



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Roberta Rodrigues Ferraz dos Santos

**ACOMPANHANTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA EM
CLÍNICA PEDIÁTRICA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

**Salvador
2012**

Roberta Rodrigues Ferraz dos Santos

**ACOMPANHANTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA EM
CLÍNICA PEDIÁTRICA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo

**Salvador
2012**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

S237 Santos, Roberta Rodrigues Ferraz dos

Acompanhante no cuidado a criança hospitalizada em clínica pediátrica: percepção da equipe de enfermagem / Roberta Rodrigues Ferraz dos Santos. – Salvador, 2012.

74 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Climene Laura de Camargo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2012.

1. Criança - Cuidado. 2. Enfermagem. 3. Saúde. 4. Hospital. I. Camargo, Climene Laura de. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU616.95

ROBERTA RODRIGUES FERRAZ DOS SANTOS

**ACOMPANHANTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA EM CLÍNICA
PEDIÁTRICA: PERCEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 29 de Agosto de 2012

BANCA EXAMINADORA

Climene Laura de Camargo C. Camargo
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Sinara de Lima Souza Sinara de Lima Souza
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Marinalva Dias Quirino Marinalva Dias Quirino
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Telmara Menezes Couto Telmara Menezes Couto
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais, **Ana Isabel e Gidelito Júnior e Vó Valdelice** (in memoriam), que sempre demonstraram amor incondicional e me ensinaram o verdadeiro sentido de amar e respeitar a pessoa humana.*

*À minha tão esperada e desejada filha **Ana Maria**, que nasceu, cresceu e se desenvolveu junto com este trabalho.*

*A **Alberto Filho**, meu marido, que nos momentos mais difíceis sempre esteve presente, compreendendo meus momentos de ausência.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à **Deus** e aos **Espíritos de Luz**, que sempre estiveram presentes em toda minha vida e me guiaram para chegar até aqui, conduzindo minhas ações e fortalecendo-me nesta caminhada.

À minha mãe, **Ana Isabel**, minha mentora, forte luz em minha vida e que me mostra a cada dia que nada é impossível quando existe determinação.

Ao meu esposo **Alberto Filho**, e minha filha **Ana Maria**, pela paciência e tolerância, ao me verem por vezes estressada ou ausente, quando precisavam apenas de uma palavra de carinho.

Aos meus irmãos, em especial **Isabela** e **Joana**, pelo carinho, respeito, incentivo, compreensão e confiança.

À **Professora Climene Camargo**, minha orientadora, que participou da construção deste saber, conduzindo minhas idéias e fortalecendo os ensinamentos com dedicação, carinho e, sobretudo, paciência.

Aos colegas da **Clínica Bambinos**, em especial à Equipe de Enfermagem, pela colaboração, apoio, compreensão e paciência comigo, que conduziram o trabalho por muitas vezes sem a minha presença e, assim, permitiram que eu realizasse este sonho acadêmico.

Aos colegas da **Faculdade Anísio Teixeira**, em especial aos das disciplinas Saúde da Criança e Estágio II, na figura do Coordenador do Curso de Enfermagem Valterney Moraes, que permitiram a realização deste estudo através dos momentos de solidariedade e confiança no meu trabalho.

À **Diretoria e Equipe de Enfermagem do Hospital da Criança**, em especial aos técnicos e auxiliares de Enfermagem, aos quais agradeço pelo apoio, compreensão e colaboração na participação desta pesquisa.

Às amigas **Juliana Freitas**, **Zannety Conceição** e **Ana Clara**, pelo incentivo para o meu ingresso neste curso de pós-graduação.

Às colegas, hoje amigas, **Aisiane Moraes**, **Rita Rocha**, **Sílvia Passos**, que fizeram das nossas viagens momentos de prazer, aprendizagem, confidências e, sobretudo, me revelaram um exemplo ímpar de profissional e Ser Humano que existe em cada uma. Aprendi muito com vocês, companheiras.

À Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia,
pelo acolhimento e apoio na minha trajetória.

Aos **Mestres e Colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem**, que durante estes anos contribuíram nesta construção do saber... Sentirei saudades e guardarei boas recordações.

Ao **Grupo de Pesquisa CRESCER**, da **EEUFBA**, que muito contribuiu nos momentos das discussões acadêmicas, fomentando os questionamentos para os pesquisadores iniciantes.

Enfim compartilho com todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão deste estudo... MUITÍSSIMO Obrigada!

Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos.

(Paulo Freire)

SANTOS, Roberta Rodrigues Ferraz dos. Acompanhante no cuidado a criança hospitalizada em clínica pediátrica: percepção da equipe de enfermagem. 2012. 74f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo como o objetivo de analisar a participação do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica na percepção da equipe de enfermagem. A pesquisa foi realizada na Clínica Pediátrica de um Hospital Público da cidade de Feira de Santana – BA, onde foram entrevistados 14 membros da equipe de enfermagem, através da entrevista semi-estruturada. A análise dos dados foi norteada pelos pressupostos do Cuidar/Cuidado, através da técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977). Desta análise emergiram duas categorias: 1) Percepção da equipe de enfermagem sobre o acompanhante da criança hospitalizada em clínica pediátrica, composta por três subcategorias: presença do acompanhante no cuidado a criança hospitalizada; participação do acompanhante na clínica pediátrica: relações estabelecidas, atribuições e conflitos; identificação dos cuidados quotidianos e de reparação na clínica pediátrica. 2) Instrumentalização da equipe de enfermagem para o cuidar da criança hospitalizada. O estudo revelou que o cuidador acompanhante, deve ser orientado e ajudado no processo do cuidar. A equipe de enfermagem avalia o acompanhante como alguém que favorece o estabelecimento de um clima emocional desejável, como também colaborador no desenvolvimento do trabalho da equipe, sendo co-participante do processo. Assim, desde que os acompanhantes aceitem certas condições, que dependem de cada profissional individualmente, sua presença é reconhecida como importante, caso contrário, torna-se um obstáculo para o cuidado. As atividades delegadas ao acompanhante no cuidado à criança hospitalizada podem ser classificadas como cuidados rotineiros ou quotidianos, considerados como essenciais para manutenção da vida, como citado pela autora Collière (1999), entretanto, em muitos momentos da hospitalização estes acompanhantes realizam cuidados mais complexos. O presente estudo visa contribuir de forma reflexiva para uma melhor assistência da equipe de enfermagem junto à criança hospitalizada, tendo o acompanhante como um parceiro no processo de desenvolvimento do cuidado a criança.

Descritores: Criança hospitalizada. Acompanhante. Equipe de enfermagem.

SANTOS, Roberta Rodrigues of Ferraz. The companion in the care given to the hospitalized child: perception of the nursing staff. 74f. Dissertation (Master's in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2012

ABSTRACT

This is a qualitative study that aims to analyze the participation of the hospital companion in the care given to hospitalized children in pediatric clinic through the eyes of the nursing staff. The research was held at the Pediatric Clinic of a public hospital in the city of Feira de Santana – BA, where 14 nursing staff members were interviewed through the semi-structured interview technique. The data analysis was guided by the premises of the Caring / Care, through the technique of Content Analysis as proposed by Bardin (1977). From this analysis two categories emerged: 1) Perception of the nursing staff on the hospitalized child companion, which comprised three subcategories: the presence of the companion during the care given to the hospitalized child; participation of the companion in the pediatric clinic: relations established, conflicts and tasks; identification of the daily care and the so called repair care in the pediatric clinic. 2) Instrumentalization nursing staff for the care of hospitalized children. The study showed that the companion who is a caregiver must be guided and helped in the caring process. The nursing staff qualifies the companion as someone who can favor the establishment of a desirable emotional environment, as well as a collaborator in the development of the staff's work, co-participating in the process. Thus, since the companion accepts certain conditions that will depend on each health professional individually, the presence of the companion is recognized as important, otherwise, this presence would become an obstacle in the caring process. The tasks assigned to the companion in the caring of the hospitalized child can be classified as daily or routine care, considered as essential for life support, as established by Collière (1999), however, in many moments of the hospitalization the companions undertake more complex care. The present study aims to contribute in a reflexive way for a better assistance of the nursing staff to the hospitalized child, having the companion as a partner in the process of the development of the care given to the child.

KEY WORDS: Hospitalized child. Companion. Nursing staff.

LISTA DE ABREVIATURAS

CRESCER	Grupo de Pesquisa sobre Saúde da Criança e do Adolescente
EEUFBA	Escola de Enfermagem da UFBA
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
UTI-PED	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
PNH	Programa Nacional de Humanização
ACP	Alojamento Conjunto Pediátrico
MT	Manhã e Tarde
SN	Serviço Noturno
P	Plantão 24 horas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA	19
2.2	O CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: BASES HISTÓRICAS	21
2.3	A INSERÇÃO DO ACOMPANHANTE À CRIANÇA HOSPITALIZADA	23
3	METODOLOGIA	27
3.1	TIPO DE ESTUDO	27
3.2	CENÁRIO E LOCUS DO ESTUDO	28
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	29
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	30
3.5	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	31
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	34
4.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE	36
4.2.1	Percepção da equipe de enfermagem sobre o acompanhante da criança hospitalizada	36
4.2.1.1	Presença do acompanhante no cuidado da criança hospitalizada	36
4.2.1.2	Participação do acompanhante na clínica pediátrica: Relações estabelecidas atribuições e conflitos	39
4.2.1.3	Identificando os cuidados “quotidianos” e de “reparação” na clínica pediátrica	44
4.2.2	Instrumentalização da equipe de enfermagem para o cuidar da criança hospitalizada	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54

REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	
APÊNDICE A – ORIENTAÇÃO AOS COLABORADORES	65
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	68
APÊNDICE D – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	69
ANEXOS	
ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	71
ANEXO B – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CAMPO PESQUISA	72
ANEXO C- CARTA DE APROVAÇÃO DO CAMPO PARA INÍCIO COLETA	73
ANEXO D- FOLHO DE ROSTO	74

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento e a hospitalização de uma criança representam rupturas no seu cotidiano e de sua família. A criança deixa de ir à escola, se afasta de seus familiares e amigos, não realiza muitas de suas atividades cotidianas; os familiares, por sua vez, têm sua rotina alterada, precisam se afastar do lar, além de gerenciar os cuidados com a criança doente e as demandas da família, entre outros aspectos. Instaura-se uma crise existencial complexa e difícil.

Segundo Hockenberry et al. (2006), a criança enfrenta a doença e a hospitalização como as principais crises de sua vida, sendo elas mais acentuadas durante os primeiros anos de vida, devido à vulnerabilidade representada pela mudança do estado normal de saúde e na rotina familiar. Neste contexto de adoecimento, a criança desenvolve fatores de estresse. Dentre eles, os que mais se destacam são a separação, a perda do controle, a lesão corporal e a dor. As reações que a criança demonstra dependem da sua fase de desenvolvimento, de experiências anteriores, da gravidade do diagnóstico e do modo como apoio é fornecido a ela.

Além da hospitalização gerar sofrimento para criança, é perceptível que a família também sofre com esse processo de mudança. Para Bowden (2005), a hospitalização infantil pode desencadear uma crise familiar. A família pode se mostrar ansiosa e confusa, além de desenvolver sintomas psicossomáticos de culpa e negação. Ao fornecer informações importantes à família sobre a hospitalização e promover suas habilidades para lidar com ela, a equipe de enfermagem pode diminuir a ansiedade da família durante este período.

O enfermeiro pode ajudar essas famílias por meio de ações que busquem não apenas o tratamento da patologia ou atendimento das necessidades físicas da criança, mas que atendam às demandas biológicas, psicológicas, sociais e espirituais da criança e da família provocadas pela doença e hospitalização, além de fortalecer o senso de competência e autonomia de ambos (ALMEIDA; SABATÉS, 2008, p.38).

O Cuidado à criança hospitalizada requer da enfermagem um cuidar de forma mais humanizada, o que exige uma mudança na abordagem assistencial realizada nas unidades de internação pediátrica. O foco do cuidado da enfermagem pediátrica vem sendo modificado ao

longo dos anos, transitando de uma abordagem mais tradicional, na qual o cuidado se fundamentava na excelência do funcionamento sob uma perspectiva organizacional, para o cuidado centrado nas necessidades da criança, avançando com a inclusão da família.

Diante desta perspectiva, a família passou a se constituir objeto de investigação da ciência do cuidado, ao mesmo tempo em que passou a ser delimitada como objeto de trabalho, e, portanto, como objeto da assistência de enfermagem. Passou a existir a convicção de que é praticamente impossível assistir o indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence (BUB et al. 1994).

Segundo Elsen (1994), a família já não pode ser mais vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde dos seus membros, cumpre que se reconheça a necessidade de ouvi-la em suas dúvidas, levar em conta sua opinião, e, incentivar sua participação em todo o processo de cuidar/curar, de forma que, cada contato estabelecido com os profissionais de saúde possa resultar para família a ampliação de seu referencial sobre o processo do cuidar.

Para Collière (1999), os cuidados existem desde que surgiu a vida, pois todos os seres humanos sempre precisaram deles. A autora afirma ainda que cuidar é um ato que tem como fim primeiro permitir que a vida continue e desenvolva-se e, assim, lutar contra a morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.

Desta forma, o modo do cuidar passou a ser agregado ao sistema holístico. Com esse modo de agir em saúde, o paciente pode ser cuidado em sua integralidade favorecendo o seu bem estar, valorizando aos aspectos subjetivos da sua situação de saúde ou adoecimento. Por conseguinte, a saúde passa a ser considerada como resultante da harmonia entre o meio ambiente, mente e corpo.

No Brasil, no final da década de 1990, teve início um processo de inserção de um acompanhante durante a hospitalização infantil. Essa prática foi pioneira no Estado de São Paulo com o Programa Mãe-Participante (SÃO PAULO, 1989). Em 1990, foi promulgada a Lei Nº 8069 que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente –(ECA), a partir do qual, as instituições hospitalares devem oferecer condições para que um acompanhante possa permanecer junto à criança durante todo o período de hospitalização (BRASIL, 1990).

