

GIOVANA CALCAGNO GOMES

A FAMÍLIA COMO CLIENTE NA UNIDADE DE PEDIATRIA:
REFLEXÕES DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Rio Grande, julho de 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL –
UFSC/UFPel/FURG/URCAMP/CAPES/FAPERGS

A FAMÍLIA COMO CLIENTE NA UNIDADE DE PEDIATRIA:
REFLEXÕES DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

GIOVANA CALCAGNO GOMES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de mestre em Enfermagem – Área: Assistência de Enfermagem.

ORIENTADOR: DR. WILSON DANILO LUNARDI FILHO

Rio Grande, julho de 2000.

A FAMÍLIA COMO CLIENTE NA UNIDADE DE PEDIATRIA:
REFLEXÕES DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

GIOVANA CALCAGNO GOMES

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

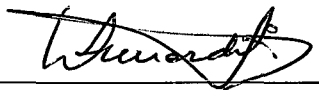
Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 31.07.2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.



Dra. DENISE PIRES DE PIRES
Coordenadora

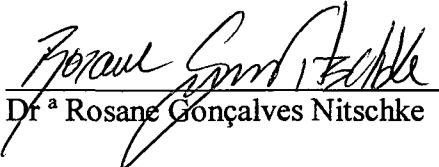
BANCA EXAMINADORA:



Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho



Dr^a Maria da Glória Santana



Dr^a Rosane Gonçalves Nitschke

Drda. Mara Regina Santos da Silva



Dr^a Ingrid Elsen



Dr^a Marta Regina Cezar Vaz

**O importante não é estar aqui ou ali,
mas ser.
E ser é uma ciência delicada feita de
pequenas e grandes observações do
cotidiano,
dentro e fora da gente.
Se não executamos estas observações,
Não chegamos a ser, apenas estamos
e desaparecemos.**

“Carlos Drummond de Andrade”

A vocês: Augusto, Cesar, Bruno, Felipe, Letícia e Sara por darem um sentido especial a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Chega o momento de agradecer. O agradecimento neste momento ocorre cheio de significados, sendo o principal o de compartilhar esta conquista.

Torna-se difícil nomear a todos aqueles que me ajudaram nesta trajetória, muitos de forma visível e muitos de forma silenciosa, então, agradeço a todos aqueles que estiveram junto comigo incentivando, dando forças e energias para este caminhar.

Obrigada pelas palavras, pelo sorriso, pelo silêncio, pelo espaço, pela torcida, pelo acreditar, pelo respeito, pela amizade, pelo trabalho e pelo amor. A alguns agradeço de forma especial:

À minha família, por ter me mostrado o sentido da vida, o prazer que é viver e a alegria de amar e ser amada, em especial a minha irmã Flora pelas várias horas “extras” transcrevendo entrevistas e encontros e digitando textos.

À Universidade Federal de Santa Catarina e seu corpo docente pela socialização do seu saber e pelo investimento em um curso interinstitucional.

À Fundação Universidade Federal do Rio Grande por sua política de capacitação profissional e pelo fomento e incentivo à pesquisa e ao aprimoramento profissional e pessoal de seus funcionários.

À Universidade Federal de Pelotas pela porta aberta e pela acolhida.

À equipe de enfermagem da unidade de pediatria do HU pelo nosso conviver cotidiano, principalmente à Luíza, Helena, Valéria e Maristela pela força e cobertura dos plantões durante este período. Sem todas vocês esta trajetória seria muito solitária. Vocês acreditaram e construíram junto comigo este trabalho, colocando suas opiniões e reflexões, dando um pouco das suas experiências de forma que esta construção tornou-se um pouco de cada uma de nós.

À FAPERGS pelo apoio e incentivo à pesquisa de que tanto o nosso país necessita.

Às colegas do mestrado: Mariângela, Jacque, Kênia, Graça, Denise, Gisa, Ivete, Susi, Gladis, Bena, Luca, Jaqueline, Lisi, Chica, Emília, Rosani, Silvia, Marilu, Janice, Débora, Simone, Alice e Solange pois acredito que com a experiência e a forma de ser de cada uma, todas nós crescemos um pouco. Vocês tornaram meus ires e vires a Pelotas uma delícia .

À Zezé e à Zulema pela liberação e pela confiança depositada.

À Vera, minha paraninfa, que me acompanha durante toda a minha vida acadêmica e profissional e a quem eu sempre recorro por confiar, incondicionalmente, na sua sabedoria, bom senso e profissionalismo.

Às famílias que internam diariamente na Pediatria do HU pela inspiração, pois, sem vocês, não há o porquê. Vocês me dão cada vez mais vontade de ser enfermeira e mais certeza da escolha feita.

Aos professores e amigos: Luciane, Glória, Ari, Valéria, Marta, Eliana, Cleuza, Lúcia, Alcione, Alacoque, Elomar, Fernando que, com certeza, deixaram em cada uma de nós um pouco de si.

A Renato, Dalvina, Alexandre e Odete que tornaram nossa estada em Pelotas agradáveis, acolhedoras, pois me senti recebida como alguém da família. Obrigada pelos mimos. O profissionalismo e a competência de vocês facilitaram muito nossa caminhada.

Ao meu orientador Wilson, pela amizade, generosidade, inteligência, humor, respeito e carinho que foram fundamentais nesta trajetória. Não há palavras que traduzam meu sentimento.

RESUMO

Este trabalho busca discutir a possibilidade da família também tornar-se cliente da enfermagem durante a internação hospitalar da criança. Foi desenvolvido a partir da realização da disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem cuja prática foi realizada com a equipe de enfermagem da Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa. Jr. de Rio Grande – RS, no período de 15 de abril à 31 de dezembro de 1999. Ao todo, participaram 4 enfermeiras e 19 auxiliares de enfermagem. Trata-se de um trabalho de caráter descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Utilizei como referencial teórico a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, de Madeleine Leininger. A partir desta teoria, de alguns outros autores e de minhas próprias percepções construí o marco referencial teórico que serviu de alicerce e sustentação para as reflexões realizadas pela equipe de enfermagem e, aqui, apresentadas. O método utilizado para a operacionalização deste trabalho constituiu-se de 5 fases: levantamento dos dados que consistiu na realização de entrevistas individuais com cada membro da equipe de enfermagem; diagnóstico da realidade, na qual, após a transcrição das entrevistas, sucederam-se várias leituras e organização dos dados levantados; grupos de reflexão onde os componentes de cada turno de trabalho discutiram coletivamente os dados levantados nas entrevistas individuais, sendo realizados 4 encontros com cada turno de trabalho totalizando 16 encontros; análise dos dados realizada através da transcrição dos encontros coletivos, ordenação e agrupamento destes dados; avaliação da proposta implementada na qual foram identificados limites e possibilidades para o fazer enfermagem junto às famílias. Surgiram muitos dados relativos à percepção da equipe de enfermagem em relação às famílias presentes na Pediatria, às necessidades destas famílias durante a internação hospitalar da criança e à qualidade da assistência de enfermagem prestada na Unidade de Pediatria às famílias destas crianças. Este trabalho nos possibilita refletirmos acerca do nosso fazer enfermagem junto às famílias auxiliando que caminhemos, de uma abordagem assistencial voltada apenas para a criança a uma voltada para a criança e sua família.

The family client in the unidade de pediatria: reflections of the nursing group

This work aims to discuss the possibility of the family to also become client of nursing during the child's hospital internment. It was developed from the realization of the discipline *Prática Assistencial de Enfermagem* which praxis was done with the nursing group of Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. of Rio Grande – RS, from April, 15th December 31st, 1999. In the whole group, there were the participation of 4 nurses and 19 nursing assistants. It is a descriptive-exploratory work, with a qualitative approach. It was used as a theoretical reference the Theory of Diversity and Universality Cultural of Care, of Madeleine Leininger. From this theory, from some other authors and my own perceptions I built the theoretical referential landmark which was used as a basis and sustentation to the reflections done by the nursing group and, here, presented. The used method to the operation of this work had five phases: data collection, which constitutes in the realization of individual interviews with each member of the nursing group; reality diagnosis, in which, after the transcription of the interviews, succeeded several readings and organization of the collected data; reflection groups where the members of each work shift discussed collectively the collected data in the individual interviews, it was done four meetings with each work shift totalizing 16 meetings; data analysis done through the transcription of the collective meetings, organization and gathering of these data; proposal evaluation in which were identified limits and possibilities to do nursing with the families. It appeared a lot of data in relation to the perception of the nursing group about the families presented in the Pediatrics, to the necessities of these families during the child's hospital internment and to the quality of the nursing assistance done in the Pediatrics Unity in relation to the these child's families. This work permitted a reflection about our nursing making with the families helping that we can walk, from na assisting approach only to the child to the one's aiming the child and his/her family.

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa trata da possibilidade da família também tornar-se cliente da enfermagem durante a internação hospitalar da criança. Não possuo a pretensão de esgotar o assunto ou de dar receitas de como fazer para que isso ocorra. Pretendo, a partir de uma Prática Assistencial, mostrar que, durante o cotidiano do cuidado, há espaço para que a equipe de enfermagem discuta, reflita e critique a sua própria prática. Assim, avaliado-a e a partir desta avaliação construir uma assistência de enfermagem mais integral e prazerosa, tanto para nós, equipe de enfermagem, como para as famílias sob nosso cuidado.

As idéias centrais aqui apresentadas foram discutidas coletivamente pela equipe de enfermagem da Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. de Rio Grande a partir das percepções individuais de cada membro da equipe em relação a presença da família na unidade, ao nosso relacionamento, enquanto profissionais, com estas famílias e da repercussão que esta percepção e relacionamento têm para a qualidade da assistência de enfermagem prestada na unidade. A partir das reflexões suscitadas nesta pesquisa, acredito que podemos caminhar em direção a mudar nossa atual abordagem assistencial, ainda voltada apenas para a criança, para uma abordagem voltada para a criança e sua família.

A pesquisa proposta por mim foi, durante a realização da disciplina de Prática Assistencial, incorporada pela equipe de enfermagem da pediatria tornando-se, a partir daí, uma construção coletiva. Isto é percebido quando, a partir da Prática Assistencial, o uso do pronome pessoal muitas vezes passa da primeira pessoa do singular para a primeira pessoa do plural, num constante alternar-se. Percebo que, durante todo o processo, fui facilitadora e participante.

A pesquisa: A Família como cliente na Unidade de Pediatria: reflexões de uma equipe de enfermagem, desenvolvida a partir de uma prática assistencial, foi guiada por um referencial teórico de enfoque cultural e na família.

No capítulo I, procuro resgatar alguns momentos da minha trajetória profissional, detendo-me mais especificamente no momento atual, de forma a auxiliar o leitor a reportar-se para esta realidade, fazendo, talvez, algumas ligações com a sua própria realidade. Procuro, também, justificar a escolha do tema.

No capítulo II, apresento os objetivos do trabalho e, no III, desenvolvo a revisão bibliográfica onde discuto a hospitalização infantil, fazendo, primeiro, uma breve retrospectiva de como prestava-se o cuidado às crianças nos tempos da ama-de-leite ou nutriz, até se chegar ao alojamento conjunto. Procuro discutir, ainda, um pouco acerca do contexto no qual a criança é internada no hospital nos dias de hoje; na importância da manutenção do elo afetivo da criança com sua família, durante a sua internação hospitalar; na participação da família no cuidado à criança hospitalizada, discorrendo, neste ítem, um

pouco, sobre as definições de família, os tipos de família, o papel da família no cuidado à criança hospitalizada, a saúde familiar e o ser família saudável. Teço ainda algumas considerações acerca do processo de cuidar da saúde familiar, durante a hospitalização da criança, no sistema de alojamento conjunto.

No capítulo IV, apresento o marco referencial teórico construído com o objetivo de alicerçar as reflexões sobre o tema . Este é composto pelos pressupostos que definem as crenças e valores congruentes com minha visão de mundo e por alguns conceitos: visão de mundo, ambiente, saúde, doença, seres humanos, enfermagem, sistema profissional de saúde, família, sistema popular de saúde, mãe- participante, cuidados de enfermagem, cuidado popular, cuidado profissional, cultura, educação e ética.

O capítulo V refere-se ao método empregado para a realização deste trabalho. O mesmo foi desenvolvido através de cinco etapas: levantamento dos dados, diagnóstico da realidade, grupos de reflexão, análise dos dados e avaliação da prática implementada.

Os dados emergentes das entrevistas e grupos de reflexão foram explicitados no capítulo VI. Onde, apresento os dados referentes às percepções da equipe de enfermagem da Unidade de Pediatria, em relação às crianças hospitalizadas e suas famílias, às necessidades da família, durante a internação hospitalar da criança – percepções da equipe de enfermagem e à qualidade da assistência de enfermagem prestada na Unidade de Pediatria: fatores que interferem, conforme a visão da equipe de enfermagem.

No capítulo VII, avalio a proposta implementada e apresento algumas considerações finais sobre o tema trabalhado para, a seguir, no capítulo VIII apresentar as referências bibliográficas e no IX, os anexos utilizados na complementação desta produção científica.

1- CONTEXTUALIZANDO E JUSTIFICANDO MINHA PRÁTICA

Quando optei por tornar-me enfermeira, procurei descobrir qual a área de atuação para a qual eu apresentaria maior afinidade. Durante a graduação, senti-me satisfeita em atuar no meio hospitalar, onde realizava ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Compreendia a importância da existência de uma equipe multiprofissional, capacitada para a realização de um trabalho voltado para a cura de doenças¹. Acreditava que, através do cuidado de enfermagem, poderia desenvolver, além da promoção, também, a prevenção em saúde.

Iniciei minha vida profissional trabalhando em uma unidade de Pediatria, em um Hospital de Ensino, onde a maioria de minha clientela era formada por mães e crianças das classes menos favorecidas. Durante muitos anos, acreditava viver uma relação enfermeiro x cliente de forma harmônica e equilibrada. Aplicava o processo de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, elaborando o plano assistencial, baseado nos pressupostos que eu acreditava serem verdadeiros. Os pacientes e suas famílias eram vistos por mim como agentes passivos em relação à tomada de decisões quanto à sua saúde.

Pensava saber mais do que as crianças e suas famílias sobre a sua doença e atuava, realizando aquilo que percebia ser o melhor para elas, não refletindo acerca do significado desses atos para as mesmas. Desta forma, acreditava que minhas ações terapêuticas iam sempre ao encontro das suas necessidades. Normalmente, não era contestada, nem pela equipe de enfermagem nem pelas famílias, ao prestar ações assistenciais e educativas e estava satisfeita com os resultados que obtinha. BARLETT e WINDSOR (1985) apontam esta forma de agir e pensar como um elemento característico da medicina clássica).

¹ Vejo a cura não apenas como a debelação da doença mas, curar no sentido de, através do nosso trabalho, ampliar a capacidade de ser autônomo do cliente. Fornecer-lhe mais do que apenas o cumprimento de uma terapêutica, realizar ações que possibilitem um maior conhecimento do seu corpo, da sua doença, das suas relações com o meio social em que vive, capacitando-o para agir, ampliando a sua qualidade de vida.

No entanto, após a alta, ocorriam internações, comumente, por problemas sociais, resultantes da pobreza e consequência da Política de Saúde vigente. A maioria dos clientes atendidos tinha problemas passíveis de serem resolvidos pela rede primária de saúde² (escabiose, pediculose, necessidade de medicamento por via oral, necessidade de nebulização, falta de higiene, verminose).

Com o tempo, percebi que, também éramos limitadas em resolver estes problemas, pois muitas famílias haviam sido atendidas por nós, em momentos anteriores, e, mesmo assim, retornavam. Percebi, ainda, que, apesar de todos os esforços realizados, as mães aprendiam pouco ou quase nada das orientações que nós, enfermeiras, lhes propiciávamos. Será que investíamos pouco em educação ou será que não o fazíamos de forma correta ?

Comecei, então, a questionar-me como a enfermagem estava inserida neste contexto, frente à Reforma Sanitária vigente; qual a nossa responsabilidade frente à situação da saúde do país e de que forma poderíamos atuar para melhorar a situação.

Procurei inteirar-me a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) em vigor. DA SILVA et al.(1997) relatam que o SUS enfoca o aspecto preventivo da assistência, reforçando a saúde como um direito social garantido pela Constituição Federal de 1988. Constitucionalmente há o explícito reconhecimento de que a saúde tem como determinantes e condicionantes o meio físico (ambiente, habitação, saneamento, etc.), o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda e educação), fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.), assim como traz assegurada a oportunidade de acesso a serviços e ações que contemplem a integralidade da assistência (SABÓIA, 1997). Em consonância com seus preceitos, o SUS apresenta o cliente como um ser com direitos à igualdade da assistência, à universalidade, às informações sobre sua saúde e com amplo direito em participar ativamente deste processo, dentre outros.

Para DA SILVA et al. (1997) a diretriz central que permeia a construção do SUS é a descentralização. Esta diz respeito à distribuição do poder e de recursos entre os três níveis de governo, aumentando a nossa responsabilidade frente à saúde de nossos clientes, tendo em vista que atuamos em âmbito municipal e que, deste modo, é conosco que

²A rede primária de saúde representa a porta de entrada do sistema de saúde e os cuidados primários de saúde deveriam ser os primeiros cuidados recebidos pelos indivíduos, famílias e comunidade pelos profissionais de saúde. Porém, o que ocorre é que, devido à sua pouca resolutividade (falta de pessoal para fazer a educação em saúde, atendimento em tempo limitado de tempo, falta de medicamentos para serem distribuídos à população carente), estes clientes terminam sendo atendidos no âmbito hospitalar caracterizando-se como um sistema de saúde predominantemente "hospitalocêntrico" (AZEVEDO, 1991; LIMA, 1996).

poderão contar, de forma mais direta.

Assim, a partir desta nova visão, senti-me mais próxima dos pacientes e percebi que não lhes propiciava seus plenos direitos e que, talvez, estivesse, aí, a “chave” para alguns de meus questionamentos. BRAGA e PAULA (1981) chamam à atenção para a inexpressiva participação da enfermagem nas decisões em relação às políticas de saúde no país. Percebo que este quadro, com o tempo, vem mudando. Prova disto é que muitas enfermeiras têm buscado ou estão buscando instrumentalização para enfrentar o mundo do trabalho da enfermagem, através da realização de cursos de pós-graduação, de trabalhos e da participação em eventos na área da enfermagem que visam discutir, de forma coletiva, os rumos que a profissão irá seguir.

Também venho verificando que a enfermagem vem caminhando em direção ao domínio de novas tecnologias de trabalho, que lhe propicie o emprego de novas estratégias e metodologias, em busca da prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade³, o que, talvez, venha a contribuir para que a enfermagem torne-se mais crítica, amplie seu poder de decisão dentro das equipes e participe mais da política de saúde vigente. .

A partir destas reflexões, decidi que precisava me empenhar em adquirir, além da competência técnico-científica que vinha permeando o meu trabalho, também a competência política como meio de me propiciar uma atuação emancipadora, tanto minha como profissional, como dos clientes sob meus cuidados. Acredito que esta competência política poderá nos transformar em cidadãos⁴ livres no pensar, decidir e agir; cidadãos cientes de nossos deveres, mas, também cientes de nossos direitos, sendo, então, capazes

³ Qualidade da assistência é vista por DEMING (1990), como um elemento variável e singular para cada indivíduo. É um conceito que deve ser problematizado e não definido. Uma assistência de enfermagem de qualidade é aquela que propicia ao cliente definir suas necessidades e que estas sejam atendidas de forma ética. GARRAFA et al (1997) relatam que deve haver, por parte dos indivíduos que formam a equipe de saúde, uma reflexão crítica mais apurada para compreenderem que, se não partir de si próprios uma conduta mais ética, não poderão esperar isso da própria sociedade como um todo. SANTINI (1998), corroborando a idéias de GARRAFA et al. (1997), acrescenta que a atitude ética do profissional irá contribuir para a transformação da ética do coletivo e refletirá em uma política mais congruente a ser dirigida ao cliente, em que o respeito ao ser humano, ao cidadão, será uma prioridade do sistema de saúde.

⁴ DEMO (1988, p. 17) compreende cidadania como: “um processo histórico de conquista popular, através do qual a sociedade adquire progressivamente condições de tornar-se sujeito histórico, consciente e organizado, com capacidade de conceber e efetivar projeto próprio”. SARTI (1995, p. 48) declarou que “a experiência de democratização da vida cotidiana familiar reflete-se no plano da cidadania, ao prover os indivíduos de recursos para participar na esfera pública, a partir do princípio de autonomia que potencializa sua capacidade de discernir, julgar e escolher”. WENDHAUSEN (1994) afirma que a participação popular é condição sine qua non para a construção da cidadania que buscamos. Assim, verifico que, para que esta se efetive, no ambiente hospitalar, deve haver uma certa cumplicidade entre os usuários dos serviços e a enfermagem, no sentido de efetuar mudanças e fortalecer o seu desenvolvimento de uma condição subjetiva para uma situação concreta.

de reivindicá-los e, assim, talvez, muito mais capazes de transformar a questão da saúde em uma prioridade nacional (do governo e do povo).

NITSCHKE (1991) e DE SOUZA (1999) sustentam que, se não houver a identificação das necessidades dos clientes, haverá a dificuldade do enfermeiro estabelecer ações nas quais os mesmos possam sentir-se efetivamente cuidados. Portanto, por concordar com esta assertiva, procurei partir da reconstrução da minha relação com os clientes. Deste modo, vinha usando como estratégia colocar-me disponível, como uma forma de facilitar esta relação; ouvir com muita atenção, procurando captar, também, as mensagens ocultas nas entrelinhas. A partir deste tipo de interação, procurava identificar suas necessidades e estabelecer o diagnóstico e o tratamento de enfermagem.

Com isso, tenho percebido um grande avanço em relação à interação que passei a ter com as mães das crianças hospitalizadas. Não obstante, este continuava sendo, ainda, um modelo deficitário e insuficiente para promover mudanças em seus hábitos e estilos de vida, que lhes são muito peculiares e estão muito arraigados. Muitos destes hábitos eram considerados por mim como diretamente responsáveis pelo estado de saúde das crianças hospitalizadas, como, por exemplo, a não amamentação, a introdução precoce de alimentos, muitas vezes inadequados para a idade da criança, a falta de higiene, a não vacinação, entre outros. O que mais me chamava a atenção era o fato de que, na maioria das vezes, o que era priorizado por mim não o era pelos clientes; a minha percepção não era compatível com a deles; nossas visões de mundo eram muito diferentes. Percebi, então, a minha dificuldade em trabalhar com as diferenças pessoais e, principalmente, culturais. Agora percebo que estes hábitos, relacionam-se diretamente com a forma como cada família vivencia o seu processo de saúde-doença.

Para MONTERO (1990), ouvir o paciente, mas não lhe permitir participar do processo de decisão a respeito de sua saúde configura o modelo clássico de assistência, do qual eu estou procurando me afastar, pois o considero insatisfatório. Assim, fez-se necessário conceber uma nova metodologia de trabalho que incluísse outras variáveis que me permitissem satisfazer, de forma mais integral, as necessidades dos pacientes. Uma metodologia de trabalho em que a família, geralmente representada pelas figuras da mãe e das crianças hospitalizadas, tenha voz para decidir, seja um agente ativo e não mais continue alijada do processo de tomada de decisões, na qual, passe a perceber-se como um “sujeito com escolhas” (SANTANA, 1998).

Percebo que para ser capaz de manejar problemas de saúde é imperativo compreender os seres humanos na sua complexidade e no seu contexto. Sem esta compreensão, parece-me ser muito difícil reconhecer quais são as suas necessidades mais profundas e quais são as motivações que explicam suas condutas. Sem identificar suas necessidades e motivações, certamente, não poderemos mobilizar seus próprios recursos internos e nossa atuação, possivelmente, será muito limitada. Cada paciente precisa ser estimulado a assumir responsabilidades, na medida do seu possível, acerca do seu cuidado.

CAMUS (1990) considera a saúde como a maximização das potencialidades próprias do ser humano, através do uso de condutas de autodireção, autocuidado, relações interpessoais satisfatórias, harmonia consigo mesmo e com o ambiente. Segundo FOSTER e JANSSENS (1993, p. 42), “o processo saúde-doença faz com que o ser humano busque o enfermeiro como um ser capaz de ajudá-lo a recuperar o seu equilíbrio e harmonia”. Estas assertivas nos permitem perceber como é complexo o planejamento da assistência de enfermagem.

KASPER e BARBOSA (1999) relatam que tanto a enfermeira como a família cuidam baseadas na sua visão de mundo, nos seus valores, crenças e experiências. Por isso, é de fundamental importância que todos os profissionais levem em consideração o modo de vida e o contexto cultural onde a família está inserida, de forma que possa promover o cuidado, respeitando seus valores culturais.

A partir destas considerações, passei a perceber que, enquanto profissionais da enfermagem, precisamos tomar cuidado para que o saber profissional não se torne distante do saber popular e das práticas populares, pois, senão, este torna-se desvinculado da realidade popular e por isso ineficiente. SALVADOR (2000, p. 13) acredita que “a aproximação entre os saberes popular e profissional favorecerá o conhecimento da realidade das famílias, o que possibilita problematizar os saberes e hábitos que elas possuem (...) problematizar com as mães a sua condição de cuidadoras, enfocando seus conhecimentos, suas maneiras de cuidar, suas dificuldades, facilidades, condições e necessidades para cuidar”.

Se a família vem até nós (hospital) em busca de auxílio, compete-nos, enquanto profissionais da enfermagem, estarmos preparados para prestar-lhe um cuidado de enfermagem que lhe seja culturalmente significativo e satisfatório, que a auxilie a adquirir padrões de vida mais saudáveis. LEININGER (1991) atribui à enfermagem a qualidade de

trabalhar com a multiculturalidade. Chama a atenção para a diversidade cultural do cuidado.

Assim, as ações de cuidado da enfermagem precisam contemplar esta diversidade cultural (a cultura hospitalar ajustando a cultura dos seres cuidadores e cuidados e ajustando-se a elas). Sob este prisma, evidencia-se sua multiculturalidade. No entanto, o cuidador, ainda mostra-se despreparado para trabalhar com esta multiculturalidade e, muitas vezes, não se dá conta deste universo cultural pelo qual precisa transitar para prestar um cuidado efetivo.

Observei que nosso relacionamento e interação com os clientes são melhores, quando existe uma congruência cultural (semelhantes crenças, valores e costumes), do contrário, surgem conflitos e atritos. Estes requerem ser superados para que possamos prestar uma assistência de qualidade. Para tanto, há a necessidade de que aceitemos estas diferenças como possibilidades para a repadronização do cuidado e o enriquecimento mútuo da assistência.

Buscando maior instrumentalização para trabalhar com a multiculturalidade do cuidado, procurei, então, priorizar o aspecto educativo da assistência⁵. Acredito que investir em educação é uma estratégia para que as famílias revejam seus valores de vida e suas formas de cuidar.

No entanto, muitas vezes, não se mostraram receptivos aos meus ensinamentos e, a experiência do assistir e prestar o cuidado de enfermagem tornou-se mais do que um fascínio para mim, tornou-se um desafio. Compreendo, agora, que isto acontece por possuírem outros valores, crenças e costumes em relação à sua saúde que são diferentes dos meus e que para repadronizá-los, a partir da educação para a saúde, é preciso um trabalho de toda a equipe de saúde, no sentido de instrumentalizá-las para mobilizar suas forças internas e externas para melhorar o seu bem viver.

LEAHY e COBB (1968), há mais de trinta anos já manifestavam a crença, assim como eu também acredito, que todo ser humano, quando capaz de se cuidar, deseja tornar-se independente do cuidado de outra pessoa. A partir deste prisma, contextualizei todo o meu trabalho profissional, considerando ser este um dos principais objetivos da

⁵ RESENDE (1984, p. 25) afirma que “o processo educativo é o elemento básico que veicula informação e experiências. A educação é um instrumento de transformação social; não só a educação formal, escolarizada, mas toda ação educativa que propicia a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e que estimula a criatividade”.

enfermagem: estimular o ser humano a adquirir motivação para buscar o seu bem viver com autonomia.

Na tentativa de interagir com os clientes, acredito que não se pode desconsiderar o contexto no qual estão inseridos. Identifico o ambiente como um componente capaz de afetar a saúde e, portanto, um fator importante de ser abordado e estudado na enfermagem. Esta visão holística⁶ do ser humano contribui para a transformação do ambiente de trabalho, pois parte do pressuposto de que, em nível hospitalar, o ambiente familiar seja reproduzido, como forma de reduzir o estresse e a hostilidade. Torna-se, então, necessário conhecer mais acerca da vida dos clientes: seus costumes, formas de se cuidarem, suas crenças.

