem dividido cuidados com a equipe mas não tem sido compreendida como co-participante, tampouco incluída na perspectiva do cuidado. Defende-se que a criação de vínculo pode promover uma lógica do processo de trabalho, na perspectiva da integralidade e resgate da dimensão cuidadora da enfermagem.

DESCRITORES

Cuidados de enfermagem.
Enfermagem pediátrica.
Criança hospitalizada.
Família.
Relações profissional-família.

ABSTRACT

Family participation in the care of a hospitalized child, both regarding its forms and dimension, has been a theme of study in nursing. The objective of this study was to analyze the organization of both nursing care and family care to the hospitalized child. This qualitative research was performed using semi-structured interviews with nursing staff of a school-hospital. Theme analysis was used to guide data organization. The results show that nursing care focuses on procedures. Interaction with the children and their family is tangential to the caring process. Families have shared responsibilities with the staff but have not been recognized as a co-participant or been included into the caring perspective. Efforts should be made to create bonds to promote a logic regarding the process of work within the integrality perspective and to rescue the caring dimension of nursing.

KEY WORDS

Nursing care.
Pediatric nursing.
Hospitalized child.
Family.
Professional-family relations.

RESUMEN

A dimensión y el modo de participación de la familia, en el cuidado al niño hospitalizado, ha sido tema de estudios de la enfermería. El objetivo de esta investigación fue analizar como está delineada la dimensión cuidadora de la enfermería y de la familia en la asistencia al niño hospitalizado. Se trata de una investigación cualitativa, realizada con el equipo de enfermería de un hospital escuela, por medio de entrevistas semiestruturadas. La organización de los datos se orientó por el análisis temático. Los resultados apuntan que el trabajo realizado por la enfermería está centrado en procedimientos. La interacción con el niño y su familia es tangencial en el proceso de cuidar. La familia ha dividido los cuidados con el equipo y no ha sido entendida como copartícipe, también no ha sido incluida en la perspectiva del cuidado. Defendemos que la producción de un vínculo puede promover una lógica del proceso de trabajo en la perspectiva integradora y rescatar la dimensión cuidadora de la enfermería.

DESCRIPTORES

Atención de enfermería.
Enfermería pediátrica.
Niño hospitalizado.
Familia.
Relaciones profesional-familia.

* Extraído da dissertação "Concepções da Equipe de Enfermagem acerca do seu processo de trabalho no cuidado à criança hospitalizada e à sua família". Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, 2007. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Campina Grande. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. João Pessoa, PB, Brasil. erikaacioli@hotmail.com ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da disciplina de Enfermagem em Clínica Pediátrica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. ncollet@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A participação da família, no cuidado à criança hospitalizada, tem sido tema de estudo da enfermagem no que concerne à dimensão e ao modo como essa participação tem se dado no cotidiano assistencial. Desde a implantação do Alojamento Conjunto Pediátrico (ACP) no país, a partir da regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽¹⁾ que, em seu artigo 11, garante a permanência em período integral de um acompanhante durante a hospitalização infantil, as unidades pediátricas vêm sofrendo um processo de reorganização de suas práticas. A inserção da família no hospital modifica a estrutura de organização do processo de trabalho, o que requer dos profissionais uma compreensão acerca da dinâmica das relações interpessoais⁽²⁾.

Não houve, na prática, um preparo profissional para lidar com essas modificações e muitos profissionais não entendem como deve acontecer a participação da família durante a hospitalização, o que tem gerado conflitos⁽³⁾. Por não entenderem claramente os motivos que levaram a família para dentro do hospital, nem qual a dimensão da sua participação no cuidado, as relações entre a equipe de enfermagem e a família no ambiente hospitalar tem sido, ao longo de muitos anos, conflituosa⁽³⁻⁴⁾.

Com a inserção da família no hospital, o objeto de cuidado da enfermagem é ampliado para o binômio criança-família, desencadeando a necessidade de novos instrumentos de trabalho para dar conta dessas novas características da prática assistencial^(2,5). Os profissionais precisam entender que o cuidado à criança não deve ser desvinculado da família e das suas necessidades⁽³⁾.