A partir de 1995, além de permanecer no ambiente hospitalar durante todo o período de internamento infantil, a família passa a ter direito, garantido por lei, de estar envolvida no cuidado, tomando conhecimento acerca dos procedimentos a serem realizados com a criança e

adolescente, bem como a realização de exames, diagnóstico, prognóstico e tratamento, direito esse garantido pela Resolução Nº 41 de 17 de outubro de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) (BRASIL, 1995).

Nesse sentido, Ribeiro (1998 apud PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005) afirma que até 1980 os estudos realizados na área retratavam os efeitos da hospitalização na saúde física e mental da criança. Após esse período, devido à participação da família no processo de hospitalização da criança, as publicações passam a enfatizar os benefícios da participação da família na assistência, bem como os conflitos surgidos entre essa e a equipe de enfermagem e a tentativa de mediação desses conflitos.

Estes conflitos acarretaram mudanças no processo de trabalho da equipe de enfermagem nas unidades pediátricas, pois passam a ter a presença do acompanhante, como agente do seu processo de trabalho. Neste estudo, o termo acompanhante se refere à pessoa significativa para a criança, de sua rede social, que irá acompanhá-la durante sua permanência no ambiente hospitalar, tal como definido no Programa de Humanização do Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2004).

O interesse por este tema surgiu a partir da prática como enfermeira assistencial desde 2004 em Unidades de Clínica Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-PED) dos municípios de Salvador e Feira de Santana/BA. Vivenciava o modelo tecnicista, de formação acadêmica, onde se objetivava tratar ou minimizar os efeitos causadores das doenças. A família já estava inserida neste contexto; porém, muitas vezes não se evidenciava um processo de interação com a equipe de enfermagem na participação do cuidado à criança.

Foi possível observar assistematicamente que a presença da família intimidava a equipe de enfermagem na realização de procedimentos técnicos ou rotineiros, o que se exteriorizava em sentimentos diversos expressos por ambas as partes. Desta forma, notava-se a fragilidade da família diante da situação vivenciada e o despreparo dos profissionais para atuar nas unidades, realizando o cuidado às crianças tendo o acompanhante como agente participativo deste processo.

Concomitante à prática assistencial, iniciei em 2006 a docência em faculdades de graduação na cidade de Feira de Santana, lecionando a disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, o que tem paralelamente contribuído no aprofundamento da temática estudada.

A docência tem evidenciado a importância de trabalhar o contexto em que se estabelece a relação família/unidade hospitalar pediátrica/equipe de enfermagem uma vez que

essa discussão traz ao futuro enfermeiro mais estrutura para desenvolver práticas que extrapolem a abordagem tecnicista, valorizando e resgatando o sentido humanitário nas relações interpessoais entre sujeitos ativos do processo saúde-doença.

Estudos como o de Gomes e Lunardi (2000); e Pai (1999) discutem a inserção da família como integrante do processo de trabalho da enfermagem e traz resultados que apontam para necessidade emergente de contextualizar esta família como parceira neste processo de cuidado à criança hospitalizada. Outros estudos, como os de Collet e Rocha (2004), alertam para o fato de que a família tampouco foi instrumentalizada a ficar no hospital, tendo sido, tão somente, encorajada a acompanhar a criança durante a hospitalização. A partir de então, ela tornou-se agente do cuidado, embora não tivesse sido efetivamente considerado o modo como a família e a enfermagem poderiam compartilhar esta nova experiência.

Barbosa e Rodrigues (2004) pronunciam que a participação dos pais nos cuidados inerentes à hospitalização é definida pelos profissionais de saúde, no entanto, não está delimitada a extensão dessa participação. Nessa perspectiva, os citados autores sugerem uma negociação na participação da família no cuidado como um meio que poderia reduzir o conflito e prevenir problemas na prática diária. Porém, o que se tem observado na prática assistencial é que a divisão de atribuições é realizada de forma imposta e, muitas vezes, implícita de acordo com o que cada profissional acredita serem atribuições da família (COLLET, 2001).

Assim, diante destas questões, emerge a seguinte problemática: Qual a percepção da equipe de enfermagem sobre o acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica?

Nesse contexto, o objeto de estudo desta investigação consiste em: percepção da equipe de enfermagem sobre o acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica.

Dessa forma, este estudo apresenta como **objetivo geral**:

- Analisar a participação do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica em um hospital público do município do interior da Bahia na percepção da equipe de enfermagem.

E como **objetivos específicos**:

- Descrever os cuidados prestados pelo acompanhante à criança hospitalizada em clínica pediátrica;
- Apreender a percepção da equipe de enfermagem sobre a participação do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica.

Acredita-se que esta pesquisa contribuirá para o estímulo às reflexões da equipe de enfermagem, no ambiente acadêmico e nos serviços de saúde acerca dos valores e crenças que influenciam o comportamento da prática assistencial às crianças hospitalizadas com a participação dos acompanhantes. Há também, a possibilidade de evidenciar a necessidade de valorizar e acompanhar os cuidados quotidianos e habituais realizados pelos acompanhantes no ambiente hospitalar, além de relacioná-los com os cuidados reparativos, desempenhados pela equipe de enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA

Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é antes de tudo, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se. Enquanto ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, o cuidar é também, um ato de reciprocidade, quando o desenvolvemos junto a pessoas em situações de suas necessidades vitais temporárias ou definitivas. (COLLIÉRE,1999).

Para Waldow, (2004) o cuidar é um processo de interação dinâmico e intuitivo no mundo criativo que possibilita o crescimento das pessoas envolvidas. É se relacionar com alguém com confiança e promover o desenvolvimento do outro, é estar no mundo,consciente da ordem social e natural da qual se faz parte.

Compreender a essência do cuidar/cuidado é algo que nos leva inicialmente a perceber a complexidade do cuidar do outro, não meramente o cuidado técnico, pautado no modelo biomédico, mas, respeitando a singularidade e subjetividade de cada indivíduo.

Interrogar a natureza dos cuidados de enfermagem perpassa pela definição de cuidar que é explicitado por Colliére (1999) como o “ato individual que prestamos a nós mesmos, desde que adquirimos autonomia, mas, é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

A autora citada, quando fala da natureza dos cuidados, refere-se a dois tipos deles: os cuidados quotidianos e habituais ou cuidados de sustento e manutenção da vida, e os cuidados de reparação ou tratamento da doença. Os cuidados quotidianos e habituais que expressam o tomar conta, cuidar (“care”), ligados às funções de manutenção, representam um conjunto de atividades que garantem a continuidade da vida, como: comer, beber, evacuar, lavar-se, mexer-se, deslocar-se e outras condições que contribuem para o desenvolvimento do ser, mantendo a imagem do corpo, estimulando as trocas com tudo o que é fundamental à vida, fonte de energia vital, ou seja, a luz, calor, as relações com as pessoas, com os familiares. Os cuidados de reparação (“cure”) estão ligados à necessidade de reparar aquilo que é obstáculo à

continuidade da vida, como a fome, a doença, o acidente, a guerra, e outros que dependem de tratamentos.

Na prática da enfermagem, esses dois tipos de cuidados não devem ser negligenciados para que não haja deteriorização das forças vitais da pessoa, usuária da saúde, de suas fontes de energia. Eles não se excluem mutuamente, mas devem se constituir, sempre, em objeto de estudo, de análise, frente a situações que exigem um desenvolvimento de um processo de cuidar qualificado, considerando o indivíduo, as famílias, os grupos, comunidade.

O processo de cuidar envolve o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizados para e com o ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas (WALDOW, 1998).

O cuidar deve ser entendido como uma prioridade humana, pois ninguém vive sem ele. O ser humano necessita de alguém que o ampare em todos os momentos de sua vida, principalmente nos momentos difíceis de dor, angústia e na presença de enfermidades. O cuidado é inerente ao ser humano, significa reconhecê-lo como modo-de-ser essencial, sempre presente e irreduzível à outra realidade anterior. Receber cuidado desde o nascimento até a morte é essencial para o ser humano se estruturar (BOFF, 2008).

Diante do exposto, entende-se que o cuidado humano somente pode ser praticado por meio de relações interpessoais. Estes consistem no atendimento das necessidades humanas básicas, promovendo, desta forma, relações entre cuidador e ser cuidado.

Segundo Wong (1999), durante a hospitalização da criança, os pais têm oportunidade de aprender sobre o crescimento e o desenvolvimento do filho nos momentos em que os profissionais os ajudam a entender as reações da criança ao estresse, como a regressão e a agressão. Assim, os pais dão melhor suporte ao filho no ambiente hospitalar e também ampliam suas visões para os cuidados no domicílio.

O cuidar da criança hospitalizada objetiva agir na promoção, manutenção e recuperação, de seu processo de desenvolvimento, de maneira a melhorar seu funcionamento social e pessoal. De modo geral, para atingir esses objetivos, é necessário que o enfermeiro combine diversas funções como as de ensino, apoio, estímulo e técnica. Ao ensinar, ele motiva a criança e a família a aprender a lidar melhor com a doença. O apoio e o estímulo do enfermeiro contribuem para que a criança cresça e se desenvolva de maneira adequada. Ao desempenhar funções técnicas, o enfermeiro promove habilidades com facilidades para

melhor compreensão e prática da família quando inserida no cuidado à criança. (SIGAUD et al, 1996).

As necessidades geradas pela mudança no papel dos pais durante a hospitalização compreendem: entender a situação e o tratamento do filho; sentir que são capazes de assisti-lo; discutir seus sentimentos e receber informações a respeito da criança. Nesse sentido, a enfermeira tem como papel “educar, apoiar, orientar, supervisionar, avaliar e envolvê-los nos cuidados com o filho hospitalizado” (BORBA, 1999, p. 13).

As crianças são seres em crescimento e desenvolvimento. Assim, apresentam necessidades específicas em cada fase, têm diferenças biológicas, emocionais, sociais e culturais que devem desenvolver abordagens de cuidado diferenciadas. Assim, para melhor atender às suas necessidades, a inserção dos pais se faz necessária, quando estes se distanciam do ambiente domiciliar para o hospitalar.

A criança hospitalizada, como a maioria dos enfermos, tem necessidades especiais como pessoa, cidadã e, por estar afastada do seu ambiente social, pode sofrer com a mudança no estilo de vida, saudades da família, dos amigos ou companheiros, absenteísmo escolar, restrições em brincar, entre outras limitações (VIEIRA; LIMA, 2002).

Para a criança, o ambiente hospitalar é um local de sofrimento e privação, tanto do seu mundo infantil, quanto do contato familiar e social. A hospitalização infantil a afasta da sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, com a limitação física e a passividade, aflorando sensações de culpa, punição e medo da morte (MITRE; GOMES, 2004).

Nessa perspectiva, a enfermagem pediátrica tem um grande desafio a ser enfrentado, já que, a partir da inserção da família no hospital, sua dinâmica de trabalho foi modificada demonstrando a necessidade de constante reflexão e redimensionamento de suas práticas no cuidado à criança e sua família.

2.2 O CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: BASES HISTÓRICAS

O hospital era uma organização médica e social, de promoção, cura, tratamento e reabilitação da saúde do indivíduo, que funciona como centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, além de realizar encaminhamento de pacientes.

Cabia ao hospital supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente, devendo atender à criança de forma integral e humanizada (BRASIL, 1977).

No que tange à saúde, foi somente no século XVIII que o médico, a partir de uma necessidade social, começou a atender a família em domicílio. Naquele século, os hospitais ainda se organizavam no sentido da prática individualizada do atendimento a pessoas sem família, portadoras de doenças contagiosas, proteção dos doentes contra práticas ignorantes, bem como um meio de proteger as pessoas saudáveis. As famílias que tinham condições cuidavam dos seus doentes em casa (FOUCAULT, 1998).

O mesmo autor explica que o hospital só passa a ser apreendido como ambiente terapêutico no final século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado à cura aparece em torno de 1780. Naquela época, havia nos hospitais uma área reservada às crianças (ARIÈS, 1978).

Inicialmente, a preocupação com a saúde da criança surgiu a partir de cuidados com alimentação, a higiene, o ambiente, os cuidados pré e peri-natais, com a possibilidade de a mãe cuidar da criança nos primeiros meses (ROCHA; ALMEIDA, 2000 apud COLLET; OLIVEIRA, 2002). Em 1802, em Londres, foi construído o primeiro hospital pediátrico, seguido do “Hospital for SickChild”, em Paris. Estes são considerados como o marco inicial da assistência à criança (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

De acordo com Lima, Rocha e Scochi (1999), nesse período, o foco do atendimento era a doença, não havendo preocupação com o todo. Conforme mencionado, inicialmente as unidades hospitalares que começaram a cuidar de crianças tinham a finalidade de evitar a disseminação de doenças, logo, o hospital era puramente curativo e até um meio de isolar os doentes das pessoas sadias.

Em 1951, a Organização Mundial de Saúde publicou um relatório sobre privação materna como fator prejudicial à saúde mental. Esse documento impulsionou a preocupação com o crescimento e desenvolvimento na assistência à criança hospitalizada (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999).

Oliveira (1999) e Souza; Oliveira (2004) ressaltam que, a partir dos anos 50, acentuou-se a divisão dos aspectos preventivos e curativos, passando a prática sanitária para segundo plano e centralizando o cuidado nas doenças. A assistência à criança concentrou-se nos hospitais, surgindo então a clínica pediátrica, que exigia uma demanda maior de pessoal de enfermagem qualificado nesse cenário.

Outro marco importante em favor da permanência das mães junto às crianças hospitalizadas foi à publicação do relatório PLATT, em 1959, na Inglaterra, o qual trazia, entre outras recomendações, a permissão aos pais para visitarem seus filhos sempre que pudessem e a admissão das mães junto com seus filhos, visto que traria benefícios para a criança, mãe e equipe de saúde (COLLET; ROCHA, 2000).

A importância da presença das mães na unidade pediátrica começou a ser discutida nas décadas de 60 e 70, mesmo sob a contestação de algumas enfermeiras dessa época que “estavam acostumadas, por tradição, a não ter o incômodo da presença da mãe” (OLIVEIRA, 1999, p. 86).

Na década de 60, inicia-se uma discussão sobre a questão da “mãe substituta”, na qual a enfermeira assume o papel da mãe com a finalidade de tornar o ambiente hospitalar mais agradável e menos doloroso para a criança hospitalizada, provocada pela separação da mãe biológica no período da hospitalização (OLIVEIRA, 1999).