Durante a internação de um de seus membros, as famílias se fazem presentes, questionando, contribuindo e tornando-se agentes do processo. Apresentam a realidade na qual estão inseridas, seus costumes, anseios e conhecimentos a respeito da doença e da saúde, subsidiando, desta forma, a elaboração de um plano assistencial, que venha ao encontro das reais necessidades tanto suas como do profissional enfermeiro.

Imbuída destes pensamentos, procurei, então, estabelecer minha relação com os clientes e pude constatar que o que era prioridade para mim ao elaborar o plano assistencial, muitas vezes, era secundário para os clientes. A partir desta constatação, criou-se em mim uma grande ansiedade.

Em que nós, enquanto equipe de enfermagem, estávamos errando? Como vinha se dando a interação e a comunicação terapêutica em nossas relações profissionais? Daí surgiu a necessidade de definir um novo modelo de atenção à saúde que incluísse outras variáveis que permitissem satisfazer, de uma forma mais integral, as necessidades dos pacientes e de suas famílias. Tornou-se primordial identificar, então, os aspectos a serem trabalhados e a adoção de uma nova postura, na qual a aproximação com o cliente fosse mais efetiva.

⁶ Holismo é visto por mim como a visão do ser humano de forma integralizada, dentro do seu contexto, integrado com o seu ambiente e com a sua realidade. LEVINE (1969), em sua Teoria Holística de Enfermagem, relata que a visão holística é a visão do ser humano como um “todo” dinâmico, em constante interação com o ambiente dinâmico. Assim, o “todo” do indivíduo reflete-se em cada aspecto do seu ser, inclusive na saúde-doença. VANZIN e NERY (1996, p. 32) preconizam que “o cliente, como sujeito das ações de enfermagem, deve ser tratado dentro de uma ótica holística, pertencente a uma família e integrante de uma comunidade”. Logo, a assistência de enfermagem, nesta abordagem, vincula o cliente ao enfermeiro, criando interapoio para a aprendizagem com vistas ao autocuidado. O cliente, assim orientado, poderá servir de agente multiplicador das ações de saúde junto à sua família e a grupos sociais.

Entendo que a internação hospitalar é um possível fator de estresse e de desestruturação familiar. É um momento delicado e, muitas vezes, passa despercebido pela equipe de enfermagem, comprometendo a qualidade da assistência.

Constatei que, para a equipe de enfermagem, apenas a criança vinha sendo considerada como cliente. A família parecia ser vista como uma extensão da equipe, porque à mãe-participante⁷, são delegados os cuidados diretos à criança como dar banho, trocar fraldas, nebulizar, dentre outros. Neste sentido, a presença da mãe é conveniente para a equipe. Porém, ao mesmo tempo, pode tornar-se um empecilho, à medida em que questiona demais, é muito crítica, nega-se a realizar os procedimentos que nós lhe delegamos, sem muitas vezes informá-la do que se trata e qual a sua relevância, na hora e da forma como determinamos, ou quando descumprem as normas e rotinas criadas e estabelecidas por nós. Deste modo, o fato da família não ser vista como cliente pela equipe de enfermagem, durante o período de internação da criança, faz com que suas necessidades não sejam identificadas e atendidas.

LUNARDI FILHO (1998, p. 204) relata que “as justificativas para a permanência, geralmente da mãe junto ao filho, continuam tendo por objetivo assegurar uma hospitalização com conseqüências menos traumáticas para ambos”. No entanto, afirma que, em vista da lógica de apropriação capitalista, cujo recurso essencial é a expropriação do trabalho, os trabalhadores da enfermagem encontram-se expropriados no seu limite. Ocorre, então, uma disponibilidade de força de trabalho, sem custo adicional, na família. Ou seja, se a mãe não realizar estas tarefas faz-se necessário um maior número de auxiliares de enfermagem para fazê-las. Neste sentido, a presença da mãe é conveniente para a equipe e, principalmente, para a instituição.

A Lei nº 8.069, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente, dispõe no seu Artigo 12, que (...) “os estabelecimentos de saúde devam proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes”(BRASIL, 1991, p. 16). No entanto, garantir a presença de um familiar junto à criança, durante a sua hospitalização, traz consigo inúmeras problemáticas

⁷ Mãe-participante (termo utilizado como sinônimo de sistema de alojamento conjunto, mãe-acompanhante e internação conjunta mãe-filho) refere-se ao fato da mãe ou responsável poder acompanhar a criança durante a sua hospitalização e participar ou não, so seu cuidado. É uma estratégia utilizada para reduzir o estresse emocional, tanto da criança como de sua família, reduzir a incidência de infecção cruzada e o tempo de internação, favorecendo, consequentemente, a rotatividade e a disponibilidade de leitos infantis (SÃO PAULO, 1989).

que se acentuam ou não, diante do preparo da equipe de enfermagem para lidar com as situações advindas desta interação (DE SOUZA,1999). HENCKEMAIER (1999, p. 18) refere que, apesar da Lei, “a realidade mostra que, nas instituições de saúde, os profissionais mascaram este direito e algumas famílias, apesar de cientes de seu direito, ficam a mercê do “poder” dos profissionais que ignoram esta abrangência do cuidado”. Assim, verifico que, muitas vezes, o objetivo da presença da família junto à criança, durante a sua hospitalização, que é o de compartilhar com esta o afeto e continuar acompanhando o seu crescimento e desenvolvimento, parece não ser percebido deste modo pela equipe de enfermagem.

Com a inclusão da família no cuidado hospitalar, a abordagem assistencial e suas implicações para a enfermagem foram se modificando. ELSEN e PATRÍCIO (1989) relatam que diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo saúde-doença vem orientando a prática pediátrica. A partir de seus estudos e das suas vivências profissionais, as autoras identificaram três tipos de abordagem: a centrada na patologia da criança, a centrada na criança e a centrada na criança e sua família. Nesta última abordagem, ainda pouco praticada, o cliente se apresenta como a criança hospitalizada e também a sua família. A família é considerada uma unidade básica de saúde e o papel da enfermagem, além de executar técnicas e procedimentos, inclui assessoramento às famílias em suas dúvidas, apoio às suas iniciativas e constante estímulo às suas práticas de cuidado.

Acredito que, no momento, nossa abordagem ainda é muito voltada para a criança, sendo que se faz necessário caminhar em direção a uma abordagem assistencial voltada, também, para a sua família.

Estas autoras relatam que a escolha por uma ou outra abordagem pela instituição decorre dos valores e crenças pessoais e profissionais dos elementos que compõem a equipe de saúde, da teoria explicativa sobre saúde e doença utilizada e dos recursos disponíveis. Esta abordagem é explicitada na prática diária da unidade.

Vejo, então, que trazer a família para o hospital é uma questão complexa pois, se a lei regulamenta sua permanência no setor, por outro lado, não regulamenta as relações entre trabalhadores da saúde e família. LIMA (1990; 1996, p. 21), refere que a permanência da família, durante a hospitalização de um filho, implica mudanças na rotina hospitalar, não apenas nos aspectos referentes à planta física, mas, também, “interfere na trama de relações sociais complexas e cristalizadas presentes nas instituições nas quais a

burocracia, o poder, a hierarquização, a rigidez e a administração não participativa são os pilares”.

Muitos autores caracterizam a família como uma unidade de cuidado (ELSEN, 1984; DELANEY, 1986; CARTANA, 1988; GILLIS, 1989; PATRÍCIO, 1990; LACERDA, 1996; BIELEMANN, 1997, NITSCHKE, 1999; WHALEY & WONG, 1999; SALVADOR, 2000). Assim como eles, eu também acredito que a família precisa ser vista como tal pelos profissionais da saúde.

Segundo KALOUSTIAN (1994, p. 93) “retomar a família como unidade de atenção das Políticas Públicas não é um retrocesso a velhos esquemas. É, sim, um desejo na busca de opções mais coletivas e eficazes na proteção dos indivíduos de uma nação”.

Como unidade de cuidado, a família é uma unidade que se cuida e uma unidade a ser cuidada. Cabe, também, à enfermagem, além de cuidá-la, capacitá-la e potencializá-la para assumir o seu papel de cuidadora. Considero, então, que o enfermeiro precisa aceitar o desafio de trabalhar com as famílias. Assim como NITSCHKE (1999), também, acredito que, para trabalhar com elas, é preciso fazer-se aceitar por elas. A situação da internação hospitalar de uma criança é um exemplo de quanto se pode avançar neste sentido, ao aplicar os cuidados de enfermagem, direcionados para a educação da família para a saúde.

Se tivermos interesse de realizar uma prática assistencial diferente da prática assistencial tradicional, mas de forma científica, precisamos buscar na multiculturalidade do cuidado uma estratégia: cuidados de enfermagem que não visem apenas, a satisfação das necessidades físicas, emocionais e sociais dos indivíduos, isoladamente, mas que, de uma forma mais globalizada, desenvolva nas famílias o seu potencial cultural de pensar, planejar e agir, de forma a lhes propiciar melhores condições de vida (LEININGER, 1978).

Colocado desta forma, parece um pouco utópico mas, se tivermos como objetivo alcançar esta maneira de cuidar estaremos sempre buscando melhorar nosso modo de atuar junto às famílias e, talvez, possamos vê-las como clientes com direitos a serem respeitados e necessidades a serem atendidas. Se o profissional tiver conhecimento substantivo para orientar suas práticas de cuidados, a enfermagem tornar-se-á uma disciplina verdadeiramente distinta, com contribuição única no mundo (LEININGER, 1984).

Enfatizo, assim, que a família também faz parte da nossa clientela. Para mim, ela constitui uma unidade integrada e a internação hospitalar da criança gera várias necessidades, sendo que muitas delas podem ser contempladas pela enfermagem.

Compreendo o ser humano como um ser social, integrante de uma família e que, por isso, seus membros influenciam-se mutuamente. Então, a partir destas considerações, no mundo do trabalho da enfermagem, já não se pode mais pensar apenas na criança como cliente na Unidade de Pediatria pois **quando uma criança adocece, toda a família carece de cuidados.**

Cada família possui configurações específicas, possui sua própria história de vida, que lhe confere uma visão peculiar de mundo, e que, a partir desta visão, define papéis específicos para seus membros, conforme padrões pré-estabelecidos. LEININGER (1991) observou que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de formas diferenciadas, mesmo que com alguns elementos comuns. Os seres humanos são seres culturais que, através de suas crenças, valores, normas e práticas de vida, orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de forma padronizada.

Assim, as enfermeiras oferecem cuidados a pessoas de culturas diferentes. Para ser eficientes, precisam basear-se no conhecimento e nas habilidades de cuidado. O cuidado de enfermagem com bases culturais é um fator decisivo para a promoção e a manutenção eficiente da saúde, bem como para a recuperação da saúde e da limitação da deficiência. Para LEININGER (1991), o cuidado deriva-se do contexto cultural, no qual ele deve ser propiciado, e desenvolve-se a partir dele.

Considero, então, o enfermeiro como um profissional importante neste contexto, capaz de auxiliar a família, dentro de suas características próprias, a vivenciar este período e, até, a crescer, a partir dele. Porém, isto só se dará se “o cuidado de enfermagem for fundamentado, em toda a sua dimensão, nas situações de saúde-doença, tendo em mente o cuidar do grupo familiar como uma unidade nas suas necessidades” (PATRÍCIO, 1990, p. 5); cuidar, mesmo que este cuidado não objetive ou leve a cura; cuidar para auxiliar o homem a alcançar condições dignas de viver.

SANTOS e MENDES (1983) afirmam que o paciente (criança/família no presente caso) apresenta-se, em geral, muito dependente e cabe ao enfermeiro assumir uma maior responsabilidade pela prestação da assistência à sua saúde. Esta assistência de enfermagem deverá ser individualizada, levando em conta a idade, o sexo, o nível sócio-cultural e não deve ser esquecida a parte espiritual que, muitas vezes, se encontra abalada.

SILVA (1996) relata que o cuidado de enfermagem representa o foco e a expressão da enfermagem. Partindo deste prisma, MECKENNA (1996) também relata que o cuidado

é a essência da enfermagem e que o enfermeiro é reconhecido como profissional pelo cuidado que presta.

Assim, considero a família como um cliente que possui necessidades e que procura na enfermagem apoio e ajuda na busca por sua saúde e por sua autonomia. Sinto, então, a necessidade de desenvolver estratégias que sirvam de sustentação para prestar um cuidado de enfermagem que promova a cidadania desse cliente (família).

Após constatar, através da minha vivência profissional, a existência de uma lacuna em relação à prática da enfermagem na unidade de Pediatria e por ter apresentado dificuldades em implementar ações que a promovam de uma forma mais efetiva, é que percebi ser necessário fundamentar minha prática em um referencial teórico.

Com a realização, em 1997, do Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem, ampliei os meus conhecimentos a respeito das teorias de enfermagem como concepções norteadoras da prática profissional. Percebi que minhas dificuldades tinham como motivo principal a minha compreensão em relação aos conceitos que me foram transmitidos, durante o curso de graduação. Conceitos estes, nunca antes questionados por mim, aceitos como verdadeiros e estáticos e que traduziam concepções de outras pessoas, que retratavam outros contextos e outras realidades que, muitas vezes, não eram coerentes com as minhas concepções e crenças.

Verifiquei que, ainda, não havia procurado contextualizá-los e interrelacioná-los. Sendo assim, o estudo de várias teorias de enfermagem foi fundamental para suscitar em mim um corpo de conhecimentos que possibilitasse uma visão mais ampliada da minha prática profissional no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., onde atuo há onze anos.

Em 1998, já durante a realização do mestrado, estudei um pouco mais acerca das teorias de enfermagem. Assim, na busca por uma referência que embasasse a construção da proposta da prática assistencial, que é um pré-requisito deste curso, identifiquei-me com a teórica Madeleine Leininger. Sua Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais, preconiza que pessoas de diferentes culturas podem informar e determinar melhor que tipos de cuidados desejam ou necessitam receber de seus cuidadores, servindo de fundamentos às decisões e ao planejamento da assistência, de forma que esta seja culturalmente congruente.

Assim, num primeiro momento, decidi apurar quais as principais necessidades de

cuidado das famílias, durante a internação hospitalar da criança, segundo sua própria percepção. Acreditava que, a partir deste trabalho, poderia identificá-las para, então, prestar cuidados mais congruentes com suas reais necessidades. Foi assim que, em abril de 1999, realizei entrevistas semi-estruturadas com vinte mães de crianças internadas na Unidade de Pediatria, naquele mês, por representarem suas famílias, no hospital.

Com este trabalho, pretendia identificar qual a importância para a família da internação conjunta com a criança, que componentes do cuidado de enfermagem são reconhecidos pelas famílias e que sugestões as famílias nos dão para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada na pediatria.

Em relação a importância que a internação conjunta com a criança tem para a família verificamos que, para as mães-participantes, é fundamental a manutenção do elo emocional família x criança, como forma de compensá-la com carinho, neste momento, dando-lhe apoio e não a deixando só.

“Meu filho é acostumado com a família, com a mãe e, assim, ele sabe que vai continuar a receber carinho”.

“... a mãe passa tranquilidade e segurança para ele”.

“Eu acho que a gente dá mais carinho, é outra coisa, né?”

“... mas não tem como a gente, né?... eu não ia ficar descansada. Ele estranha, quando vê gente estranha”.

“Ele fica chorando... ele acharia a minha falta... com a mãe ficaria boa mais rápido”.

Para as mães, não há ninguém capaz de substituir o seu cuidado com a criança. Não acham possível delegar o seu papel de mãe a mais ninguém.

“Com certeza, deixar o meu gurizinho sozinho, nunca. Eu que sou a mãe dele”.

“... é muito importante ficar perto, pois a mãe cuida melhor”.

“Eu acho que não iria ficar descansada, é

responsabilidade da mãe cuidar dos seus filhos”.
“... ele é pequeno, ainda, e não sabe se defender sozinho. Eu tenho que fazer as coisas para ele: trocar, dar banho, alimentar”.

“... cada vez que ele me chama, eu estou lá e isso é que é importante”.

“Acho importante porque ele precisa do colo da mãe, do calor da mãe, da voz da mãe”.

As mães acham importante permanecerem junto à criança para poderem exercer o seu papel de fiscalizadoras do trabalho da equipe de enfermagem, para poderem ou não estabelecer a confiança na equipe. Esta compreensão depende muito do entendimento das mães, em relação aos procedimentos técnicos que a enfermagem realiza.

“É muito importante porque eu estou, ali, vendo, ... se dão algum remédio errado pra ele, alguma coisa eu estou, ali, vendo”.

“... se eu não estivesse junto, a medicação eu sei que seria a mesma coisa, mas o resto eu não sei...”

“... ah, aí, eu vou direto à chefe que é quem resolve tudo”.

As mães temem quebrar o elo emocional criado entre elas e seus filhos. Por sentirem que seus filhos passam por uma situação de risco à sua saúde, procuram reforçar, mais ainda, a união existente entre eles. Sentem que se o abandonarem, nesta hora, estariam falhando no seu papel de protetoras de suas vidas.

“... ele nunca ficou sozinho, não ficamos um único dia separados... Eu sou a mãe dele e é minha obrigação cuidar dele”.

“... o lugar de uma mãe é do lado do filho, quer dizer a gente não pode decepcionar um filho”.

Só em falar em deixá-los sós, o sentimento de culpa presente nos relatos torna-se evidente, temem decepcioná-los e questionam como uma criança poderia sentir-se.

“Acho importante porque amo minha filha. Só tenho ela de filha e se eu deixar ela sozinha, o que ela vai pensar? (bebê de 1,5 meses) Eu não poderia fazer isso”.

“Imagine se eu não estiver. Ele sabe que a mãe dele não abandonou ele. Ele olha o tempo inteiro pra mim. Cada vez que alguém entra no quarto, ele me chama e eu estou lá. Isto é o mais importante”.

“Imagine deixar ele sozinho no hospital (ri) ... nunca”.

“... a gente não pode decepcionar um filho”.

As mães-participantes falam de forma pejorativa das mães que deixam os filhos sozinhos, durante a internação (em enfermaria de não alojamento conjunto), mesmo sabendo que deve haver algum motivo para isso.

“Tem mãe que deixa aí, no quarto, “sem mãe” e todo mundo vem e pega. Cada turno é que fica com a criança. Imagine o que a criança pensa disso. Não entende nada. Só com muita necessidade, pra deixar sozinho. Eu não deixo, não. Elas devem ter seus motivos”.

“Não acho certo a mãe pegar e deixar a criança e sair ou deixar, ali, no sem mãe... porque é responsabilidade da mãe ficar com o filho”.

“... como é que uma mãe pode abandonar o filho, na hora em que ele mais precisa?”

“... e quem iria dar banho, trocar fralda? ... eu sei que vocês fazem isso, ali no “sem mãe”, mas o meu tem mãe”.

A culpa também está presente em relação aos outros filhos que estão em casa, pois as mães precisam delegar o seu cuidado a outra pessoa. Sentem-se divididas, entre o cuidado do filho internado e dos outros que estão em casa. Sofrem com a opção de deixar um ou outro e com o fato de terem de confiar em outra pessoa, muitas vezes, fora do círculo familiar, o que lhes coloca de frente com a desestruturação da sua família. A unidade familiar foi rompida, papéis precisam ser redistribuídos e os pais, muitas vezes,

sentem que não conseguiram dar conta de sua família.

“... mas, mesmo assim, ele também precisa de mim (chora)”.

“A outra está sozinha, quer dizer, com a avó e com a tia e à noite com o pai, mas não é igual a esta que está doente. É muito difícil, pois o lugar da mãe é ao lado dos filhos, (chora), de todos os filhos”.

Em relação aos componentes dos cuidados de enfermagem prestados às crianças, as mães valorizam o componente afetivo do cuidado, mesmo que, muitas vezes não o identifiquem como tal. Gostam de ser tratadas com carinho e interesse, sentem-se confortadas e ajudadas a vivenciar a trajetória da hospitalização.

“... se preocupam com a saúde do meu filho”.

“Atendem à minha filha como se fosse uma filha delas”.

“O carinho e a atenção que dão pra gente. Entendem a situação e tentam facilitar pra gente”.

“São amigas e ficam o tempo inteiro ao nosso lado”.

“... tem muitas que são boas”.

“... o tratamento com ele, né, é bom. O jeito com ele, com a gente... são delicadas”.

Quando, ao contrário, as mães se sentem agredidas ou não compreendidas, não conseguem confiar no trabalho destes profissionais e os repelem, até mesmo com desconfiança. Acreditam que o profissional pode agir da mesma forma com a criança.

“Só se fosse aquela... aquela sim eu não gosto. Porque ela é estúpida, sem paciência, com a criança”.

“Umás são meio... estúpidas é a palavra, principalmente uma... Eu sei que a gente também tem culpa. Mas a gente tem que ficar o dia inteiro, aqui, sentada, longe de casa. Tem que comer o que o

*hospital dá e nas horas que não está acostumada .
Tem que ver mexerem com o filho da gente e não é
fácil. A gente sofre”.*

As mães priorizam o aspecto técnico do cuidado de enfermagem e, geralmente, é este aspecto o mais identificado pelas mães como o trabalho realizado pela enfermagem.

“Se está com febre, nunca falta medicamento...”.

*“Acho que fazem tudo direitinho: dão remédio,
pegam veia, Vêem temperatura, ... se a criança faz
xixi, cocô”.*

*“O principal é darem o remédio; na hora... que a
gente não tem dinheiro para comprar...”.*

A mães acreditam que, como muitas enfermeiras e auxiliares também são mães como elas, possam compreender o que elas estão passando e sentindo. Esperam um atendimento solidário, por parte da equipe e ficam satisfeitas, quando acreditam que isto está acontecendo.

*“Como mães, todas elas sabem o que nós mães
sentimos...”*

*“ Se preocupam com a gente, de verdade. Cuidam
dele com carinho... carinho de mãe. Eu vejo isto”.*

*“Tratam a gente, também, com carinho. Se importam
com a gente fora do trabalho, não fazem porque é
trabalho. Fazem porque são boas mesmo, são mães,
né”?*

A equipe de enfermagem estar disponível é valorizado pelas mães como algo positivo na assistência de enfermagem prestada.

“Sempre observando e cuidando do menino...”.

*“O principal é que dão o remédio certinho na hora,...
cuidam do soro a toda hora”.*

“O bom atendimento... a paciência”.

“O jeito que se dedicam, o jeito de conversar... de tratar a gente como gente mesmo”.

“O atendimento é tudo bem no horário certo, né? Tudo direitinho, tratam bem as mães. Tudo bem feito”.

“... a gente fica mais segura, né?”

Um fator negativo apontado pelas mães, em relação à assistência de enfermagem, é a dicotomia de informações prestadas pelos membros da equipe. Esta dicotomia age como um fator gerador de insegurança e desconfiança que interfere na relação e na comunicação entre a família e a equipe.

“Não, não é que eu goste, mas, por exemplo, tem uma enfermeira que eu falo assim: - Oh, terminou o soro do guri. - Ah, não pode terminar todo o soro, mãe! Tem que chamar antes. Aí tem algumas que eu falo: - Oh, tem bem pouquinho soro! - Ah, mãe, tem que esperar terminar todo o soro. Como hoje ao meio-dia aconteceu. Aí eu fico confusa”.

As mães-participantes também valorizam o aspecto educativo do cuidado de enfermagem. Gostam de aprender a como cuidar melhor de seu filho. Este fato aumenta a confiança na equipe, pois demonstra o conhecimento desta a respeito da doença da criança e do seu tratamento. A partir do estabelecimento desta interação empática, durante a educação para a saúde, as mães, até mesmo, aceitam repadronizar a sua forma de cuidar de seu filho. Através deste aspecto educativo, reconhecem a enfermagem como detentora de conhecimentos e como profissionais.

“Ensinam a gente como fazer com a doença. Eu não sabia nada sobre o tétano e a enfermagem me ensinou a como cuidar do meu filho. Às vezes, a gente pensa que está fazendo certo e, quando vê, está fazendo errado”.

“Acho importante porque explicam tudo o que vai ser feito e, aí, eu fico segura”.

“... as coisas que nos ensinam que é certo de se

fazer”.

“... ainda tem coisa que eu, ainda, não entendo, mas fazem eu me sentir melhor”.

“... a enfermagem trata a gente tão bem, nos ensinam tudo direitinho... a vacina, o banho, o leite como dar. Ensinam tudo”.

Dentro do aspecto educativo do cuidado, as mães valorizam a supervisão do seu trabalho como algo positivo, pois isso lhes dá uma maior segurança, uma maior instrumentalização para cuidar da criança doente.

“Controlam tudo o que a gente faz. Se a criança comeu, se fez xixi e cocô. Até se a mãe pisa na bola, elas chamam a atenção”.

“A gente sabe que a enfermagem está controlando e, aí, se obriga a fazer tudo certinho e nos horários certos também, é um trabalho dos dois lados, né? Enfermagem e mãe”.

As mães esperam que a enfermagem compreenda o quanto as normas e rotinas impostas a elas podem ser estressantes, durante a internação da criança e o quanto elas podem ser sentidas como uma fonte de sofrimento e conflito entre elas e a equipe.

“... sabe? Dar banho, de manhãzinha, com frio e com sono, não é fácil e o problema é que é todo dia. A maioria das enfermeiras não toma banho a esta hora e nem dá banho a esta hora nos seus filhos. Eu sei que aqui é diferente, é hospital, mas não é nada fácil”.

“A hora do café, aqui, é hora da janta, ... não posso dormir mas sinto frio e fome de noite...”.

“Sabe? Nos dois horários de visita, o meu marido está trabalhando, então, pra ver o guri é só nas fugidinhas do serviço... e, à noite, ele tem que cuidar dos outros filhos... temas, uniforme, comida...”.

“... aí, a enfermeira brigou, mas eu juro que eu tento, mas eu não agüento ficar o dia todo dentro do

quarto, sentada... tem horas que a gente tem vontade de chorar, aí, eu desço pra fumar, ...”.

Muitas vezes, as mães vêem as crianças como parte de si mesmas. É como se fossem um único ser e por isso elas valorizam muito o cuidado ao “nós” e não apenas ao ofertado à criança. Isto comprova que a família é uma unidade de cuidado para a enfermagem.

“Tratam bem a gente, ... fazem tudo, bem no horário pra gente”.

“... tratam a gente muito bem, tem carinho com a gente, ensinam tudo pra gente”.

Dentre as alternativas sugeridas pelas mães-participantes para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada às crianças e suas famílias, durante a internação hospitalar da criança está a de se ampliar a presença dos pais na unidade. As mães apontam a necessidade da participação mais efetiva do pai no cuidado da criança. Vêem, na presença deste, uma forma de agregar a família, mesmo que seja apenas durante a visita.

“Eu acho que é a possibilidade do pai poder ficar, o marido ficar. Afinal de contas entre os dois ... como no fim de semana mesmo que eles não trabalham, poderiam ficar pelo menos um dia, pra gente dormir em casa, ficar um pouco com os outros filhos. Porque o pai é que nem a gente, né?”

“O marido poder entrar depois do trabalho, né ? A gente quase não tem conversado, ... é uma loucura isso”.

“Acho que poder ficar o pai no hospital, também, ... ele também precisa de mim ... poder todos ficarem juntos, de novo”.

Muitas vezes, as mães reclamam que as normas e rotinas não foram feitas para lhes facilitar a vida e sim o contrário, relatam que estas estão muito descoladas da realidade delas e que servem mais como uma fonte de estresse do que, propriamente, para organizar

o trabalho.

“Poder trazer a comida que gosta de casa, que aqui a gente passa fome, porque tem dias que a comida é fraquinha, né?”

“Os horários fixos para um acompanhante vir trocar com a gente porque a gente está numa situação difícil, dependendo dos outros para vir ajudar a gente (irmão e cunhada), precisa ir em casa ver os outros filhos e, aí, a gente determina a hora pra pessoa vir. As pessoas também trabalham, tem a casa delas e, aí, desistem de ajudar”.

“A maioria dos dias eu nem como nada porque, para ir comer, tem que deixar a criança sozinha, aqui em cima, e a minha filha não fica sozinha”.

A partir da realização deste trabalho e, através destes dados, percebi, então, que as famílias conhecem as suas necessidades durante a hospitalização da criança e o que ocorre é que, muitas vezes, suas percepções não são levadas em conta pela enfermagem, na hora de planejar e implementar a sua assistência na unidade. Comecei a perceber que, para que este cuidado de enfermagem às famílias fosse realmente congruente, era necessário que toda a equipe de enfermagem da pediatria estivesse engajada neste objetivo. No entanto, muitas das necessidades apontadas pelas famílias, durante a hospitalização da criança, para serem supridas, precisariam, primeiro, que a equipe de enfermagem apresentasse uma mudança de postura.