Entretanto, a família, que deveria ser incluída na perspectiva do cuidado, passa a realizar cuidados à criança durante a permanência hospitalar. Com isso, iniciou-se um processo de reorganização na prática da enfermagem. A entrada do acompanhante e o seu envolvimento no processo de cuidar exigem uma reflexão cotidiana dos agentes do cuidado, pois o advento do ACP trouxe questões não bem definidas na assistência à criança hospitalizada⁽²⁾. Embora o ECA garanta a permanência de um acompanhante durante toda a hospitalização infantil, não houve legalmente determinação de limites para essa permanência, sendo assim, como não se sabia de que modo deveria acontecer a participação da família, essa foi sendo constituída à mercê da compreensão de cada profissional⁽⁶⁾. Embora tenha se passado quase duas décadas, na atualidade, a família no hospital é apresentada, algumas vezes, como um óbice para o desenvolvimento do cuidado. Entretanto, a presença do acompanhante não é mais um desconforto para os profissionais, como fora no início do ACP, pois, ao longo de dezessete anos, houve superação da concepção de que a família era fiscalizadora dos cuidados.

Ainda que a participação da família nos cuidados não seja uma situação regulamentada, a mesma desempenha tarefas e atos em saúde junto à criança durante a hospitalização. A falta de reconhecimento desse fato, desde a implantação do ACP, fez com que equipe de enfermagem e família se esquivassem de uma relação aberta e vivessem uma relação silenciosa e implícita de poder, na qual a família foi assumindo as ações do cuidado à criança, de responsabilidade da enfermagem. As ações de imposição e poder ainda permeiam as relações da família e da equipe no âmbito hospitalar^(2,6), não existindo uma negociação entre essas partes quanto ao cuidado à criança.

Nas duas últimas décadas, a equipe de enfermagem tem vivido transformações no seu cotidiano assistencial, pois o ACP alterou a dinâmica do seu trabalho. Desde então, novos instrumentos passaram a ser utilizados pelos profissionais, alterando, também, a finalidade da assistência. Na atualidade, o ACP apresenta um novo desenho em relação à permanência da família no ambiente hospitalar e a preocupação tem se voltado à dimensão da participação da família no cuidado. Por não existir, até o momento, um delineamento desse envolvimento, essa construção tem se dado no cotidiano da prática assistencial.

O envolvimento familiar, na assistência à criança hospitalizada, precisa ser trazido ao debate para que as discussões suscitadas possam contribuir para a construção da integralidade da atenção à criança e sua família no hospital. Ao ser envolvida no cuidado, a família tem o direito de conhecer o projeto terapêutico proposto para seu filho e de ser instrumentalizada acerca do processo de hospitalização, para que tenha condições de enfrentá-lo⁽⁵⁾.

A inserção da família no hospital modifica a estrutura de organização do processo de trabalho, o que requer dos profissionais uma compreensão acerca da dinâmica das relações interpessoais.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa foi analisar como está delineada a dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. As metodologias de pesquisa qualitativa são

aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas⁽⁷⁾.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e tendo um planejamento bastante flexível⁽⁸⁾. *As pesquisas descritivas têm como objetivo pri-*

mordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno⁽⁸⁾.

Inicialmente, procedemos ao levantamento bibliográfico sobre o tema em estudo, a fim de identificarmos o conhecimento produzido até o momento. A pesquisa de campo foi realizada no período de abril a junho de 2007 no Hospital Universitário Lauro Wanderley, situado na capital João Pessoa, Estado da Paraíba, instituição do setor terciário da saúde, referência para procedimentos complexos. A pesquisa teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, atendendo à Resolução Nº 196/96 do Ministério da Saúde, com o protocolo de Nº 0003/2007. A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semi-estruturada, balizada por três questões: o que você *pena* sobre a forma como você tem desenvolvido o seu trabalho na assistência à criança hospitalizada? Quais cuidados a Enfermagem tem realizado na assistência e quais cuidados a família tem realizado? Que implicações têm essa forma de prestar assistência para o trabalho da Enfermagem? A entrevista foi gravada, após autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa. Participaram deste estudo doze profissionais da equipe de enfermagem (auxiliares de enfermagem e enfermeiras), que atenderam aos critérios de inclusão, a saber: ter vínculo profissional por concurso público e atuar na unidade pediátrica há mais de um ano. A organização e interpretação dos dados seguiu os fundamentos da análise temática na qual o pesquisador deve esclarecer para si o contexto das entrevistas ou dos dados coletados, reler ou ouvir diversas vezes os textos ou as falas a fim de apreender seu objeto de estudo⁽⁷⁾.