Vale destacar que, nessa década, era necessário que a enfermeira adquirisse conhecimentos científicos do crescimento e desenvolvimento infantil com vistas à institucionalização da especialidade – enfermagem pediátrica (OLÁRIO e OLIVEIRA, 1998).

Rocha e Almeida (1993, p.39) referem que as enfermeiras pediátricas procuram, no estudo do crescimento e desenvolvimento infantil, referencial teórico trazido também da psicologia e, assim, instrumentalizarem-se para lidar com problemas de comportamento e ajudar nas relações entre a criança, a família e pessoas da equipe de saúde.

2.3 A INSERÇÃO DO ACOMPANHANTE NO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA

De maneira geral, os acompanhantes da criança hospitalizada são membros da própria família, sendo que a mãe é a figura mais comum. Segundo Oliveira (1999), no Brasil, até o fim dos anos 60, na maioria das unidades de internação pediátrica dos hospitais era proibida a permanência das mães junto aos filhos, sob alegação de que essa medida evitaria infecção e contaminação no ambiente hospitalar. Ainda, a autora (op. cit, 1999, p. 33) acrescenta:

no período de 1953 a 1969, a humanização do hospital teve como proposta o atendimento aos aspectos psicológicos infantis, através de inúmeras condutas estabelecidas. Recomendavam que deveria ser avaliada a permanência da mãe junto à criança hospitalizada, visando a favorecer o desenvolvimento infantil.

O movimento de inserção da família no cenário hospitalar inicia-se com a adoção de visitas pelas instituições como forma de minimizar o problema do afastamento familiar, em especial da mãe, vivenciado pela criança durante uma internação. Até o final da década de 60 estas visitas aconteciam em dias e horários restritos. Posteriormente, as visitas passaram a ocorrer por um período maior de tempo, de acordo com critérios como gravidade do quadro clínico, idade da criança, condição de terminalidade, situação de cirurgia e moradia em outro município (SOUZA, 1996).

No Brasil, na década de 90 foi regulamentada a Lei 8069, de 13 de julho de 1990, que disciplina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual determina que os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para que um dos pais ou responsável permaneça com a criança ou adolescente em tempo integral durante toda a internação hospitalar. A satisfação das necessidades da criança implica o envolvimento da família no cuidado, visto que, em nossa sociedade, esta é a responsável pelo bem-estar e a segurança de seus membros.

Em 1995, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente aprovou o texto relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995), elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, transformando-se na Resolução 41/95.

Essa resolução consta de vinte itens, dos quais destaca-se os seguintes direitos: ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de hospitalização, bem como receber visitas; que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida; e ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis. Portanto, observa-se que essa resolução dispõe de direitos para além da permanência do acompanhante no espaço hospitalar.

O envolvimento dos pais e outros familiares no cuidado à criança no hospital trouxeram muitas mudanças na organização das unidades pediátricas, principalmente a reorganização do ambiente hospitalar, a atitude dos profissionais e no tipo de facilidades oferecidas à família (COLLET & ROCHA, 2000).

Em 2001, foi elaborado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde que busca estender o conceito de humanização para toda instituição hospitalar, por meio da implantação de uma cultura organizacional diferenciada que visa o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais de saúde e dos pacientes.

O PNHAH (BRASIL, 2001, p.5) destaca que

No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, é essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação.

O processo de humanização nas instituições hospitalares pressupõe a compreensão do significado da vida dos seres humanos, o que envolve, além de princípios éticos, aspectos culturais, econômicos, sociais e educacionais. Nesse sentido, a humanização do cuidado à criança hospitalizada se faz presente entre equipe de saúde e família, possibilitando assim, o planejamento de um cuidado mais integral, holístico e humano.

Segundo Elsen (1994), no dia-a-dia, quando se fala de família, não é necessário defini-la. Partimos do pressuposto de que todos têm em mente um significado idêntico, uma vez que a maioria de nós faz parte de uma unidade familiar, embora, na realidade, o conceito de família seja mais amplo e apresente-se sob os mais variados tipos. A família nuclear é composta por um pai, uma mãe e filhos. É extensa ou ramificada, quando diferentes gerações são incluídas. Segundo essa autora, algumas famílias incluem entre seus membros as pessoas com quem mantêm estreitos laços afetivos, enquanto que outras pessoas definem como família apenas seu círculo de amigos íntimos com os quais não possuem nenhuma consangüinidade.

Para Friedman (1989, p.211-6),

família é a unidade básica da sociedade; é a primeira instituição social que tem efeito marcante sobre os seus membros. Porém o significado de família não está restrito apenas a laços consangüíneos, mas muito mais com uma questão de viver juntos e numa proximidade geográfica. Família é compartilhar sentimentos, situações, problemas e realizações. É estar juntos sob o mesmo teto.

Na atualidade, o conceito de família pode ser definido além do aspecto biológico, ou seja, uma associação de pessoas que escolhem conviver por razões afetivas e assume compromisso de cuidado mútuo com as crianças, adolescentes, adultos e idosos e partilham de um dado momento de vida.

A família, em seu processo de viver, constrói um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas, em parte oriundos de família de origem, do seu ambiente sociocultural e, em parte, decorrentes do viver e do conviver da nova família em suas experiências e interações cotidianas intra e extra familiares (ELSEN, 2004).

A família, durante a internação hospitalar da criança, geralmente continua a prestar-lhe cuidados. Cuidado mais afetivo de estar junto, de proteção, de auxílio na superação da internação. Um cuidado tão essencial para a criança quanto os cuidados dos profissionais de saúde. Assim, busca adaptar-se à nova realidade e reorganizar-se para enfrentar esta experiência de conviver com a hospitalização.

A concentração de esforços pessoais dos enfermeiros diante da responsabilidade às solicitações do outro pode ser uma justificativa interessante e com certeza pertinente para desvelar parte do fazer humanizado em saúde, mas continua sendo limitante frente ao olhar que queremos desenvolver hoje sobre o cuidado ao ser por inteiro, considerando não somente suas dúvidas e expectativas, mas relacionando-se comprometidamente com ele, fornecendo-lhe um espaço de escuta e comunicação atenta, sensível e inter-humana.

Gomes e Erdmann (2005) afirmam que, neste momento da hospitalização, a fragilidade da família encontra-se muito presente pela própria incerteza do desencadeamento dos fatos relacionados à doença da criança e aos motivos da sua hospitalização, mas muito mais decorrente de componentes culturais que influenciam e determinam a postura assumida por seus membros frente a esta situação.

Ao favorecer a participação ativa da família no cuidado à criança no hospital, dentro daquilo que ela sabe, pode e quer fazer, estamos incentivando-a no exercício de sua cidadania e no desenvolvimento de competências e habilidades enquanto cuidadora de suas crianças. A família cuidadora é considerada promotora de saúde, devendo ser trazida para junto das equipes de saúde como parceira. Cuidar e deixar cuidar exige um desprendimento de todo preconceito que possuímos; exige que a cultura institucional seja mais flexível e sensível no sentido de abrir espaço e compartilhá-lo de forma que, juntos, famílias e profissionais, possamos atingir um objetivo comum que é um cuidado humano à criança no contexto hospitalar.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, por entender que esta seria a mais adequada para obter respostas para atingir os objetivos propostos.

Sob esta ótica, as pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema, tendo como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Neste sentido, os conteúdos das entrevistas com os colaboradores proporcionaram a familiaridade com a maneira como a equipe de enfermagem percebe a participação do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica, desvendando suas idéias sobre este objeto.

Segundo Cervo (2007), a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Busca conhecer valores, princípios, crenças, tanto do indivíduo tomado isoladamente, como de grupos e comunidades mais complexas.

Na pesquisa qualitativa, trabalha-se com o universo de significados, com a vivência, experiência, cotidiano, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

Desta forma, este estudo nos permitiu ouvir a equipe de enfermagem no ambiente de cuidado, possibilitando a descrição do processo de prestação de cuidados à criança hospitalizada com o acompanhante.

Este estudo fundamentou-se no cuidar/cuidado tomando como base os pressupostos de Collière (2003), que acredita “não ser em torno da doença que se desenvolvem as práticas dos cuidados, mas a volta de tudo que permite sobreviver.” Esta visão de cuidar está centrada não somente nas necessidades básicas do indivíduo, mas também no ambiente familiar e na sociedade na qual se insere.

3.2 CENÁRIO E LOCUS DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em Feira de Santana localizada no interior da Bahia, a 108 km da capital do estado, Salvador. Possui área territorial total de 1363 km² e uma população de 556.642 habitantes (BRASIL, 2010).

Feira de Santana é um município com um contingente populacional inferior apenas à Salvador, obtendo o status de segundo município do Estado da Bahia. Por ser um centro regional, exerce influência para um universo em torno de um milhão de habitantes de toda a micro região. A cidade possui clima quente e úmido e limita-se ao norte com Santa Bárbara, ao sul com Antônio Cardoso e São Gonçalo dos Campos, a leste com Coração de Maria e a oeste com Anguera e Serra Preta. Constitui-se no maior entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do país, com parque industrial de médio porte, mantendo também suas bases agropecuárias e comerciais (CITYBRAZIL, 2006).

Encontra-se na Gestão Plena do processo de municipalização da saúde. O serviço de saúde hospitalar conta com três (03) Hospitais Gerais Públicos, além de serviços complementares particulares, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O locus foi um hospital público vinculado ao município que funciona diariamente em regime de 24 horas, e caracteriza-se pelos atendimentos clínicos pediátricos de baixa complexidade e ambulatorial. Os pacientes/dia referenciados para esta unidade são oriundos de Unidade Básica De Saúde (UBSs), de outros hospitais, sendo que não há porta de entrada espontânea. As especialidades de clínica médica com atendimento ambulatorial são: gastroenterologia, cardiologia, cirurgia, pneumologia, ortopedia, neurologia, endocrinologia e hematologia. A escolha do locus do estudo justifica-se pelo fato de ser um hospital especializado na área pediátrica, o que possibilitou maior aproximação com o objeto deste estudo.

Nesse hospital são atendidas crianças a partir de 30 dias de vida até 12 anos de idade. A unidade dispõe de oito enfermarias nas quais ficam dispostos até 37 leitos. Atualmente, só estão em uso 25 leitos, devido a problemas estruturais de ordem administrativa. As enfermarias dispõem de 04- 05 leitos, composto por berços gradeados e/ou camas, mesa auxiliar de cabeceira, cadeira recostável para acompanhante, banheiro comunitário para uso das crianças. Aos acompanhantes, é permitido trazer pertences de higiene, pois na unidade é oferecido um pijama padronizado; há também armários coletivos e banheiro em andar

desativado do hospital. Não existe área destinada ao lazer das mães/acompanhantes. Para as crianças, existe uma brinquedoteca que só funciona no turno da tarde, em horário estabelecido pelo serviço de psicologia que desenvolve atividades com as crianças internadas.

Por normas da instituição, as crianças só podem ficar com acompanhantes do sexo masculino no período diurno, pois se considera a existência sobreposta de mulheres nas enfermarias como acompanhantes, o que as constrangeria. Estes acompanhantes podem ser tios, tias, avós, pais, mães, vizinhos. Considera-se aqui aquele que tenha laços afetivos com a criança; estes recebem orientações da enfermagem no momento da admissão sobre as normas e rotinas e horários de visita da referida unidade.

Na unidade pediátrica, a permanência do acompanhante com a criança é obrigatória. Toda e qualquer criança internada nesta unidade tem o direito garantido e assegurado de ter o acompanhante em tempo integral.

Atuam nessa unidade pediátrica sete enfermeiros e trinta técnicos de enfermagem, com contratos de trabalho diverso, entre os quais caracteriza-se o de tipo temporário, emitido pelo próprio município (seis enfermeiros e vinte e cinco técnicos) e permanente do município (um enfermeiro e cinco técnicos).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se de profissionais da equipe de enfermagem da unidade de clínica pediátrica, três enfermeiras e onze técnicos de enfermagem, os quais atenderam aos critérios de inclusão: possuir vínculo temporário ou permanente; estar em pleno exercício profissional; aceitar participar voluntariamente do estudo durante o período da coleta. Como critérios adotados na exclusão considerou-se: possuir vínculo temporário ou permanente inferior a um ano na unidade, por permitir maior aproximação com objeto do estudo; recusa na participação do estudo.

A equipe de enfermagem entrevistada trabalha em escala fixa de 12 h (MT/SN) ou 24horas(P) totalizando 120 horas/mensais, equivalendo a uma média de 10 plantões. Para os enfermeiros existe também a opção do dia fixo na semana para cumprir carga horária/mês.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA após cadastro na Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP), (ANEXO D), para apreciação do mesmo, sendo a sua implementação iniciada após emissão de parecer de aprovação (ANEXO A).

Na coleta dos depoimentos foram considerados os princípios preconizados pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em seres humanos quanto à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e natureza do estudo, sigilo e anonimato, e uso de dados (APÊNDICE A).

Foi lhes assegurado o direito de recusar de participar ou desistir a qualquer momento da participação no processo (autonomia). Foi lhes dado um tempo para leitura e reflexão antes da solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - beneficência e não maleficência). Mediante a concordância dos mesmos foi solicitada a assinatura de duas (02) vias do TCLE. Uma das vias do referido termo, contendo, também a assinatura do investigador, ficou com o profissional da equipe de enfermagem e outra com o pesquisador (APÊNDICE B).

Como forma de garantir o anonimato aos entrevistados foi atribuída à configuração (E1, E2, E3, E4, E5....), cuja letra E significa entrevistado, e (Enf.) para enfermeiro(a) e (Tec.) para técnico de enfermagem como forma de caracterizar os sujeitos pela categoria profissional e discursos. As entrevistas foram gravadas em fitas de áudio, após concordância do entrevistado, que pôde ouvir seu conteúdo e retirar ou acrescentar quaisquer informações. As fitas ficarão guardadas por cinco (05) anos, nas dependências da Escola de Enfermagem da UFBA, após esse período as mesmas serão destruídas (queimadas), atendendo à Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e por meio de artigos científicos em revistas e periódicos, sem identificação dos sujeitos, garantindo o princípio da justiça.