Acredito que a assistência de enfermagem que prestamos na unidade é boa, mas, muitas vezes, colocamos em primeiro lugar os nossos próprios interesses. Nossas crenças e valores sobrepujam as dos clientes e nossa postura nem sempre nos leva a prestação de um cuidado de enfermagem culturalmente congruente⁸.

Em busca de um referencial compatível com estas minhas inquietações, percebi que a maioria dos autores havia direcionado seus estudos para trabalhar junto às famílias (ELSEN, 1984; COLLET e OLIVEIRA, 1998; PATRÍCIO, 1990; NITSCHKE, 1991;

⁸ Cuidado culturalmente congruente, segundo LEININGER (1991), são aqueles atos ou decisões, cognitivamente baseados para assistir, fornecer suporte, facilitar ou habilitar, que são feitos para convir com os valores, crenças ou modos de vida culturais do indivíduo, grupo ou instituições, a fim de prover cuidados de saúde significantes, benéficos e satisfatórios. HENCKEMAIER (1999) relata que, considerar angústias, dúvidas e expectativas dos familiares é imprescindível para desenvolver um cuidado congruente.

SANTINI,1998; KASPER e BARBOSA,1999; HENCKEMAIER, 1999; DE SOUZA, 1999; NITSCHKE, 1999) e que poucos haviam direcionado seus estudos para a equipe, sendo que os que o fizeram não abordaram apenas a equipe, de forma mais específica (LIMA, 1996; MOTTA, 1997, GRÜDTNER et al, 1999). Além disso, poucos trabalhos realizados com a equipe de enfermagem utilizaram Leininger como referencial teórico .

Este fato deixou-me um pouco receosa mas, percebi que o que faltava para nós, na Unidade de Pediatria, enquanto equipe de enfermagem, era refletirmos de forma coletiva, acerca do nosso fazer e que sem isso não nos seria possível acomodar, preservar e/ou repadronizar o cuidado de enfermagem prestado por nós às famílias internadas na Unidade de Pediatria. Ao conversar com as famílias presentes na unidade, percebi que identificam as suas necessidades, mas que, nós, enquanto equipe, muitas vezes, não sabemos ouvi-las ou perceber suas necessidades, ou se as percebemos, algumas vezes, não estamos suficientemente preparadas para satisfazê-las.

Sendo assim, como prover transformações em nossa prática, se não partirmos de um trabalho com a equipe de enfermagem ? LIMA (1996) relata que, quando buscamos modelos assistenciais que incorporem conceitos como humanização, qualidade, eficiência, eficácia, vínculo, autonomia, integração, entre outros, e reconhecendo o caráter histórico-social das práticas de saúde, no sentido de evitar propostas idealistas, uma estratégia seria a integração da equipe de trabalho, pois esta resultaria, sem dúvida, numa prática requalificada. Como acredito que uma dissertação deve sempre ser realizada no sentido de preencher alguma lacuna existente, de buscar algumas respostas para as necessidades da sociedade e que, naquele momento, esta era uma das necessidades do nosso serviço, decidi, então, que a clientela da prática assistencial a ser desenvolvida, não mais seriam as famílias e sim a equipe de enfermagem da unidade.

Com esta motivação, senti a necessidade de elaborar um marco referencial teórico que servisse de sustentação para a realização da prática assistencial e de sustentação e fomento para uma reflexão a respeito da nossa prática assistencial (enfermeiras e auxiliares de enfermagem lotadas na Unidade de Pediatria do H U). Muitas das reflexões, aqui apresentadas, não são apenas minhas. Surgiram de várias percepções e vivências da própria equipe. Muitas vezes, foram comentadas no grande grupo, sem que se tivesse destinado um tempo maior para se discutir e refletir, de forma mais cuidadosa.

Deste modo, pode-se constatar que, na maioria das vezes, a enfermagem parece

não encontrar espaço nem tempo, durante o expediente de trabalho, para as discussões e reflexões acerca do seu fazer, nem de forma individual, nem de forma coletiva. Vejo, neste fato, um fator limitante para o crescimento profissional da equipe de trabalho.

Assim, percebi a necessidade de iniciar um processo de reflexão, com a equipe de enfermagem da Unidade de Pediatria do Hospital Universitário de Rio Grande, sobre a seguinte questão norteadora: qual a percepção da equipe de enfermagem em relação às famílias das crianças hospitalizadas e de suas necessidades, durante este período de internação e quais as implicações desta percepção na qualidade da assistência de enfermagem prestada ?

Talvez, através das reflexões realizadas a equipe de enfermagem pense e reflita acerca do seu “fazer”, de forma que o pensar e o refletir sobre este “fazer”, embasado em um marco referencial teórico, se transformasse em um novo fazer: um “fazer” reflexivo.

Acredito que, a partir deste trabalho desenvolvido, provavelmente, aprenderemos a lançar um outro olhar sobre o nosso cotidiano do cuidar. Um olhar baseado na compreensão de uma nova ótica de assistência; uma assistência de enfermagem construída sobre um novo fundamento: o de construirmos juntos com os outros. O fato de refletirmos sobre o nosso cuidar da criança e de sua família na Unidade de Pediatria, poderá, certamente, nos mostrar as convergências e divergências, as possibilidades e os limites do mundo vivido, concreto e real do nosso trabalho.

Penso que, através deste trabalho, a equipe de enfermagem da Unidade de Pediatria do HU poderá vislumbrar uma assistência de enfermagem mais plural, que enfoque o ser humano/ paciente como alguém com uma existência intencional, com crenças, vontades e percepções, fragilizado pela contingência. Através deste exercício de reflexão sobre a nossa prática assistencial, iniciado por este trabalho, a enfermagem, provavelmente, poderá aprender a interagir melhor com a criança e a sua família numa nova interpretação, cheia de significados e de subjetividade⁹, numa relação mais transparente, solidária e real.

Entendo que, a partir das discussões e reflexões suscitadas neste trabalho, a equipe de enfermagem poderá desenvolver uma consciência mais crítica acerca do seu fazer, de forma que uma outra prática assistencial emergirá destas reflexões.

⁹ GUATARRI (1990, p. 7) define subjetividade como “o conjunto das condições que tornam possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, na adjacência ou na relação de delimitação com uma alteridade em si mesma subjetiva”. ROLNIK (1997) relata que não há cultura sem um certo modo de subjetivação que funcione segundo o seu perfil.

2- APRESENTANDO OS OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

Iniciar um processo de reflexão com a equipe de enfermagem da unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr de Rio Grande, embasada em um marco referencial teórico, sobre a sua percepção em relação às famílias das crianças hospitalizadas e a possibilidade destas famílias passarem a ser vistas como clientes da enfermagem a partir destas reflexões.

2.2- Objetivos Específicos

Teve como objetivos específicos:

- 1) elaborar e implementar um marco referencial teórico para uso na prática assistencial;
- 2) identificar e refletir como os membros da equipe de enfermagem percebem a presença da família na unidade .
- 3) identificar e refletir como a equipe de enfermagem vê o seu relacionamento com as famílias na unidade.
- 4) identificar e refletir quais as implicações deste relacionamento que a equipe de enfermagem atribui para a prática assistencial.

3- BUSCANDO REFERÊNCIAS NA BIBLIOGRAFIA

3.1- A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

3.1.1- O cuidado à criança da ama -de -leite ou nutriz ao alojamento conjunto.

No século XVIII, era grande a mortalidade infantil, em função do grande número e gravidade de doenças que assolavam a Europa. MOREL (1993) relata que morriam cerca de uma de cada quatro crianças, no primeiro ano de vida. Este fato ocorria devido ao costume popular de confiar as crianças a amas-de-leite ou nutrizas que, geralmente, encarregavam-se do cuidado de muitas crianças ao mesmo tempo, assim, o cuidado dispensado a estas era precário. Esta realidade manteve-se praticamente inalterada na França, até os séculos XVIII e XIX. Pouco valor era dado à criança e a prática do abandono era comum.

CREPALDI (1999) relata que as sociedades ocidentais passaram a preocupar-se com a “conservação” das crianças, a partir do século XVII e, mais efetivamente, ao final do século XVIII. No Brasil, até o século XIX, as crianças eram, também, ignoradas e confiadas às escravas. As mulheres, na sua maioria, não eram preparadas para amamentar seus filhos e cuidá-los. Nesta época, devido à cristianização, a criança passou a ser mais valorizada e vista como um ser humano, portadora de uma alma imortal e que, por isso, deveria ser preservada. O infanticídio que ocorria, de fato, passou a ser severamente condenado pela igreja (ARIÉS,1986).

Outro fator que se mostrou significativo foi que, no século XVIII, o número de homens na Europa era reduzido, o que comprometia a força de trabalho e a economia. A Medicina oficial voltou-se, então, para a criança. Popularizam-se os ensinamentos sobre o parto e combateram-se práticas populares consideradas, pelo governo, como insalubres.

Além disso, nesta época, o hospital ainda não era visto como um lugar de cura, mas como um local para a internação de pobres, loucos, prostitutas, servindo como um misto de local de assistência, exclusão e transformação espiritual.

Por volta de 1760, devido à industrialização e à necessidade de trabalhadores sadios, é que o hospital passa a ser visto como um local de cura (LIMA, 1996). No século XIX, Pasteur descobriu que muitas das doenças eram causadas por agentes externos ao corpo e, para evitá-las, era preciso eliminar estes agentes do organismo. À mesma época, criava-se a Puericultura e, paralelamente desenvolve-se a Pediatria. Surgem os movimentos higienistas que, por volta de 1800, impõem às populações um espírito novo, uma vida regrada. A mulher passou a ser educada para transmitir, sistematicamente, as regras da puericultura moderna. A mulher passa a acumular o dever de educar e cuidar da saúde da criança (CREPALDI, 1999). Em 1802, é fundado, em Paris, o primeiro hospital pediátrico, seguido por outro, em Londres, e, na segunda metade do século, nos Estados Unidos. Surge, assim, a necessidade de treinamento específico da equipe de saúde da Pediatria. Em 1888, surge a enfermagem pediátrica moderna (ROCHA, 1995).

Esta autora afirma que, nesta época, as instituições hospitalares, inicialmente, tinham a função de prevenir a transmissão de infecções, mantendo, então, as crianças isoladas. Os antibióticos ainda não haviam sido descobertos e as doenças infecto-contagiosas alastravam-se com muita facilidade, dizimando um grande número de crianças. Assim, durante a hospitalização da criança, a família era afastada de qualquer envolvimento com ela e com a equipe de saúde. Os pais eram proibidos de visitar seus filhos internados, pois havia a crença de que poderiam transmitir-lhe doenças. A criança era assistida, apenas, pelos profissionais da equipe de saúde e a enfermagem estava preparada para cuidar da doença, mas limitada em assistir a criança, na sua totalidade

LIMA (1996) refere que, na década de 30, preocupadas e insatisfeitas com a falta de preparo no atendimento aos aspectos emocionais e afetivos da criança, enfermeiras norte-americanas apontavam a abordagem assistencial adotada como ultrapassada e ineficiente.

Após a Segunda Guerra Mundial, com a descoberta dos antibióticos e a apreensão da criança como um ser em crescimento e desenvolvimento que, além das necessidades biológicas, tem também necessidades psicológicas, sociais e emocionais, esta questão do afastamento da criança de sua família, durante sua hospitalização, começou a ser revista

(DARBISHIRE, 1993). Muitos trabalhos passaram a ser desenvolvidos, apontando os efeitos desfavoráveis da hospitalização, tanto para a criança como para a sua família, bem como os problemas que poderiam ser evitados com a permanência dos pais, durante este período (CUSTÓDIO e HENCKEMAIER, 1990; COYNE, 1995; SPITZ, 1993; BOWLBY, 1995).

Em 1951, a Organização Mundial de Saúde, publicou um relatório apontando a privação da presença materna como um fator perturbador da saúde mental da criança. Este documento, segundo COLLET e OLIVEIRA (1998), desencadeou importantes transformações na assistência de enfermagem à criança, os pais passaram a ser aceitos como visitantes, por tempo limitado.

Em 1959, na Inglaterra, foi publicado o Relatório Platt – “O bem-estar da criança no hospital” que, entre outras coisas, recomendava a internação das crianças em unidades próprias e não mais junto com os adultos como ocorria, até então, e a visita dos pais a seus filhos internados a qualquer hora do dia ou da noite ou a sua permanência como residentes. DARBISHIRE (1993) apresenta que este relatório desencadeou um processo de discussão entre os pais e os profissionais da saúde, em busca da humanização desta experiência.

No entanto, a implementação destas recomendações foi lenta. Havia grande dificuldade para a sua implementação pois, além da falta de acomodações nos hospitais para a permanência do acompanhante, a equipe de saúde permanecia muito resistente em aceitar dividir o espaço hospitalar com a família. THORNES (1993) relata que as ações governamentais, por sua vez, limitaram-se à emissão de circulares sucessivas, apenas advertindo as instituições que não aderiram às recomendações do relatório.

Segundo COLLET e ROCHA (1996), a permanência da família na unidade de internação hospitalar da criança altera o processo de trabalho da enfermagem, na medida em que o acompanhante passa a realizar alguns cuidados que antes eram de competência da equipe de enfermagem. Assim, na era pós-relatório Platt, a presença da família era apenas tolerada. Até o fim da década de 80, na Inglaterra, ainda encontrava-se resistência da equipe à permanência dos pais na unidade (DARBISHIRE, 1993).

Até a década de 70, a assistência de enfermagem à criança, ainda permanecia centrada na patologia. No Brasil, foi, apenas a partir do final da década de 80, que a família começou a participar do cuidado à criança hospitalizada. São Paulo foi o primeiro Estado brasileiro a assegurar este direito às famílias, através da resolução SS – 165 que propôs o

Programa mãe-participante, em todos os estabelecimentos hospitalares do Estado. Entretanto, esta modalidade assistencial, ainda não é uma realidade em muitas instituições e Estados brasileiros.

Na década de 90, foi regulamentada a Lei 8069 que disciplina o Estatuto da Criança e do Adolescente, tornando universais os direitos das crianças e adolescentes em usufruírem do sistema de alojamento conjunto pediátrico. No entanto, ainda faltam trabalhos que discutam a repercussão deste Estatuto, no que tange à hospitalização infantil. COLLET e ROCHA (1999, p. 3) referem que “se faz necessária uma avaliação sobre os benefícios e os problemas enfrentados com a implantação de alojamentos conjuntos pediátricos como um todo, levando-se em consideração os fatores desencadeantes da aceitação e rejeição ao programa, os recursos físicos, financeiros e humanos necessários e existentes e todos os aspectos que, de uma forma ou de outra, interferem para a efetivação desta prática”.

Hoje, reconhece-se a importância da permanência dos pais no hospital. O envolvimento destes no cuidado à criança hospitalizada trouxe muitas mudanças na organização das unidades pediátricas. Esta reorganização do ambiente hospitalar tem requerido uma mudança no foco da assistência, passando de centrado na criança para centrado, também, na família. O que vemos, no entanto, é que, em geral, a relação entre pais e enfermeiros tem se mostrado bastante conflituosa, na prática.

MOTTA (1997) apresenta a existência, no hospital, de três mundos que se interpenetram: o mundo do hospital, o mundo da família e o mundo da criança, no mundo do cuidado. HENCKEMAIER (1999, p. 34) destaca que a interpenetração destes três mundos, propostos por MOTTA (1997), “nasce da preocupação em estabelecer as nuances que o cuidado à família representa para a enfermagem e de como este ideal pode ser realidade em nosso cotidiano, a partir da reflexão, da construção e da experimentação de ações voltadas para o universo da família”.

As mudanças ocorridas na forma da organização da assistência à criança hospitalizada, a partir da inserção da família no cuidado, ainda não se encontram bem definidas, estando em um processo de construção e de debate das possibilidades de (re)organização da prática assistencial (COLLET e ROCHA, 1999, p. 7).

Indiscutivelmente, os hospitais, hoje, estão cada vez mais especializados e todos os avanços alcançados são muito importantes para a saúde mundial. Porém, faz-se necessário

discutir mais, acerca do cuidado de enfermagem prestado aos seres humanos e suas famílias. O hospital, hoje, ainda ocupa uma posição central, responsabilizando-se por tarefas complexas, mas é, também, um local de tensões, conflitos, disputas e negociações. Assim, a enfermagem caminha na busca de referenciais que a instrumentalize para o trabalho com as famílias.

3.1.2- O contexto no qual a criança é internada no hospital .

A assistência de saúde prestada, hoje, no Brasil, apresenta várias deficiências tanto quantitativa quanto qualitativamente. No que se refere à assistência à criança, encontramos as mais graves distorções. As precárias condições de vida de grande parte de nossa população são refletidas nas altas taxas de mortalidade infantil. Além da mortalidade, temos, também, uma morbidade muito elevada, sendo as crianças com menos de um ano as mais afetadas por estas deficiências, principalmente, de saneamento, habitação e alimentação.

SPEROTTO(1990) relata que a desidratação associada à doença diarreica é, ainda, a causa principal de morte em crianças menores de um ano, em muitas regiões do Brasil¹⁰, sendo a evolução da diarreia mais prolongada e tórpida na criança desnutrida. CREPALDI (1999) infere que, no Brasil, é freqüente a hospitalização de crianças que apresentam quadros de desnutrição grave, por falta absoluta de condições de vida que tem se agravado com a depauperação crescente da população.

Apesar da Reforma Sanitária pregar a saúde como direito de todos e dever do Estado e que a ênfase deve ser para a assistência primária de saúde, verificamos que nossa rede básica não comporta toda a demanda. Vemos então, que este é um direito garantido constitucionalmente, mas, ainda hoje, parcialmente operacionalizado pelo governo e pelos serviços de saúde.

A influência dos representantes da rede terciária de saúde é tão forte sobre a política de saúde que verificamos uma alta demanda por internações hospitalares; a ênfase

¹⁰ A incidência de diarreia e desnutrição é maior nas populações de menor nível sócio-econômico devido às piores condições de habitação. A desnutrição, segundo SPEROTTO (1990), é condicionante importante na morbidade da doença diarreica e não fator predisponente mais importante, haja vista que a principal causa da diarreia é a infecção intestinal por bactérias e vírus.

é dada aos setores privados que prestam serviços médico-hospitalares, em detrimento do setor público nesta área .

Estes fatores resultam numa inadequada utilização hospitalar para o tratamento de problemas de saúde passíveis de serem tratados em unidades da rede básica. A puericultura, apesar de tão discutida e divulgada, ainda, é pouco praticada em nosso país. Para ALCÂNTARA (1990), este é um setor fundamental da assistência à criança porque previne doenças e, eventualmente, a morte, preservando a família de sofrimentos, trabalhos e despesas.

MARQUES (1990) refere que vários momentos significativos tiveram lugar nesse processo da política de saúde; cada qual refletindo, sem que fosse percebido, as encruzilhadas históricas pelas quais passa o país, em tais período: a criação do Departamento Nacional da Criança, em 1940; a instalação de uma rede de postos de Puericultura pelo país, na ilusão de resolver, dessa maneira, o problema das crianças pobres; a criação de cátedras de Puericultura, em várias faculdades de Medicina; congressos denominados de Jornadas Brasileiras de Puericultura e Pediatria; publicações sobre o assunto, além de outras iniciativas que tentaram priorizar a puericultura como uma forma de prevenção de doenças e da morte em crianças .

Enquanto isso, o que predomina, ainda, é o exercício da pediatria convencional, baseada nos princípios tipicamente curativos, isto é, no binômio doença-assistência. Nas faculdades, a ênfase continua sendo dada à doença e não à saúde. Hoje, ainda, esta continua sendo a perspectiva do mercado de trabalho dos profissionais de saúde, tendo em vista que a Pediatria Preventiva, aparentemente, não produz lucros apreciáveis e compensadores.

Quanto à internação hospitalar das crianças, verificamos que, de um modo geral, estas são alocadas em enfermarias coletivas, na maioria das vezes, quando acompanhadas, o são pelas mães; a participação dos pais, durante a internação hospitalar é pequena, ficando resumida, quase que exclusivamente, aos horários de visita que, geralmente, não são adaptados aos seus horários de trabalho. O contato da equipe de saúde com as famílias se dá, geralmente, de modo informal, rápido e superficial, e o seu direito à informação nem sempre é respeitado. Desta forma, os responsáveis pelas crianças internadas pouco ou nada ficam sabendo a respeito do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Além disso, a

inexistência de um serviço de referência e contra-referência¹¹ oficial ocasiona falta de orientação em relação ao encaminhamento destas crianças, após a alta.

Desta forma, verificamos que a hospitalização da criança sem sua família, muitas vezes, vem a agravar o seu quadro de saúde. Percebemos, então, que a internação da criança sem um acompanhante quebra um dos pilares da assistência de saúde que é a relação triangular profissional de saúde x criança x família. A separação da criança de seus pais, durante a internação hospitalar, é vista, sob a ótica da equipe de enfermagem como um obstáculo para a sua recuperação.

Assim, é que pretendemos, através do entendimento da relação das crianças com suas famílias e da valorização dos determinantes culturais, sociais, psicológicos envolvidos no processo saúde-doença, realizar um redimensionamento da assistência de enfermagem que prestamos, na qual a participação ativa dos pais junto com a criança hospitalizada seja valorizada e estimulada. Neste processo de ajuste, a participação da equipe multiprofissional é muito importante, pois possibilita um atendimento globalizado e mais humanizado às crianças e suas famílias.

3.2- A IMPORTÂNCIA DA MANUTENÇÃO DO ELO AFETIVO DA CRIANÇA COM SUA FAMÍLIA DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

Ao longo dos últimos anos, sempre que observamos a evolução do tratamento que oferecemos às crianças internadas em nossas enfermarias no H. U. (Hospital Universitário), verificamos que os pais, na maioria das vezes, encontram-se incluídos nesse processo e que participam ativamente dele.

A participação da família, durante a internação infantil, ocorre de longa data nos países civilizados, tanto socialistas como capitalistas; o tema é largamente abordado, desde a década de cinquenta, pela literatura internacional, chegando com trinta anos de atraso no Brasil (apenas na década de 80).

Em 1988, foi lançada pela Sociedade de Pediatria de São Paulo a campanha “mãe-participante”, na qual a importância do vínculo afetivo mãe-filho, bem como as vantagens

¹¹ Segundo DA SILVA et al (1997), é através do sistema de referência e contra-referência que os serviços se articulam. Referência é quando um serviço de menor complexidade encaminha o cliente para um serviço de maior complexidade e, contra-referência, por outro lado, é quando sido resolvida a situação, o cliente é encaminhado de volta ao serviço de procedência. Esta articulação de referência e contra-referência deve garantir a continuidade de ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais como coletivos, exigidos para cada caso.

da manutenção e preservação destes laços no ambiente hospitalar têm sido assunto de inúmeros artigos e discussões.

Acredito ser fundamental realizar uma assistência de enfermagem às crianças internadas nas enfermarias que inclua a participação de suas famílias e que leve em conta o seu contexto social. Para tanto, é necessário que observemos como se dá a relação destas famílias com suas crianças, no sentido de entender suas atitudes e necessidades, frente à hospitalização de um filho. A experiência compartilhada com as mães-participantes pode resultar numa prática assistencial cujo principal foco de interesse seja a criança, mas acredito que o caminho para se atingir este foco necessita estar baseado na troca de experiências entre a enfermagem e a família desta criança. Para isso, é necessário que se reflita sobre a situação da saúde em nosso país, sobre o conceito de família e suas funções e de que forma a equipe de enfermagem pode atuar neste contexto.

Nossa experiência mostra que a internação hospitalar pode causar uma ruptura nas relações familiares. Neste momento, então, é necessário que a família seja ajudada. SCHMITZ (1989) relata que, para entender e manejar a doença do filho, os pais necessitam de informação, aconselhamento e suporte. Eles necessitam de ajuda para preparar seu filho para o tratamento e o ajustamento à doença e à hospitalização.

Na realidade local, durante a internação hospitalar, a criança pode ficar acompanhada pela mãe ou, na sua falta, por outro membro da família do sexo feminino. A presença do pai, geralmente, resume-se a dois horários de visita, o que dificulta a manutenção do seu vínculo afetivo com a criança, apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente lhe facultar este direito. Isto ocorre porque há, ainda, uma grande resistência da equipe multiprofissional em abrir espaço para a presença paterna na unidade. Acredito que isto ocorra porque, ainda hoje, o pai parece não ser percebido como um cuidador, além de ser visto, geralmente, como sendo mais autoritário e contestador do que as mães

No entanto, ao longo do tempo, o perfil masculino vem se alterando, sendo muito comum o pai prestar cuidados diretos aos seus filhos tanto quanto a mãe, deixando de ser, apenas, o provedor econômico para, também, assumir um papel mais atuante no cuidado aos filhos (GADOTTI, 1987). Além disso, vem sendo muito comum, em nossa realidade atual, estar o pai desempregado e ser a mãe a principal responsável pelo sustento da família. Assim, acompanhar o filho por vários dias no hospital, durante a sua internação, muitas vezes, traz para esta mãe o risco da perda do seu emprego. Este fato leva a família a

se reorganizar, no que diz respeito aos papéis de seus membros (NITSCHKE, 1991) e muitos pais manifestam a vontade de assumir o cuidado da criança, durante a sua hospitalização. As razões apontadas para a não incorporação do pai no cuidado à criança hospitalizada vão desde a falta de espaço físico à falta de condições materiais para atendê-los adequadamente. MAC CARTHY (1981) já citava que estas alegações, que, ainda hoje, são utilizadas pelos profissionais, parecem camuflar as reais razões para a não admissão do pai. A participação deste requer mudanças estruturais radicais, que, segundo CREPALDI (1999), a Instituição reluta em fazer.

Desta forma, verifico ser indispensável que a equipe de enfermagem reflita acerca das necessidades que a internação hospitalar da criança traz para a sua família, de forma que possa atuar, no sentido de ajudá-la a vivenciar a hospitalização, da melhor forma possível, direcionando sua assistência para uma abordagem, segundo ELSEN e PATRÍCIO (1989) centrada na criança e sua família. Nesta abordagem, o papel da enfermagem, além de executar procedimentos e técnicas, inclui assessoramento às famílias em suas dúvidas, apoio às suas iniciativas e constante estímulo na sua prática como unidade de cuidado.

Alguns autores, já há muitos anos atrás, nos alertam sobre o risco da separação da criança da sua família, durante a internação hospitalar. Dentre eles, cito BOWLBY (1951), PICKERIL (1954), MACHADO, (1972), KENNY (1975), MAC CARTHY (1981). Este assunto, ainda, continua sendo amplamente discutido por autores que ressaltam que os efeitos desfavoráveis da hospitalização podem ser amenizados, tanto para a criança como para sua família, com a permanência da família, durante todo o período de hospitalização da criança (SPITZ, 1993; COYNE, 1995; BOWLBY, 1995; COLLET e ROCHA, 1999; SALVADOR, 2000).

Esta preocupação, que se deve Ter com a criança e com a família, pode ser melhor compreendida ao se considerar as afirmações de MELLO (1984). Este autor justifica a necessidade desta preocupação apresentando que, um dia, as mulheres percebem que se tornaram anfitriãs de um novo ser humano que se alojou nelas. Durante os nove meses que se seguem, a mulher sofre uma importante transformação, atravessando uma fase de auto-expansão que a leva a se identificar com o seu bebê. O mesmo se observa em relação ao pai. Quando este bebê está pronto para nascer, a mãe está preparada para uma experiência, na qual ela “sabe” as necessidades do seu filho. Esta experiência baseia-se no contato sem atividade e que cria as condições necessárias para que se manifeste o sentimento de

unidade entre eles. A existência do bebê é fundamentada na auto-percepção, a criança enxerga o mundo através dos olhos da mãe. O corpo da mãe passa a ser um instrumento através do qual a criança se comunica e interage com o meio. Quando existem estas condições, a criança pode desenvolver a capacidade de ter sentimentos que, de alguma forma, correspondem aos sentimentos da mãe. Este fenômeno precisa de um tempo para se estabelecer, como um mecanismo estável dos processos mentais da criança e, se interrompido, pode gerar a quebra nesses processos, pois a criança ainda não dispõe de mecanismos que lhe permitam conviver com as frustrações e dificuldades do seu meio ambiente.

WINNICOTT (1979) afirma que é possível induzir uma criança a comer e desempenhar todos os seus processos corporais. Mas, se ela estiver afastada da sua família e do relacionamento harmônico que esta lhe possibilita, poderá ocorrer uma desintegração do seu "eu". Para a criança, é algo intolerável, é uma das ansiedades mais inconcebíveis e básicas da infância. Este fato é evitado, através dos cuidados que toda a criança deve receber de seus pais.