Os procedimentos de análise foram realizados a partir de uma organização dos dados englobando o conjunto do material coletado, no caso as entrevistas. Em um primeiro momento, transcrevemos as entrevistas gravadas a fim de procedermos a uma primeira organização dos relatos em determinada ordem. Iniciando-se um primeiro agrupamento por temáticas. Posteriormente, realizamos a leitura exaustiva e repetida dos textos, fazendo uma relação interrogativa com eles para apreendermos as estruturas de relevância. Em seguida, a partir das estruturas de relevância, processamos o enxugamento do agrupamento, reagrupando os temas mais relevantes para realizarmos a análise final.

Na apresentação do texto, os sujeitos da pesquisa serão apresentados da seguinte forma: (E1, AE) correspondendo à entrevista de número 01 realizada com auxiliar de enfermagem e (E3, E) relativa à entrevista de número 03 realizada com enfermeira e assim sucessivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem à criança hospitalizada tem apresentado características peculiares resultantes do modelo do ACP, o qual tem desencadeado importantes modificações na organização do trabalho dos profissio-

nais⁽²⁾. O ACP foi um agente transformador no trabalho da enfermagem pediátrica, de modo que, desde o início desse advento, os profissionais parecem não ter conseguido, de maneira geral, reorganizar o seu processo de trabalho. Há quase duas décadas, a família foi inserida no hospital como acompanhante e o delineamento que tem sido dado ao trabalho da enfermagem pediátrica desde o ACP, sua adaptação e forma de participação no cuidado à criança, é um processo que vem se constituindo na prática assistencial. Isso implica na ampliação do objeto de trabalho, o que requer alterações nos instrumentos de trabalho e na finalidade a ser atingida. Contudo, percebe-se que essas mudanças ainda não foram apreendidas em sua totalidade pelos profissionais. A família foi inserida no hospital com o propósito de ser agente minimizador do sofrimento da criança frente à hospitalização, entretanto, tem sido realizadora de cuidados.

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

Na prática assistencial, a equipe de enfermagem tem compartimentalizado tarefas com a família, assumindo procedimentos considerados mais complexos, devido à exigência de conhecimento especializado para sua realização.

A gente (a enfermagem) faz os cuidados de administrar a medicação, a enfermagem administra toda a medicação, punção as veias, a questão dos soros é com a enfermagem, nebulizações, curativos (E5, AE).

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

a equipe de enfermagem tem ficado com procedimentos, com punção, com administração de medicamentos, passagem de sonda e, muitas vezes, têm se limitado a essas questões dos procedimentos (E3, E).

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

[...] você cuidar de todos os sinais vitais, como você sabe que compete a gente. Os cuidados corporais [...] dar apoio psicológico aos familiares [...] a gente sempre procura fazer todas elas (dietas por sonda) dentro dos horários, feita por nós mesmas (E1, AE).

As questões, relacionadas ao âmbito psicológico e emocional da criança e de sua família, aparecem superficialmente nos depoimentos das profissionais, entre os proce-

dimentos realizados pela equipe. O aspecto psicológico, que envolve a hospitalização infantil tem sido negligenciado pelas profissionais da enfermagem, os sentimentos e o sofrimento do binômio são, muitas vezes, despercebidos por essas trabalhadoras que têm se restringido a realizar técnicas.

Assim ajuda a dar um banho num bebezinho, às vezes, a criança tá com soro, a gente também ajuda, manda elas (as mães) segurarem o soro e a gente vai dar o banho, ou ao contrário [...] curativo, dá a alimentação, dá remédio, medicação, faz nebulização (E9, AE).