Embora a pesquisa realizada não evidenciasse riscos físicos, o estudo e a pesquisa foram apresentados a esses sujeitos. Desta forma, evitou-se o constrangimento ou a sensação

de ter sua privacidade invadida em virtude da presença do pesquisador durante a realização dos cuidados e expor as próprias crenças e valores presentes na sua vida cotidiana, provocando sentimento por estar sendo avaliado ou criticado. As entrevistas foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, e realizadas em ambiente restrito, garantindo a privacidade, integridade e bem estar dos envolvidos (BRASIL, 1996).

3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados de janeiro a fevereiro do ano de 2012, iniciada após aprovação do CEP. Para coleta dos dados, foi utilizado um roteiro de entrevista que segundo Marconi Lakatos (1999) pode ser organizada uma serie de perguntas específicas. Trata-se de estudar os motivos, sentimentos, conduta das pessoas.

O roteiro da entrevista foi composto por duas partes, à primeira por dados sociodemográficos da equipe de enfermagem como: categoria profissional, sexo, idade, estado civil, raça/cor, nº filhos, tempo de formação em anos, tempo de serviço na unidade, curso de especialização; a segunda composta por questões norteadoras referentes ao objeto do estudo: Fale-me sobre os cuidados prestados pela acompanhante à criança hospitalizada nesta unidade. Você orienta estes cuidados que o acompanhante presta à criança? Como você percebe a participação do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada? Descreva os cuidados que você realiza à criança hospitalizada em parceria com o acompanhante (APÊNDICE C).

A entrevista semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e por ter apoio claro pela seqüência das questões, facilita a abordagem do pesquisador com o entrevistado (MINAYO, 2007).

Nessa mesma linha Triviños (1987) destaca que a técnica da entrevista valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo, na modalidade temática de Bardin (1977), a fim de acessar a subjetividade da equipe de enfermagem sobre a participação do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica. A análise de conteúdo é definida como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos temáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores [quantitativos ou não] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [variáveis inferidas] destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42)

Para ser consistente, a análise de conteúdo deve ser objetiva, trabalhando com regras pré-estabelecidas e obedecer a diretrizes suficientemente claras para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados; sistemática, de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado, nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas, anteriormente estabelecidos (MINAYO, 2010).

Segundo Bardin (1977), a análise temática desdobra-se nas seguintes etapas:

1. Pré-análise – tem como objetivo a organização. Faz-se a escolha dos documentos, retomada das hipóteses e objetivos das pesquisas, reformulação frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final por meio dos desdobramentos abaixo.

1.1. Leitura Flutuante – consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo conteúdo que torna a leitura mais sugestiva e organizada;

1.2. Constituição de “*Corpus*” – “*corpus* é o conjunto dos documentos que serão submetidos a procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977, p. 122). Consiste em organizar o material de forma que possa responder a algumas normas de validade como:

- Exaustividade: inclusão de todos os elementos obtidos na coleta de dados;
- Representatividade: número de amostras representativo do universo pesquisado; nesse aspecto, a pesquisa qualitativa mostra que a fala de uma única entrevistada pode representar tão grande impacto que pode ser utilizada isoladamente nos resultados.

- Homogeneidade: documentos homogêneos que obedecem a critérios precisos de escolha do tema e abrange tudo que se refere ao mesmo;

- Pertinência: os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise.

1.3 Formulação e Reformulação de Hipóteses e Objetivos – consiste na retomada da etapa exploratória tendo como parâmetro as indagações iniciais, ou seja, mesmo que as hipóteses e os objetivos já estejam estabelecidos tem a flexibilidade de serem reformulados.

Essa etapa pré-analítica permite a determinação da unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

2. Exploração do Material - consiste na operação de classificação, ou seja, transformar os dados brutos para que alcancem o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, busca-se encontrar categorias que representam as expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Posteriormente, o pesquisador faz a escolha das regras de contagem para posterior classificação e agregação dos dados para especificar as categorias temáticas.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – nessa fase os dados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí, o investigador propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Assim, as categorias foram definidas segundo a temática investigada e os termos relevantes foram agrupados por similaridade de conteúdo, que depois de reunidos formaram as pré-categorias e que novamente agrupadas, determinaram as categoriais finais e subcategorias. A partir das categorias procurou-se abordar os dados com um mínimo de formalização teórica e progressivamente, chegando-se a apreensão do fenômeno. A análise, se estabeleceu ao longo da coleta de dados, enfocando os resultados apreendidos com base no referencial teórico utilizado.

Desta forma, este estudo permitiu a configuração de duas categorias e três subcategorias, que serão descritas e discutidas no capítulo seguinte.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta a caracterização dos colaboradores envolvidos na pesquisa, seguido da apresentação dos resultados, com base nas categorias temáticas, quais sejam: **Percepção da equipe de enfermagem sobre o acompanhante da criança hospitalizada em clínica pediátrica; Instrumentalização da equipe de enfermagem para o cuidar da criança hospitalizada.**

4.1 CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS

A caracterização dos sujeitos foi construída com base nos dados sócio-demográficos, conforme Quadro 1. (APÊNDICE D)

Neste quadro, observa-se que os colaboradores foram predominantemente do sexo feminino, prestando o cuidado à criança hospitalizada. Isto evidencia-se porque a enfermagem é tratada simbolicamente como feminina. A mulher traz na sua essência, o dom de ajudar, cuidar. Os cuidados mais elementares estão vinculados ao existir feminino, e a estas mulheres é dada a importância da promoção da vida, daí a importância do seu tocar, pelas mãos mobilizadoras da força da vida (COLLIÉRE, 1999).

Com referência à idade, houve uma variação entre 28 e 46 anos; o que evidencia uma população de adultos jovens, em fase de reprodução. O estado civil aponta que apenas três das profissionais eram casadas e, o número de filhos, variam de dois a quatro por entrevistada, fato este que pode influenciar no seu interesse em prestar serviço em clínica pediátrica, facilitando seu modo de cuidar e abordar o acompanhante neste processo.

O item raça/cor foi auto-definido pelos colaboradores e destacamos que todas as enfermeiras entrevistadas se definiram como de raça branca e que, dos onze técnicos de enfermagem, dez se auto-definem negros e apenas 01 como branco. Evidencia-se que na enfermagem há uma divisão de força de trabalho em que os cargos de gerência e chefia são ocupados por quem cursou o nível superior, ou seja, o profissional Enfermeiro, em sua maioria de cor branca. É notável que estes desenvolvam os cuidados indiretos ao paciente, fiquem responsáveis pela gerência, administração e supervisão dos cuidados rotineiros,

executados pelos profissionais de nível médio, técnicos de enfermagem, em cuja maioria, neste estudo, predomina a raça negra. Neste contexto, concordamos com Ribeiro (2006), quando afirma que aos brancos ficou a libertação pela força de trabalho, acesso à educação e serviços facilitados, aos negros, a confinamento de um trabalho brutal, acesso restrito à educação e informações.

Ribeiro (2006) refere que os efeitos de raça, classe e origem socioeconômica, sobre as desigualdades de oportunidades educacionais apontam para a permanência de ambas as classes sobre transições educacionais. Pessoas brancas com origem nas classes mais privilegiadas tendem a ter melhores chances de fazer com o sucesso as transições educacionais. Os brancos passam a ter vantagens ainda maiores para completar o ensino médio.

No item tempo formação/anos no qual investigou-se o tempo de formação dos profissionais. Identificou-se que os técnicos de enfermagem neste estudo tem um período mínimo de formação de três anos e o máximo de vinte anos. Enquanto os enfermeiros apresentam um período mínimo de três anos e máximo de doze anos, o que demonstra que, para esta equipe de enfermagem, possivelmente se tenha já discutido sobre direitos e obrigações do acompanhante em clínica pediátrica, considerando a regulamentação da Lei 8069 em 13 de Julho de 1990.

Em relação ao item tempo de serviço na unidade/ano dos sujeitos, evidenciou-se um período de dois a seis anos, o que faz supor maior segurança e habilidade técnica para desempenhar o cuidado a criança em clínica pediátrica.

Almeida e Sabatés (2008) definem que o perfil do profissional de enfermagem pediátrico para atuação clínica consiste em atender e contemplar conhecimento técnico-científico especializado e integrado com a prática, pensamento crítico e gerenciamento com base em resultados e características psicológicas tais como: iniciativa, comunicação, negociação, trabalho em equipe, facilidade no relacionamento interpessoal, flexibilidade, automotivação, autoconfiança, criatividade, tomada de decisão, capacidade de planejamento e organização, o que viabiliza o domínio técnico-científico.

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

4.2.1 Percepção da equipe de enfermagem sobre o acompanhante da criança hospitalizada

Nesta categoria, buscou-se descrever o comportamento da equipe de enfermagem frente ao acompanhante no cuidado à criança hospitalizada, enfocando as atribuições que vem sendo delegadas ao acompanhante pela equipe de enfermagem, conflitos existentes nessa relação.

4.2.1.1 Presença do acompanhante no cuidado a criança hospitalizada

O ser humano, em sua existência, sente a necessidade de resgatar o sentido da vida. Desde o seu nascimento, em suas relações com o outro e com o mundo, a criança torna-se objeto e, posteriormente, sujeito do cuidado. Assim, o cuidado é parte integrante da vida humana, estando relacionado a tudo que faz parte da vivência do ser humano, pois, segundo Collière (1999) tudo precisa ser cuidado.

Para Erdmann (1998), o ser humano busca o cuidado na tentativa de sobrevivência, e esse cuidado, provavelmente, é a resposta às necessidades manifestas, criadas ou provocadas por inúmeros fatores. O cuidado acontece em todos os momentos da vida, gerando transformações e crescimento nos participantes desse cuidado. Waldow (1998) salienta a importância de se reconhecer o cuidado como um processo de transformação e de equilíbrio mútuo entre os seres nele envolvidos.

Toda criança tem o direito, assegurado pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), de ser acompanhada durante o período de hospitalização por sua mãe, pai ou responsável, e de receber visitas. A inserção da família em período integral no ambiente hospitalar, sua participação no cuidado e a natureza das relações entre crianças, pais e

profissionais tem desencadeado novas formas de organização da assistência à criança hospitalizada (COLLET, ROCHA, 2004).

Segundo Elsen e Patrício (2005) nesse modelo de assistência, a internação é considerada um evento estressante para a criança, sendo, por essa razão, incentivada a permanência de um elemento da família na unidade de internação e sua participação nos cuidados à criança.

O enfermeiro, nas suas relações, expressa e compartilha o conhecimento, a habilidade e a espiritualidade. Nessa mútua troca, auxilia o processo transpessoal de cuidar. Considerar a criança e sua família como parte importante no processo de cuidado facilita as relações entre o enfermeiro, à criança e a família, contribuindo para a recuperação durante a hospitalização (WALDOW, 1995). Essas relações evidenciam mudanças significativas nas rotinas hospitalares e em aspectos de relações sociais, que envolvem acompanhante, criança e equipe de enfermagem.

A equipe de enfermagem avalia o acompanhante como alguém que favorece o estabelecimento de um clima emocional desejável à criança e colaboram no desenvolvimento do trabalho da equipe de enfermagem na realização dos cuidados como co-participantes do processo, como foi evidenciado nos trechos dos depoimentos das E. 01 e E.15:

é importante tanto para criança como para equipe por ser um suporte para criança e para equipe também. [...] é importante, tanto pra andamento do nosso trabalho como pra segurança da própria criança. (E.01 - Enf.)

No caso, o acompanhante, a mãe acompanhante da criança, eu percebo como uma figura muito importante do processo mesmo da assistência do cuidado, porque esta criança tá num ambiente totalmente diferente [...] pessoa que ta lá, é o vínculo que ela tem com o mundo exterior (E.15 - Enf.)

Nas falas abaixo, ficou evidente que a presença do acompanhante também pode ser percebida como recurso importante e necessário na prevenção de efeitos traumáticos oriundos da hospitalização, como os procedimentos invasivos realizados pelos profissionais de enfermagem.

Com criança tem que ter a ajuda da mãe porque ela não aceita,[...] isto acaba facilitando a segurança da própria criança pra ela aceitar aquele procedimento, uma punção venosa, uma sonda, ajuda a tranquilizar a criança, ela aceita melhor quando há esta parceria, senão tudo fica mais difícil. (E.14 - Enf.)

[...] a criança vai se sentir protegida com a presença da mãe, ela vai saber que a mãe tá ali do lado e não vai deixar acontecer nada de ruim com ela, tem essa segurança da mãe. (E.10 - Tec.)

Essas falas revelam que a presença da mãe supre uma necessidade humana básica de todo ser humano que é a segurança. O incentivo à permanência e participação da família descrito no modelo de assistência centrado na criança está pautado no entendimento de que a hospitalização representa um evento estressante para a criança (ELSEN; PATRÍCIO, 2005). Logo, se faz necessária a inserção do acompanhante neste contexto.

Eu percebo como um apoio, é uma companhia necessária pra que a criança ela possa ficar na unidade [...] em idade nenhuma é normal à criança ficar sem o acompanhante. (E.16 - Tec.)

Observou-se na fala de E.16 que a presença do acompanhante é entendida como obrigatoriedade, compromisso firmado com os pais e/ou responsável, pela razão da menor idade e necessidade em cuidados, o que aponta para o conhecimento do direito assegurado e adquirido pelo ECA. A presença da família no mundo do hospital é fundamental para a preservação do mundo-vida da criança. Os pais são o seu próprio referencial; significam afeto, o elo que une criança e família. É relevante preservar esse sentimento, pois gera segurança emocional para a criança, o que significa manter os aspectos sadios de sua existência (MOTTA, 1998).

[...] é trabalhar no binômio, porque você tem que prestar o cuidado à criança que é seu objeto do cuidar, que é a criança, e com o sujeito, que é a mãe (E.14 - Enf.)

Eu percebo a mãe como aquela pessoa que tá com a criança que tá frágil, que tá precisando de cuidados e sabendo que, na verdade, estes cuidados precisam da equipe de enfermagem e da terapêutica médica, uma pessoa que tá cheia de preocupação, cheia de anseios, medos, que tá preocupada em ver o bem estar do filho (E. 02 - Tec.)