Assim, a hospitalização da criança, entre outros problemas, envolve riscos de transtornos emocionais e de conduta, conhecidos com o nome de hospitalismo. O hospitalismo ocorre em crianças, quando separadas de suas famílias, durante sua hospitalização. A criança com hospitalismo apresenta um conjunto de regressões graves. A ausência da mãe ou de uma figura que a substitua e a falta de cuidados afetivos provocam quadros mórbidos que se exteriorizam de diferentes maneiras, mesmo que a criança receba o que de melhor exista em termo de cuidados higiênicos e alimentares e as condições materiais do hospital sejam excelentes (SPITZ, 1993).

O mesmo autor, descrevendo o comportamento de crianças hospitalizadas, após o trauma da separação, relata que estas apresentam uma seqüência comportamental dividida em angústia, depressão e defesa, como descrito, a seguir.

Na primeira fase, a criança apresenta-se agudamente angustiada com a perda da mãe e procura reavê-la com todas as suas forças. Chora fortemente, olha em direção à qualquer imagem ou som que possa representar o objeto perdido, rejeitando qualquer pessoa que tente substituí-la. Na fase seguinte, a preocupação em reaver sua mãe/família é grande, mas a criança começa a apresentar uma crescente perda de esperança. Os movimentos ativos diminuem ou cessam; o choro é monótono e intermitente. Na

terceira fase, a criança não rejeita a enfermeira, aceitando tudo sem protestos. Quando recebe a visita da mãe/família, reage com marcante indiferença, tendo, muitas vezes, dificuldade em reconhecê-la. Fica distante e apática, não demonstrando alegria.

SPITZ (1979; 1993) relata que, se esta criança ficar muito tempo internada e ligar-se afetivamente às enfermeiras e as perde a cada troca de plantão, repetindo várias vezes a mesma experiência de perda, seus interesses vão se modificando, com o objetivo de evitar novas frustrações. Passa a preocupar-se com comida e brinquedos, por exemplo, e não sente mais, quando uma enfermeira a deixa. Este fato pode gerar um traço neurótico no caráter: o desapego como defesa. A criança pode apresentar outras alterações de conduta como, por exemplo, a regressão manifestada por ações como chupar o dedo, enurese, medo de tudo ou de alguma coisa mais específica.

MOTTA (1997, p. 50) afirma que “a família é o universo fornecedor de condições para que o processo de construção ocorra de forma equilibrada e harmoniosa, oferecendo oportunidade à criança de individualizar-se e florescer como um ser único no mundo”. Desta forma, a doença da criança é um fator desorganizador, podendo ou não provocar uma ruptura significativa na sua vida. É um momento em que a criança necessita redimensionar-se e a doença e a hospitalização geram ansiedade e desorganização na sua percepção, compreensão e emoção. A separação da criança de sua família, durante sua internação hospitalar, pode lhe acarretar uma quebra no seu processo de crescimento e desenvolvimento, causando transtornos não apenas mediatos, pela falta afetiva que a criança sofre neste período, mas, também, tardios. VERÍSSIMO e SIGAUD (1996) referem que 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.

SCHMITZ (1989) afirma que a criança requer, para a garantia do seu processo de crescimento e higidez mental, a satisfação de suas necessidades afetivo-emocionais. Durante a hospitalização, a família pode participar ativamente da vida da criança, desenvolvendo, geralmente, uma relação de carinho e afeto muito íntima, através da comunicação de afeto, do cuidado amoroso e da expressão do sentimento de segurança e confiança (MOTTA, 1997). É comum presenciarmos, nas enfermarias, que o abraço e o beijo permeiam a relação mãe/família x criança, em uma forma toda particular de comunicação. LIMA (1996) refere que, muitas vezes, durante a internação hospitalar, o

contato físico é uma forma silenciosa de comunicação.

Verifico que o toque e o afago são percebidos com frequência, nas situações de dor, sofrimento e, até, de calma. Se a hospitalização implicar a separação total ou parcial do familiar significativo, que é o agente capaz de lhe propiciar a satisfação deste tipo de necessidade, os efeitos nocivos da hospitalização, face a privação cognitiva-sensório-emocional, poderão ser severos e irreversíveis. É no familiar que a criança busca apoio, orientação, referências de tempo, proteção para o desconhecimento e para o sofrimento e conforto, pois o seu cuidado vem “recheado” do componente afetivo o que, na maioria das vezes, o cuidado de enfermagem prestado à criança deixa a desejar. LIMA (1996, p. 193) acredita que “se a relação da enfermagem com a mãe-participante for uma relação de parceria e de troca, ela terá muito a aprender com esta sobre novas formas de proporcionar conforto”.

Muitos hospitais, ao limitarem a presença dos pais junto aos filhos, durante a sua internação, ou impedirem a sua participação ativa no cuidado da criança, tomam-lhe a responsabilidade do cuidado à criança e interferem na interação criança-família.

Percebo, então, que, se entendermos a importância do relacionamento para ambos - pais e filhos e procurarmos não interferir nele e sim nos utilizarmos dele em proveito da criança sob nossos cuidados, acredito que os resultados serão mais satisfatórios. Segundo LIMA (1996), durante a hospitalização do filho, os pais procuram formas de atenuar suas necessidades físicas centradas na terapêutica, mas, também, estão atentos ao seu bem-estar emocional. Desta forma, integram ao seu cuidado aspectos emocionais, psicológicos e biológicos, minimizando, assim, o sofrimento da criança.

Muitas vezes, estes aspectos não são percebidos pela equipe de enfermagem ou se percebidos, muitas vezes, não sabemos como trabalhá-los, o que dificulta a interação e a aderência das famílias ao tratamento e ao cuidado a ser implementado. Para tanto, faz-se necessária a reformulação da nossa forma de atuar junto às crianças e suas famílias. Ao detectarmos as necessidades das famílias, durante a internação da criança, poderemos buscar, junto com elas, alternativas que tornem nossa prática assistencial realmente transformadora da sua realidade de saúde, uma forma mais integral e humanizada de assistir. Esta é uma construção coletiva da enfermagem, famílias e crianças.

3.3- A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA.

3.3.1- Família: um termo, muitos significados.

Cada um de nós faz parte de uma família, sendo que, no nosso cotidiano, nos parece desnecessário defini-la. Parece que, para todos, família tem o mesmo significado, segundo PRADO (1985), parecendo ser uma entidade óbvia para todos. Já, MANCIAUX (1975) acredita ser muito difícil definir família, haja vista, que existe e vive por si mesma. No entanto, ao trabalharmos com a unidade familiar como cliente, poderemos perceber que há grande diversidade de apresentações e representações o que exige de nós, também, uma diversidade de formas de atuação, sendo necessário que o enfermeiro seja dotado de grande versatilidade em seu fazer profissional.

A prática profissional junto às famílias tem nos mostrado que há uma diferença entre ter o indivíduo como cliente e ter a família como tal. Para NITSCHKE (1999, p. 25), a família “caracteriza-se por ser um corpo social que possui objetivos e toma decisões enquanto grupo; tem uma estrutura de funcionamento interno, constituída por posições e papéis e que possui entre suas atribuições o cuidado de saúde de seus membros”. A mesma autora relata que, para trabalhar com famílias, é necessário que mergulhemos no seu mundo e retiremos nossas “courageas”, mostrando-nos mais humanos.

DELANEY (1986) destaca que, ao se trabalhar com famílias se torna necessário defini-la. Este mesmo autor define família como um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se considerem uma família, as quais dividem uma história e objetivos comuns, obrigações, laços afetivos e um alto grau de intimidade.

CÁRDENAS (1994) relata que a sociedade é formada por indivíduos e famílias que cooperam unidos para viver melhor.

RIVIERE (1970) define família como estrutura social básica que se configura pelo entrelaçamento de papéis diferenciados (pai, mãe, irmão). Um entrelaçamento que constitui o modelo natural de interação em grupo. Por sua vez, GROISMAN e LOBO (1994) abordam a família como um sistema, em que cada um de seus membros possui uma função definida, constantemente alimentada e retroalimentada entre si, constituindo uma estrutura relacional.

BLEGER (1966) já caracterizava a família como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo longo e que se acham unidas

ou não por laços de sangue. Este autor declara que a função da família é servir de reservatório, controle e segurança para a satisfação das necessidades de seus membros. A família deve ser capaz de conter a parte imatura da personalidade de seus filhos. SOIFER (1972), também, refere que este núcleo, por seu turno, se acha relacionado com a sociedade que lhe impõe uma cultura e ideologia particulares, bem como recebe dela influências específicas.

Já BOMAR (1990) relata, que uma das maiores atribuições da família é o cuidado à saúde, que inclui tanto o ensinamento das práticas de cuidado como, também, o suporte durante a saúde e a doença. Uma das funções mais importantes da família é a transformação das crianças em pessoas adultas, como participantes da sociedade. Incluem, aí, a socialização em relação à sua saúde e, neste processo, os membros da família transmitem para as gerações futuras a sua cultura, hábitos e modos de vida (VANZIN e NERI, 1996 ; KASPER e BARBOSA, 1999).

Para o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família - GAPEFAM, a família é uma unidade formada por seres humanos que se percebem como família, através de laços afetivos, de interesse e/ou de consangüinidade, dentro de um processo histórico de vida, mesmo quando não compartilham um mesmo ambiente. Relacionam-se, dinamicamente, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores, normas, conhecimentos e modos de vida, estruturados na cultura das gerações que incorporam e nas classes sociais a que pertencem. A família tem direitos e responsabilidades, vive em interação com outras pessoas, famílias, profissionais e instituições. KASPER e BARBOSA (1999) apresentam que as pessoas definem-se como família, por diversas razões, como por laços de parentesco ou através de laços de amizade, sendo a cultura determinante, quanto ao tipo de ligação e a interação entre os membros.

A família é um sistema interpessoal formado por seres humanos que interagem por vários motivos. É uma relação dinâmica que assume formas, tarefas e sentidos, a partir de um sistema de crenças, valores e normas estruturado na cultura desta família e na classe social a qual pertence e que sofre influência do meio ambiente em que vive, incluindo valores e normas de outras culturas, que nos possibilita atuar sobre ela (LEININGER, 1991).

Culturalmente, vejo a família como uma unidade de cuidado de saúde que possui seus próprios pontos de vista sobre saúde e doença, suas próprias atitudes e modos de se

cuidar. Tem necessidades individuais e grupais, cujo atendimento está condicionado aos recursos de que dispõe e que, caso não estejam presentes, devem ser buscados.

PRATT (1976) nos relata que a família é um sistema personalizado de cuidado à saúde, pois a saúde de seus membros é sua preocupação central e responsabilidade primeira. DAL SASSO (1995) diz que a família é um elo crucial do paciente à sua recuperação, sendo a família provedora de apoio, força e esperança para o paciente enfrentar a doença. LITMAN (1979,p. 495) afirma que “a família constitui talvez, o contexto social mais importante onde a doença ocorre e é resolvida”.

A família, portanto, possui seus próprios referenciais, suas próprias formas de se cuidar, que lhe permitem compreender e atuar nas diferentes situações de saúde-doença. Tais referenciais são baseados em conhecimentos adquiridos, a partir de sua cultura e de suas interações com profissionais de saúde e com outras famílias e pessoas da comunidade, sendo, por isso, capazes de identificar seus problemas e tomar decisões em relação a eles e de solicitar ajuda, quando achar necessário. HENCKEMAIER (1999, p. 50) relata que “a capacidade da família manter-se saudável está fundamentada na prática de cuidado, a partir de recursos da família como unidade com crenças, valores, conhecimentos e modos de cuidar, envolvendo a utilização de cuidado do sistema popular e do sistema profissional”. Assim, a família é uma unidade que presta cuidado, funcionando como uma “unidade básica de saúde” para seus membros.

Acredito que, olhando para os diferentes conceitos existentes, poderemos compreender a família em suas várias nuances, além de vislumbrar possibilidades para a atuação profissional.

Compreendo que, para trabalhar com famílias, o profissional enfermeiro necessita ter uma gama de conhecimentos que alicercem o seu saber. No entanto, sinto a ausência deste embasamento que não me foi difundido no currículo universitário. Fui formada para centrar minha assistência no indivíduo e, hoje, percebo que esta lacuna na minha formação acadêmica me fez, por muito tempo, enxergar a família apenas, como um receptáculo passivo do cuidado profissional. No entanto, agora a vejo como um agente, sujeito do seu próprio processo de viver.

HENSE (1991) relata que considerar o indivíduo, a família e a comunidade como clientes da enfermagem, parece um consenso entre a maioria dos enfermeiros. No entanto, a prática do cuidar de famílias continua permeada de inadequações e incertezas. Percebo

que, durante o processo de cuidar de crianças internadas, em nossas enfermarias, estas inadequações e incertezas são, ainda, uma realidade. Daí, talvez, a dificuldade de interagirmos com as famílias destas crianças. Ao cuidarmos da criança, deveríamos estar, também, cuidando de sua família, assim, necessitamos entender a família como uma unidade do cuidado de enfermagem

Desta forma, ao trabalharmos com famílias, estamos enfrentando o desafio de “cuidar de quem cuida” (ELSEN, 1994,p. 72). Sendo assim, não podemos mais pensar na família como alguém que deve apenas cumprir as determinações dos profissionais da saúde, dentre os quais fazemos parte. Esta família precisa ser “ouvida”, ter sua opinião levada em conta e ter sua participação incentivada, durante todo o processo profissional de cuidar.

Esta perspectiva é desafiadora, haja vista que, como profissionais da enfermagem, estamos acostumados a decidir pelo cliente. Torna-se, então, necessário que busquemos uma maior instrumentalização para o trabalho com famílias, visando compreendê-las e atuar sobre suas necessidades.

3.3.2- Tipos de famílias

Na atualidade, trabalhar com famílias torna-se cada vez mais desafiador, haja vista a grande diversidade de tipos de famílias que se apresentam. Sendo assim, para trabalhar com famílias precisamos respeitar suas diferenças.

LEONARDO (1984) nos fala sobre a família nuclear, composta por pai, mãe e filhos e a família extensa ou ramificada, que inclui diferentes gerações. CARTANA (1988) relata que algumas famílias incluem, entre seus membros, também, pessoas com quem mantêm estreitos laços afetivos. Muitas pessoas definem como família, apenas, seu círculo de amigos íntimos, mesmo com aqueles que não possuem consangüinidade.

PRADO (1985), ao estudar a pluralidade dos tipos de famílias, afirma que há diferenças nas distintas classes sociais. Na classe alta, encontrou, predominantemente, famílias extensas, controladas por um patriarca; na média, há o predomínio da família nuclear, com uma grande rede de parentesco e, na baixa, famílias nucleares sem união legal e, muitas vezes, chefiadas por mulheres. Este mesmo autor nos fala das famílias “incompletas”, formadas, por exemplo, por uma mãe com seus filhos e sem o pai e das

famílias “alternativas”, como por exemplo, comunidades com fundo religioso ou místico como os hippies ou anarquistas. O termo “família alternativa”, também, foi utilizado por DELANEY (1986), mas para referir-se a casais homossexuais, com ou sem filhos, duas pessoas não casadas que vivam juntas; filhos, pais, avós “ de criação”, colegas, vizinhos ou amigos muito próximos e, em alguns casos, inclusive, animais de estimação.

Já, na década de 90, VAITSMAN (1994) declarou que a família tradicional, formada por pai (provedor financeiro), mãe (dona-de-casa) unidos legalmente pelo matrimônio, e seus filhos passam a coexistir com uma rede de interações, institucionalizando-se sob novas formas.

KALOUSTIAN (1994), estudando as famílias brasileiras, apresenta que estas caracterizam-se, cada vez mais, pelas suas nuances sócio-econômicas e étnico-culturais, apresentando-se em sua diversidade, pluralidade, heterogeneidade, flexibilidade, instabilidade e fragmentação, o que NITSCHKE (1999) identifica como traços que delineiam uma tendência pós-moderna.

Conforme VAITSMAN (1994), cada vez mais, é comum as separações e os novos casamentos. Assim, as crianças podem vir a conviver com o meio-irmãos ou o filho/a do padrasto ou madrasta. É cada vez mais comum casais homossexuais, pessoas que vivem sós e mães-solteiras. NITSCHKE (1999, p. 44) relata que “o outro significativo”, também, passa a constituir o espaço familiar, como um vizinho, um colega de pensão ou de trabalho ou mesmo, os animais de estimação”.

HARTMAN (1995) constatou que as mulheres estão trabalhando fora em números recordes, pessoas são escolhidas através de agências matrimoniais, famílias estão menores em número e é muito comum as mulheres chefiarem a família.

NITSCHKE (1999), trabalhando com famílias que habitam as margens da Lagoa de Conceição, em Florianópolis, constatou que, para elas, a família não se restringe a “com quem se mora”, mas ultrapassa esta dimensão, sendo, então, família, também as pessoas “com quem se convive”. A autora constatou que, para estas famílias, o significado de “quem é a família” pode integrar fatores legais, biológicos, sociais e psicológicos, envoltos por um mundo identificado, por ela, como “o mundo imaginal de ser família” que se sobrepõem a estes fatores, ultrapassando-os. Como resultados importantes, obteve que família é quem é amigo, é quem se conhece, é com quem se dá bem, é quem se estima, é quem cria, é quem cuida . Constatou, também, a presença da “família do coração”,

apontados como componentes as pessoas que se sentem bem juntas, que se fazem bem. A “família do coração” extrapola, segundo a autora, a família institucionalizada, pois constrói-se a partir dos laços de afeto.

Assim, concordo com NITSCHKE (1999, p. 41) quando diz que “falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos”.

Verificamos, então, que o que caracteriza o “ser família”, hoje, é justamente a inexistência de um modelo dominante. Cada família se configura de forma diferente e possui diferentes padrões de vida e de cuidado o que exige de nós, profissionais da enfermagem, uma grande versatilidade no prestar a assistência de enfermagem, de forma que ela seja efetiva, individualizada e personalizada. Para que isto ocorra, precisamos conhecer as famílias com quem interagimos e ser aceitas por elas, o que nos mostra a complexidade que é trabalhar com famílias.

3.3.3- A saúde familiar e o ser família saudável.

Um fator de incerteza, durante o cuidado à família, é saber se existe ou não uma saúde familiar como entidade distinta da saúde de seus membros. ELSÉN (1994, p. 65) faz o seguinte questionamento: “a saúde da família significa a soma da saúde dos indivíduos que a compõem ou, a família também é possuidora de um “estado de saúde” que pode ser identificado, diferente da saúde de seus membros ?” MAUKSCH (1974) afirma que toda família tem um “estado de saúde” que consiste no produto de todas as forças com as quais seus membros contribuem. O “estado de saúde” da família envolve, segundo este autor, além do conhecimento, atitudes e valores, papéis e distribuição de tarefas, dentro da família, fazendo parte da vida familiar. Por sua vez, PRATT (1989) nos fala sobre a “energia familiar”, em que a família energizada é um grupo social efetivo, tanto no sentido de favorecer o desenvolvimento das capacidades de seus membros como no sentido de prover recursos, dar apoio e cuidar de si mesma.

Ao se formar uma família, seus membros trazem consigo suas forças biológicas e emocionais bem como suas vulnerabilidades, seus valores e hábitos referentes à saúde, sendo o estado de saúde de cada família único e distinto. À medida que os conflitos

surgem, os membros negociam e barganham, tornando a configuração inicial do estado de saúde mais específico daquela família (MAURIN, 1983).

BOEHS (1990) considera sadia aquela família que mantém um conjunto de reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico que permitem normatizar sua vida e instituir novas normas em situações novas.

Assim, concordo com PATRÍCIO (1990), quando conceitua saúde da família como a capacidade da família buscar e normalizar seu bem viver, fundamentada na prática do cuidado, a partir dos recursos de cada membro da família como unidade, com suas crenças, valores e modo de cuidar, buscando, quando necessário, cuidado profissional, incluindo, nestes, o cuidado de enfermagem.

Portanto, quando falamos em saúde familiar, na realidade, estamos falando da qualidade das relações entre os diferentes membros, suas crenças, valores, conhecimentos e práticas compartilhadas e aprendidas através das interações com outras famílias e com a sociedade, bem como de tarefas ou papéis a serem desempenhados para o bem-estar do grupo familiar. Assim, famílias saudáveis que dão apoio a seus membros, que são flexíveis às mudanças no seu funcionamento para atender as suas necessidades, têm permitido ao indivíduo doente manter a aderência ao tratamento, possibilitando sua reabilitação e/ou recuperação de sua saúde (ELSEN, 1994, p.68).

Concordo com BOMAR (1990), quando afirma que a saúde familiar é mais do que a ausência de doença em um de seus membros. Ela inclui uma multiplicidade de variáveis biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituais, dentro de um contexto cultural que a família vivencia, enquanto sente bem-estar ou doença. Para este autor, a família é responsável pelo desenvolvimento de ações que promovam a sua saúde, aumentando o seu bem-estar e sua qualidade de vida. Assim, a família saudável pode ser aquela que possui, como característica, a habilidade de enfrentar o estresse.

ELSEN (1994) define a família como saudável, quando esta constitui-se a partir de laços afetivos, expressos por gestos de carinho e de amor, sendo capaz de manifestar sentimentos e dúvidas, dividir conhecimentos, crenças e valores. Para esta autora, a família saudável tem condições de aceitar a individualidade de seus membros, enfrentar crises, solicitando e dando auxílio ao seu grupo familiar. A família saudável, para SIMONTON (1990), funciona como uma equipe, porém cada um de seus membros mantém a sua individualidade.

A família está saudável, quando houver uma interação positiva caracterizada por um relacionamento direto, de respeito e liberdade, no qual os membros tentam se colocar no lugar do outro e expressam sentimentos de afeto, idéias, crenças, valores e conceitos, possibilitando-os crescerem, desenvolverem-se, definirem, ajustarem e desempenharem seus papéis (NITSCHKE, 1991).

Em nossa realidade, entramos em contato com a família, geralmente, quando a criança fica doente e a família procura o enfermeiro em busca de ações terapêuticas. É através da criança doente que percebemos que a família possui um estado de saúde que, neste momento, encontra-se abalado. Assim, precisamos refletir e definir qual é o significado que atribuímos à saúde familiar? Este significado pode ser definido por nós, através do uso de teorias já existentes, ou construído com base no nosso conhecimento, crenças e experiências. Um significado que poderá nos auxiliar a guiar nosso cuidado de enfermagem, direcionando assim o nosso “fazer” com famílias.

NITSCHKE et al (1992) relatam que o conceito de família saudável pode ser desenvolvido, respeitando as crenças e valores de cada profissional. Quando o profissional não encontra uma teoria que contemple o seu ponto de vista, para basear o seu fazer, pode construir um conceito, a partir das próprias experiências. Este foi o caso do conceito de família saudável elaborado pelo GAPEFAM. Para os componentes deste grupo, família saudável é entendida como uma unidade que se auto-estima positivamente, na qual seus membros convivem e se percebem, mutuamente, como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros.

A família saudável se une por laços de afetividade, exteriorizados por amor e carinho. Tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e as pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida.

NITSCHKE (1999), trabalhando com algumas famílias das Tribos da Lagoa da Conceição, em Florianópolis, relata que as próprias famílias apontam como condição para

o seu ser saudável o : ter comida, ter moradia, ter dinheiro, ter e receber afeto, praticar esportes, ter uma natureza saudável, ter educação, ter lazer, ter música, ter trabalho, ter liberdade. A autora refere que, o ser saudável, para estas famílias pesquisadas, repousa em um equilíbrio dinâmico de Ter-sentir-estar-ser . Verifico, então, que, se quisermos construir um conceito de família saudável, podemos buscar subsídios no que as próprias famílias têm para nos dizer.

Ao entendermos o que é uma família saudável, torna-se mais fácil direcionarmos nosso trabalho, no sentido de auxiliá-la a, assim, manter-se. Verificamos também, que a avaliação da família, em termos de ser saudável, exige um maior contato do profissional com as famílias, uma maior interação, pois cada família possui o seu próprio estado de ser saudável e é capaz de buscá-lo e defini-lo. Assim, o ser saudável é um objetivo a ser buscado tanto pela enfermagem como pelas famílias sob seus cuidados.

Acredito que, por mais saudável que seja a família, quando um de seus membros adocece, a “saúde da família” fica abalada, sendo, então, necessário desenvolvermos métodos e técnicas de cuidado, também, voltados para ela.

3.3.4- O papel da família no cuidado à criança hospitalizada.

Não podemos negar que parece existir uma forte influência da comunicação familiar na enfermidade das crianças. WINICOTT (1988) relata que a mãe saudável, por ser madura ou adulta, não pode transferir a responsabilidade do cuidado do seu filho a uma enfermeira ou médico que não conheça. A coisa mais importante nesta interação é, primeiro, conhecê-los e, a partir daí, poderá ter confiança neles. Se, entretanto, esta confiança não estiver presente, grande parte desta experiência poderá estar arruinada para ela; ela terá medo de delegar responsabilidades, tentará dirigir os acontecimentos por conta própria e, na verdade, terá medo da situação em que se encontra.

Corroborando essas assertivas, apresento a fala da mãe de uma das crianças internadas em nossas enfermarias, ao relatar que:

“... mesmo admitindo-se que a mulher seja bastante amadurecida emocionalmente, o processo da internação hospitalar de um filho rompe todos os

mecanismos de controle e a gente necessita do máximo de assistência, consideração, incentivo e familiaridade por parte da pessoa que nos assiste, do mesmo modo que a criança precisa da mãe”.

A tendência à simbiose entre mãe e filho pode ser favorecida pela intensa e prolongada dependência que toda criança estabelece com seus pais. A criança, tão necessitada de seu grupo familiar e tão dependente dele, procura adquirir habilidades motoras de que carece e que sua família possui. SOIFER (1972) relata que, por sua vez, a família persegue este objetivo e vai orientando a criança, desde a linguagem não verbal até a aquisição da linguagem verbal. Enquanto vai transcorrendo este aprendizado, a família vai promovendo o ensino do respeito, amor e solidariedade. Tendo em vista que o ser humano, ao nascer, carece totalmente de noções que o habilitem a seu desempenho natural e que deve aprender tudo, claramente se compreende que as funções familiares constituem-se como muito complexas. Neste sentido, NITSCHKE (1999) acredita que a família, ao mesmo tempo que é construída, tem como uma de suas atribuições a construção do próprio ser humano.

MOTTA (1997) relata que o cuidado dos pais é fundamental para que a criança possa galgar todas as etapas de seu crescimento e desenvolvimento. Os episódios de desequilíbrios físicos e emocionais que a criança enfrenta, durante o seu processo de crescimento e desenvolvimento, podem gerar transtornos significativos para a construção biológica e na dinâmica familiar. A doença e a hospitalização podem gerar ansiedade e desorganização no seu “eu”. Por sua vez, o universo familiar, também, é abalado pela doença, pois a hospitalização da criança gera angústia, estresse, culpa e medo da perda do filho (ZIEGEL e CRANLEY, 1986; BRUNNER e SUDDARTH, 1994; MOTTA, 1997; MACHADO, 1997).

Quando percebe que não dá mais conta sozinha do cuidado de seu familiar, a família recorre aos profissionais de saúde, porém, geralmente, não abdica de suas responsabilidades de cuidado (RIBEIRO, 1999). Cuidado este expressado pelo afeto, carinho e atenção. Assim, busca adaptar-se à nova realidade e reorganizar-se para enfrentar esta experiência de viver e conviver com a sua impotência frente à doença, para, dessa forma, reconstruir sua identidade como grupo familiar. A oportunidade de ajudar, de forma

construtiva, na recuperação da criança, provoca, na família, um sentimento de competência e realização, bem como torna possível mostrar-se física e psicologicamente disponível para ela e, ao mesmo tempo sentir e compartilhar sua difícil experiência (CYPRIANO e FISBERG, 1990; MACHADO, 1997).

Apesar da presença da mãe ou de outro familiar, a hospitalização da criança é vista como uma situação crítica: ocorre mudança do ambiente físico e psicológico, além da sua separação dos demais membros da família, interrupção das atividades cotidianas, entre outros. Assim, a hospitalização envolve a necessidade de profunda adaptação, impondo aos familiares novas formas de organização. Corroboram com estas afirmações CARTER e GOLDRICK (1995), SIMONTON (1990), MOTTA, (1997), WHALEY e WONG (1999).

PARSONS (1970) descreve a família como sendo uma instituição que atende às necessidades biológicas de seus membros, sendo sua responsabilidade o cuidar de seus filhos e criá-los, incluindo a obrigação de alimentação, higiene, vestuário e moradia. A internação hospitalar da criança não muda isto. Durante a internação e quando presente, a família continua a desempenhar estas funções, porém necessita de auxílio para continuar a fazê-las, de forma satisfatória.

TURNER (1970) nos chama a atenção para o fato de que a família, por suas características especiais de proximidade e convivência, está melhor equipada e tem maiores condições para acompanhar o processo de saúde-doença de seus membros do que os próprios profissionais. Ela nos relata que, por sua intimidade, os membros da família são capazes de identificar sinais de doença que, para outras pessoas, podem passar despercebidos. Sendo assim, é comum, durante a internação da criança, ser a mãe/ família a primeira a identificar as alterações no seu quadro clínico.