Quando são questionados acerca da frequência com que fazem determinados procedimentos, os sujeitos da pesquisa não conseguiram explicitar, levando a crer que esses cuidados não têm sido realizados pela enfermagem no cotidiano, senão esporadicamente. Quando questionadas a respeito da última vez que realizou um cuidado de higiene (banho) a auxiliar de enfermagem afirma:

Na verdade, foi uma criança que já saiu de alta [...]. Uns dias, uma, duas semanas (E9, AE).

Os relatos das atividades no ACP estão condicionados a [...] cuidados, higienização, que seria o banho, mudança de decúbito (E1, AE).

Não obstante, em relação ao tempo em que realizou:

Mais ou menos assim, foi no início, no fim, no início desse mês. Foi agora há pouco, acho que tá fazendo mais ou menos 15 dias (E1, AE).

A equipe de enfermagem tem realizado um cuidado centrado em tarefas, enfoque que compreende ser de sua competência. No entanto, algumas profissionais não conseguiram relatar uma vivência recente junto ao paciente, nem à sua família. O cuidado a que se referiram tem como finalidade a cura da doença. Assim, as profissionais estão cada dia mais distantes do binômio criança-família e, portanto, de suas necessidades. O suporte à família é esporádico e superficial. As profissionais têm permanecido tão afastadas da criança, à exceção do horário da medicação, que mal conseguem lembrar-se que passam de duas a três semanas sem realizar cuidados como: higiene, banho, alimentação. A realização desses atos pelo acompanhante é um acontecimento institucionalizado na unidade em estudo, tornou-se rotina e é aceito por todos de forma acrítica e *natural*. Muitas ações, antes realizadas pela enfermagem, hoje são entendidas, pelas profissionais, como sendo de competência da família.

Assim, os cuidados têm sido realizados, quase em sua totalidade, pela família. A equipe de enfermagem parece não estar se dando conta da dimensão desse modo de organizar seu trabalho. Eventualmente, a família é incluída na perspectiva do cuidado de enfermagem na concepção dessas profissionais e, pontualmente, algumas necessidades da família são referidas nas falas dos sujeitos deste estudo como uma questão que deve ser reconhecida e atendida no ambiente hospitalar.

Converso com as mães das crianças [...] qualquer coisa: peça à gente se quiser alguma coisa, se precisar. Até pra ela mesmo, às vezes, não tem, falta alguma coisa, algum remédio, tá com dor de cabeça, não custa nada: *enfermeira eu tô com dor de cabeça, menstruei agora e tô sem dinheiro, dá pra arrumar um absorvente?* E isso faz parte, é natural de todo mundo [...] Tratar bem, respeitar, tá doente, vamos levar pra o médico medicar, conversar, dar uma palavra de conforto, tudo isso é bom (E10, AE).

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

O cuidado solidário é percebido pelo vínculo, interesse, contato, diálogo, suporte, apoio, ser presença, ouvir, pela empatia, transmissão de confiança e esperança. O cuidado solidário se estabelece pelo trabalho multiprofissional, preparo da equipe, conhecimento, disponibilidade, respeito pelo outro⁽⁹⁾.

A criação de vínculos, entre a equipe e a família, pode contribuir para que esse cuidado se realize na prática assistencial. Quando a família está bem, a criança tem mais probabilidade de recuperar-se melhor ou sofrer menos:

Se o acompanhante não tá bem, a criança não tá bem, se a mãe não tá bem, o filho não vai tá bem, tem que ver muito esse lado assim do acompanhante (E11, AE).

O acompanhante representa segurança para a criança. Quando o binômio está sofrendo, a recuperação da criança se torna difícil.

De modo geral, o acompanhante não tem sido objeto de cuidado e é visto como um realizador de cuidados. A presença da família, no hospital, tem se restringido a cuidar da criança. Em muitos casos, a família sequer sabe o diagnóstico da patologia do filho, mesmo após a alta hospitalar, mas, durante toda a sua estada, realiza cuidados. A família não tem sido co-partícipe do cuidado, mas essencialmente a cuidadora. A equipe de enfermagem tem delegado ao acompanhante, atividades atribuídas anteriormente à sua prática profissional⁽²⁾. Dessa forma, a família tem sido conduzida a cuidar da criança enferma e hospitalizada e as suas condições não têm sido levadas em consideração. Aspectos relevantes nessa forma de participação da família, como as suas necessidades, o seu desejo, e seu sofrimento não têm sido valorizados durante o processo de hospitalização da criança⁽¹⁰⁾.