As falas acima apontam também para uma visão mais ampla do cuidado à criança hospitalizada, quando a equipe considera o acompanhante como elemento importante no processo do cuidado. Se não se compreender a família, dificilmente saber-se-á cuidar dela (ELSEN, 2000). É preciso que haja envolvimento da família como parte integrante da

assistência. Faz-se mister que se conheça o quadro referencial do familiar da criança internada, através deste, será possível identificar suas crenças, valores, sentimentos e ações, o que refletirá o modo de assistir a criança.

4.2.1.2 Participação do acompanhante na clínica pediátrica: relações estabelecidas, atribuições e conflitos

Desde a implementação do Alojamento Conjunto Pediátrico, as unidades pediátricas vêm sofrendo um processo de reorganização de suas práticas, pois 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 (COLLET; ROCHA, 2004). A respeito dessas relações, a enfermagem é a categoria profissional que vivencia mais de perto essas modificações no seu cotidiano, pois permanece constantemente junto do binômio (COLLET, 2001; CORREA, 2005).

Não houve, na prática, um preparo profissional para lidar com as modificações decorrentes do advento destas mudanças, e muitos profissionais não entendem como deve acontecer a participação da família durante a hospitalização, o que tem gerado conflitos (FERNANDES; ANDRAUS; MUNARI, 2006). A relação estabelecida entre acompanhantes e equipe de enfermagem frente aos cuidados prestados à criança hospitalizada não é uma tarefa fácil, nem definida, tendo em vista que não se tem claro qual o papel do acompanhante neste processo, conforme apreendido nas falas:

Ajuda no olhar até às vezes de outras crianças, coisas às vezes que a gente não percebe tanto da criança dela como de outra criança. (E.01 - Enf.)

[...] quando ela sinaliza a questão de venóclise, quando ela sinaliza a questão como ah, meu filho tá com hipertermia né, tá com febre, tá quentinho, tá com diarreia, quando ela sinaliza sinais e sintomas isso pra gente, por mais que a gente fique aqui com a assistência 24 horas integral, é ela que fica lá ao leito 24 horas. (E.15 - Enf.)

[...] quando sinaliza uma dor, uma febre, temos que valorizar porque ela tá com a criança, e ajuda a equipe, é uma forma de ajudar a equipe e dar importância, porque ela conhece seu filho, comportamento, temos o conhecimento, mas ela sinaliza a alteração. (E.02 - Tec.)

O cuidado da minha competência quem faz sou eu, quando é algo que tem que ter a interação da mãe porque até às vezes ela tem que fazer em casa, como uma glicemia capilar, aí a gente orienta, e por afinidade a gente muitas vezes deixa que ela faça, mas com a gente do lado, orientando e supervisionando. (E.05 - Tec.)

As falas apontaram para o fato de que os acompanhantes contribuem com a equipe de enfermagem quando informam o estado clínico da criança, os quais refletirão na realização das atividades de enfermagem. Porém em algumas situações ocorre tamanha simplicidade que perde-se de vista o que é atribuições do acompanhante e o que é da equipe de enfermagem.

A participação do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada está relacionado ao desempenho de atividades privativas da enfermagem, supervisionar término de infusões endovenosas, sinalizar horário de medicação, fechar gotejamento de soro. Há uma distância em atender as necessidades do cuidado à criança, cuidados habituais, cotidianos, para garantir a continuidade dos cuidados da enfermagem, de reparação, conforme evidenciado nos depoimentos abaixo:

[...] quando o soro acaba, ela fecha o equipo e avisa a gente. (E.10 - Tec.)

Ajuda avisando os horários de medicação, tem umas que já sabem trocar o soro, fechar, e isto facilita, ficam um pouco orientada, né, já tem um pouco de noção (E. 02 - Tec.)

[...] na hora que a medicação acaba, elas avisam que a medicação acabou, fecha o equipo, troca o soro. (E.13 - Tec.)

Os depoimentos revelam que os acompanhantes realizam atividades privativas da equipe de enfermagem, e o código de ética dos profissionais de enfermagem, retrata em seus arts.12 e 21 que se deve assegurar e proteger a pessoa, família e coletividade na assistência de enfermagem, livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

Por esta razão, todo e qualquer tipo de cuidado realizado para a criança no hospital é um cuidado de enfermagem e ao delegá-lo, a enfermagem reconhece a infração cometida,

pois havendo qualquer alteração no desempenho destes cuidados, será de sua responsabilidade.

Na verdade, os cuidados considerados como básicos, quotidianos, de “manutenção da vida” são cuidados já desenvolvidos por estes acompanhantes no ambiente domiciliar, se tornam mais facilitados quando aplicados no hospital pelos mesmos. Porém, o que deve existir neste momento é a supervisão da equipe de enfermagem para com os procedimentos realizados para que se avalie a capacidade do acompanhante em estar ou não realizando o procedimento na circunstância da hospitalização, concomitante a orientações do cuidado domiciliar pós alta. O que fica evidente é que há uma ambiguidade nas relações existentes entre acompanhantes e equipe de enfermagem: às vezes, a equipe transfere responsabilidades para o acompanhante, em outras vezes, o acompanhante transfere os cuidados à equipe. É o que se verifica nas falas abaixo:

A gente presta, realmente, os cuidados de enfermagem. Os cuidados que ela faz em casa, de costume, são feitos também no hospital pela mãe. (E.06 - Tec.)

Não é obrigação dela, mas você pode supervisionar, não é função dela no momento, mas é necessário esta parceria.(E.02 - Tec.)

A gente faz a parte de enfermagem, às vezes ela pensa também que a gente tem que fazer a parte da mãe. Porque uma coisa é você cuidar da parte de enfermagem, outra coisa é você ter que fazer tudo que uma mãe faz. [...] Mas ela tem que fazer o papel dela.(E.04 - Tec.)

As inter-relações entre equipe de enfermagem e acompanhante no cuidado à criança hospitalizada são complexas e ambíguas por exercer influência na execução dos procedimentos de enfermagem. Para Squassante; (2009), as relações entre acompanhantes e equipe de enfermagem não são estabelecidas de forma linear, tampouco desempenhadas da mesma forma em todas as situações e por todos os sujeitos, sejam estes profissionais ou familiares, conforme falas das E. 9 e E.11.

[...] no momento em que a gente acha uma dificuldade, assim, vai puncionar o acesso, a gente não acha de primeira a veia, e aí a mãe reclama e passa a não deixar puncionar, então aquilo prejudica a equipe. (E.09 - Tec.)

[...] um bebezinho, uma criança, de difícil acesso, uma criança que necessita fazer uso da medicação endovenosa e a mãe deixa perder o acesso, eu acho que isto aí atrapalha quando a mãe não quer que dê tal medicação, quando ela não quer fazer coleta, mesmo sabendo da necessidade e diagnóstico, dificultando às vezes o tratamento. (E.11 - Tec.)

Por muitas vezes, a superproteção à criança e insegurança nos procedimentos invasivos desempenhados pela equipe, impedem que estes sejam realizados, atrasando a melhora clínica, o tratamento e principalmente, prejudicando o trabalho da equipe.

[...] a dificuldade de quando a mãe tá presente é quando ela não colabora com os procedimentos que tem que ser feitos. (E.10 - Tec.)

[...] quando a gente vai pegar acesso e não deixam, elas impedem [...] (E.13 - Tec.)

Nas falas destacadas acima, observou-se que a interferência exercida pelo acompanhante no desempenho do trabalho da equipe de enfermagem pode estar relacionada a falta de conhecimento do acompanhante sobre os procedimentos executados, necessitando, desta forma, de esclarecimentos sobre todo e qualquer tipo de procedimento, mesmo que estes procedimentos já sejam habituais, para muitos dos acompanhantes.

Com o passar do tempo de internação, alguns acompanhantes adotam medidas pouco colaborativas na percepção dos profissionais de enfermagem, passam a ser mais questionadores, conhecem o perfil de cada profissional e sua forma de trabalho, a exemplo das E.08 e E.09. Entretanto, o colaborador da E.05 aponta satisfatoriamente a presença de ter acompanhantes com patologias crônicas e com internações frequentes porque já conhecem a dinâmica hospitalar e compartilham o cuidado.

Tem outros que atrapalha tudo, antes a criança sozinha do que com acompanhante, a gente fala “Não mexe no soro”, a acompanhante vai lá e mexe, abre o gotejamento, encharca a criança, aí é um grande problema, né? Acha que o tempo que tem aqui dentro já pode tudo. (E.08 - Tec.)

Quando o acompanhante permanece mais tempo na instituição é considerado mais exigente, questionador, porque já conhece as rotinas, aprende a cultura, reconhece as formas de trabalho da equipe de enfermagem. (E.09 - Tec.)

[...] a mãe reincidente, que tem um filho reincidente aqui dentro, é uma mãe que já conhece a rotina do hospital, então ela já colabora com a gente nas normas e rotinas que são aqui definidas. (E.05 - Tec.)

As diferenças culturais também podem ser fonte de interferências que prejudicam o trabalho da equipe de enfermagem. Deve-se lembrar que as questões culturais, crenças e valores por vezes permeiam as formas de cuidar da criança, o que interfere também nesta relação. Desta forma, deve-se buscar esta compreensão respeitando a singularidade e subjetividade de cada indivíduo.

[...] geralmente o pessoal da zona rural, chega assim, não tem costume de dar aquele banho rotineiro, dizem que só pode dar um banho no dia, e isso não pode acontecer porque a gente sabe que isso ajuda a debilitar a criança, aí nesse momento assim, elas atrapalham [...] (E.07 - Tec.)

[...] a população mais carente é muito mais fácil de lidar, porque a gente chega e conversa, tenta orientar, eles tentam se fazer entender que a gente tá falando, né, e o pessoal que se diz mais esclarecido são muitos questionadores e muitas vezes acaba atrapalhando o serviço porque eles não aceitam aquilo que é pra ser feito, entendeu? (E.05 - Tec.)

As falas acima apontaram para situações em que ficou evidenciada a importância da equipe de enfermagem se apropriar das questões culturais apresentadas pela família, para tecer o cuidado à criança hospitalizada. Os Entrevistados 14 e 05 demonstram que o acompanhante vai se apropriando da cultura hospitalar, adquirindo conhecimentos acerca das condições da criança, normas de funcionamento da instituição, identificação e hierarquia dos membros da equipe de saúde, na tentativa de proporcionar o melhor para a criança. O conhecimento da rotina hospitalar, segundo os profissionais de saúde entrevistados, contribui para que este acompanhante torne-se mais exigente e questionador.

Tem pais que são mais esclarecidos, eles ajudam, colaboram, já têm outros que são esclarecidos, mas, que querem tumultuar, complicar, até dificultar o trabalho. (E.14 - Enf.)

[...] por eles se acharem mais esclarecidos, eles chegam aqui já com a visão de que tem que impor, que tem que mandar muito no trabalho da gente para que o trabalho tenha uma evolução [...] (E.05 - Tec.)

Segundo Souza (2009), essa cobrança por parte de alguns acompanhantes é resultado de um maior esclarecimento acerca da cultura hospitalar, uma vez que ele passa a fazer parte do ambiente, conhecendo a atuação dos profissionais, a rotina da instituição e as orientações.

4.2.1.3 Identificando os cuidados “quotidianos” e de “reparação” na clínica pediátrica

Para Collière (1999), interrogar a natureza dos cuidados de enfermagem perpassa pela definição do cuidar que é explicitado como ato individual que prestamos a nós mesmos, desde que adquirimos autonomia, mas, é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir suas necessidades vitais.

Ainda para esta autora, os cuidados do cotidiano e os habituais de manutenção da vida (care), referem-se aos cuidados correntes como comer, vestir, eliminar, dormir, relacionar-se, representa todo esse conjunto de atividades que asseguram a continuidade da vida e fundamentam-se em toda a espécie de hábitos de vida, costumes, crenças.

Evidencia-se que a enfermagem possui uma filiação biomédica muito forte no modo de cuidar, e isto tem levado a um maior distanciamento dos cuidados quotidianos, habituais, relegando-os para último plano, o que tem revelado a transposição destes cuidados para o acompanhante ainda que no ambiente hospitalar.

Ao seguir o modelo biomédico, centrado na doença, e ao abandonar todo o vasto domínio dos cuidados de manutenção da vida ou ao relegá-los como secundários, menores e sem qualquer importância, criou-se um imenso abismo no nível dos cuidados de enfermagem. Sendo assim, não podemos falar, com propriedade, de cuidados, mas apenas de tratamento (COLLIÈRE, 1999).

Nesse sentido, o cuidado que pode ser realizado pelos acompanhantes precisa ser definido pela enfermagem a partir da complexidade e natureza destes, a fim de prevenir agravos ao estado de saúde da criança. O cuidado hospitalar à criança, que era atividade privativa da equipe de enfermagem, passa também a ser desenvolvido pelo familiar. Percebe-se que o papel, a função do acompanhante nas unidades hospitalares não está ainda definida pela equipe de enfermagem.

Neste contexto, cada instituição, de acordo com a complexidade e situação clínica da criança delega atividades relacionadas ao cuidar, de forma diferente, para os acompanhantes. Assim, cada vez mais, os cuidados rotineiros, quotidianos, de referência domiciliar, são realizados pelos acompanhantes, considerando seus valores, costumes e crenças, muito embora, haja necessidade de intervenção da enfermagem para supervisionar, orientar, acompanhar estes procedimentos.

No que se refere à higiene corporal, emergiram os cuidados relacionados ao banho e troca de fralda.

Os cuidados que ela presta sozinha são os cuidados com higiene da criança, higiene mesmo, troca de fralda. (E. 01 - Enf.)

Elas fazem principalmente os cuidados de higiene, que já são parte da rotina, a criança se sente mais a vontade com a mãe, mesmo que a gente pode auxiliar nesses momentos, mas geralmente é sempre a genitora. (E.11 - Tec.)

Os banhos, mesmo, são dados por elas. A gente só orienta, encaminha, né? A gente dá todo o material de banho, porém, elas são orientadas a dar o banho, cada uma ao seu filho... A não ser quando a criança é acamada, que requer cuidado, e tem alguma orientação médica de alguma coisa. Mas caso contrário, não, nisso aí elas ajudam. (E.06 - Tec.)