Durante a internação da criança, a família não abandona este referencial, ao contrário, acomoda-o, repadroniza-o, acrescentando a este referencial novas referências que a instrumentaliza ao cuidado. Desta forma, é comum presenciarmos em nossas enfermarias, que o cuidado prestado pelas famílias às suas crianças é bastante diversificado. Estudos realizados, anteriormente, por BOHES (1990), NITSCHKE (1991), MONTICELLI (1994), KASPER e BARBOSA (1999) constataram que cada cultura age e reage de maneiras diferentes nas diversas situações de vida.

Concordo com ELSEN (1984), quando diz que a família é o primeiro sistema de cuidado e que, durante a internação hospitalar de um de seus membros, a sua participação

no cuidado reflete a responsabilidade que possui para com este membro, pois, apesar de não estar em seu ambiente familiar, geralmente, a família assume as responsabilidades de cuidado. HENCKEMAIER (1999) acredita ser a família de fundamental importância no hospital, já que ela pode servir de suporte emocional à criança.

Segundo CREPALDI (1999), quando a criança adoece e necessita de internação hospitalar, estabelece-se uma relação triangular: profissional da saúde, criança, família. Assim, não se pode separar a criança doente de seu meio familiar. O afastamento de um dos membros da família, causado pela hospitalização, é entendido por BIASOLI e ALVES (1995) como um dos eventos mais difíceis e significativos, no ciclo de vida da família. HENCKEMEIER (1999) relata que cada família tem uma maneira particular de reagir frente à hospitalização de um de seus membros. Durante a hospitalização da criança, ela seria a depositária do sofrimento físico, mas o sofrimento psíquico estaria depositado na família. Por isso, tanto a criança como sua família necessitam de cuidados, durante o período de hospitalização.

Para MOTTA (1997), durante a hospitalização da criança, ela e sua família passam a fazer parte do mundo do hospital. Neste local, novos papéis são assumidos pela família. A função de cuidar da vida da criança é reforçada. Assim, quanto mais orientada a respeito do diagnóstico, tratamento e quadro clínico da criança, maior será a possibilidade da família perceber precocemente suas alterações.

Verificamos, então, que a família desempenha importante papel durante a internação hospitalar da criança. A presença dela junto à criança, além de possibilitar condições emocionais mais satisfatórias para ambas tem uma série de outras vantagens: cria um relacionamento mais próximo e intenso com a equipe, é fonte de informação direta sobre a evolução da doença, previne acidentes na enfermagem, permite a participação ativa no cuidado à criança, incentiva a solidariedade entre as famílias de outras crianças. Desta forma, a criança pode ser mais prontamente atendida e ter seu período de internação reduzido.

Para GRANT (1978), tanto para a família como para a criança, o estresse e a ansiedade podem ser reduzidos se um familiar acompanhá-la no hospital. Sua presença, permite à criança elaborar melhor seus sentimentos e emoções, controlar sua ansiedade, medos, temores e fantasias, organizando melhor o seu mundo interior. A família, além de fonte de afeto e segurança, age como mediadora e facilitadora de sua adaptação ao hospital

Vários trabalhos nos apontam transformações significativas na assistência à criança hospitalizada, devidas à participação ativa da família em seu cuidado, traduzindo-se esta presença em um elemento essencial para a qualidade do cuidado (ANGELO e VERÍSSIMO, 1996; LIMA, 1996; VALLE, 1997; OLIVEIRA, 1997; MOTTA, 1997; ANDERS, 1999, OLIVEIRA, 1999; COLLET e ROCHA, 1999).

No entanto, a participação da família no cuidado, segundo COLLET e ROCHA (1999), ainda, é condicionada pelas condições da criança e ela pode precisar de certo tempo para tomar ciência da hospitalização da criança para, enfim, ter condições de assumir funções ativas no seu cuidado. Para que isto ocorra, é necessária uma enfermagem atuante, que priorize o aspecto educativo da assistência e que tanto a família como a equipe de enfermagem interajam e se comuniquem de forma satisfatória. Esta participação deve ser discutida entre família e enfermagem e planejada, conjuntamente, de acordo com o preparo, desejo e disponibilidade da família (COLLET e ROCHA, 1999). Para entender e manejar a doença da criança, a família, enquanto cliente, também necessita de informação, aconselhamento, suporte e, sobretudo, de cuidado.

3.4- O PROCESSO DE CUIDAR DA SAÚDE FAMILIAR DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA NO SISTEMA DE ALOJAMENTO CONJUNTO.

Para cuidar de famílias e entendê-las como unidade do cuidado profissional, é necessária a aquisição de conhecimentos específicos a seu respeito. É necessário conhecer a família, como objeto do nosso trabalho, e compreendê-la em seu processo de viver (GILLISS et al. 1989; RIBEIRO et al. 1989; HENSE et al. 1991). Para tanto, esta nova visão da família como uma unidade básica de saúde exige que conheçamos como esta família se cuida, quais são suas possibilidades, quais os seus limites de atuação e que forças ela é capaz de mobilizar para resolver problemas de saúde.

Para que possamos conhecer a família e compreender “o seu processo de viver”, de forma contextualizada, é necessário que consigamos interagir com ela. Interagir da forma mais integral possível: ouvindo-a, percebendo a sua problemática, suas perspectivas e limites; as relações que existem entre seus membros e o mundo social no qual se inserem, refletindo a respeito de suas necessidades, negociando, com ela, possíveis alternativas para solucionar seus problemas. Durante esta interação, deve acontecer uma troca de saberes,

em que tanto a família como a enfermagem cresçam. Uma relação na qual o compartilhar saberes resulte, de um lado, na melhoria da qualidade de vida da família e, do outro, na melhoria do processo de cuidar pela enfermagem.

NITSCHKE (1999, p. 173) relata que “trabalhar com família significa não perdê-la do nosso foco, o que não quer dizer que devemos estar com todos os elementos da família ao mesmo tempo, mas é nunca perdê-la de vista enquanto rede de relações”. A família vem a nós, no hospital, em busca do que temos para lhe oferecer. Em busca da complementaridade do seu saber. Assim como nós, também, quer integrar outros aspectos ao seu saber, agregar elementos do saber profissional ao seu saber popular.

Para que possamos efetivar esta interação, é necessário que utilizemos todo o nosso saber e conhecimento, no sentido de ver a família não como um agente passivo, mero receptor de cuidados, mas sim como um agente ativo neste processo; como “sujeito do seu próprio processo de viver” (ELSÉN, 1994, p. 50). HENCKEMAIER (1999) ressalta que é importante, para o processo de interação, que a enfermeira seja passível de receber ensinamentos e acreditar que eles poderão vir tanto do paciente hospitalizado como de seus familiares.

Sendo assim, percebo que o processo de cuidar da família, de forma integral, é um processo muito complexo. Ao trabalharmos com famílias, poderemos nos deparar com o imprevisível, o que, segundo NITSCHKE (1991), demanda uma atitude mais aberta e flexível do profissional, na qual, antes de qualquer coisa, é preciso ser aceito pela família, aprender a discutir, compartilhar e a negociar com ela. A partir das idéias de REZENDE (1993, p. 5), sobre o trabalho na saúde, verifica-se que, necessitamos utilizar “abordagens sensíveis e maleáveis e nem por isto menos científicas” ao trabalharmos com as famílias.

ERDMANN (1998, p. 65) afirma que viver as diferenças no sistema de cuidados possibilita trocas. Para ela, “é viver as ocorrências, tensões e riscos dos momentos de produzir/cuidar, que são mutantes, imprevisíveis e plenos de significados para as contraditórias diferenças na existência humana”. Para se prestar o cuidado neste mundo de tantas diferenças, como é o caso do trabalho com famílias, a autora prescreve um cuidado afetuoso, eficiente, eficaz e efetivo, de estar junto com as pessoas nos processos interativos de ajuda na busca por sua saúde.

Já, em 1979, HORTA afirmava sua crença de que o verdadeiro cuidador é aquele que considera o cuidado como parte de si mesmo, presente em todos os momentos de sua

vida, tanto no cuidar do outro como no cuidar de si próprio. O cuidador efetivo, para ela, cuida do outro como de si mesmo porque aprendeu a se amar, a compreender e respeitar seus limites, representando a capacidade da enfermagem utilizar a si própria como um elemento terapêutico.

Entretanto, não basta um único profissional para prestar um cuidado efetivo à família, durante a internação hospitalar da criança. Não podemos cuidar da família de forma isolada; é necessário um trabalho de equipe inter e multidisciplinar; um trabalho coletivo. Este não pode ser um trabalho solitário, de uma única categoria profissional. É necessário que a enfermagem se articule com outros profissionais. Precisamos aprender a dividir tarefas, a vencer nossas próprias resistências, a negociar, a dividir espaços, tanto com a equipe como com as famílias, até mesmo no sentido de “despirmos nossas armaduras” para trabalhar com elas, permitindo e aceitando suas escolhas, possibilitando que se tornem sujeitos de sua própria história.

Neste sentido, o papel da enfermagem é vivo, é resultado de inúmeras interações. A enfermagem atua junto às famílias em uma relação de ajuda. FUREGATO (1999) relata que, quando alguém busca ajuda e outra pessoa capaz de prestar auxílio coloca-se profissionalmente disposta a ajudá-lo a evoluir pessoalmente, temos a relação de ajuda. A relação de ajuda é um recurso valioso para a prática da enfermagem. Ela contribui diminuindo o estresse e a ansiedade da família e estimulando-a para o autocuidado. LIMA (1996) acredita que, se a relação da enfermagem com as famílias for uma relação de ajuda, ela terá muito a aprender com elas sobre “novas” formas de cuidar e proporcionar conforto.

Para VERÍSSIMO e SIGAUD (1996), compete à enfermeira fornecer, além do conforto, informações ao cliente/família sobre a assistência de enfermagem, seus benefícios, riscos e conseqüências, bem como reconhecer e respeitar o direito do cliente de decidir sobre a sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.

Acredito que aprendemos a trabalhar com a família, durante nossa interação com ela. Esta interação é um processo dinâmico, em constante movimento, no qual pessoas diferentes entre si realizam trocas e aprendem umas com as outras; compartilham experiências, enfrentam desafios e constroem, conjuntamente, significados comuns que lhes permitem realizar, efetivamente, trocas, aprendizagem e uma relação de suporte mútuo à procura de um viver mais saudável.

HARTMAN (1995), discutindo os papéis da enfermagem junto às famílias, destaca:

o papel de tomada de decisões, no qual o profissional deixa de ser o juiz para ser um colaborador; papel de mestre-aprendiz, que enfatiza o estar aberto; papel de escultor da realidade, que pressupõe a possibilidade de reconstruir, modificar; papel de mediador e agente de mudanças; papel de ativista político, nos quais se trabalham questões de cidadania; e papel auto-reflexivo.

Desta forma, verificamos que, no âmbito profissional, a enfermagem desempenha vários papéis, tendo em vista que o objeto sobre o qual imprime seu trabalho é mais do que um corpo passível de manipulação técnica. LEOPARDI (1994) refere que necessitamos buscar um modo diferente de cuidar que possibilite ajuda sem domínio, sem exploração, sem desconfiança, sem paternalismo, sem falsa ética, porém com permissão para sermos tão humanos quanto possível, tão atentos quanto necessário, tão eficientes quanto desejável, tão envolvidos quanto o instinto nos determine.

No entanto, em nível hospitalar, ainda são grandes as dificuldades enfrentadas pela família, durante a internação da criança. KOERICH e ARRUDA (1998) relatam que, apesar da crença de sua importância para a recuperação do seu familiar hospitalizado, a família não tem o seu conforto priorizado nos estabelecimentos de saúde. Atribuo isto ao fato da família não ser vista, ainda, como cliente pelas instituições. A lei é clara, quando se refere aos direitos fundamentais das crianças e adolescentes. Nela consta que os estabelecimentos de saúde deverão propiciar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação, porém não estabelece quais são os direitos do acompanhante.

Como um dos papéis da enfermagem, está o de propiciar boas condições para a presença da família na unidade, pois é uma das principais responsáveis pela organização do ambiente de cuidado. No âmbito hospitalar, a enfermagem deve estar preparada para dividir com a família a responsabilidade do cuidado à criança. Assim, a família deve, também, ser vista como cuidadora. Em casa, a família cuida e se cuida e, no hospital, não deixa de fazê-lo, para isso devem ser orientadas e preparadas pelos profissionais de saúde para um melhor enfrentamento das adversidades no curso natural da doença.

HENCKEMAIER (1999), trabalhando com famílias durante a hospitalização de um de seus membros, em unidade de internação ginecológica, verificou que a família é, na grande maioria das vezes, deixada de lado pela equipe de saúde e que os enfermeiros nem sempre interagem, de forma congruente, no cuidado à família. Algumas justificativas

apresentadas por alguns enfermeiros repousa no fato da instituição não dispôr de condições físicas e materiais, bem como no aspecto de que as normas e rotinas não amparam tal atitude. DAL SASSO (1995) relata que uma estrutura organizacional inflexível e autoritária incentiva a dependência e desestimula a iniciativa e criatividade dos enfermeiros, ficando restritos a sobrecarga de atividades burocráticas, em detrimento da assistência direta ao cliente. Em decorrência disto, a prática profissional torna-se limitada.

A família, no momento da hospitalização de um de seus membros, necessita enfrentar esta situação e os profissionais de saúde podem contribuir, não omitindo fatos e dando apoio, neste momento de desequilíbrio.

Assim, acredito que as transformações desejadas dependem das alianças que conseguirmos realizar com a nossa equipe de trabalho e com as famílias (mães-participantes) das crianças internadas sob nossos cuidados. A família, como unidade a ser cuidada, precisa que a enfermagem exercite suas habilidades de ouvir, tocar, compreender e conhecer o universo do ser família, durante a hospitalização da criança. Entender as complexas relações que vão sendo estabelecidas no ambiente hospitalar, a partir da inserção da família e sua participação ativa no cuidado à criança torna-se fundamental, tendo em vista que os limites desta atuação ainda não se encontram bem definidos. COLLET e ROCHA (1999) ressaltam que a enfermagem está em seu território de maior controle. Por seu lado, a família encontra-se fragilizada, ficando, na maioria das vezes, a mercê das decisões tomadas pelos profissionais. Por isso, é necessário que a enfermagem tome a iniciativa de envolver a família no cuidado à criança, desde que ela queira participar deste cuidado, buscando, desta forma, uma humanização da assistência.

4- APRESENTANDO O MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

Há algum tempo, a enfermagem brasileira, buscando construir um corpo próprio de conhecimentos, vem utilizando-se de teorias para fundamentar e legitimar sua prática profissional. Portanto, ao desenvolver um trabalho, torna-se necessário embasá-lo em um marco referencial teórico.

FAWCET (1984) define marco referencial teórico como sendo um conjunto de conceitos e proposições, de tal modo interligados, numa configuração significativa. Consiste, no meu entendimento, na organização do conhecimento para direcionar a prática da enfermagem, na qual o objeto desta prática é o ser humano.

O marco referencial teórico pode nos possibilitar várias visões de mundo, conforme a percepção, experiência e capacitação do pesquisador. Assim, ele possibilita o uso das teorias de um ou mais autores para a aplicação prática de outro que poderá interpretá-los, fazendo conexões com a sua visão de mundo e dentro do seu contexto. Possibilita ao leitor compreender qual a visão do autor sobre determinado tema.

Assim, para a realização deste trabalho, foi necessário elaborar um marco referencial teórico que lhe servisse de alicerce e sustentáculo. Desta forma, identifiquei, na teoria de Leininger, alguns pontos em comum com minhas percepções e com o trabalho que me propus realizar. Cabe ressaltar que não utilizei sua teoria e seus conceitos, na totalidade. Construí o marco referencial teórico a partir da teoria de Leininger, dos outros autores já citados ou referenciados, associados a elementos da minha vivência como profissional enfermeiro.

A Dra. Madeleine Leininger é fundadora do subcampo transcultural de enfermagem. É professora de Enfermagem e Antropologia, diretora do Center for Health Research e diretora do Transcultural Nursing Offerings, na Wayne State University. Ocupou cargos nos campos docente e administrativo em educação em Enfermagem. Tem

recebido reconhecimento internacional em Enfermagem e em campos relacionados, graças a seus livros, pesquisas, consultorias, cursos e palestras.

Ao longo de mais de três décadas, a autora tem trabalhado intensamente para difundir seu conceito de enfermagem transcultural. Já escreveu e editou mais de vinte e dois livros, publicou mais de duzentos e oitenta e cinco artigos, além de Ter ministrado inúmeras conferências, palestras e cursos. Foi considerada a fundadora da enfermagem transcultural, pois foi a primeira enfermeira que desenvolveu uma teoria que contemplasse o cuidado transcultural. Começou explorando como as crenças, os valores e as práticas culturais poderiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas. Em sua concepção, as enfermeiras não poderiam realmente ajudar estas pessoas se não compreendessem seus valores culturais e suas crenças. Assim como ela, acredito que, nós enfermeiras, precisamos conhecer o cliente para, só então, prestar-lhes um cuidado de enfermagem congruente com as suas necessidades.

LEININGER (1978), em seus estudos, define teoria como um conjunto de conceitos, hipóteses ou proposições vinculados logicamente e que podem ser comprovados com o propósito de explicar ou prever um sucesso, fenômeno ou situação. Em sua Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural ela define Enfermagem Transcultural como uma área maior da enfermagem, que focaliza um estudo comparativo e analítico das diferentes culturas e subculturas no mundo, com respeito às condutas de cuidado de enfermeiros, o cuidado de enfermagem, os valores do processo saúde-doença, as crenças e os padrões de comportamento, com o objetivo de desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanístico, visando prover uma cultura específica e uma prática de cuidado de cultura universal de enfermagem .

4.1- PRESSUPOSTOS

Pressupostos são as crenças pessoais que fundamentam a elaboração do meu marco referencial teórico. LEOPARDI (1988) relata que pressuposição é a exposição da configuração referencial, ou seja, são crenças e valores enunciados explicitamente e que definem a posição do autor. Com base nos meus pressupostos, encontrei, na teoria de LEININGER (1985), as crenças e valores congruentes com minha visão de mundo.

Segundo a autora, o propósito de sua teoria é “descobrir significados, usos e

funções culturais do fenômeno do cuidado humano e usar este conhecimento para fornecer um cuidado benéfico ou satisfatório a pessoas de diversas culturas do mundo” (LEININGER, 1985,p. 264).

Também, utilizei como referência escritos da Doutora Ingrid Elsen, por seu renomado trabalho com famílias, coordenando o GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família), desde 1985.

Assim, explicito os seguintes pressupostos:

- 1- o cuidado é a essência do trabalho da enfermagem (LEININGER, 1985);
- 2- cada cultura possui seus próprios padrões de cuidado e sua própria forma de pensar a respeito da saúde e da doença (LEININGER, 1991);
- 3- culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de formas diferentes, mas com alguns elementos em comum (LEININGER, 1991);
- 4- como profissão que presta cuidado humano, a enfermagem é uma profissão universal (LEININGER, 1991);
- 5- pessoas de diferentes culturas podem interagir, aprendendo formas multiculturais e diversas de cuidados de saúde (LEININGER, 1991);
- 6- as práticas de cuidado de saúde profissionais e populares são derivadas da cultura e influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem. Estes dois sistemas têm seus próprios valores e práticas, ocorrendo discordâncias entre estes sistemas, em algumas sociedades (LEININGER, 1978);
- 7- os homens são seres culturais que, através das suas crenças, valores, normas e práticas de vida, orientam suas decisões e ações de forma padronizada (LEININGER, 1991);
- 8- a família é uma unidade de cuidado de enfermagem (ELSEN, 1994);
- 9- a família, a partir de seus referenciais, presta cuidados a seus membros, funcionando como uma unidade básica de saúde (ELSEN, 1994);
- 10- a internação hospitalar de um dos membros da família pode alterar toda a dinâmica familiar, levando, inclusive, a família à crise, sendo que, neste momento, ela precisa ser ajudada (ELSEN, 1994).

4.2- Definição de conceitos.

Segundo MELEIS (1985, p. 157), “conceito é uma imagem mental da realidade tingida com a percepção, experiência e capacidade filosófica do pesquisador”. Para GEORGE (1993,p. 14), “conceitos são palavras que descrevem objetos ou acontecimentos e constituem os componentes básicos da teoria”.

Os conceitos do marco foram embasados no Modelo Sunrise (anexo 3), apresentado por LEININGER (1988, p. 157), em sua Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. Também, vali-me de alguns conceitos de outros autores cujos pensamentos convergem com os meus, dos quais destaco: PATRÍCIO,1990; GEORGE, 1993; CESTARI, 1997; GELAIN, 1987; BARTON e BARTON, 1984; SEGRE e COHEN, 1995; HENCKEMAIER, 1999. Seus conceitos serviram de referência para a elaboração de meus próprios conceitos.

Neste trabalho, a **Visão de mundo** é o modo como as pessoas olham o mundo ou o universo e formam um quadro ou atitude de valor acerca deste mundo e de suas vidas. É uma maneira, histórica e culturalmente construída, de pensar, agir e ver a vida e os seus fenômenos e fatos.

Esta visão de mundo é influenciada por vários fatores: tecnológicos, religiosos, fisiológicos, sociais, de parentesco, culturais, políticos e legais, econômicos e educacionais, entre outros. É esta visão de mundo que, no meu entendimento, influencia, em grande parte, a forma como os indivíduos se cuidam e cuidam de seus semelhantes.

Os fatores anteriormente citados são influenciados pelo ambiente onde os indivíduos vivem e se relacionam.

Ambiente não é um termo definido por Leininger. Entretanto, em sua teoria, o contexto ambiental aparece como sendo a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais nas suas dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais.

Este é percebido, por mim, como um conjunto de condições internas e externas que afetam os seres humanos e são afetados por eles, reciprocamente. É o contexto onde o ser humano se insere, vive, trabalha e constrói suas relações sociais baseado em padrões culturalmente estabelecidos, étnica e coletivamente. É, neste contexto ambiental que os indivíduos vivenciam o seu processo saúde-doença.

LEININGER (1991) define **saúde** como um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (ou grupos)

possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória. A saúde é entendida como algo universal a todas as culturas, embora definida no âmbito de cada cultura, numa forma que reflita as suas crenças, seus valores e suas práticas. Assim, a saúde é, também, universal e diversificada.

Para mim, saúde é um processo dinâmico relacionado com a capacidade do ser humano buscar o seu bem viver, conforme as suas próprias necessidades; é a capacidade individual de buscar, dentro de si e no meio, forças e recursos, que promovam a satisfação das suas necessidades. É um estado de equilíbrio físico, mental e espiritual entre o ser humano e a natureza que possui uma dimensão social, política e econômica buscada, de forma harmônica e dinâmica, para permitir que o indivíduo se relacione com seus semelhantes, conforme a cultura a que pertence, adquirindo e mantendo o seu processo vital.

Doença, para mim, é um termo que não pode ser dissociado do termo saúde. É um distúrbio do bem viver. Percebo-a como a incapacidade total ou a limitação parcial do ser humano de cuidar de si mesmo, de realizar suas funções e satisfazer suas necessidades. É um estado de desequilíbrio, desarmonia e estagnação que causa alterações no seu processo vital. Este estado é que o leva a buscar assistência de saúde e, nesta busca, ocorre o seu encontro com outros seres humanos em atitudes terapêuticas.

Para LEININGER (1978), seres humanos são seres universalmente provedores de cuidados que sobrevivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado de inúmeras maneiras, de acordo com culturas, necessidades e cenários diferentes.

Neste trabalho, vejo os seres humanos como seres singulares, autônomos no seu pensar; capazes de refletir sobre si mesmos e sobre o seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam e de usar idéias e palavras no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar coisas que tragam benefícios para si e para os outros. São seres bio-psico-sociais, históricos e culturalmente constituídos, com potencial para a aprendizagem e o desenvolvimento e com habilidades e capacidades para aprenderem a se cuidar e cuidar dos outros.

Possuem a sua própria visão de mundo, são guiados por sua cultura; tendem a integrar-se a um grupo de semelhantes, porém, preservando a sua singularidade, desta forma, transformando-se de seres individuais em seres coletivos, transformando o seu

ambiente e sendo transformados por ele.

No ambiente hospitalar, durante o cotidiano do trabalho da enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica, encontramos os seres humanos expressos pela equipe de enfermagem e pela família (criança e mãe-participante) em constante interação.

Enfermagem, para LEININGER (1991), é um termo que precisa ser explicado. Ela afirma que a enfermagem é, essencialmente, uma profissão que envolve cuidado cultural coerente, uma vez que as enfermeiras oferecem cuidado a povos de várias culturas diferentes. É uma profissão científica, voltada para o cuidado de indivíduos, famílias ou grupos, visando a facilitar um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado.

Vejo a enfermagem como uma profissão que realiza cuidados. O enfermeiro é o profissional capaz de auxiliar na promoção da saúde do cliente; é um agente capaz de promover mudanças e de trabalhar em conjunto com o paciente/família para que alcance e mantenha o seu bem viver, conforme suas necessidades. Ele pode planejar, implementar, executar e avaliar o cuidado de enfermagem.

Através da reflexão acerca do seu fazer, acredito que a enfermagem será capaz de vislumbrar estratégias de enfrentamento, de forma que este se torne, não apenas em um fazer mecânico, mas sim em um fazer reflexivo. Para isso, a enfermagem precisa, sistematicamente, avaliar a sua prática assistencial, buscando reeducar-se para a saúde, redefinindo, constantemente, seu papel na sociedade.

É uma profissão desenvolvida por uma equipe (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), em que cada um dos seus membros possui funções específicas determinadas pela divisão social e técnica do trabalho, regidas por um código de ética e de deontologia. Nesta equipe, cada membro traz o seu individual carregado de subjetividade e significados e o transforma, durante a interação com o cliente, em um coletivo que passa a pensar e agir conjuntamente em um grupo de trabalho. Desta forma, a equipe de enfermagem representa uma subcultura hospitalar. Seus membros comportam-se e pautam suas ações por determinadas crenças e valores, como por exemplo, o uso de normas e rotinas, a execução de técnicas pautadas por princípios científicos e decorrentes da divisão social e técnica do trabalho, em que cada membro da equipe possui papéis definidos.

Cuidados de enfermagem são entendidos por LEININGER (1991) como o domínio central, dominante e unificador da enfermagem. São ações direcionadas para o

auxílio, apoio ou capacitação, voltados para outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humana ou enfrentar a morte e a deficiência.

LEININGER (1991) afirma que o cuidado humano é universal, mas suas expressões, processos e padrões podem apresentar variações entre as culturas, ou seja, apesar de sua universalidade, possui diversidades, pois é desenvolvido com seres humanos e famílias de diferentes culturas, além de ser praticado em ambientes distintos, como por exemplo, o ambiente hospitalar. O cuidado de enfermagem, para ser holístico, precisa ser propiciado em suas dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais.

Para mim, referem-se aos processos e decisões dirigidos ao ser humano em situações de saúde e doença. É uma necessidade e um recurso do homem. É o ato de cuidar; contemplando ações que ajudam, protegem, desenvolvem, reduzem o estresse e o conflito.

LEININGER (1978) relata que há dois tipos de cuidado: o popular e o profissional e apresenta três modos de ação de cuidado que são a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

Nas **ações de preservação/ manutenção cultural do cuidado**, a enfermagem pode centralizar o seu trabalho em ações que focalizem o apoio, o auxílio ou a capacitação do cliente para que preserve ou mantenha sua saúde. Na **acomodação/negociação cultural do cuidado**, as ações de enfermagem devem ser dirigidas no sentido da capacitação, auxílio ou apoio que representem maneiras de negociar, adaptar ou ajustar padrões de cuidado, de forma a promover um melhor estado de saúde do cliente. Na **repadronização/reestruturação do cuidado**, as ações profissionais buscam ajudar o cliente a modificar padrões significativos de vida e de saúde para estabelecer um padrão que lhe traga um melhor viver.

Durante a hospitalização da criança, o cuidado consiste no desenvolvimento de ações, também, junto à família, onde a enfermagem e a família interagem, buscando conhecer-se mutuamente, compartilhando e negociando crenças e valores, em situação de saúde e doença (HENCKEMAIER, 1999).

A internação hospitalar da criança, talvez, seja um dos momentos em que o cuidado popular e o cuidado profissional mais se confrontam, podendo, a partir deste confronto, se

influenciarem e servirem de referência mútua para propiciarem mudanças e crescimento para ambos, clientes/família e enfermagem.