A doença e o processo de hospitalização alteram a dinâmica intra-familiar, portanto, a assistência à criança hospitalizada sobremaneira requer dos profissionais ações balizadas pela atenção, acolhimento, criação de vínculos.

A prática pautada em técnica é reconhecida como sendo sempre um trabalho de rotina (E4, AE).

O cuidado tecnicista vai se repetindo no dia-a-dia e os profissionais se adaptam a realizar tarefas, acriticamente. Assim, institucionalizam um processo contraditório das relações entre os sujeitos envolvidos, que nada tem de *natural* e, embora realizem o trabalho desse modo, reconhecem que as ações da enfermagem devem ir para além do que tem sido implementado na prática assistencial.

É muito importante você ouvir [...] tem tantas coisas que eles (crianças e acompanhantes) querem dizer e, às vezes não tem ninguém que queira escutar, então a gente esqueceu muito essa parte, até de humanização, a gente fala tanto de humanização que, mas a gente esquece o que é realmente humanização. Humanização não é só medicação, não é só um banho no leito, não é só esse tipo assim de procedimento ligado só a enfermagem, eu acho que a enfermagem está muito bitolada só a isso. E que está deixando muito assim [...] o tocar também no paciente. A gente tá deixando muito, até eu mesma. Porque a gente vê que aquele paciente tá com acompanhante [...] então a gente tá se bitolando muito só à medicação (E11, AE).

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

Às vezes, você tá sem fazer nada, você poderia muito bem ir lá e ajudar a dar um banho numa criança, auxiliar numa limpeza, numa higiene. Às vezes, você se acomoda, ou porque tá cansada, ou porque tá com preguiça, ou porque não quer, isso ocorre muito com a gente, mas que temos a obrigação de fazer temos. Isso é uma evidência, né? E tá dentro dos cuidados de enfermagem. São essas coisas que eu acho que a gente deveria fazer (E10, AE).

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

A falta de um projeto terapêutico coletivo pode favorecer o comodismo dos trabalhadores, pois, não há uma

integração entre as necessidades dos grupos. Ações acontecem de acordo com os saberes de cada integrante da equipe em seu horário de trabalho. É possível que parte da equipe identifique determinados problemas, mas não há, em geral, encontros para trocas de saberes, discussões e aproximações, de modo que os problemas não são discutidos, nem as possíveis soluções são colocadas em prática. Nesse contexto, as necessidades da criança e de sua família não são tomadas como orientadoras da organização do trabalho da enfermagem.

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

Desde a chegada, da admissão, faz a admissão até a hora dele sair, de certa forma a gente está dando esses cuidados. Indo lá, admitindo, perguntando o que tem acontecido, verificando a temperatura, fazendo nebulização, essas coisas todas [...] punção venosa e troca de soro e, às vezes, eu pergunto, eu passo a visita assim, se está aceitando a dieta, está sentindo alguma coisa, se está fazendo cocô direitinho, xixi, essas coisas (E12, E).

O relato acima revela que as ações que vão além da enfermidade são consideradas pontualmente. A partir do momento em que necessidades fisiológicas são questionadas às vezes pelas profissionais, aponta-se uma desvalorização das mesmas, pois só são relevantes quando se tornam patológicas e passam a ser queixas.

Portanto, se a apreensão das necessidades consideradas básicas é pontual, as ações que vão além do cuidado ao corpo estão aquém do cotidiano do trabalho. A realização de ações humanizadas pautadas pelo diálogo e criação de vínculos são consideradas superficialmente, como instrumentos de trabalho da enfermagem

assim de cuidado mesmo com o paciente é conversar, é um cuidado também (E12, E).

O cuidado humanizado precisa ser revisto, na prática, a partir de discussões dessa natureza.