Os cuidados realizados pelos acompanhantes, muitas vezes as próprias mães, são cuidados gerais, de baixa complexidade, relacionados principalmente aos cuidados de higiene e alimentação, indispensáveis para a promoção do crescimento e desenvolvimento. Acredita-se que esta mãe/ acompanhante tenha habilidade para garantir a realização destas práticas e maior aproximação com a criança. A equipe em estudo entende que os cuidados prestados pelas mães/ acompanhantes são um apoio para o desenvolvimento das atividades rotineiras do cuidar.

Ela dá o banho na criança, acompanha de perto pra dar alimentação, trocar a fralda. (E.07 - Tec.)

Dá banho, dá alimentação, ajuda, né, de certa forma. Por isso que tem acompanhante [...].(E.08 - Tec.)

Pimenta e Collet (2009) retratam que um ato de cuidar envolve o respeito à maneira como vive cada indivíduo, observando suas crenças, valores, costumes e cultura. A família, como uma instituição, atende às necessidades biológicas de seus membros, sendo sua responsabilidade cuidar e criar os filhos, incluindo a obrigação da alimentação, higiene, vestuário e moradia, além de ter uma relação de proximidade e confiança com a criança.

Para a realização dos cuidados de reparação, que visam tratar a doença, há necessidade de que estes sejam desenvolvidos pela equipe de enfermagem pela sua complexidade. Um cuidado como administração de medicamentos, por exemplo, requer conhecimento técnico-científico, mesmo parecendo simples por ser semelhante ao realizado em domicílio. Quando realizado no hospital, assumem características técnicas, devido às condições de saúde da criança exigindo um cuidado ampliado que o acompanhante, por diversas razões, não tem competência para oferecer.

Nos depoimentos dos entrevistados a seguir, ficou evidenciado que os cuidados mais complexos, como os acima descritos, também são realizados integralmente pelos acompanhantes, ou com seu apoio, mas sob a responsabilidade da enfermagem:

[...] segura máscara de Nebulização; máscara de O2 também; medicação só em alguns casos, tipo, a criança tem resistência na oferta VO por outras pessoas, aí a gente pede a mãe para colaborar neste processo, observando sua oferta. (E.14 - Enf.)

[...] a gente vai fazer a nebulização de madrugada e a gente pede que ela segure a criança e ela faz (E.13 - Tec.)

Na oferta da administração VO, a mãe é solicitada para colaborar neste momento, não e obrigação dela, mas você pode supervisionar [...] (E.06 - Tec.)

Quando solicitamos uma colaboração nos cuidados e ela atende, é uma forma de colaborar no tratamento, exemplo, na oferta da administração VO (E.08 - Tec.)

O acompanhante reproduz o que observa rotineiramente neste cenário hospitalar, objetivando a recuperação da criança. Por outro lado, a enfermagem parece estar perdendo a dimensão do seu papel profissional, na medida em que transfere práticas mais complexas do

cuidado, para os acompanhantes, mesmo que seja sob sua supervisão. Não há regulamentação sobre a participação da família nos cuidados e, no entanto, a mesma desempenha atividades junto à criança durante a hospitalização que devem ser levadas em consideração.

Este entendimento acerca da coparticipação do familiar/acompanhante coincide com a descrição das funções do profissional enfermagem no modelo de assistência centrado na criança e sua família, em que se destaca, entre outras funções, o assessoramento da família nos cuidados assumidos por ela (ELSEN; PATRÍCIO, 2005). O acompanhante coparticipante do cuidado à criança hospitalizada precisa ser ouvido em suas necessidades, ser atendido em suas demandas, participar do planejamento do cuidado, das tomadas de decisão e ser respeitado em sua autonomia. Entretanto, não pode e não deve servir de mão de obra no processo do cuidar.

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 criança é internada e sai de alta e os familiares sequer sabem do seu diagnóstico, mas, durante toda a sua estada, realizaram cuidados à criança. (COLLET; ROCHA, 2004).

Este acompanhante que presta cuidados nas unidades de internação hospitalar precisa também ser visto no contexto humanitário, necessitado de atendimento em suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, considerando-o como ser único integral e particular. As falas abaixo apontam para a sensibilidade que a equipe de enfermagem tem com o acompanhante envolvido no processo do cuidar da saúde da criança.

[...] tem problemas sociais em casa, e aqui, dorme e acorda naquela mesma rotina sem nenhuma distração, entre quatro paredes, não sai dali, cria tudo stress. E então ela acaba jogando isto pra cima da gente, a parceria da instituição seria facilitadora no cuidado. (E.01 - Enf.)

[...] é saber que aquela mãe tem seus problemas, seus anseios, tem alguma doença, tem uma vida doméstica às vezes complicada, sofre alguma violência, é, às vezes passa fome, tem um trabalho, que às vezes a depender da classe social, é empregada doméstica ou como outro trabalho; e que o patrão exige dela tá ali, e que ela fica com a cabeça a mil. (E. 14 - Enf.)

[...] ela tem a preocupação do estado clínico do filho, ao mesmo tempo preocupação da sua vida social, da sua vida profissional, do filho que ela deixou em casa, do trabalho que ela tem que tá ali para cumprir a Carga Horária, que muitas vezes ela só tem este momento para estar ali com o filho. (E.04 - Tec.)

Os depoentes apontaram as dificuldades sociais e financeiras que o acompanhante pode enfrentar devido às alterações em seu cotidiano com a doença e hospitalização da criança, tais como: afastamento do lar, dos outros filhos e do marido, além de transtornos relacionados ao emprego. Nesse sentido, esses depoimentos assinalam para o modelo de assistência centrado na família, no qual Elsen e Patrício (2005) ressaltam que a hospitalização da criança é vista como um evento que promove a ruptura no funcionamento e nas interações familiares, bem como com seu meio ambiente.

Estudos como de Faquinello, Higarash e Marcon (2007) destacam a importância do enfermeiro considerar as necessidades da criança hospitalizada, bem como da família cuidadora, destinando sua atenção à opinião, aos sentimentos e questionamentos da mesma, criando, dessa maneira, possibilidades de estabelecer interações efetivas no compartilhamento do cuidar e de elevar a qualidade e a satisfação da assistência prestada.

4.2.2 Instrumentalização da equipe de enfermagem para o cuidar da criança hospitalizada

Esta categoria retrata elementos essenciais à equipe de enfermagem para abordar os aspectos relacionados ao desempenho da assistência pautado em habilidades administrativas e de relação com o acompanhante para a prestação do cuidado à criança hospitalizada.

A reciprocidade no cuidado à criança, entre a equipe de saúde e a família, pode favorecer uma melhor identificação das necessidades da criança possibilitando, assim, o planejamento de um cuidado mais integral, holístico e humano. A troca de experiências entre os cuidadores pode possibilitar um melhor relacionamento entre os profissionais, a criança e sua família, minimizando, possivelmente, a crise vivida e o sofrimento da família com a doença e a hospitalização.

Práticas educativas dialógicas, articuladas com as reais necessidades da criança e sua família, podem promover uma assistência de qualidade e integrada. O cuidado, nesse sentido, deve ser organizado de modo a considerar a inter-relação entre o saber popular e o saber científico na orientação das práticas educativas, de modo a promover a saúde e estimular o auto cuidado (GOÉS, 2009).

A utilização da educação como prática da enfermagem transcende os preceitos básicos do cuidado, pois, por meio de práticas educativas, o enfermeiro potencializa a capacidade de cuidar, e embasa intervenções mais construtivas nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, em que um aprende com o outro (FERRAZ et al, 2005).

Almeida et al. (2006) ressaltam que os familiares apesar de levarem dessas vivências uma série de conhecimentos e experiências, carregam ainda muitas dúvidas e receios quanto às suas competências para lidar com essa nova situação, o que reafirma a necessidade da educação em saúde no cuidado à criança, conforme visto nos discursos abaixo:

[...] a gente tenta da melhor forma possível tá esclarecendo à mãe da importância de uma venoclise, da importância do tratamento, a continuidade do Antibiótico no horário certinho, pois são essas questões que vão levar à melhora do quadro clínico da criança. (E. 01- Enf.)

A gente tem que supervisionar, porque ou você faz isso ou ela diz que vai fazer e não faz, daqui a pouco tá a criança cheia de assadura, o cabelo, tem criança que já chega com o couro cabeludo com aquele cascão, e outras, de deixar, desenvolve aqui. (E. 16 - Tec.)

Entretanto, educar em saúde não é apenas delegar as ações de enfermagem, é orientar, supervisionar, ajudar. Mesmo para o desenvolvimento de técnicas simples como o banho, se faz necessário a orientação e supervisão constante:

Os banhos, mesmo, são dados por elas. A gente só orienta, encaminha né? A gente dá todo o material de banho, porém, elas são orientadas a dar o banho, cada uma ao seu filho. (E.02 - Téc.)

Mesmo sabendo que já faz isto todos os dias, a gente precisa acompanhar e muitas vezes intervir nas orientações deste banho. (E.06 - Téc.)

A orientação sobre a rotina hospitalar, para os acompanhantes deve ser prestada desde os primeiros momentos da internação da criança, e se possível, antes mesmo da sua internação, em casos de internamentos planejados, como podemos ver nas seguintes falas:

No momento da admissão aproveitamos para orientar nossas rotinas e tirar dúvidas do que elas podem ou não fazer. (E.15 - Enf.)

A admissão é o momento de colocar todas as regras, rotinas e cuidados que o acompanhante pode ou não fazer, a quem perguntar quando tiver dúvidas, enfim... é isto. (E.14 - Enf.)

É fundamental a participação do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar junto à família, com vistas à continuidade do cuidado no domicílio. Porém, é importante estar atento ao que Almeida et al. (2006) alertam sobre a inserção do familiar no cuidado. Estes autores afirmam que esta deve iniciar-se de forma lenta e gradativa e ir progredindo em conformidade ao seu processo de aprendizagem e na medida em que suas dúvidas vão sendo sanadas.

Estes mesmos autores afirmam que o enfermeiro (a) deve estar apto a exercer esse papel mediador, como educador e agente de transformação social, tanto no âmbito da assistência curativa quanto no da promoção à saúde e prevenção de complicações, representa uma faceta na humanização da assistência a ser resgatada, e um compromisso a ser assumido por profissionais e por formadores no intuito de alcançar a tão sonhada qualidade da atenção à saúde (ALMEIDA et al, 2006, p. 46).

Estudos como de Goés e Cava (2009), retratam que é preciso ter cautela para que a educação em saúde não se transforme em um simples ato de depositar, transferir, de transmitir conhecimentos para as famílias. É comum o profissional de saúde, muitas vezes, considerar inferior e insuficiente o conhecimento da população, daí, oferece o seu saber por achar que as pessoas não possuem condições para tomadas de decisões. Reconhecer e respeitar o conhecimento comum são fator preponderante para a interação entre acompanhante e equipe de enfermagem.

Para aquelas crianças que apresentam doenças crônicas e/ou que necessitam de cuidados especiais domiciliares, os familiares acompanhantes precisam passar por treinamentos contínuos, pela equipe de enfermagem, para sentirem-se capacitados a realizarem determinados procedimentos, como evidenciamos nos depoimentos abaixo:

[...] crianças que são diabéticas, precisam ser trabalhadas as famílias, ensinar reconhecer sinais de hipo e hiper, dosagens de insulina, aferição de insulina, aplicação e locais; e a tudo isto precisa supervisionar e fazer com ela. (E. 11 - Téc.)

[...] é a gente trabalha mais assim nessa parte ensinando quando a criança é diabética, porque a gente faz todo um trabalho de prevenção de glicemia, administração de insulina. (E. 14 - Enf.)

A educação em saúde realizada com os acompanhantes tem objetivo único e centralizador de promover conhecimentos e favorecer mudanças nas ações, quando assim forem necessárias, evitando desta forma complicações para aqueles que já tenham alguma doença crônica, diminuindo os riscos.

A prática educativa na área pediátrica precisa ser abrangente e deslocar-se de uma dimensão estritamente biológica do processo saúde-doença para uma visão que o conceba como resultante da inter-relação entre fatores sociais, econômicos e culturais. É agregar valor à educação em saúde ao abordar as famílias. A maneira de atuar com os familiares precisa se distanciar da mera passagem de informações, e ir em busca de uma prática que valorize a troca de experiências e o compartilhamento de saberes, partindo de uma escuta sensível para o que o outro tem a dizer (GOÉZ, 2007).

Trapé e Soares (2007) reforçam essa necessidade quando enfatizam que a finalidade do processo educativo não deve se restringir à prevenção de doenças, mas precisa ampliar-se para a esfera dos direitos e da construção da cidadania, procurando discutir as raízes dos problemas de saúde, nos moldes de um processo político e dialógico que possibilite a reflexão sobre a realidade social e sua transformação.

Os sujeitos entrevistados parecem mais ver a educação em saúde como algo que é dado, e não construído conjuntamente, como podemos ver nas seguintes falas:

“Oh, enfermeira, obrigada pela assistência que a senhora me deu, por mais um conhecimento...” Que algumas, pelo fato de morarem na zona rural, não tem esse conhecimento, entendeu? (E.07 - Téc.)

Preciso dizer como se faz a aplicação de insulina e os cuidados que tem que ter, senão... (E.08 - Téc.)

A presença e participação dos familiares no processo de internação confortam e tranquilizam o paciente, diante de tantas rupturas e de pessoas “estranhas”, minimizando a distância de casa e das notícias, além de permitir que o paciente se sinta mais protegido, dentro de um ambiente estranho, principalmente, quando se trata de crianças. A interação da família, também, com a equipe de saúde possibilita um enriquecimento dos dados sobre o paciente e, conseqüentemente, melhor resultado para ele e maior retorno profissional.

De acordo com a Política Nacional de Humanização, acompanhante é o representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde. Sua inserção no processo de internação é de suma importância para captar melhor os dados do contexto de vida do doente e ajudar na identificação das suas necessidades, para incluí-lo nos cuidados com a pessoa doente, para permitir a integração das mudanças provocadas pelo motivo da internação e para fortalecer a confiança da pessoa internada.

Na internação, o acompanhante precisa ser acolhido de tal forma que evidencie uma melhoria na qualidade de assistência da enfermagem com a criança hospitalizada. É preciso estabelecer parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

Este fato também é percebido pelos sujeitos deste estudo, como podemos observar nas seguintes falas:

[...] Quem nunca teve contato com a unidade hospitalar, aí, vem com aquele choque, com aquele nervoso, pois quem nunca teve criança hospitalizada geralmente, precisa de ajuda, do apoio, ouvir uma palavra de carinho, de apoio, de atenção (E.11 - Téc.).