O **cuidado popular** reflete as crenças, valores, práticas e recursos locais, sendo que a maioria destas práticas foi desenvolvida através de experiências da vida diária e relaciona-se com a estrutura social (parentesco, religião, economia, política) e com a cultura, na qual os indivíduos foram criados. É baseado no conhecimento empírico ou popular.

O **cuidado profissional** é fundamentado em conhecimentos considerados mais precisos, por meio do uso de instrumentos tecnológicos, técnicas e procedimentos de cuidado, sendo prestados por profissionais preparados, através de programas de estudos profissionais e formais em instituições educacionais especiais. É baseado no conhecimento científico. Este tipo de cuidado, também, recebe, no meu entendimento, influência da cultura de quem o realiza.

LEININGER (1991) relata que os membros da equipe de enfermagem fazem parte do **sistema profissional de saúde**, que é definido por ela como serviços profissionais de prestação de cuidados ou de cura, por sua vez, oferecidos por vários profissionais, que foram preparados, por meio de programas de estudos formais e profissionais, em instituições educacionais. A mesma autora sugere que as práticas profissionais de cuidado necessitam permitir-se conhecer as práticas populares de cuidado para poder delas se aproximar. Assim, o profissional da enfermagem poderá preservar o cuidado cultural já conhecido pelas famílias, acomodar este cuidado quando houver a necessidade da alteração de algumas condutas, e repadronizá-lo, quando houver a necessidade da mudança de comportamentos. Este movimento não ocorre apenas no sentido da enfermagem para a família. Quando a interação enfermagem-família acontece, de forma coerente, este movimento também se dá na direção da família para a enfermagem, propiciando que a enfermagem, também, preserve, acomode ou repadronize a sua forma de cuidar.

Família, é um sistema interpessoal formado por seres humanos que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico (PATRÍCIO, 1990). Para mim, são seres humanos que compartilham o mesmo ambiente, onde cada um assume papéis culturalmente estabelecidos, ligados ou não por laços de consangüinidade, durante o seu processo de viver, interagindo de forma dinâmica, de modo a compartilharem crenças,

valores, costumes e normas, podendo, ao longo do tempo, incorporar ou não valores e crenças de outras culturas.

A família integra o sistema popular de saúde que é definido por LEININGER (1991) como cuidados de saúde ou práticas de cura nativos, tradicionais ou locais, que possuem significados e usos especiais para curar ou prestar assistência às pessoas. Durante a hospitalização da criança, ocorre uma desestruturação familiar, na qual uma parte da família permanece em casa e a outra, a criança e um responsável, que geralmente é a mãe, ficam no hospital.

Assim, a mãe-participante, representa o membro da família da criança hospitalizada que a acompanha, durante o seu período de internação, prestando-lhe ou não cuidados. Por ser, comumente, a mãe a acompanhante, este membro da família ficou denominado por mãe-participante mas, pode ser o pai, uma tia, ou outra pessoa responsável. Geralmente, por conhecer melhor a criança, o responsável (mãe-participante) é capaz de detectar precocemente suas necessidades, mobilizando os profissionais, no sentido das mudanças necessárias nas condutas. Cabe ressaltar que, em nossa realidade, é comum termos mães que não demonstram interesse em participar do cuidado da criança ou não sabem como fazê-lo e necessitam de auxílio para tal. Por possuírem suas próprias crenças e valores e sua forma própria de se cuidarem e cuidarem do outro, podem vir a discordar da forma como o cuidado é prestado no hospital. Por isso, necessitam ser orientadas e auxiliadas a compreenderem o seu significado, incorporando-os ou não a sua própria forma de cuidado, aceitando ou não a prática de cuidado profissional oferecida.

LEININGER (1985), visando auxiliar as enfermeiras a compreenderem o fenômeno do cuidado em sua complexidade, de forma a definir diferentes formas de cuidar, estabelecidas conforme a cultura, desenvolveu uma taxonomia, em que procurou apresentar vários elementos do cuidado, explorando sua essência e seus significados. Ela afirma que o termo “construto” tem sido usado para referir diferentes idéias ou conceitos que estão embutidos neles e são usados para conhecer totalmente o termo ou o domínio da pesquisa. Construto é, assim, um termo maior e mais amplo do que conceito, por isso, há muitos significados explícitos que têm sido usados nas pesquisas (LEININGER, 1991).

Assim, Leininger elaborou vários construtos (anexo 1) que, para PATRÍCIO (1990), representam objetivos, ações e modos de cuidar direto e indireto que respondem às questões: para que cuidar? Quais cuidados? E como cuidar?

O cuidado de enfermagem, segundo LEININGER (1991), precisa ser culturalmente coerente, uma vez que a enfermagem oferece cuidados a clientes com culturas diversas. Assim como ela, também acredito que o cuidado cultural é o mais amplo meio de conhecer, compreender, justificar e prever fenômenos de cuidado de enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem. Entretanto, para ser culturalmente congruente, precisa levar em consideração não apenas os aspectos culturais relacionados ao ser humano e família, mas, também, os que dizem respeito ao profissional enfermeiro.

Adoto, para mim, o conceito que Leininger (1991) dá à cultura. Para ela, cultura se refere aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações de formas padronizadas.

Desta forma, verificamos que cada cultura tem sua própria forma de perceber a saúde/doença e de agir nesta situação, adotando para si formas próprias de cuidado. Através da cultura, os seres humanos determinam suas necessidades e mobilizam seus recursos, no sentido de satisfazê-las, incluindo, nestes recursos, os cuidados à saúde e o encontro com a enfermagem em busca, também, deste cuidado. As crenças e valores que integram uma cultura guiam os pensamentos, as decisões e as ações dos seres humanos, variando de indivíduo para indivíduo, no tempo e no espaço (PATRÍCIO, 1990).

Verificamos, então, que a interação entre enfermagem e cliente/família visa a satisfação de uma ou mais necessidades de cuidado e permeia todo um processo de educação para a saúde. Educação é entendida como um processo interpessoal que tem como objetivo construir conhecimento e apreender o conhecimento construído, levando o ser humano a se inserir de forma crítica na sociedade. Tem um caráter permanente, dinâmico e contínuo (CESTARI, 1997).

A educação, aqui, tem como objetivo deflagrar a cidadania do cliente, que lhe permita mobilizar suas forças internas e externas para transformar a sua situação de saúde-doença: uma educação que conscientize e politize para a vida, fundamentada na cultura popular e, por isso, uma educação que exija do enfermeiro o exercício de sua multiculturalidade; uma educação que possibilite o desvelamento da realidade, de forma reflexiva, dinâmica e contextualizada; uma educação baseada no diálogo mútuo, entre enfermagem e cliente, que parta do vivido, conhecido e experienciado por ambos, de forma que possam ensinar a transformação das condições de vida e de saúde. Em suma, uma

educação que seja um processo de ensino-aprendizagem, realizado ao longo do desenvolvimento humano, propiciado de forma ética e moral.

A ética é a tentativa sistemática de iluminar os comportamentos que caracterizam uma cultura, um grupo profissional, enquanto faz uso de alguns valores, de elaborar as perspectivas e as direções de uma profissão, de uma classe social (GELAIN, 1987). BARTON e BARTON (1984) afirmam que a ética está representada por um conjunto de normas que regulamentam o comportamento de um grupo particular de pessoas.

Acredito, assim como SEGRE e COHEN (1995), que a ética está no modo como percebemos os conflitos surgidos no cotidiano e no modo como nos posicionamos frente a estes conflitos, de forma consciente, autônoma e coerente com a nossa visão de mundo.

5- APRESENTANDO O MÉTODO.

Esta proposta foi implementada, a partir da realização da Prática Assistencial (GOMES, 1999), desenvolvida como uma disciplina do curso de Mestrado no Programa de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem. As reflexões suscitadas ocorreram a partir de um referencial teórico que contempla concepções de enfermagem peculiares de família como cliente, de cuidado popular e profissional e de educação participativa e emancipatória.

Foi desenvolvida na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., local onde atuo. Esta unidade é composta de 30 leitos, assim distribuídos: 1 leito de isolamento, 1 enfermaria com 2 leitos e 6 enfermarias com 3 leitos que funcionam com sistema de alojamento conjunto; 1 enfermaria com 4 leitos, onde as crianças permanecem sem o acompanhamento da família e 1 enfermaria com 5 leitos, onde ficam as crianças que recebem alta da UTI Neonatal. Na enfermaria com 4 leitos, internam crianças provindas dos orfanatos ou casas de passagem da cidade ou crianças cujas famílias, por um motivo ou por outro, encontram-se impossibilitadas de permanecer junto com a criança, durante o seu período de internação. Estas crianças ficam integralmente aos cuidados diretos, especialmente, das auxiliares de enfermagem e, durante o dia, também, da recreacionista da unidade. Na enfermaria com 5 leitos, a família permanece junto com a criança, durante um período pela manhã e outro à tarde, sendo fornecidas orientações de como cuidar da criança para que esta possa ser transferida para uma enfermaria de alojamento conjunto ou receber alta hospitalar.

Por não achar possível excluir nenhum membro da equipe de enfermagem, esta prática foi desenvolvida junto às enfermeiras e auxiliares de enfermagem atuantes nesta Unidade de Pediatria, em seus respectivos turnos de trabalho (manhã, tarde, noite nº 1, noite nº 2).

O turno da manhã conta com uma enfermeira e 6 auxiliares de enfermagem. Desta equipe, duas auxiliares de enfermagem não participaram da etapa de levantamento de dados: uma porque estava em férias e a outra porque não aceitou participar do trabalho por dizer-se tímida e não “gostar” de falar. Porém, todas participaram das etapas seguintes, inclusive a auxiliar que não havia aceito, anteriormente. Na fase do trabalho em grupo, esta auxiliar manteve-se calada, não dando opiniões, mas esteve presente no grupo, durante os debates e reflexões.

O turno da tarde conta com uma enfermeira e 5 auxiliares de enfermagem e todas participaram integralmente de todas as etapas do trabalho proposto.

A noite nº 1 é composta de uma enfermeira e 4 auxiliares de enfermagem. Na etapa de levantamento de dados, uma auxiliar não participou, pois estava de folga no dia da realização das entrevistas, mas todas participaram das demais etapas do trabalho. O mesmo aconteceu na noite nº 2 que, também, conta com uma enfermeira e 4 auxiliares de enfermagem.

Sendo assim, participaram da etapa de levantamento de dados, que foi a entrevista, 4 enfermeiras e 15 auxiliares de enfermagem e das demais etapas do trabalho, participaram um total de 4 enfermeiras e 19 auxiliares de enfermagem.

A Chefia do Serviço de Enfermagem, após cientificada sobre o trabalho, concordou com a sua realização (anexo 2).

Todas as participantes desta prática trabalham na unidade de pediatria, há mais de 4 anos, tendo concordado com a utilização do gravador e com a divulgação das informações colhidas em todas as etapas do trabalho. Após a explanação a respeito da temática, seus objetivos e metodologia, todas comprometeram-se em participar dos encontros individuais e coletivos e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3).

Durante todos os encontros, prevaleceu o respeito à dignidade e à proteção dos direitos das participantes. O anonimato e o sigilo das participantes e de suas falas ficaram estabelecidos através do uso de codinomes escolhidos por cada uma. Durante os trabalhos de grupo, por ocasião dos debates, houve o incondicional respeito à liberdade de idéias e manifestações de cada um dos componentes do grupo.

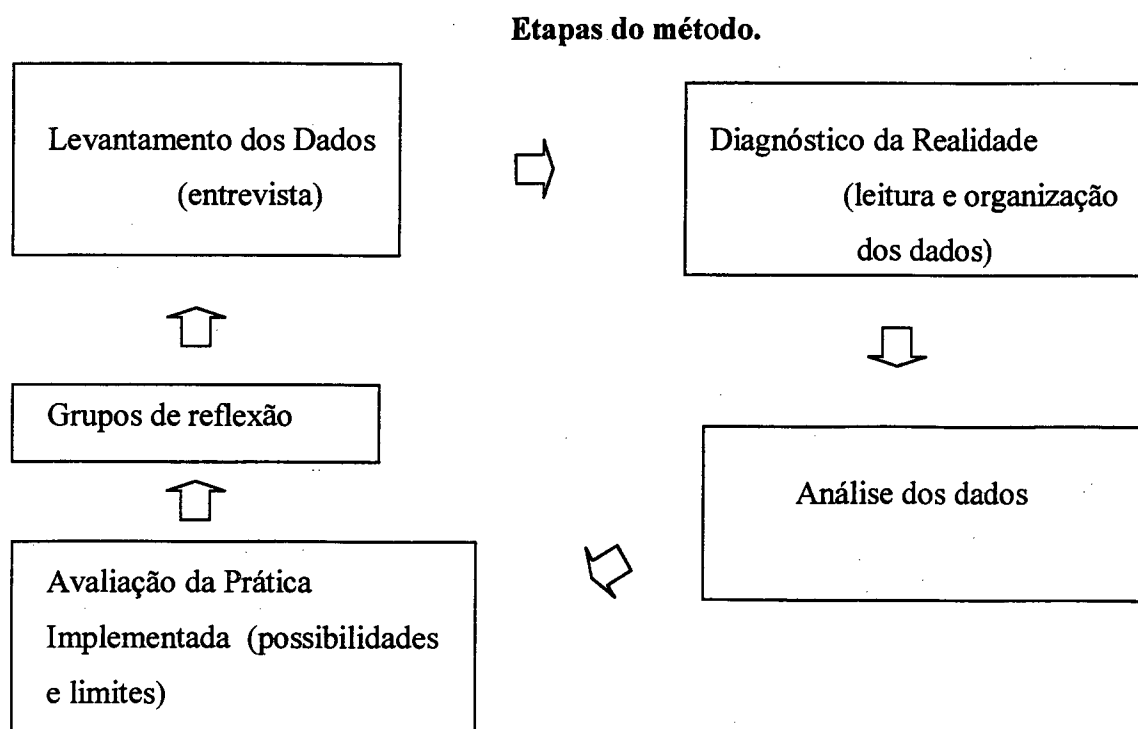
A Prática Assistencial, junto à equipe, foi realizada no período de 15 de abril à 30 de julho de 1999, ficando o mês de agosto para a elaboração do relatório. Em novembro de 1999, houve o exame de qualificação. Posteriormente, decidi realizar mais dois encontros

com cada grupo de trabalho para complementar dados e aprofundar as reflexões. Estes encontros foram realizados no período de 01 a 31 de dezembro de 1999, tendo sido gravados e posteriormente transcritos.

A partir destas reflexões, acredito ter sido possível construir, junto com a equipe de enfermagem e com as famílias das crianças internadas na Unidade de Pediatria, uma assistência mais humanizada e coerente com o contexto no qual as crianças e suas famílias encontram-se. Nesta proposta, utilizei, como fundamentação teórica, a teoria de Madeleine Leininger.

Em sua teoria, Madeleine Leininger não elaborou especificamente um processo de enfermagem mas, GEORGE (1993) fez uma comparação entre esse e o Modelo Sunrise (anexo 4). Segundo ela, ambos têm como foco o cliente e representam um processo de solução de problemas. Por isso, operacionalizei este estudo através das seguintes etapas: levantamento de dados, diagnóstico da realidade, discussões nos grupos de reflexão, análise dos dados e avaliação da prática implementada. A aplicação deste processo possibilitou que, mesmo estando em uma fase seguinte, se pudesse retornar a uma fase anterior para melhor adaptá-lo e aprimorá-lo.

QUADRO 1



5.1-Levantamento de Dados:

O levantamento de dados deu-se através de entrevistas compostas por um instrumento semi-estruturado formado por três perguntas (anexo 5). O instrumento foi aplicado a cada participante, no próprio local de trabalho, na sala de prescrição da unidade. Cada participante foi identificado pelo codinome que escolheu. As entrevistas foram realizadas durante quatro plantões, um em cada turno de trabalho. Todas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e analisadas. Objetivaram identificar a percepção individual de cada membro da equipe de enfermagem, para que estas fossem posteriormente levadas ao grande grupo. Partiu, assim, da percepção individual para a coletiva.

Nesta etapa, procurei conhecer a visão de mundo, os valores e as crenças que justificam o comportamento dos profissionais da enfermagem, frente às famílias presentes na unidade para, depois, podermos, então, alicerçar as três ações de cuidado pregadas por LEININGER (1978): preservação/manutenção cultural do cuidado, acomodação/negociação cultural do cuidado e repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

5.2-Diagnóstico da Realidade:

Após a transcrição das entrevistas, procedi à leitura e organização dos dados visando captar as diferentes formas como a equipe de enfermagem percebe a presença da família na unidade, como percebe o relacionamento entre família e equipe e como, em sua percepção, este relacionamento repercute na qualidade de nossa prática assistencial. Originou-se um grande número de dados relativos a: **percepções da equipe de enfermagem em relação às mães, à criança hospitalizada e ao pai desta criança; necessidades da família durante a internação da criança identificadas pela equipe de enfermagem e que fatores relatados pela equipe interferem na qualidade da assistência de enfermagem prestada na unidade.** Para cada um destes itens, as falas foram agrupadas, para posterior reflexão de seus significados pela equipe.

Durante a análise destes dados levantados, percebi uma grande diversidade de visões de mundo, o que me deu a idéia de uma equipe muito heterogênea no seu pensar e agir. LEININGER (1978) refere ser fundamental conhecermos a estrutura social e as

visões de mundo, onde os seres humanos se inserem, se quisermos interagir com eles de forma congruente.

Feito isso, busquei, no marco referencial teórico e na literatura específica, o respaldo para, então, submeter estes dados à reflexão e à discussão pela equipe de enfermagem envolvida.

5.3-Grupos de reflexão:

Foram formados quatro grupos de reflexão com os membros das equipes de enfermagem para que os dados levantados das entrevistas individuais pudessem ser, então, discutidos coletivamente.

Após contato prévio com as equipes, constatei a dificuldade de se conseguir realizar vários encontros com todos os participantes desta prática, ao mesmo tempo. Por sugestão dos próprios participantes, ficou assim determinado: foram realizados encontros com as equipes de cada turno de trabalho (manhã, tarde, noite 1, noite 2), nos quais os dados (falas dos participantes) levantados nas entrevistas foram discutidos e analisados de forma reflexiva por cada um dos grupos.

Foram realizados quatro encontros coletivos com cada uma das equipes de enfermagem dos quatro turnos de trabalho, totalizando 16 encontros. Os encontros com as equipes dos turnos da manhã e tarde foram realizados em quatro domingos à tarde, por corresponderem a um dia e turno, costumeiramente, mais calmos para a equipe, tendo sido escolhido o horário a partir das 14:30 horas. Os encontros com as equipes das noites 1 e 2 foram realizados em plantões em que não havia ninguém de folga e ocorreram a partir das 23 horas.

As reflexões foram iniciadas a partir de recortes das falas das entrevistas individuais que mostravam diferentes pontos de vista dos membros da equipe acerca de cada assunto a ser discutido. A fala individual era apresentada e originava discussões coletivas. Muitas eram bem polêmicas e eram apresentadas posições contrárias ou favoráveis e, assim, os vários pontos de vista iam sendo apresentados, defendidos ou rechaçados, permitindo reflexões individuais e coletivas, paralelamente. Muitos impasses surgiram, mas muitas posições foram firmadas pela equipe e decisões coletivas foram tomadas. Com isso, a unidade tornou-se um espaço para o diálogo, para falar e ouvir e, principalmente, para refletir sobre o nosso fazer junto às famílias. Desta forma, a partir das

reflexões coletivas, as ações de cuidado propostas por Leininger foram sendo operacionalizadas, na prática .

No primeiro encontro, foram discutidas as percepções referentes a quem é a família (criança, mãe e pai) presente na unidade, sob o ponto de vista da equipe de enfermagem. No segundo encontro, discutimos quais as necessidades apresentadas pelas famílias, durante a internação hospitalar da criança. No terceiro encontro, foram discutidos os fatores que interferem na qualidade da assistência de enfermagem prestada na unidade às famílias e, no quarto encontro, discutimos as possibilidades e limitações que possuímos para que a família possa vir a ser considerada como cliente na Unidade de Pediatria, transformando, assim, a nossa abordagem assistencial, de voltada apenas para a criança, para uma abordagem voltada para a criança e sua família.

Durante toda a realização da Prática Assistencial, a equipe foi estimulada a utilizar sua realidade vivida, como ponto de partida para as discussões acerca dos temas discutidos e refletidos. O diálogo foi utilizado como forma de desvelar a realidade, na expectativa de que a reflexão-ação gerada, durante o trabalho, pudesse vir a contribuir para a transformação da realidade.

Durante a realização dos encontros, observei que alguns elementos do grupo eram mais comunicativos do que outros. Os debates iniciaram de forma tímida, algumas mais ouvindo do que falando, mas, aos poucos, todas foram conseguindo expor seus pontos de vista. Acredito que a familiaridade existente entre os membros da equipe foi fundamental, neste sentido, pois as inibições foram rapidamente vencidas, as discussões foram acaloradas e marcadas por várias concordâncias e discordâncias. Limites e possibilidades foram, exaustivamente, apresentados por todas. Também, verifiquei que cada participante procurou defender, com muita convicção, seu ponto de vista, quando o tema em discussão havia sido levantado, a partir de dados trazidos da sua própria entrevista (mesmo que as colegas não tivessem idéia de quem havia dito aquilo).

5.4-Análise dos dados:

Depois da realização dos encontros, ocorreu a transcrição dos dados brutos provenientes da gravação das reuniões de grupo. Após transcritos, na íntegra, estes dados foram submetidos a leituras sucessivas, a fim de que os aspectos que mais se repetiam

fossem identificados. Em seguida, os aspectos mais relevantes foram por mim destacados e submetidos a novas leituras e reflexões.

Os aspectos levantados pela equipe de enfermagem, durante as entrevistas e as reflexões em grupo, foram, então, ordenados, agrupados e analisados a partir dos conceitos já formulados no marco referencial teórico para, desse modo, serem apresentados na forma de dissertação.

5.5-Avaliação da Proposta implementada:

Esta fase permitiu identificar, junto com a equipe de enfermagem, a relevância da realização deste trabalho, a possibilidade de encontrarmos espaço e tempo, durante o trabalho, para refletirmos acerca do nosso modo de fazer enfermagem, suas possibilidades e limites, bem como que implicações esta prática assistencial desenvolvida teve para nossa atual e futura atuação, em relação às famílias das crianças internadas.

A avaliação da Prática Assistencial deu-se através da verificação do interesse apresentado pela equipe, durante a realização das entrevistas, de sua participação ativa nos grupos de reflexão e sua abertura para o diálogo.

Os membros da equipe de enfermagem participantes desta prática também realizaram a avaliação do trabalho desenvolvido, tanto durante as discussões como após seu término.

6- APRESENTANDO OS DADOS EMERGENTES DAS ENTREVISTAS E GRUPOS DE REFLEXÃO.

Com o presente trabalho, busquei a possibilidade de levar a equipe de enfermagem da Unidade de Pediatria, da qual faço parte, a refletir acerca da nossa visão de família e de suas implicações no nosso fazer cotidiano. Constatei, através dos dados, que, muitas vezes, a família não é vista por nós como cliente. Este fato ocasiona muitos problemas, pois, por não vê-la dessa forma, não valorizamos, não priorizamos nem atuamos sobre suas necessidades, no período de internação da criança. É a família que, através das suas queixas e reivindicações nos revela e/ou expõe que a forma como o trabalho da enfermagem está sendo realizado não se mostra suficiente para superar os conflitos que surgem no cotidiano, entre a equipe de enfermagem e os clientes. O que o cliente/família nos mostra, através do conflito, é que o trabalho/prática da enfermagem ainda não contempla aspectos importantes para serem assumidos como próprios deste trabalho.

Deste modo, acredito que se faz urgente refletirmos acerca deste assunto, de forma a nos instrumentalizarmos para uma tomada de posição frente às necessidades de seus membros, uma vez que trabalhar com famílias é um grande desafio que a enfermagem, hoje, não pode se furtar de assumir.

Assim, inicialmente, com a realização das entrevistas, pretendi apresentar o tema a cada um dos membros da equipe e já dar início ao processo reflexivo, mesmo que de forma individual, pois, ao responder às perguntas do instrumento de coleta de dados, os participantes necessitaram rever sua forma de pensar e refletir acerca das questões apresentadas. Nesta etapa, já se deu o início da preparação do grupo para as discussões coletivas e para os debates que se sucederam. Foi uma experiência muito rica, pois percebo que cada participante expôs, de forma muito tranqüila e autêntica, sua visão de mundo e refletiu acerca do seu fazer cotidiano, junto às famílias.

Para as discussões coletivas, os dados levantados nas entrevistas individuais foram

divididos em três grandes categorias. Na primeira categoria, foram apresentadas as percepções da equipe de enfermagem acerca de quem é a família presente na unidade de pediatria. Nesta categoria, emergiram três subcategorias: percepções em relação à criança, percepções em relação às mães e percepções em relação aos pais. Como segunda categoria, apresento as percepções da equipe de enfermagem em relação às necessidades das famílias durante a internação hospitalar da criança. Como terceira categoria apresento os fatores que interferem na qualidade da assistência de enfermagem prestada na unidade de pediatria às famílias das crianças internadas, conforme a visão da equipe de enfermagem.

Quando levados ao grupo para a reflexão coletiva, estes temas apresentaram-se muito polêmicos e, a partir daí, podemos melhor perceber a heterogeneidade de comportamentos e atitudes de nossa própria equipe de trabalho. Percebemos, então, que, se entre nós, que temos tanto em comum, por causa de nossa formação, as diferenças no agir e pensar são tão grandes, entre as mães-participantes é perfeitamente previsível que isto também ocorra. Assim, mostrou-se necessário que os diferentes pontos de vista fossem colocados a descoberto, no grupo, para que se pudesse refletir sobre eles.

Os dados, aqui apresentados, foram discutidos à luz de alguns autores, como Leininger e outros, seguidos das falas que justificaram estas discussões e das reflexões que suscitaram, na equipe de enfermagem, além de minhas próprias considerações. Alguns dados foram apresentados, apenas, à luz de constatações da equipe de enfermagem, embasadas na sua experiência profissional. Também, apresento, na seqüência, em algumas reflexões, as ações de cuidado propostas por Leininger que foram empregadas pela equipe de enfermagem.

6.1- PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS FAMÍLIAS PRESENTES NA PEDIATRIA.

6.1.1- Percepções da equipe de enfermagem em relação às crianças internadas:

Criança: ser humano frágil e inseguro.

As crianças são vistas pela equipe de enfermagem como seres humanos frágeis e inseguros, especialmente quando doentes e em um ambiente estranho, como o hospital, e que, por isso, necessitam tanto da presença da mãe-participante, durante a internação hospitalar. Para a equipe, a figura da mãe/participante vem a atender a necessidade, tanto

da criança como da sua própria família, da manutenção do vínculo familiar. O forte vínculo entre a mãe-participante e a criança é percebido positivamente pela enfermagem e a sua separação é vista como algo negativo. Verificamos isso, através dos seguintes depoimentos:

“A presença da mãe para a criança, é muito importante porque ela se sente mais segura. Se ela está no hospital, é porque ela está doente”. (JÓ)

“A criança está num ambiente que não é o dela, né? Nós somos pessoas estranhas e a mãe não”. (Glória)

“Pelo suporte emocional, pela afetividade, pela necessidade que a criança tem de estar com aquelas pessoas que, no seu dia-a-dia, estão com ela”. (Elizabete)

Corroborando com estas idéias da equipe de enfermagem, SALVADOR (2000) apresenta que a mãe é o elemento que exerce maior influência sobre o crescimento e ajustamento da criança no mundo. LEININGER (1990) afirma que a família exerce papel importante no desenvolvimento de seus membros, pois estabelece vínculos afetivos e culturais que serão importantes na sua formação. MACHADO (1997, p. 15) acrescenta que “a família é a instituição social mais adequada para satisfazer as necessidades básicas do indivíduo, sobretudo nos primeiros anos de vida”.

Em relação à necessidade de manutenção do vínculo entre a família e a criança, durante a sua internação hospitalar, MOTTA et al. (1990) referem, ainda, que os vínculos estáveis e duradouros, gerados nas interações mãe/filho, têm grande importância em dar melhor qualidade de crescimento e desenvolvimento à criança. A mesma autora, ao tentar captar as mudanças causadas pela doença em crianças internadas em um hospital, relata que qualquer pessoa, desde a sua mais tenra idade, necessita de amor e cuidado para manifestar-se plenamente no mundo. Para ela é o amor da família que dá à criança condições de se manifestar no mundo, desenvolvendo o seu pleno potencial humano. Tendo em vista que a hospitalização e a doença são possíveis fatores desorganizadores, a família poderia, neste momento, auxiliar à criança a redimensionar-se no mundo

A criança no hospital perde sua referência, que é a família e sente a desestruturação familiar.