A assistência de enfermagem à criança hospitalizada e à sua família, no ACP, apresenta características singulares, o que tem sido para nós motivo de discussão, uma vez que o trabalho tem se organizado no cotidiano, a partir de regras criadas entre a própria equipe, nas quais a família não está envolvida nesse processo. A presença do acompanhante que, outrora, foi motivo de inquietação para os profissionais, hoje é assunto superado. A permanência constante do acompanhante durante a hospitalização infantil e a sua efetiva participação quando da realização de cuidados, são fatos que contribuíram para tal superação, a partir do momento em que a equipe reconhece que, com o ACP, a carga de trabalho da enfermagem diminuiu.

Embora não seja envolvida no processo, a família exerce um papel indispensável: a de cuidadora, pois, na ótica da enfermagem, ela tem uma relação de proximidade e confiança com a criança:

É até uma forma de ajudar a gente a realizar o procedimento com a criança (E 04, AE).

Entretanto, a relação de confiança já estabelecida entre a criança e a família tem sido um argumento usado pelos profissionais para não realizarem atividades de sua competência profissional, o que tem levado a equipe a se eximir do seu trabalho e atribuir à mãe muitos desses cuidados.

A família, por sua vez, tem realizado cuidados considerados simples e, muitas vezes, comparados aos domiciliares.

A família em si, ela tem realizado mais os cuidados com relação à higiene, à alimentação (E4, AE).

A concepção dos sujeitos desta pesquisa acerca da participação da família é de que esta dá segurança à criança e realiza cuidados. A presença da família no ambiente hospitalar é identificada a partir de diferentes aspectos, entre os quais, *realizadora de cuidados*⁽¹¹⁻¹²⁾.

A higiene corporal a mãe faz, eu oriento a mãe a fazer, a limpeza na boca, a limpar a mucosa oral, a pomadinha na genitália também deixo ela fazer [...] a nebulização eu peço pra mãe fazer (E2, AE).

• *Minimizadora do sofrimento da criança*⁽¹³⁾.

[...] a mãe junto da criança faz todo esse trabalho (banho, higiene), além de minimizar o sofrimento dela devido à hospitalização, porque está presente alguém com confiança do seu ambiente familiar, do seu amor maior que geralmente é a mãe e, passa pra ela a confiança. Está aqui nesse ambiente, mas tá de forma segura porque ela (a mãe) está presente (E2, AE).

• *Que além da realização de cuidados apreende as necessidades singulares da criança*⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

[...] elas (as mães) sempre se preocupam, assim, quando a dieta não vem [...] as mães sempre observam quando as crianças estão piorando, vezes por outras com o passar do tempo elas já conseguem relatar quando a criança passa muito tempo sem urinar, quando tá muito tempo sem defecar, então esse era um cuidado que era da gente e com a presença delas, elas tão também conseguindo fazer, que ajuda o serviço da gente (E4, AE);

O primeiro cuidado é que, o que ela (a criança) sente, ela (a mãe) corre logo pra avisar, pra comunicar a gente, esse é um dos primeiros cuidados que o acompanhante se preocupa (E12, E).

Contudo, os profissionais acreditam que a família está no hospital para realizar cuidados e que esta é uma condição intrínseca à sua permanência enquanto acompanhante. Afirmam que:

elas (as mães) já vem pra cá sabendo que vão cuidar, ter a obrigação de cuidar diretamente da criança, isso ela já sabe pra que vem (E2, AE).

Esse depoimento revela que a divisão de tarefas acontece de forma implícita e não há uma negociação do cuidado⁽⁶⁾.

As condições de saúde da criança devem ser levadas em conta quando da delegação de cuidados à família, pois o desvelo realizado no hospital geralmente difere daquele efetivado no domicílio.

A avó não tinha o menor jeito com a criança e tinha poucos dias que ela tava com a criança, não sabia, a menina tava com soro, com sonda, com um monte de coisa, complicada que só (E11, AE).