[...] você primeiro precisa acolher, porque acolhendo esta mãe, esta criança, falo sobre a rotina, porque na verdade é algo diferente da casa dela, é algo bruscamente colocada num ambiente muito diferente do dela no dia a dia, porque na casa dela, ela lava, passa, cozinha, aqui não [...] (E.14 - Enf.).

Além das práticas educativas, a equipe de enfermagem exprime também a importância de se estabelecer uma atmosfera de confiança entre ela e os acompanhantes, citando a segurança no que tange ao desenvolvimento do seu papel profissional, de suas habilidades técnicas, como fator preponderante para o fortalecimento dos laços de confiança.

[...] se a equipe está segura do que ela está fazendo, segura e consciente do que está fazendo, ela vai explicar e orientar a mãe... Se a gente ensina a mãe, se agente orienta, isso vai trazer uma segurança para mãe, a mãe sente-se segura com a equipe, com o tratamento (E.15 - Enf.).

Tem que saber tem que conquistar e passar segurança para mãe; pra que ela se sinta segura; porque, na verdade, a vida da criança ali, os cuidados estão na nossa mão, então quando você passa segurança, esclarece a mãe, eu acho que as coisas fluem mais fácil (E.14 - Enf.).

Esses depoimentos apontam que a relação entre a equipe e o acompanhante perpassa pelo cotidiano assistencial e incorpora uma dimensão da subjetividade que se traduz no acolhimento, escuta, troca de saberes e experiências.

No que tange ao respeito mútuo entre profissionais de enfermagem e acompanhantes, se faz necessário que os profissionais sintam-se seguros de suas práticas e do papel que devem desempenhar na equipe de saúde e que reconheçam o papel e a importância do acompanhante nesta relação, estabelecendo, sobretudo uma confiança mútua entre profissionais de saúde e usuário no ato de cuidar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar sobre a participação do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em uma clínica pediátrica de um hospital público do município do interior da Bahia, sob a ótica da equipe de enfermagem, permitiu perceber, identificar e descrever os cuidados prestados pelo acompanhante à criança hospitalizada, assim como apreender a percepção da equipe de enfermagem sobre a participação deste acompanhante.

A partir deste conhecimento, foi apreendida uma diversidade de descrição na percepção da equipe de enfermagem sobre o acompanhante na clínica pediátrica, concepções que denotam questões sociais e culturais em que os indivíduos se inserem, permeando um conhecimento técnico – científico, interferindo nas relações de vida cotidiana.

A aproximação com este universo temático mostrou que o cuidador, o acompanhante, deve ser orientado e ajudado mutuamente no processo do cuidar. A equipe de enfermagem avalia o acompanhante como alguém que favorece o estabelecimento de um clima emocional desejável e favorável à criança, como também colaborador no desenvolvimento do trabalho da equipe, sendo co-participantes do processo.

Por outro lado, embora os sujeitos desta pesquisa recorram à participação da família na realização de cuidados e na ajuda ao trabalho da enfermagem, criticam essa mesma família quando ela não aceita as imposições feitas pela equipe. Assim, desde que os acompanhantes aceitem certas condições, que dependem de cada profissional individualmente, sua presença é reconhecida como importante, caso contrário, torna-se um obstáculo para o cuidado.

O papel do acompanhante e a descrição das atividades desenvolvidas no cuidado à criança hospitalizada são tidos como cuidados rotineiros, "quotidianos", considerados como essenciais para manutenção da vida, como citado pela autora Collière: alimentação, higiene corporal, entre outros, mas também concebidos pela equipe como de menor valor. Esses cuidados rotineiros e quotidianos, de referência domiciliar, são delegados aos acompanhantes por considerar seus valores, costumes e crenças, o que facilita na execução dos mesmos muito embora seja importante ressaltar a necessidade da enfermagem intervir nestes cuidados, realizando a supervisão, orientando e acompanhando a finalização do procedimento, o que já se evidencia neste estudo como eficaz e presente nas ações do cuidado.

Acredita-se que este acompanhante, muitas vezes na figura materna, tenha habilidade para garantir a realização destas práticas e maior aproximação com a criança, provendo boas

práticas de saúde e garantindo condições de subsistência humana. A equipe em estudo reconheceu que os cuidados prestados pelos acompanhantes representa um apoio para o desenvolvimento das atividades rotineiras do cuidar.

A enfermagem assume atividades de maior complexidade, realizam cuidados que visam tratar à doença, tais como: administração de medicamentos endovenosos, punções, sondagens, administração de dieta por sondas gástricas e/ou gastrostomias, por exemplo, que requerem conhecimento técnico-científico, mesmo que alguns destes seja um cuidado desenvolvido em domicílio pelos acompanhantes. Todavia, esta situação requer certo cuidado e atenção uma vez que a equipe de enfermagem solicita a coparticipação dos acompanhantes no sentido de garantir a parceria, necessita lidar com a supervisão e orientação para que estes aconteçam sem danos à criança.

Este estudo revelou que as inter-relações entre equipe de enfermagem e permanência do acompanhante no cuidado à criança são complexas e ambíguas por exercer forte influência na execução dos procedimentos de enfermagem, o que, muitas vezes, relaciona-se à falta de informação dos procedimentos executados, mudanças clínicas do quadro da criança avaliação de técnicas e condutas administrativas, diferenças culturais, crenças. Desta forma evidencia-se a necessidade de compreender esta relação, respeitando a singularidade e subjetividade de cada indivíduo.

O acompanhante, para ser envolvido neste processo co-participativo, necessita ser habilitado a partir de suas necessidades cotidianas e atendido nas suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, considerando-o como ser integral do processo de cuidado da criança.

Neste contexto, a participação do acompanhante coincide com a descrição das funções do profissional de enfermagem no modelo de assistência centrada na criança e sua família, em que se destaca, entre outras funções, o assessoramento da família nos cuidados assumidos por ela.

O acompanhante coparticipante do cuidado à criança hospitalizada precisa ser ouvido em suas necessidades, ser atendido em suas demandas, participar do planejamento do cuidado, das tomadas de decisão e ser respeitado em sua autonomia. Em suma, precisa de fato ser envolvido no cuidado à criança, mas também ser cuidado.

Evidenciou-se que as práticas educativas exercem forte influência neste processo de cuidar, transcendendo os preceitos básicos, o que potencializa a equipe de enfermagem para

cuidar e intervir de forma construtiva nas relações entre acompanhante e equipe, em que deve haver troca de saberes.

Portanto, neste processo de internação, o acompanhante precisa ser acolhido de forma que se sinta como uma peça fundamental para a melhoria na qualidade de assistência da enfermagem com a criança hospitalizada. Se faz necessário então, estabelecer parâmetros técnicos, éticos, baseados em práticas humanitárias e solidárias, garantindo uma parceria no cuidado à criança hospitalizada, reconhecendo cada indivíduo em sua singularidade e subjetividade com crenças e valores essenciais para a assistência à criança.

6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F.A.; SABATÉS, A.L. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. Barueri: Manole, 2008.
- ALMEIDA, G.B. Permanência da família em UTIP. *In*: EINLOFT, L. et al. **Manual de enfermagem em UTI pediátrica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996, cap. 34, p. 501-514.
- ARIES, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro. LTC,1978.
- ARMOND, L.C.; BOEMER, M.R. Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 jan 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2000.
- BOUSSO, R. S.; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, jun. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 Dez 2010
- BOWDEN, V.R; GREENBERG, C.S.**Procedimentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. 15ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Definições e Normas das Instituições e Serviços de Saúde**. Diário Oficial da União de 5/4/1977, Seção I, Parte I, Ministério da Saúde, 1977.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://www.informacoesdobrasil.com.br/dados/bahia/feira-de-santana/estimativa-populacao-2011/>>. Acesso em 11 Jan. 2012
- _____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>. Acesso em: 05. set. 2009.
- _____. **Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998**: estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. Disponível em:

<http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf> . Acesso em: 04. set. 2009.

_____. **Resolução 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 04.set. 2009 às 20:30h.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados**. Resolução nº41, de 17 de outubro de 1995. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção1:163,1995.

_____. Ministério da Ação Social. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Fundação para a Infância e Adolescência, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Visita aberta e direito a acompanhante**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BARBOSA, E.C.V.; RODRIGUES,B.M.R.D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica, **Acta Scientiarum Health Sciences**,Maringá, v.26,n.1,p.205- 12,jan./jun.,2004.Disponível:periodicos.uem.br/ojs/index.plap/Acta Scientiarum Health Sciences. Acesso em Nov.2010.

BORBA, R. I. H. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada. In: CHAUD, M. N. et al. O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999., p. 11-14.

CERVO, AL et. al.**Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Pearson Pretence Hall, 2007.

CITYBRAZIL, Feira de Santana. 2006. Disponível em: <http://www.citybrazil.com.br/ba/feiradesantana/index.php>. Acesso em 15 mar 2011.

COLLIÉRE, M.F. **Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5. ed. ISBN: Lisboa, 1999.

COUTO,L.L. **A (com)vivência da família com o escolar em controle de doença oncológica: perspectivas para a enfermagem pediátrica**. Dissertação (Mestrado). Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004. 134 f.

CORRÊA, A.K. **Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva: em busca do sentido da existência humana**. Tese [Doutorado]. São Paulo (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

COLLET N., ROCHA, S.M.M. Criança hospitalizada: Mãe e enfermagem compartilhando o Cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2004 Abr; 12 (2): 191-197. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200007&lng=en. Acesso em 21 Junho 2010.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.56, n.3, p.260-264, mai/jun, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a09v56n3.pdf>. Acesso em 30 Março 2012.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 55-65, abr, 2000.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127718313008>. Acesso em 10 Junho 2012.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

COLLET, N. **Criança hospitalizada: participação das mães no cuidado**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001. 321f.

DIBAI, M.B.S.; CADE, N.V. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. **Rev Enferm UERJ**. 2009; 17: 86-90. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a16.pdf>. Acesso 12 Julho de 2012.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC. 1994. p. 61-77.

ELSEN, I.; ALTHOFF, C. R.; MARQUES, C. L. Modelos assistenciais utilizados nas unidades de internação pediátrica de hospitais de Santa Catarina – Brasil. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.2, n.1, p.33-52, jan/jun, 1993.

ELSEN, I.; PATRÍCIO, Z. M. **Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem**. In: SCHIMTZ, E. M. R. et al. *A enfermagem em pediatria e puericultura*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005, p.169-179.

ELSEN, I; MARCON, SS.; SILVA, M.R.S. (Orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004.

ERDMANN AL et al. As interfaces do cuidado pelo olhar de complexidade: um estudo com um grupo de pós-graduandos de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2005 dez; 9(3): 441-50. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452005000300009&script=sci_arttext. Acesso em 15 Maio 2012.

FAQUINELLO, P.; HIGARASH, I.H.; MARCON, S.S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16: 609-16. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>. Acesso em 15 Maio 2012.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

FERNANDES, C.N.S.; ANDRAUS, L.M.S.; MUNARI, D.B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Rev. Eletr. Enf.** 2006; 8(1): 108-18. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/936>. Acesso em 09 Junho 2009.

FERRAZ, F.; SILVA, L.W.S.; SILVA, L.A.A.; REIBNITZ, K.S.; BACKES, V.M.S. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev Bras Enferm.** 2005; 58(5):607-10. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500020. Acesso em 10 Junho 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clinica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FRIEDEMANN, ML. The concept of family nursing. **JAdvNurs**, v.14, n.3, p.211-6, 1989.

GARIJO, C.; POCH, M.L. **Guias práticos de enfermagem em pediatria**. Rio de Janeiro. Editora Mc GrawHill, 1995.

GOMES, G.C.; ERDMANN, A.L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2005 abr; 26(1):20-30. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4537/2467> Acesso em 17 mai 2010.

GOMES, G.C.; LUNARDI, F.W.D. A família na unidade de pediatria: uma unidade que se cuida, uma unidade a ser cuidada. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, PT.1, p.28-38, mai/ago, 2000.

GÓES, FGB, La Cava AM. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. **Rev Eletrônica Enferm.** 2009;11(4):942-51.

HAYAKAWA LY, Marcon SS, Higarashi IH. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):175-82.

HOCKENBERRY, M.J; WILSON, D.; W., M.L.W. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. ed. 7. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n. 2, p.33-9, abr.199. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13459.pdf>. Acesso em 10 Agosto 2010.

MARCONI, MA, LAKATOS, EM. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MINAYO, M. C. S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (Org). **Violência e criança**. São Paulo: Edusp, 2002.

Molina RCM, Varela PLR, Castilho SA, Bercini LO, Marcon SS. **Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar**. Esc Anna Nery R Enferm. 2007;11(3):437-44.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** 20ª Ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.

MITRE, R.M.A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 147-54, jan./abr., 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100015. Acesso em 13 Maio de 2012.

OLIVEIRA, I.C.S. **Da mãe substituta à enfermeira pediatra: a construção do saber da enfermagem à criança hospitalizada**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1999.

OLARIO, P.S.P.; OLIVEIRA, I.S. **Assistência de Enfermagem à Criança Hospitalizada: Presença da mãe ou responsável nos hospitais pediátricos na década de 70**. Relatório Final de Pesquisa de iniciação de científica do CNPq/ Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN / UFRJ), 1998.

PAI, M.M.; SOARES, M.A.L. Percepção do significado da função do cuidador por um grupo de enfermeiros e cuidadores: convergências e divergências em seus discursos. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 1999; 33(3): 231-5. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reensp/upload/pdf/688.pdf>. Acesso em 13 Maio 2011.

PIMENTA, E.A.G.P., COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2009 set; 43(3): 622-29. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n3/a18v43n3.pdf>. Acesso 13 Maio 2011.

PINTO, J.P; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto.v.13.n.6.p.974-81.nov./dez.2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a09.pdf>. Acesso em 24 Outubro 2011.

QUEIROZ, M.V.O., JORGE, M.S.B. Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. **Acta Scientiarum**, Maringá, 2004 jan/jun; 26(1): 27-34.

Disponível em

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1619/1060>. Acesso em 21 Novembro 2011.