Para a equipe de enfermagem, ao sair de sua casa para vir para o hospital, a criança perde a sua referência, que é a família e, por não entender muito bem esta separação, sente-se abandonada pelo pai e pelos irmãos e sofre muito pela desestruturação familiar imposta pela hospitalização, como o relato a seguir nos mostra:

“Na casa, elas tem junto o pai, a mãe, como na família e, elas se sentem, assim, meio abandonadas pelo pai e pelos irmãos que eu acho que, em si, a criança sente falta. Por mais pequenos que sejam, elas sentem falta”. (Simone)

MOTTA (1997, p. 59) relata que “a criança, ao ingressar no hospital, é levada a assumir a construção corporal dos profissionais de saúde, o que produz um choque, pois passa a vivenciar o projeto da instituição de saúde, um mundo distante do seu, cujos valores e a idéia de si mesma não são considerados. O doente passa a viver em outro mundo, mundo este estranho e hostil, gerador de sofrimento e dor, perdendo todos os seus pontos de referência”. A criança passa a existir como um ser doente e morar num outro mundo. O mundo do hospital.

Sob este prisma, a equipe percebe como essencial a presença da mãe-participante junto à criança, pois acreditam, que, se a criança enfrentar sozinha a hospitalização, corre o risco de desenvolver o quadro mórbido do Hospitalismo que se manifesta através de uma sequência comportamental caracteriza-se por angústia, depressão e defesa. Este quadro comportamental é verificado, pela equipe de enfermagem principalmente, nas crianças internadas na enfermaria “sem mãe”. Algumas falas identificam esta percepção:

“A criança se sente muito sozinha, triste. A gente nota o olhar triste da criança. Elas ficam apáticas...”(Simone)

“Olha o desespero destas crianças que ficam, ali, no sem mãe! Agora mesmo, nós punçionamos uma criança, ali, uma menininha e ela ficou gritando: _eu quero a mãe, eu quero a mamãezinha... Sem a mãe, a criança ficou desesperada, chorando todo o tempo... Ela anda, só na minha volta, aonde eu vou ela vai”. (Maria)

Alguns autores relatam que crianças com privações maternas parcial ou total são mais propensas a apresentarem distúrbios no desenvolvimento físico e emocional, além de que, nesta situação de hospitalização, é de grande importância o vínculo familiar e a estimulação (SHEFFER et al., 1981; GALLER et al., 1984; LÓPEZ et al., 1987, MOTTA, 1997).

A presença da família auxilia a criança a diminuir o trauma da hospitalização por servir-lhe de referência cultural e ambiental.

A internação hospitalar pode ser um motivo de maior ou menor trauma para a criança, conforme o modo como esta for vivenciada. A presença da mãe/família junto à ela parece ser uma das estratégias viáveis para diminuir este trauma e ajudar a criança no seu transcorrer. Com a mãe do seu lado, a criança não irá perder sua referência cultural e ambiental, pois a mãe irá, constantemente, procurar manter suas crenças, costumes e padrões de vida. Esta visão da equipe advém de experiências pessoais, da convivência com as crianças que internam nas enfermarias, principalmente, na enfermaria “sem mãe”, como ilustram as falas a seguir:

“Imagina a criança doente, sai do convívio da mãe para uma unidade se internar sozinha. Eu acho que é traumatizante. Eu vejo por mim. Quando eu era pequena e tinha que ficar uns minutos longe da minha mãe, eu sofria muito...Por isso que, quando interna uma criança no “sem mãe”, eu entendo o que ela sente”. (Júlia)

“É muito importante porque a criança já tem os costumes da mãe. Conhece a mãe do que ficar com a gente... e eu acho que a criança tem mais afinidades com a mãe do que conosco”. (Natureza)

MOTTA (1997) relata que a ameaça da doença é fonte de temor para a família e o ser doente. Significa pôr em risco o seu mundo. A doença é uma ameaça para a família, deixa marcas na vida da criança, causa modificações no seu corpo, nas suas emoções. Assim, a criança doente encontra-se ameaçada. A família luta, no sentido de resgatar os seus aspectos sadios, tanto da criança como dela própria. O estar junto é valorizado pelos pais, pois, estando juntos, eles mantêm vivos laços de afeto e o sentimento de cuidado. Assim, mesmo no hospital, os pais continuam assumindo a condição de cuidadores.

LEININGER (1981, 1984), em relação à importância do cuidado na vida das pessoas, relata que, ao longo da história, o cuidar de si e do outro tem sido um fator básico para a sobrevivência humana. Assim, as famílias cuidam de seus membros, desde o nascimento e durante todo o processo de crescimento e desenvolvimento. Durante a internação hospitalar da criança, continuam a fazê-lo, dando-lhe segurança e apoio.

Assim, a equipe identifica a necessidade de, em nível hospitalar, manter e valorizar a presença da mãe-participante porque isto significa segurança emocional para a criança e mostra-se essencial para manter os aspectos sadios da sua existência.

6.1.2- Percepções da equipe de enfermagem em relação às mães das crianças internadas:

O papel da mãe-participante durante a internação hospitalar da criança, para a equipe de enfermagem, está relacionado à sua permanência constante ao lado da criança.

Durante a internação hospitalar da criança, a equipe de enfermagem tem, por instituído, que a mãe precisa assumir o seu papel junto à ela. Na maioria das vezes, este papel é relacionado à sua permanência constante, ou seja, permanecer as 24 horas do dia ao lado da criança. A partir disso, o seu comportamento é avaliado pela equipe. A mãe que permanece a maioria do seu tempo junto à criança é classificada como boa mãe, mãe dedicada. Assim, mãe cooperativa para a equipe é aquela que obedece às normas. As mães que costumam sair mais para fumar, para conversar em outro quarto, que demoram para almoçar ou jantar são criticadas como exemplificam as seguintes falas:

“Elas gostam de ficar fumando..., elas estão, muitas vezes, fazendo visita dentro do hospital ... e elas esquecem porque estão aqui”. (JÓ)

“Tem mãe que pensa que veio para uma colônia de férias. Umás se dedicam mais às crianças, outras só querem fumar, tomar café. Eu acho que, quando elas vêm para um hospital, elas têm que ser mais maleáveis”. (Cristina)

Vários autores referem os benefícios para as crianças, quando as famílias, participam do cuidado. Afirmam que esta participação tem se fundamentado na hipótese de que “todos” estão concordando e querendo participar do cuidado do filho hospitalizado

(CALLERY e SMITH, 1991; DARBYSHIRE, 1994; DARBYSHIRE, 1995; CALLERY, 1997). No entanto, não sabemos se tal afirmação procede e se, realmente, sentem-se preparadas para assumirem esses cuidados. No Brasil, alguns autores apontam transformações significativas na assistência à criança, quando a família é envolvida no processo terapêutico como um todo (ANGELO e VERÍSSIMO, 1996; LIMA, 1996; VALLE, 1997; OLIVEIRA, 1997; ANGELO, 1997; CECCIN, 1997; OLIVEIRA, 1998; MOTTA, 1997; ANDERS, 1999; OLIVEIRA, 1999).

Mas para mim parece que, ainda, pelo menos em nossa realidade local, o que ocorre é que às famílias, especialmente às mães, no nosso caso, não é dado o direito de escolha, entre realizar ou não cuidados aos seus filhos, durante a sua hospitalização. Em nome dos benefícios da participação dos pais no cuidado à criança hospitalizada o que verificamos, em nossas enfermarias, é o exercício da imposição e julgamentos de valores: conforme a aceitação ou preparo das mães em assumirem estes cuidados, a equipe ainda a classifica como “boa mãe”, “mãe colaborativa” ou o contrário.

COLLET e ROCHA (1999), KNALF e DIXON (1990), KNALF et al. (1992) relatam que o grau de participação das famílias no cuidado é influenciado pelas condições e necessidades das crianças. Já STULL e DREACK (1986), BROWN e RITCHIE (1990), HAINES et al. (1995) acreditam que isto se dá muito mais pelas atitudes dos enfermeiros do que pela sua própria escolha em participar. Algumas famílias aceitam e querem participar do cuidado, tendo em vista aprender a dar continuidade aos mesmos, quando a criança obtiver alta. Outras relutam em desenvolver cuidados que acreditam ser de responsabilidade da enfermagem como, por exemplo, nebulizar ou cuidar do gotejamento do soro; algumas, simplesmente, por não quererem realizá-los e outras, ainda, por acreditarem que seria melhor para o seu filho se ele recebesse assistência de profissionais.

CHAMBERS (1992) relata que a família, percebendo que o enfermeiro encontra-se numa posição de poder e autoridade, pode exitar em questionar qualquer recomendação dada ou decisões tomadas, tendo em vista o melhor para a criança. Aceitam assumir cuidados que lhes foram impostos, mesmo sem quererem ou estarem preparadas ou instrumentalizadas para tal.

Em nome de que às mães são delegados apenas os cuidados mais simples com a criança, muitas vezes, no entanto, as observamos administrando alimentos por sonda, os banhos sendo dados por elas mesmas, em situações em que as crianças estejam portando

sondas, soros e cateteres; administram medicamentos, por via oral; seguram nebulímetros; realizam tapotagem, colocação de compressas e pomadas e banhos de luz; controlam o término dos soros, fazem instilações; “lavam a veia”, após a passagem endovenosa de antibióticos, dentre outros procedimentos. COLLET (1995) refere que a participação da mãe ou outro acompanhante, dividindo a execução de tarefas na assistência à criança hospitalizada pode levar a fatos imprevisíveis. Segundo a autora, é possível chegar-se a extremos, delegando à mãe cuidados de exclusiva responsabilidade dos profissionais.

Geralmente, o “treinamento” da mãe é feito pelo auxiliar de enfermagem. No entanto, após a primeira vez, dificilmente, a supervisão do seu trabalho é realizada. A partir do momento que a enfermagem delegou à mãe a execução de uma técnica ou cuidado, parece que esta passa a ser, a partir daí, sua responsabilidade. LIMA (1996) refere que a prática da supervisão, da orientação e da educação continuada são instrumentos de trabalho da enfermeira para a capacitação de recursos humanos e, neste momento de transformação do processo de trabalho, pela inclusão das famílias, mais especificamente das mães, no cuidado às crianças, é fundamental que se ocupe, sistematicamente, de sua orientação e supervisão, pois, teoricamente, é o profissional melhor preparado.

Em relação ao aspecto cultural do cuidado, LEININGER (1991) relata, ainda, que cada cultura age e reage de maneiras diferentes, nas diversas situações da vida. As experiências vividas por cada família, no cuidado com a criança, vai ao encontro dos seus conhecimentos adquiridos dentro de sua cultura. Assim, o cuidado realizado pela família à criança hospitalizada pode ser muito diversificado. Ambas, tanto enfermagem como família, cuidam da criança baseados na sua visão de mundo, nos seus valores, suas crenças e experiências. Por isso, é necessário que, ao delegar cuidados à família, durante a hospitalização da criança, os mesmos sejam esclarecidos da sua importância e forma de serem realizados, porém, respeitando os seus valores culturais.

Durante as reflexões realizadas com a equipe de enfermagem a este respeito, verificamos que os conflitos que surgem, na unidade, ocorrem devido à indefinição de qual seja o real papel da família, enquanto cuidadora, dentro de uma unidade de internação. Se, por um lado, precisamos que as mães também cuidem das crianças e acreditamos que, para estas é melhor serem cuidadas por suas próprias mães, por outro lado, faz-se necessário a existência de mães que precisam querer e estar preparadas para cuidar. Assim, é necessário que haja uma negociação deste papel, durante o período de hospitalização dos seus filhos e

que os profissionais da enfermagem assumam as suas funções específicas, com mais disposição e responsabilidade. É necessário discutir com as famílias como gostariam de participar do cuidado e auxiliá-las a se prepararem para prestá-lo, ajudá-las a fazerem e supervisionar este fazer. Vejamos os seguintes depoimentos:

“muitos pais ajudam, elas querem ajudar mas não nos compete força-las a o fazerem. A nós compete ajudar as que querem, ensinar elas a fazerem e as que não cuidam ..., então, a gente faz, porque é para isso que nós estamos aqui”. (LUA)

“Não, não se trata apenas da mãe fazer ou não fazer, mas eu vejo pelo lado do que fazer. Muitas vezes, a gente vê a mãe, aí na enfermaria, fazendo coisas que compete a nós. É preciso definir melhor o que é da mãe e o que é nosso Além disso, às vezes, a gente diz à mãe: - Faz tapotagem, é assim. E vai embora e nem vê se ela está fazendo certo ou errado. Isto é uma coisa muito séria”. (Júlia)

A partir destas reflexões, a equipe de enfermagem pôde constatar que o envolvimento da família no cuidado precisa ser melhor discutido, inclusive com a própria família, de forma a melhor operacionalizar este fazer para que não seja mais tão conflitante.

Em relação a sair da unidade para “fumar” ou “fazer visitas” ou “tomar café”, muitas de nós percebe que qualquer um necessita de “respiradouros” e, especialmente, para qualquer uma destas mães mostra-se como uma forma de manter a sua saúde, de cuidar também de si, durante a internação do filho.

Fazer a extensão do trabalho da equipe: papel da família?

Um dos papéis atribuídos pela enfermagem para a mãe-participante, durante a internação hospitalar da criança, é realizar a extensão do trabalho da equipe de enfermagem, como pode ser verificado a seguir:

“A presença tem o lado da comodidade, que ela está, ali, fazendo a extensão do trabalho Assim, não é preciso Ter uma pessoa para atender exclusivamente

uma criança, então elas, assim, ajudariam a dar uma medicação VO¹², agarrar a criança pra gente dar, né? Numa nebulização, em procedimentos, elas ajudam a segurar porque conforta a criança o fato daquela pessoa estar ali ... E o trabalho que a mãe executa, também, é muito bom". (Lua)

"A mãe junto ajuda muito a gente no nosso trabalho ...". (Flora)

NUNES (1983) e MACHADO (1997) relatam que é importante que a família da criança hospitalizada receba e sinta, desde o início da internação, uma assistência individualizada e a orientação na admissão é um dos primeiros passos para tal. É, durante a admissão, que os pais são orientados da necessidade da sua participação no cuidado da criança, sendo assim, chamamos a integrar a equipe de saúde. MOTTA (1997) relata que, para os pais, estar presente significa estar em comunhão com o filho, mantendo vivos os laços e o sentimento de cuidado. Na relação com a criança no mundo do hospital, os pais assumem a condição de cuidador, participam do processo terapêutico e acompanham a sua evolução.

SALVADOR (2000) considera os pais integrantes da equipe multidisciplinar que assiste à criança. LIMA (1996) acredita que, na atualidade, a mãe é outro agente do trabalho, pois lhe é delegada uma série de atividades que, anteriormente, eram de exclusiva responsabilidade da enfermagem.

A presença dos pais é fundamental no cuidado à criança, pois eles, segundo esta autora, são seus tradutores no mundo do hospital, fornecem à equipe de enfermagem os referenciais da criança e, muitas vezes, estão disponíveis a cooperar no cuidado ao filho.

Para ELSÉN (1984), a família é o primeiro sistema de cuidado, sendo que a sua participação no cuidado, bem como nas condutas tomadas, refletem a responsabilidade que possui sobre seus membros. Apesar de não estar no seu ambiente, mesmo assim, a família, geralmente, assume as responsabilidades de cuidado. Segundo RIBEIRO (1999), a família, mesmo quando percebe a sua limitação para prestar o cuidado e pede ajuda aos profissionais de saúde, não abdica de suas responsabilidades de cuidadora, ato este expressado pelo afeto, carinho e atenção.

O hospital pode ser, também, um local de fuga da realidade familiar e a doença um passaporte para a cidadania.

¹² Via Oral .

Muitas vezes, acreditamos que tem mães que gostam de estar com os filhos internados para fugir da sua realidade familiar que é muito penosa, especialmente, quando vivem em lares, onde não há as mínimas condições para a subsistência familiar. Vejamos o que, comumente, ocorre na unidade:

“No meu ponto de vista, têm muitas mães que gostam, assim, de vir aqui pra dentro, até para se ver livres de casa . Tem muitas mães, aqui, que ... tem muita baixa social, tem crianças que tu vêes que não estão doentes e que estão aqui dentro... tem alimentação, tem roupas, tem tudo, tudo limpinho”.
(Dadá)

Concluimos, durante as reflexões grupais que, muitas vezes, a doença de um filho parece se constituir em um passaporte para se fugir de uma realidade em que a família não está conseguindo enfrentar de outra forma. SALVADOR (2000) relata que o domicílio e o meio ambiente em que a família vive influencia no seu processo saúde-doença e que, muitas vezes, este meio ambiente adverso é o principal fator motivador de internação

As mães realizam, em casa, o cuidado de seus filhos. Muitas reproduzem a maneira que aprenderam com suas mães e/ou vizinhas. Algumas desconhecem como prestar um cuidado adequado ao seu filho, pela falta de condições grandemente influenciadas pelo seu fator sócio-econômico.

PATRÍCIO (1990) acredita que Ter saúde é possuir “recursos” para o atendimento de suas necessidades (incluindo o cuidado popular e o profissional). Para esta autora, a compreensão da doença, bem como os cuidados com ela são determinados pela cultura que a família elaborou e pelos recursos disponíveis para o cuidado.

Segundo ALTHOFF et al. (1998), na sua vida cotidiana, a família tem uma prática de cuidado fortemente relacionada com o seu meio cultural, com as interações e as condições sócio-econômicas. Ela possui, cria e incorpora crenças e valores, além de utilizar referenciais e critérios de avaliação do ser saudável presentes na sociedade. Ao identificar problemas, ela toma decisões sobre qual o melhor encaminhamento que deve ser realizado, seja ir ao hospital ou ao encontro de benzedeadas.

LEININGER (1991) afirma que, praticamente, todas as culturas têm seus pontos de vista sobre saúde e doença e comportamentos de cuidados próprios. Através de sua cultura, o ser humano determina suas necessidades e obtém recursos para o atendimento dessas

necessidades, incluindo-se nelas, o cuidado de saúde. Quando não consegue mobilizar seus recursos próprios, busca auxílio no meio. Muitas vezes, neste caso, a resposta mais satisfatória que estas famílias encontram no meio é o atendimento hospitalar.

Assim, podemos concluir que, em muitas situações, o mínimo que o hospital tem a oferecer à família é muito mais do que ela possui por causa deste sistema excludente e parece que a única forma de se sentir incluído, de ter direito é estando doente. Assim, qualquer coisa que possa ser vista como doença: um bicho-de-pé, piolho, sarna, apresenta-se como o portal para usufruir de alguns direitos, de poder vir a ser protegido pelo Estado.

Percebemos que, neste sentido, muitas são as reinternações das crianças, quase sempre pelos mesmos motivos. Um acreditam que isto ocorra devido à passividade das famílias e a sua incapacidade em modificar a sua situação de vida; que são seres humanos acomodados, passivos frente às más condições de higiene, alimentação e moradia em que vivem; que não buscam encontrar alternativas para modificar sua condição de vida. Já outras acreditam que não. Para elas, o fato de procurar auxílio no hospital denota a não passividade da família, a não acomodação com a situação vivida que, talvez, ela não seja capaz de, a curto prazo, mudar seu estilo de vida, mas que, ao procurar auxílio, denota a sua não passividade e a não conformidade.

Entretanto, toda a equipe percebe que, por passividade ou não da família, se forma um círculo vicioso em que, novamente, caímos no modelo assistencial curativista e imediatista, que não dá conta do social. Um modelo que não satisfaz, mas, do qual não conseguimos fugir. Estamos mergulhadas nele, fazemos parte dele e, o que é pior, colaboramos com ele, para a sua manutenção. Um modelo que nos mostra o quão em função da doença nós trabalhamos. Assim, surgiu o questionamento: o modelo preventivo, no momento, é utópico para nós? SABÓIA (1997) acredita que as práticas de saúde, neste sentido, são verdadeiros aparelhos da ideologia dominante que enquadra, rotula, aproxima ou afasta os usuários, de acordo com seus próprios valores. Por necessitarem de assistência e cuidados, os clientes, muitas vezes, se submetem.

Discutiu-se que este cansaço que nos assola deve nos levar a um despertar, a uma tomada de consciência que possa nos conduzir a uma mudança de paradigma e ir em busca de novas formas de atuação. Se nós estamos trabalhando neste espaço, então, somos nós que temos que aprender a nele transitar da forma mais prazerosa possível, tanto para nós como para os nossos clientes.

Há situações em que a mãe-participante “atrapalha”, “incomoda” a equipe de enfermagem.

Vemos também que, há várias situações em que a equipe de enfermagem sente-se atrapalhada pelas mães. Em outras, as atitudes das mães deixam a equipe incomodada, como tão bem ilustram as seguintes falas:

*“Têm mães que perturbam o trabalho...aquelas, assim que são super protetoras, que tem medo de tudo que vai acontecer, que não querem soltar a criança para nada. ... Aquelas que dizem assim: ah, se tu não te comportares a tia vai te dar injeção. Que coloca a gente como um monstro para a criança” .
(LUA)*

*“Olha, têm mães que são excelentes e têm mães que complicam. Estes dias, tinha uma criança que estava ruim, piorou. Foi chamado o médico, estava a enfermeira e a responsável pela criança (auxiliar de enfermagem), até depois a criança faleceu. E a outra mãe veio se meter com uma função que não era a dela. Tá, são muito curiosas estas mães, principalmente em relação às crianças que estão mal. Elas não cuidam dos delas e ficam as crianças mal junto com outras mães. É horrível, porque elas atrapalham mais do que ajudam. Elas atrapalham, começam a falar contra a equipe de enfermagem” .
(Maria)*

“Em certos casos ... têm mães que até atrapalham o andamento do serviço e a nossa atuação. Mas a gente tolera, né? Tem que levar” . (Márcia)

SALVADOR (2000, p. 57), ao propor uma assistência participativa e educativa com mães de crianças internadas na unidade de pediatria, também identificou que, para a equipe de enfermagem, muitas vezes, a mãe é percebida como objeto, como estorvo, principalmente quando questionadora acerca da assistência prestada ao seu filho”.

SCHMITZ (1989) vê como uma das problemáticas da hospitalização infantil o fato de que, muitas vezes, os pais são vistos como inimigos do hospital e da própria criança e não como parte integrante da vida do filho, em função de suas atitudes inadequadas face ao desconhecimento de costumes, práticas e rotinas hospitalares e sentimentos conflitantes para com a criança e equipe. Certas condutas adotadas pelos pais, contraditórias com aquilo

que a equipe hospitalar conhece como essencial para um bom cuidado, são outros pontos de conflito. Muitas vezes, são feitos, segundo esta autora, investimentos emocionais pela equipe, tentando “proteger a criança” do “comportamento inadequado dos pais”.

Só que a própria equipe de enfermagem, durante as reflexões, concluiu que estes comportamentos percebidos tais como: serem superprotetoras, terem medo do que vai acontecer, “serem curiosas” advém de um sentimento de insegurança da família, frente a uma situação desconhecida que lhes fugiu ao controle e que, muitas vezes, compete à própria enfermagem, através do diálogo, da negociação e de relações mais afetivas e participativas com estas famílias, exorcisar estes temores e deixá-las mais seguras.

SCHMITZ (1989) afirma que, quando os pais não dão conta sozinhos do cuidado do filho, a equipe de enfermagem pode ser percebida, também, como uma ameaça. Ameaça esta que pode advir do medo de que os estranhos respondam melhor às necessidades do filho. O alívio, a necessidade maior de compensar e consolar o filho não podem ser exercidos normalmente, uma vez que eles têm que dividir o seu papel com a equipe. Neste caso, segundo esta autora, são os pais que podem tornar-se muito críticos em relação à assistência que a criança recebe e até os pequenos detalhes passam a ser supervalorizados (a comida está atrasada, o remédio está atrasado). A equipe pode exasperar-se em função de atitudes que este conflito demanda; os pais reclamam muito, interferem nos cuidados, são indisciplinados.

Também discutimos que, muitas vezes, isto ocorre porque, simplesmente, queremos lhes impor novas formas de cuidar (acomodação, repadronização do cuidado), conforme a nossa visão de mundo, sem lhes darmos o direito de decidir se querem isso ou não. Ainda não percebemos que, quando a família critica, podemos aproveitar estas críticas para avaliarmos a qualidade da assistência que prestamos e a necessidade ou não de realizarmos as ações de cuidado propostas por LEININGER (1991) de negociar, acomodar ou repadronizar em relação a nós mesmas e às nossas formas de cuidar.

Outro fato que “incomoda” a equipe é ser tratada como “empregada” pela família. Como podemos ver a seguir:

“A gente se sente incomodada com a presença da família, não quer ter contato com a família, eu não quero generalizar, é uma questão de personalidade da pessoa... muitas nos vêem como empregadas... todo mundo tem obrigação de me dar tudo porque eu

sou pobre. Elas chegam aqui nos tratando como se nós fôssemos ...". (LUA)

Durante as reflexões, discutiu-se que isto, talvez, ocorra devido a uma política assistencialista de saúde, em que, para o governo, é mais fácil e econômico dar cestas básicas, tíquetes de leite, para alguns, do que investir em prevenção para todos. FREIRE (1981, p. 32) acredita que “o assistencialismo é uma forma de falsa caridade, da qual decorre a mão estendida ao miserável, medroso e inseguro”. Este assistencialismo se efetiva, através de ações imediatistas, que visam a resolver o hoje, sem dar perspectivas para o amanhã. Os seres humanos beneficiados por estas ações não conseguem, muitas vezes, perceber que seus direitos a uma boa saúde decorrem, não porque são pobres, mas porque são cidadãos de direito. SABÓIA (1997, p. 53) relata que “a grande maioria da população desconhece que ser atendido dignamente numa unidade de saúde pública, como é o caso do HU, é um direito e não um favor concedido pelos profissionais”. Não percebem que são responsáveis pela construção deste direito. Como, geralmente, desconhecem o seu direito ou, simplesmente, não estão acostumados ou preparados para assumirem a responsabilidade sobre o seu estado de saúde ou, então, não estão acostumados a serem tratados como pessoas de direito, muitas vezes, reagem de forma agressiva contra a equipe, quando esta tenta mostrar-lhes a necessidade de que assumam responsabilidades.

FREIRE (1981) e SANTINI (1998) relatam que levar o cliente a assumir responsabilidades pelo seu cuidado é a idéia central no processo de mudança de uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais, o que significa reverter a situação de sub-cultura, ou categoria culturalmente diversa a que muitos clientes estão relegados. Em outras palavras, reverter sua condição de marginalizados do sistema de saúde para uma condição de cliente e cidadão.

SABÓIA (1997) acredita que o perfil do profissional enfermeiro deve estar adequado às mudanças que vêm ocorrendo nos últimos anos. Somente uma postura reflexiva e crítica poderá contribuir para que não continue se perpetuando a visão assistencialista da saúde no nosso país.

A criança tem, na mãe, uma “ponte” entre ela e a equipe de enfermagem.

A equipe acredita que a presença da mãe torna a criança mais confiante e colaborativa, o que facilita a execução do próprio trabalho. A mãe é vista como uma

“ponte”, um elo de ligação entre a criança e a enfermagem. Como “ponte”, ela absorveria o impacto do ambiente hospitalar, tornando-o mais suportável para a criança, auxiliando em sua adaptação a este novo ambiente e facilitando o trabalho da equipe de enfermagem, como nos mostram os depoimentos:

“... a criança olha para nós e vai começar a chorar, não vai deixar fazer as coisas. Eu acho que a família, a mãe é importante”. (Glória)

“... é um ambiente que a criança não conhece, é médico fazendo punção, enfermeiro puncionando. A criança se assusta né? Fica naquela angústia e precisa da mãe, do pai. Eu já vi muitos casos, a criança fica gritando, quer a mãe, o pai ... é um terror o atendimento, com a mãe é muito melhor”. (Maria)

MOTTA (1997) refere que a presença dos pais junto à criança, durante a sua hospitalização, significa segurança para a criança, para si próprios e para a equipe. Os pais acolhem a angústia e as revelações trazidas pela doença e as traduzem para a criança da forma mais amena possível. A mesma autora atesta que a presença dos pais é essencial para a equipe, pois estes são os porta-vozes da criança, são os seus termômetros, representam os sentimentos, as atitudes, os comportamentos sócio-culturais internalizados no mundo da vida da criança. Eles são os mediadores da criança no mundo do hospital porque, geralmente, possuem profundo conhecimento das peculiaridades físicas e emocionais de seus filhos; percebem suas reações e as alterações no seu comportamento, até mesmo antes que os profissionais da equipe de enfermagem. Informam a equipe, sendo, muitas vezes, responsáveis por mudanças nas condutas profissionais.