A enfermagem deve entender que a presença de cateteres, sondas, curativos, gera medo e insegurança na família, quando da realização dos cuidados no hospital. Os cuidados que a família presta no hospital não são semelhantes aos realizados em casa, pois as necessidades de saúde no contexto hospitalar são diferentes das necessidades do ambiente doméstico. Assim, os atos realizados no hospital com a criança enferma, por mais simples que possam parecer, tornam-se complexos, devido às condições de saúde da criança e exigem um cuidado ampliado, que o acompanhante, por diversas razões, não tem competência para oferecer. A família, antes de ser participante de atos em saúde, precisa ser envolvida no processo e instrumentalizada a realizar cuidados que se sinta em condições, a fim de se tornar co-partícipe do processo saúde-doença da criança.

Os agentes do trabalho, na assistência pediátrica, pressupõem que o acompanhante sabe o que deles é esperado. Desse modo, as relações interpessoais não contemplam a perspectiva da interação. A equipe de enfermagem só tem tido contato com o binômio ao realizar procedimentos que exigem a sua presença. Instrumentos de trabalho que envolvam a interação interpessoal não são utilizados por esses profissionais e, muitas vezes, são os acompanhantes que já estão no ACP, as pessoas responsáveis por dar informações relacionadas à organização do serviço na unidade, aos acompanhantes que chegam.

A família, de modo geral, não tem sido incluída na perspectiva do cuidado, nem como co-partícipe do cuidado, mas como um ajudante. A concepção da equipe é de que a família está no hospital para dividir tarefas e ajudar:

O acompanhante é alguém que ajuda bastante [...] deveria ser mais orientado nas coisas (E11, AE).

O diálogo, elemento que se mostra central nas ações em saúde, tem sido tangencial no cuidado à criança hospitalizada e sua família. Cabe apontar a relevância de o diálogo permear todos os encontros de cuidado. Os profissionais precisam interagir com o binômio e esclarecer suas ações, favorecendo as relações interpessoais⁽¹⁶⁾. O diálogo defendido não se restringe à obtenção de informações para um atendimento em saúde. O sentido do diálogo a ser es-

tabelecido entre profissional de saúde e usuário é aquele na perspectiva hermenêutica de fusão de horizontes,

isto é, de produção de compartilhamento, de familiarização e aproximação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser imprescindível que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados⁽¹⁷⁾.

Na unidade em estudo, a enfermagem não tem busca dessa aproximação com a família, que poderia ser feita por meio desse diálogo e, ainda, parece estar perdendo a dimensão do seu exercício profissional, na medida em que funda seu trabalho pela divisão de cuidados entre a equipe e a família.

Salientamos a necessidade de a enfermagem refletir sobre a dimensão do cuidado na assistência pediátrica, especialmente no que tange às necessidades ampliadas em saúde e que contemple a família na perspectiva do cuidado. É importante que os profissionais estejam alertas às necessidades que emergem nesse espaço e que envolvem a forma de organização das unidades pediátricas como um todo. Desse modo, a enfermagem buscará atender ao desafio de assistir ao binômio na perspectiva da integralidade^(2,18).

A assistência à criança hospitalizada e sua família requer, dos profissionais, ações pautadas pela atenção, acolhimento, vínculo e responsabilização, tendo a integralidade como eixo norteador da prática assistencial, a fim de reestruturar a organização tecnológica do processo de trabalho em uma perspectiva ampliada do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho da equipe de enfermagem em pediatria tem sido centrado em procedimentos e a interação com a criança e sua família é tangencial no processo de cuidar, no hospital em estudo. Os resultados encontrados apontam a necessidade de discussão sobre a dimensão cuidadora da enfermagem e da família no processo de hospitalização da criança. Há um despreparo dos profissionais na forma de abordagem à criança-família no cotidiano da internação hospitalar, faltam-lhes noções de áreas do conhecimento que dêem suporte para trabalhar com as necessidades do binômio e para estabelecer processos efetivos de diálogo.

A família deve ser envolvida nos cuidados à criança, todavia é importante rever os modos como a enfermagem tem delineado esse processo. Muitas vezes, é imposto à família realizar cuidados que, mesmo parecendo simples e que se assemelhem àqueles realizados em casa, como ali-

mentação, higiene e conforto, no hospital, assumem novas características, como sondas, drenos, infusões, as quais tornam mais complexas o mesmo cuidado e que nem sempre a família se sente em condições de realizar. Nesse sentido, a enfermagem deve reorganizar sua prática assistencial a partir do cuidado negociado e compartilhado em cada situação singular, promovendo, assim, a autonomia da família e, ao mesmo tempo, respeitando as demandas de cuidado da família.