QUIRINO, D.D.; COLLET, N.; NEVES, A.F.G.B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):300-6. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200014. Acesso em 24 Outubro de 2011.

RIBEIRO, C.A. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, São Paulo, v.32, n.1, p.73-9, abr., 1998. Disponível em

<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/405.pdf>. Acesso em 13 Maio 2011.

RIBEIRO, C.A.C. Classe, raça e mobilidade social no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, 2006. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582006000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso 19 Janeiro 2012.

ROCHA, S.M.M. e ALMEIDA, M.C.P. Origem da enfermagem pediatria moderna. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.27, n. 1, p.25-41, abr, 1993.

SÃO PAULO (Estado) Leis, Decretos, etc.... Resolução SS -165,12/Out./1988. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 14 de mar. de 1989. Seção I, P.99.

SIQUEIRA, L.S.; SIGAUD, C.H.S.; REZENDE; M.A. Fatores que apoiam e não apoiam permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**. 2002; 36(3): 270-5. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a08.pdf>. Acesso em 23 Janeiro de 2011.

SQUASSANTE, N.D.; ALVIM, N.A.T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Rev Bras Enferm**. 2009; 62: 11-7.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/02.pdf>. Acesso em 11 Fevereiro 2012.

SOUZA, A.B.G.; ANGELO, M. Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na UTI. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 33, n.3, p.255-264, set, 1999. Disponível em

<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/691.pdf>. Acesso em 21 Novembro de 2011.

SOUZA, T.V. **O familiar-acompanhante e a enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica (UIP): A dimensão do cuidado e a assistência à criança**. Dissertação (Mestrado de Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

SOUZA, M.C.F.; OLIVEIRA, I.C.S. Assistência de Enfermagem à criança hospitalizada: uma breve retrospectiva. **Rev. Bras, Enferm**, Brasília, v.57, n.2, p. 247-249, mar-abr, 2004.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000200024&script=sci_arttext. Acesso em 21 Novembro de 2011.

SOUSA, L.; GOMES, G.; SANTOS, C. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. **Rev Enferm UERJ**. 2009; 3(17): 394-9. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a17.pdf>. Acesso em 10 Dezembro de 2011.

TRAPÉ, C.A.; SOARES, C.B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da teoria da categoria práxis. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007; 15(1): 142-9. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a21.pdf. Acesso em 26 Janeiro 2012.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.175p.

VIEIRA, M.A.; LIMA, R.A.G.de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p.552-0, jul./ago., 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13368.pdf>. Acesso em 09 março 2011.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. 2 ed. Editora: Vozes. Petrópolis, RJ, 2004.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.204p.

WALDOW, V.R. Desenvolvimento do pensamento crítico em enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e prática profissional**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ORIENTAÇÕES AOS COLABORADORES

TÍTULO DO PROJETO: “PARTICIPAÇÃO DA MÃE/ACOMPANHANTE NO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM”

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objeto de estudo é “Participação da mãe/acompanhante no cuidado à criança hospitalizada: percepção da equipe de enfermagem”. Objetivo geral do estudo em analisar a percepção da equipe de enfermagem quanto à participação da mãe/acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica num hospital público do município do interior da Bahia. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Mestrado da Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia pela Mestranda Roberta Rodrigues Ferraz dos Santos, tendo como orientadora Doutora Climene Laura de Camargo.

A coleta de dados se dará através de uma entrevista gravada, auxiliada por três questões norteadoras, com vistas a contribuir para a reflexão sobre a percepção da equipe de enfermagem quanto à participação da mãe/acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica num hospital público do município do interior da Bahia. A entrevista acontecerá nos períodos matutino, vespertino e noturno, conforme a disponibilidade de cada membro da equipe que concordar em participar do estudo.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados através da dissertação, de artigos enviados para publicações em revistas e apresentados em eventos científicos, nos quais garantiremos o anonimato com uso de pseudônimos. Informo que para garantir sua privacidade, a entrevista será efetuada em local reservado e guardada por nós pesquisadoras durante cinco anos e solicito autorização para decidir sobre o destino delas depois deste tempo.

Serão mantidos o respeito e o anonimato da sua identidade e da instituição, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome. Os benefícios desta pesquisa estão na possibilidade de encontrar estratégias de atuação da equipe de enfermagem frente à criança e sua família na unidade de clínica pediátrica.

Esta pesquisa poderá causar riscos de constrangimentos durante a aplicação da entrevista por abordar percepções da equipe de enfermagem frente à participação da mãe/acompanhante no cuidado à criança hospitalizada em clínica pediátrica, com isso você tem total liberdade para não participar ou deixar de responder as perguntas que lhe causem algum desconforto, ou mesmo pode desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem penalização alguma e sem nenhum prejuízo a sua vida profissional, mesmo após ter acordado anteriormente.

Nós pesquisadores esclarecemos que não haverá ônus para os participantes da pesquisa e nos responsabilizamos por qualquer tipo de dano previsto ou não, neste termo de consentimento, prestando-lhe assistência integral, e/ou indenização caso seja necessário.

Caso concorde em participar convidado você a assinar esse termo, sendo que uma cópia ficará em suas mãos e outra com a pesquisadora. Estaremos à sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa a qualquer momento que deseje.

Este projeto e Termo de consentimento Livre e Esclarecido serão apreciados pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, caso sinta alguma dúvida sobre o mesmo poderá

entrar em contato com o CEP pelo telefone 3283.7615. End.: Rua Augusto Viana, S/NBairro
Canela CEP.: 40 110 060 – Salvador-Ba.

Feira de Santana, ____/____/2012.

Roberta R. F. dos Santos
Pesquisador Responsável/EEUFBA

Climene Laura de Camargo
Orientadora

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sinto-me suficientemente esclarecido com as orientações fornecidas pela mestrandia Roberta Rodrigues Ferraz dos Santos. Entendi que serei entrevistada e a entrevista será gravada, que poderei me recusar a participar a qualquer momento da pesquisa. Não terei despesas com o projeto. Terei minha identidade e a da instituição a que pertenço preservadas, o risco que corro é o do constrangimento com as perguntas e se me sentir constrangida poderei interromper a pesquisa, assim como poderei receber informações a qualquer tempo. Entendi que os resultados poderão ser divulgados em dissertação, congressos e em revistas científicas.

Ficou claro para mim que este projeto passou por um Comitê de Ética em Pesquisa. Diante destas considerações registro o meu de acordo.

Colaborador

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data: _____ Início: _____ h Término: _____ h
Nº da entrevista: _____

Parte I: Caracterização Profissional

Pseudônimo: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____

Nº Filhos: _____

Categoria profissional: _____

Pós-graduação: _____ Outros: _____

Tempo de formação: _____ Tempo nesta instituição: _____

Parte II: Questões Norteadoras

1. Como você percebe a mãe/acompanhante da criança hospitalizada?
2. Quais os cuidados que ela presta?
3. Ela ajuda ou atrapalha a equipe de enfermagem?
4. Quando e como ela te ajuda?
5. Quando e como ela te atrapalha?
6. Você faz algum cuidado em parceria?
7. Como é para você cuidar da criança na presença da mãe/acompanhante?(facilidades x dificuldades)

APÊNDICE D- Caracterização Sócio-demográfica da equipe de enfermagem

Quadro 1- Caracterização da equipe de Enfermagem, segundo categoria profissional, sexo, idade, estado civil, cor, nº de filhos, tempo de formação, experiência na área de pediatria, especialização na área temática. Feira de Santana, BA,2012.

							ANOS	PEDIATRICA/ANOS	
E. 01	ENFERMEIRO	F	33	CASADA	BRANCA	02	12	05	OBSTETRÍCIA
E. 02	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	37	SOLTEIRA	PARDA	02	20	05	NSA
E. 03	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	46	SOLTEIRA	NEGRA	02	07	06	NSA
E. 04	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	30	SOLTEIRA	PARDA	00	07	05	NSA
E. 05	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	41	CASADA	BRANCA	04	08	05	NSA
E. 06	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	27	SOLTERIA	NEGRA	01	04	05	NSA
E. 07	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	28	SOLTEIRA	PARDA	00	06	05	NSA
E. 08	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	28	SOLTEIRA	PARDA	00	09	06	NSA
E. 09	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	28	SOLTEIRA	NEGRA	00	07	05	NSA
E. 10	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	31	CASADA	NEGRA	02	07	04	NSA
E. 11	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	31	SOLTEIRA	NEGRA	00	03	02	NSA
E. 12	ENFERMEIRO	F	30	SOLTEIRA	BRANCA	00	05	05	PEDIATRIA E NEONATOLOGIA
E. 13	ENFERMEIRO	F	29	SOLTEIRA	BRANCA	00	03	02	UTI ADULTO
E. 14	TÉCNICO ENFERMAGEM	F	33	SOLTEIRA	NEGRA	00	07	06	NSA

LEGENDA:
SEXO: MASCULINO (M) E FEMININO (F)
IDADE: ANOS

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

TERMO DE APROVAÇÃO

Comunicamos que o Protocolo N° 34/2011 – FR452101- Participação da mãe acompanhante no cuidado à criança hospitalizada :percepção da equipe de enfermagem , em reunião plenária do dia 29/09/2011 teve parecer aprovado .

Pesquisadora Responsável: Climene Laura de Camargo
Demais Pesquisadores: Roberta Rodrigues Ferraz dos Santos

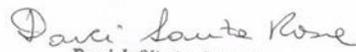
Data da apreciação do CEPEE/UFBA: 29 de Setembro de 2011.

CONSIDERADO PELO COORDENADOR: APROVADO

OBSERVAÇÃO:

Os pesquisadores devem atentar para as novas diretrizes da resolução 196/96 sobre a entrega do parecer a instituição. Após a construção do relatório da pesquisa entregar o relatório final do Protocolo ao CEPEE.UFBA.

Salvador, 30 de Setembro de 2011..


Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BA 10111

ANEXO B – OFÍCIO SOLICITAÇÃO DE COLETA DOS DADOS PARA O CAMPO DE ESTUDO



Solicitação de Autorização de Campo

Para: Hospital José Eduacy Lins
Att.: Setor de Educação Continuada

Prezado(a) Senhor(a):

Eu, Clímene Laura de Camargo, orientadora da pesquisa "Participação da mãe/acompanhante no cuidado a criança hospitalizada: percepção da equipe de enfermagem" solicito autorização para coleta de dados através da pesquisadora Roberta R. Ferraz dos Santos, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Esclarecemos que de acordo com as normas do CONEP nos comprometemos apresentar a V.S o parecer de aprovação do CEP para dar início da Coleta. Ao mesmo tempo, informo que de acordo com essas mesmas normas que, V.S. , se concordar em autorizar a coleta de dados, deverá fazê-lo em papel com timbre/logotipo não esquecendo de pôr o carimbo com sua função/Cargo,e, posteriormente, quando receber o parecer, declarar estar ciente do parecer e comprometer-se a seguir a resolução 196/96 no que se fizer necessário. Estando certo(a) do entendimento por parte de V.S. , agradeço desde já a presteza no seu atendimento.

Cordialmente,

Orientador (a)

Pesquisadora

ANEXO C - OFICÍO LIBERAÇÃO DA COLETA DOS DADOS PELO CAMPO DE ESTUDO



Feira de Santana, 22 de dezembro de 2011.

À Coordenação de Enfermagem do HC / Enfermeiras.

Encaminhamos a Enfermeira abaixo descrita para realização de coleta de dados de pesquisa, conforme escala abaixo, ao mesmo tempo solicito recepcioná-la e encaminhar a um local para abordagem.

Pesquisadora : Roberta Ferraz dos Santos.

Orientador Responsável : Climente Laura de Camargo.

Local de Pesquisa : Enfermarias do Hospital da Municipal da Criança José Eduacy Lins.

Protocolo de Autorização nº.086/2011.

OBSERVAÇÃO: Está pesquisa será desenvolvida em duas etapas. A primeira etapa consiste na observação indireta, será desenvolvida nos dias 08, 09, 10, 11 de janeiro no período da manhã, 14 e 16 de janeiro no período da tarde. Já a segunda etapa será a fase da entrevista, liberada para coleta entre os dias 17 a 31 de janeiro no período da tarde.

Obs: Havendo alguma alteração entraremos em contato.

Atenciosamente,

*Climente,
Nayde 09.01.12*

Isabelle S. Ribeiro
Enfermeira
CORP 227483

Isabelle Santos Ribeiro.

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente.

ANEXO D – FOLHA DE ROSTO ENCAMINHADA AO CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 457566	
Projeto de Pesquisa Participação da mãe/acompanhante no cuidado à criança hospitalizada: percepção da equipe de enfermagem					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos criança hospitalizada; mãe/acompanhante; enfermagem					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 10	Total Brasil 10	Nº de Sujeitos Total 10	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Especifico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável ROBERTA RODRIGUES FERRAZ DOS SANTOS			CPF 914.794.795-00	Identidade 0711228000	
Área de Especialização ENFERMAGEM PED/NEO			Maior Titulação ESPECIALISTA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço R. PIRAÇICABA, Nº10, CD. PQ. LAGOA GRANDE, QD. B. BL. 10 APTº 303			Bairro CASEB	Cidade FEIRA DE SANTANA - BA	
Código Postal 44040-130	Telefone 7532117139 / 7581372789		Fax	Email robertarsantos2006@ig.com.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <u>Roberta R. F. dos Santos</u>					
Data: <u>25 / 08 / 2011</u>			Assinatura		
Instituição Proponente					
Nome ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA			CNPJ 07.188.943/0001-39	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Orgão Escola de Enfermagem			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço Rua Augusto Viana, SN			Bairro Vale do Canela	Cidade Salvador - BA	
Código Postal CEP:40.110	Telefone (71)3283-7631		Fax (71)3332-4452	Email ppgenf@ufba.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____			Assinatura <u>Alcides A. Costa</u>		
Data: _____			Assinatura		
Instituição Co-Participante					
Nome SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA			CNPJ 14.043.574/0001-51	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Orgão Hospital José Eduacy Lins (Hospital da Criança)			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço AV. JOÃO DURVAL CARNEIRO, SN			Bairro ESTAÇÃO NOVA	Cidade FEIRA DE SANTANA - BA	

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/folha_rosto.cfm?vcod=457566

25/8/2011