Sob essa ótica, ressalta-se ainda, que não podemos perder a dimensão cuidadora da enfermagem, pois mesmo quando a família presta o cuidado à criança, a responsabilidade por esse cuidado é da enfermagem. A nosso ver, a organização do trabalho centrado na família amplia nosso objeto de trabalho e requer novos instrumentos para operá-lo. Isso significa que as práticas na assistência à saúde da criança hospitalizada devem pautar-se também pelas tecnologias leves, pela interação, pelo acolhimento, pelo vínculo, pela responsabilização e pelo respeito à vida. Uma prática que busca esse delineamento estará comprometida com a construção da perspectiva de integralidade.

Contudo, por meio desta pesquisa identificamos que o modo como está organizado o trabalho da enfermagem na assistência à criança hospitalizada, centrado em procedimentos, tem demonstrado que a família ainda não tem sido incluída na perspectiva do cuidado da enfermagem, portanto, as necessidades do binômio não têm sido identificadas nas suas singularidades pelos profissionais. Assim, a busca pela integralidade da assistência, cuja organização tecnológica do trabalho deveria ser pautada pela aproximação, compartilhamento, escuta e acolhimento, encontra-se distante e obstaculizada.

Defendemos que a produção do vínculo pode promover uma nova lógica do processo de trabalho da enfermagem pediátrica, que vá ao encontro da perspectiva da integralidade. Ao considerar a participação efetiva da criança (de acordo com sua faixa etária) e sua família no processo saúde-doença, estaremos criando autonomização desses sujeitos. Um projeto terapêutico que contemple tais ações estará comprometido com as mudanças necessárias, no atual modo de organização do processo de trabalho da enfermagem, na assistência à criança hospitalizada e sua família, sobretudo, com o resgate da dimensão cuidadora da enfermagem.

Acreditamos que discussões desta natureza se fazem necessárias na atual conjuntura da hospitalização pediátrica, pois embora o ACP seja um direito legal, garantido há dezoito anos, sua implementação tem desencadeado diferentes modos de organização do trabalho da enfermagem que precisam ser trazidos ao debate a fim de construirmos uma atenção à saúde da criança hospitalizada e sua família na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1991.
2. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(2):191-7.
3. Fernandes CNS, Andraus LMS, Munari DB. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na Internet]. 2006 [citado 2007 ago. 16];8(1):[cerca de 11 p.]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_14.htm
4. Andraus LMS, Oliveira LMAC, Minamisava R, Munari DB, Borges I. Ensinando e aprendendo: uma experiência com grupos de pais de crianças hospitalizadas. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na Internet]. 2004 [citado 2007 jun. 12];6(1):[cerca de 6 p.]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/r2_pais.pdf
5. Sabates AL, Borba RIH. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(6):968-73.
6. Collet N. Criança hospitalizada: participação das mães no cuidado [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
9. Alves AM, Gonçalves SSF, Martins MA, Silva ST, Auwert TC, Zagonel IPS. A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na Internet]. 2006 [citado 2007 jun. 12];8(2):[cerca de 13 p.]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a04.htm
10. Pinto JP, Ribeiro CA, Silva CV. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(6):974-1.
11. Vernier ETN, Dall'Agnol CM. (Re)ações de uma equipe de enfermagem mediante a permanência conjunta em pediatria. *Acta Paul Enferm*. 2004;17(2):172-80.
12. Reeves E, Timmons S, Dampier S. Parents' experiences of negotiating care for their technology-dependent child. *J Child Health Care*. 2006;10(3):228-39.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília; 2002.
14. Ribeiro CA. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1998; 32(1):73-9.
15. Mendes AMC, Bousso RS. O desafio de aprender e experimentar o cuidado da família na graduação em enfermagem. *REME Rev Min Enferm*. 2006;10(1):79-81.
16. Soares VV, Vieira LJS. Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(3):298-306.
17. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):43-62.
18. Ribeiro CA, Ângelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):391-400.