LEININGER (1991) relata que a família, ao transmitir suas crenças, valores e conhecimentos sobre seus membros, no caso, da criança, ela personaliza suas características, definindo, assim, seus objetivos e suas metas, orientando a enfermagem no seu fazer cotidiano. Além disso, geralmente, é a família que promove negociações com a criança, de forma a auxiliá-la na sua adaptação à realidade hospitalar, acomodando, preservando e, até mesmo, repadronizando o seu comportamento, consoante às normas e rotinas hospitalares.

Para GONZAGA e NEVES-ARRUDA (1998, p. 202), “a presença de um familiar

junto à criança, durante a sua hospitalização, permite-lhe elaborar com mais facilidade seus sentimentos e emoções, controlar sua ansiedade, temores, medos e fantasias, organizando melhor seu mundo interior”. Estas idéias são corroboradas por outros autores, como GRANT (1978) e COLLET e ROCHA (1999).

LIMA (1996) acredita que, em geral, a criança não é preparada para compreender a hospitalização nem os procedimentos técnicos e terapêuticos, desta forma ela pode apresentar uma série de sentimentos decorrentes dessa incompreensão. Por sua vez, os profissionais de saúde, esperam da criança uma conformidade passiva, que não dificultem suas emoções. Mas, não é isso o que, normalmente, acontece, daí o papel importante que a família pode desempenhar neste momento. Quando a mãe-participante está presente, durante a hospitalização da criança, ela a faz compreender a necessidade de enfrentar a realidade deste “novo mundo” que é o hospital, de forma a auxiliá-la a reorganizar estes sentimentos. Assim, ela faz a ligação entre a criança e a equipe de enfermagem.

Mãe: sentinela.

Dentre os diferentes papéis que a mãe exerce e que a enfermagem valoriza, está o de servir de sentinela. A mãe, embasada no conhecimento que possui de seu filho, tem uma percepção do seu padrão de comportamento e faz um diagnóstico de bem ou de mal a seu respeito. Assim, ela identifica problemas e busca, na enfermagem, apoio para solucioná-los. Neste sentido, percebemos a enfermagem e a família numa situação de interapioio que pode ser ilustrado pela fala a seguir:

“E o trabalho que a mãe executa, também, é muito bom porque a mãe vai até a enfermagem solicitar a presença da enfermagem porque ela nos tem como a cura do seu filho. Ao perceber qualquer problema com a criança, ela dá o sinal, toca o alarme (ri) e, para nós, isso é uma tranquilidade”. (Lu)

TURNER (1970, p. 220), em relação a este importante papel exercido pela família, durante a internação da criança, chama a atenção para o fato de que, por suas características especiais de proximidade e convivência, a família está melhor equipada e tem maiores condições para acompanhar o processo saúde/doença de seus membros. Ele

relata que “a íntima familiaridade com rotinas, humor e gestos sutis, capacita os membros da família a detectar sinais de doença ou preocupação, com base nas menores mudanças na aparência ou estado de disposição, despercebida e inacessível a outros”. LEININGER (1978) apresenta que as famílias costumam Ter significações de saúde e doença e práticas próprias de cuidar, originadas do seu contexto sócio-cultural. A partir destas significações, desenvolvidas ao longo do seu processo de viver, elas identificam alterações na saúde de seus membros e mobilizam seus recursos, no sentido de saná-las. A mesma autora acredita que comportamentos de saúde e doença são aprendidos dentro do contexto da família. Por isso, é que a família está mais instrumentalizada do que a equipe de enfermagem para, primeiro, perceber alterações no padrão de comportamento da criança.

É necessário valorizar o conhecimento popular apresentado pelas famílias e aprender com elas formas mais efetivas de cuidar.

Em relação ao conhecimento popular, apresentado pela mãe, durante a internação da criança, muitas vezes, este é pouco valorizado pela equipe de enfermagem ou, até, desvalorizado, mesmo que isso ocorra de forma, muitas vezes, (in)consciente. O que parece é que quem não tem o mesmo conhecimento que o profissional, não tem nenhum conhecimento. Assim, o conhecimento popular, por se basear no empirismo, é desconsiderado e desprestigiado pela equipe. Parece, assim, que, muitas vezes, o conhecimento que possuímos, por ser pretensamente embasado tanto na teoria como na nossa prática profissional, é absoluto, imutável, indiscutível, com a mãe-participante. Isto aparece nas seguintes falas:

“... dizem que a mãe não sabe, que a mãe não faz, que ela é isso, é aquilo...”. (JÓ)

“... entre nós e elas tem uma diferença porque a gente tem a rotina né? Tem o conhecimento e elas não...”. (Glória)

“As mães, muitas vezes, chegam aqui sem saber nada como cuidar da criança ...”. (LU)

Segundo SABÓIA (1997), na maioria das vezes, não acreditamos na fala dos clientes, chegando, até mesmo, a subestimar certas informações e conhecimentos. Necessitamos de “provas”, para tomar qualquer atitude. Os exames, os pareceres, os

encaminhamentos, os prontuários parecem valer muito mais para nós do que a palavra do cliente. Escutamos a vida toda que, “saber é poder”. Então, nós é quem sabemos, ou seja, detemos o poder. Muitas vezes, em nome deste saber/poder, adotamos uma postura autoritária, em relação aos clientes, dando-lhes ordens, chamando-lhes à atenção e, até, criticando-os, quando percebemos que seus valores, crenças e hábitos de vida se diferenciam dos nossos.

A maneira mecanicista com que a saúde é vista nos tem levado a acreditar que as pessoas de baixo nível sócio-econômico são absolutamente ignorantes, desprovidas de qualquer saber, em relação às formas de cuidar da saúde, vazias, passivas e incompetentes, precisando ser dirigidas, orientadas para que não adoçam. Em relação a esta postura, comumente adotada frente às pessoas carentes, FREIRE (1993, p. 81), nos alerta de que não devemos nos julgar “como profissional, um habitante de um mundo estranho; mundo das técnicas e especialistas, salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos ‘ignorantes e incapazes’ .”

Felizmente, isto não é percebido desta forma por todas. Quando houve a reflexão no grupo e ocorreu uma tomada de consciência, foi percebida a necessidade de se valorizar o conhecimento da mãe porque ele é embasado na realidade vivida por ela e, na maioria das vezes, totalmente desconhecida para nós. MONTICELLI (1994) tem observado em seus trabalhos que as práticas de saúde não são estanques (nem nas instituições hospitalares nem nos domicílios) e, que, portanto, o cuidado é prestado tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas famílias. Para se prestar cuidados é necessário que se possua conhecimentos.

Quando a mãe não sabe alguma coisa, compete à enfermagem auxiliá-la a adquirir este conhecimento para repadronizar o que conhece. Dentre o nosso papel, está a educação para a saúde. Temos que acreditar na capacidade da mãe e investir no seu potencial para a aprendizagem. LEININGER (1990) propõe que o cuidado profissional deva ser prestado de forma congruente com o cuidado popular, respeitando a individualidade das famílias e propondo um cuidado diferenciado, quando este deixa de trazer benefícios à saúde desta família. Segundo ela, os clientes são seres culturais que, através de suas crenças, valores e normas de vida, são capazes de identificar que cuidados necessitam e querem receber de seus cuidadores.

KASPER e BARBOSA (1999) acreditam que, se desvalorizarmos o conhecimento

popular dos clientes, corremos o risco de cairmos no “compartilhar vertical”, onde impomos o nosso saber, sem avaliarmos junto às famílias como desejam realizar o cuidado.

Além disso, não se deve esquecer que, geralmente, quem mais conhece a criança é a sua própria mãe/família. Se a criança chegou até nós, é porque recebeu, no seio familiar, um cuidado que foi capaz de mantê-la e o que está faltando é o que a mãe veio buscar na internação. Ela possui um saber que foi aprendido, compartilhado e transmitido, ao longo de sua vida e vivenciado no seu dia-a-dia, que guia seus pensamentos, decisões e ações. LEININGER (1985) acredita que, através dos conhecimentos dos clientes, poderemos identificar sua identidade sócio-cultural e nos utilizarmos destes conhecimentos no trabalho com estes cliente e com as famílias. Nós podemos aprender com elas e fazermos uso deste saber para atuarmos de forma mais efetiva e eficiente. Para ela, cada cultura possui padrões próprios de cuidado e a razão da existência da enfermagem é que ela é uma profissão de cuidado, com conhecimentos disciplinados sobre este mesmo cuidado e que, por isso, deve conhecer as diferentes formas como as pessoas se cuidam e cuidam dos outros. Assim, através das reflexões, a maioria dos membros da equipe de enfermagem percebeu que o saber que detemos não é absoluto. Isto é verificado pela equipe quando dizem:

“Mas as mães, de repente, é o que elas sabem fazer e elas estão ali junto com o filho, a gente tem que ensinar a mãe a fazer”. (JÔ)

“A mãe que cuida do filho, ela sempre vai saber tudo que o filho sente... como vou me expressar? Quando a criança muda o temperamento, às vezes, a criança vem sentindo alguma coisa e, até no choro, a mãe percebe isso, enquanto, que nós da enfermagem, muitas vezes, temos dificuldades de perceber a mudança no estado clínico da criança”. (LU)

“... mas se elas fossem orientadas, elas aprenderiam e fariam com certeza. A cultura destas mães, neste sentido, não interfere na assistência porque, desde uma vez, não importa se tem instrução média, superior, o importante é trabalhar com estas pessoas. São pessoas com inteligência e capacidade. Todas nós temos, então, eu acho, que se for trabalhado isso vai dar certo”. (LU)

“... também é a mãe que mais conhece a criança e pode nos ajudar muito a identificar as necessidades da criança. É a mãe quem conhece, até pelo choro, o que a criança está sentindo. Acho bom, também, porque a gente pode aproveitar a internação da criança para ensinar muita coisa para as mães. Não é que ela não sabe nada, elas sabem muita coisa, até mesmo a gente aprende muita coisa com as mães”.
(Flora)

DARBYSHIRE (1995) argumenta que as famílias precisam conhecer e confiar nos profissionais e tê-los como amigos para que se estabeleça a parceria entre pais e trabalhadores. Por sua vez, é necessário que os trabalhadores entendam e aceitem que não são apenas os seus conhecimentos que tem valor. Afirma que o trabalho com as famílias deve Ter por base o respeito e a valorização de suas experiências e habilidades, esperando-se dos agentes disposição de ouvir e compreender o que os pais informam e disponibilidade para o diálogo e a orientação. Neste mesmo sentido, CREPALDI (1999) diz que é através da apreensão do conhecimento “prático” que o cliente possui que poderemos empreender a construção social da nossa realidade.

A enfermagem transita entre o sistema popular de cuidados e o sistema profissional de cuidados.

A percepção das diferenças culturais que as mães apresentam em relação à equipe de enfermagem, muitas vezes, desperta atitudes de espanto e curiosidade na equipe que avalia o que a mãe faz ou diz, através de seu juízo de valor e de realidade.

“Tem mães que Deus me livre, fazem cada coisa que a gente nem acredita. Não estou falando só das crendices delas: fiozinho vermelho para o soluço, tira de umbigo, chá da raiz da salsa, não dar banho para o sapinho não recolher, não tomar banho, quando menstradas para o sangue não subir para a cabeça e outras”. (Flora)

O mais curioso é que muitas das crenças, valores, normas e modos de vida praticados pelas mães-participantes são iguais aos de nossas mães e avós e, até, de nós mesmas. Muitas vezes, ficamos tentadas a acreditar nelas pois, também, fazem parte da

nossa cultura, do nosso dia-a-dia familiar, mas como possuímos “o conhecimento” não nos permitimos mais admitir acreditar neles, “sabemos” que se tratam, apenas, de “mitos e crendices”, pois, hoje, entendemos os princípios científicos que explicam ou desmentem tais “crendices”, conhecemos a “teoria”, incorporamos saberes científicos ao nosso saber popular e, assim, o modificamos. Vejamos:

“As coisas que elas aprendem com a vida interfere aqui dentro porque elas aprenderam com a vida e nós aprendemos com a teoria. Eu mesma, que sou mais antiga aqui, claro que hoje eu tenho outro conhecimento pois, senão, eu seguiria aquele que aprendi com a minha mãe: tira de umbigo, não dar banho com sapinho, não abre a porta, fecha a janela”. (Natureza)

No entanto, sabemos que nem tudo é explicado pelas teorias e que baseamos nossas vidas em muitas crenças que ainda não são explicadas. Simplesmente, acreditamos nelas, mesmo sem uma explicação lógica. Como profissionais, não podemos negar a existência de conhecimentos e práticas leigas, pois estamos sempre nos confrontando com elas. As mesmas pessoas que procuram tratamento na medicina popular, através do uso de chás, benzeduras, remédios caseiros, são as mesmas que procuram atendimento técnico com os profissionais da saúde.

Mas isso é um pouco conflitante, até mesmo para nós, pois abandonar crenças e costumes e trocar de valores e formas de viver é algo muito forte e difícil. Muitas destas crenças também nos foram passadas por nossas mães e avós e, por muitos anos, nós mesmas acreditamos nelas. A fala a seguir ilustra esta dimensão:

“A gente faz isso aí porque é rotina da unidade ... eu pra mim ... a rotina do hospital é esta ... e elas não aceitam, é isso aí que, às vezes, dá os atritos, de elas não quererem tomar banho, não quererem tirar a roupa, não quererem abrir a janela, não quer que abram a porta, não vou fazer isso porque isso são costumes antigos e, até hoje, ninguém morreu por causa disso ... Quantas vezes a criança vêm a piorar por causa destas coisas que a gente faz ... vai querer discutir com uma mãe, por isso. Não, tu tens mais que aceitar isso aí porque isso vem de mãe, de vó pra mãe e, assim, vem vindo”. (Natureza)

HENCKEMAIER (1999) relata que os membros da equipe de enfermagem pertencem a uma família da qual apreendem crenças, valores, normas e conhecimentos, adquirindo outros, compartilhando-os e criando novos. BOEHS (1994) refere que, no cotidiano da vida profissional de cada enfermeira, implicitamente, há crenças e valores que norteiam sua prática. Assim, como a enfermagem pertence ao sistema popular, faz, também, parte de um outro sistema que é o profissional. E é como membro destes dois sistemas de cuidado que os profissionais da enfermagem relacionam-se com as famílias em situação de hospitalização, focalizando suas necessidades singulares de cuidado, bem como desenvolvendo processos de cuidado específicos na preservação, acomodação e repadronização do cuidado. SALVADOR (2000) relata que os elementos integrantes da equipe de saúde, entre eles os membros da equipe de enfermagem, são membros de outros grupos que, portanto, possuem, também, valores, crenças, modos de cuidar, de ser e de viver diferentes. Por isso, concordam e discordam da maneira como é prestado o cuidado à criança e à sua mãe.

Assim, a enfermagem, por transitar por estes dois sistemas de cuidado, deveria Ter facilidade de incorporar estes saberes e adaptá-los à prática; mas, muitas vezes, estes são antagônicos e, na verdade, não compreendemos muito bem como operacionalizar a fusão de tais conhecimentos na prática. Para SABÓIA (1997), o saber popular e o saber científico não devem ser antagonizados. Ao contrário, devem ser somados, no sentido de alcançarem mudanças. Esta ajuda mútua fortalece o papel do profissional e valoriza o potencial latente da população. Através deste movimento de ir e vir entre estes dois sistemas (o popular e o profissional), acredito que poderemos avançar em direção a mudanças nas práticas de saúde. A partir do momento que a enfermagem conseguir operacionalizar, sem choques e sem conflitos, as práticas populares às práticas profissionais, o choque cultural e a imposição cultural poderão ser amenizados, durante a internação de um dos membros da família.

LEININGER (1988) ressalta que o objetivo da enfermagem transcultural vai além da apreciação de culturas diferentes, mas sim tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasados, conceituados, planejados e operacionalizados. Se aqueles que praticam a enfermagem não considerarem os aspectos culturais do conhecimento humano, tanto os profissionais como os populares, suas ações poderão ser ineficazes e trazer conseqüências desfavoráveis para os assistidos.

A enfermagem percebe que muitas mães são despreparadas para o cuidado da criança: educar é preciso.

Muitas mães chegam ao hospital e percebe-se o seu despreparo para cuidar da criança. Atribuímos isso, por serem, na maioria, muito jovens, imaturas, por não terem quem lhes oriente. Muitas são “mães acidentais” (mães cujas gravidezes não foram planejadas ou, sequer, desejadas), não têm acesso aos recursos da comunidade para conduzir melhor o seu bem viver e o de sua família. As seguintes falas exemplificam esta percepção da equipe:

“Vão tendo filho e vão criando de qualquer jeito, joga ali e os pobrezinhos vão se criando. Dão amor quando podem e quando não podem já não dão. O nosso papel eu não sei”. (GLÓRIA)

“... e a gente vê outras que o banho, a unha suja, uma orelha suja, dente cariado, que aquela criança não está sendo assistida em casa e na comunidade”. (Elizabete)

MOTTA (1997) relata que, algumas famílias que mantêm laços frágeis na relação de afeto e de cuidado com a criança, ao defrontarem-se com a doença revelam-se inseguras e instáveis. A enfermagem, por sua formação acadêmica, pode interagir com estas famílias de forma a buscar, junto com elas, a repadronização de alguns aspectos do seu cuidado, de forma a favorecer as crianças sob seus cuidados.

Assim, a internação hospitalar torna-se um momento importante para se desenvolver um processo educativo destas famílias. A enfermagem choca-se, muitas vezes, com esta situação e, diante da apatia aparente destas famílias, sente-se em conflito. Também sente-se despreparada, limitada na sua atuação. Mas percebe a necessidade das famílias serem educadas para a saúde e identificam a enfermagem como porta voz deste tipo de cuidado, como serve para exemplificar isso as seguintes falas:

“E, aí, a coisa vai mais profunda de tu analisar o paciente/cliente, o acompanhante do paciente. Aí seria assim: tu fazer este trabalho com o respaldo de que tu vais poder fazer alguma coisa ...e aí entra o aspecto educativo do cuidado de enfermagem que a gente pode realizar”. (Elizabete)

“... e nestes casos a enfermagem sempre pode ensinar alguma coisa pra estas mães, orientar elas como cuidar melhor da crianças”. (LU)

LEININGER (1981) considera que mais reconhecimento e valor precisam ser dados ao cuidado, principalmente, àqueles de prevenção e manutenção da saúde, com ênfase na educação em saúde. Ela afirma que, desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos. O cuidado é aprendido, transformado e transmitido. Todas as pessoas têm potencial para aprender e, se a enfermagem é uma profissão que presta cuidados, pode ensinar seres humanos a cuidar. O hospital pode ser palco deste processo educativo. ELSEN (1984) relata que sempre existe um palco onde ocorrem os acontecimentos. De acordo com VALLA e STOTZ (1994, p. 13), “a educação em saúde constitui um campo do conhecimento que pode facultar à sociedade uma melhor compreensão sobre as relações entre condições de vida e trabalho e a saúde e doença”. Para WENDHAUSEN e BRODERSEN (1994), a educação em saúde pode ser um instrumento que possibilita ao usuário dos serviços de saúde o reconhecimento e discernimento das necessidades pessoais e coletivas, podendo levar a uma tomada de decisão mais próxima dessas necessidades. Ao educar a família para o cuidado de saúde de seus membros, a enfermagem pode colaborar para melhorar o estado de saúde dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades. Esta é uma potencialidade da enfermagem que precisa ser mais desenvolvida.

Diferentes formas de cuidar originam-se das diferentes influências culturais.

Durante a interação entre a enfermagem e as mães-participantes, a equipe percebe que as mães adotam, na enfermagem, várias formas diferentes de realizar o cuidado, como denotam as seguintes falas:

“Cada um tem a sua maneira de fazer... elas tem a forma delas de cuidar do filho” (JÓ)

“Num grupo de 6 pessoas, cada uma tem uma personalidade diferente e a gente tem que lidar com cada uma diferente”. (LUA)

“Cada uma tem a sua maneira de cuidar, uma faz assim a outra já faz diferente”. (Maria)

Segundo LEININGER (1988), o cuidado tem sido considerado essencial para a manutenção da vida humana, por prover o seu desenvolvimento, manter a sua saúde e sua sobrevivência em todas as culturas do mundo. Para ela, o cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas. HENCKEMAIER (1999) alerta-nos que é importante estarmos conscientes de que o paciente não deixa sua essência humana na portaria do hospital. Ele traz consigo todas as suas percepções desenvolvidas por sua cultura ambiental. Se há diferentes formas de realizar o cuidado e para manter-se à frente no seu tempo, a enfermagem precisa, cada vez mais, desenvolver o seu conhecimento no âmbito transcultural. LEININGER (1990) ressalta que chegou a hora de todas as enfermeiras notarem que nossas sociedades estão cada vez mais multiculturais, com muitas pessoas esperando serem respeitadas, compreendidas e ajudadas. As enfermeiras precisam reconhecer as diferenças culturais para sobreviverem em um mundo de mudanças.

Assim, não há uma forma única de cuidar. SALVADOR (2000) enfatiza que o cuidado se diversifica em função da cultura, do meio social em que o indivíduo se insere, e que as mães praticam o cuidado dependendo dos recursos disponíveis no seu meio, de sua cultura e experiências de vida. As pessoas são diferentes e, por isso, necessitam de uma assistência de enfermagem também diferenciada. Estas formas diversas de cuidar originam-se das diferentes influências culturais. NITSCHKE (1999) relata que, nós, como profissionais de saúde, também temos a nossa compreensão de saúde, que traduz nosso ideal de viver e o nosso imaginário; não podemos esquecer que não somos soberanos no cuidado de saúde. Cada família é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de seu próprio cuidado de saúde. Esta autora acredita que somos co-autores e coatores neste processo de cuidar.

Não existe uma cultura padrão que determine uma única visão acerca do processo saúde-doença, por isso a enfermagem é uma profissão universal que precisa conhecer e trabalhar com as diferenças, se quer prestar um cuidado de enfermagem congruente com as necessidades do cliente, mesmo que, muitas vezes, aconteça um choque cultural. Este choque cultural ocorre com frequência em nossas enfermarias:

“A forma como elas cuidam da criança é um choque para nós. Teve uma mesmo que não queria dar o banho na criança porque a criança estava com bichinho; aí eu tive que explicar para ela que o banho não ia prejudicar e ela até entendeu mas,

*entendeu assim com aquela cara de ai, vou Ter que dar o banho porque estou sendo obrigada a dar banho no meu filho. Eu disse que era preciso, que era rotina, que não ia prejudicar a criança, mas ... ela fez não muito contente. Tem aquele choque, né?".
(Rosana)*

LEININGER (1991) relata que a cultura está presente no decorrer de nossa vida. Frequentemente, nos deparamos com situações embaraçosas, onde as pessoas entram em confronto com outras, marcadas pela diversidade das culturas. Este choque cultural é chamado por Leininger de imposição cultural e ele pode ser reduzido, através da busca de conhecimentos da cultura alheia, do encontro com esta cultura. A imposição ocorre quando o sistema profissional tenta sobrepor seus conhecimentos aos do sistema popular, quando os profissionais de saúde, utilizando o seu saber científico (componente de uma cultura profissional), tentam anular práticas populares de cuidado utilizadas pelas famílias.

No entanto, durante as reflexões, a equipe de enfermagem compreendeu que, no ambiente hospitalar, tanto as práticas populares como as práticas profissionais podem conviver, se quisermos prestar uma assistência mais humanizada e efetiva à criança e sua família. Uma pode se beneficiar com a outra, gerando práticas mais prazerosas de cuidar.

LIMA (1996) acrescenta que, nesta perspectiva, a mãe-participante é uma personagem importante e uma proposta de parceria entre trabalhadores de saúde e ela traz para a arena uma questão crucial, ou seja, como incorporar, no processo de trabalho da enfermagem, a participação dos pais com diferentes necessidades, conflitos e tensões que apresentam? Acreditamos que isto só será possível a partir do momento em que nós, equipe de enfermagem, começarmos a acomodar, negociar e, até mesmo, repadronizar nossa forma de atuação para um modo de cuidar mais flexível e versátil, não pautado, apenas, pela rigidez tecnológica, mas, também, pelo diálogo e pela humanização do cuidado.

É mais fácil trabalhar com as semelhanças do que com as diferenças: negociar é preciso.

No entanto, apresentamos dificuldades em trabalhar com as diferenças. É mais fácil trabalhar com as semelhanças, com as mães que pensam como nós ou que nos levam a acreditar nisso. Muitas vezes, ocorrem situações em que as mães discordam de nossas

certezas e, aí, nós nos fechamos à negociação. Esperamos que a mãe aceite tudo, sem discussão, simplesmente impondo-lhes nossos pontos de vista e visões de mundo. Em nossos discursos, queremos que elas sejam críticas, que exerçam a sua cidadania, mas, na verdade, não estamos acostumadas com isso. Precisamos nos desacomodar, quando isso ocorre. No fazer da enfermagem, não pode haver dúvidas, não nos damos este direito. Assim, muitas vezes, mantemos o nosso fechamento para a negociação com as famílias, calcadas na certeza. O saber que detemos, enquanto profissionais, nos respalda sem, às vezes, nos darmos conta de que o saber do outro também lhe dá respaldo, sendo então, a negociação fundamental para eximir conflitos. Vejamos:

“Umas tu vês que são bem interessadas e outras não. Então, a gente se direciona mais para aquelas que nos dão mais abertura”. (LUA)

“Então, eu acho que o jeito que esta acompanhante se coloca pra gente, a gente se chega também com a nossa carga de bem e de mal... Problemas de religião, porque no momento em que elas chegam aqui não existe religião, como não existe cor, como não existe nada. Por exemplo, no caso de uma transfusão de sangue que elas não permitem fazer, pra mim não interessa se ela é da religião que permite ou não, tem que fazer, eu acho que vai ter que fazer. Eu acho que isto interfere muito no relacionamento da gente ...”. (LUA)

“O conhecimento prévio que a mãe possui, muita coisa se choca com o nosso conhecimento, tem muita coisa que é tradição...”. (Dadá)

À medida em que estas falas foram surgindo, começamos a discutir a necessidade de vencermos estas barreiras culturais, pois todas as famílias, apesar de diferentes, têm o mesmo direito a uma assistência de enfermagem de qualidade. LEININGER (1978) relata que as variações culturais se tornam aparentes, quando se examinam as diferenças entre os indivíduos em crenças e formas de resolver os seus problemas de vida e de saúde. Esta assistência tem que ser diferenciada e individualizada. Mas, devido às diferenças, nem sempre estamos preparadas para prestá-la. Desta forma, verificamos que, além de termos que aprender a trabalhar melhor com as diferenças, utilizando-as em proveito tanto nosso como do cliente, ainda temos que aprender a negociar com as famílias, e, principalmente,

encarar o nosso despreparo para trabalhar com elas.

COLLET e ROCHA (1999) e JONHSON e LINDSCHAN (1996) consideram que, se quisermos atender a unidade familiar, precisamos rever o significado do atual “paradigma assistencial”, no qual os profissionais de saúde acreditam que sabem o que é melhor para a criança (we know best), para um paradigma de participação, em que os profissionais da saúde, crianças e famílias trabalhem em conjunto, respeitando e negociando suas diferenças.

Concordo com LIMA (1996), quando diz que, se a relação da enfermagem com a mãe participante for uma relação de parceria e de troca, ela terá muito que aprender sobre “novos” modos de proporcionar conforto. Compartilho com SABÓIA (1997) da crença de que, quando nos envolvemos verdadeiramente com os nossos clientes, este compromisso se torna real. FREIRE (1993, p. 19) diz que o verdadeiro compromisso é a solidariedade. Este esforço é verificado:

“Eu trato todas com igualdade, embora, às vezes, eu diga: como aquela mãe é enjoadinha e coisa, mas, quando eu chego no quarto, eu trato ela com o mesmo carinho que eu trato a outra. E as crianças também, não tem diferença para mim, este é queridinho aquele não é. Às vezes a gente diz : ah, tá chorando, né? Mas para mim tanto faz”. (Glória)

Em relação a negociação, ALTHOFF et al. (1998) referem que ela consiste no processo interativo e dinâmico da família com a equipe. Para negociar, é preciso uma aproximação progressiva, entre enfermagem e famílias, onde todos compartilhem saberes, decisões e poder. É um momento de crescimento e desenvolvimento para a enfermagem, uma vez que suas ações estão estreitamente relacionadas com a realidade da família na sociedade. Assim como LEININGER (1978), também aposto no potencial do enfermeiro para a negociação.

Mãe: cidadã ?

Percebemos também, que, muitas vezes, nós não nos questionamos acerca de quem é esta mãe com quem convivemos, de onde ela vem, o que ela veio procurar aqui, quais são as suas necessidades. CREPALDI (1999) apresenta que, quando a hospitalização é

necessária, a família é colocada diante de um conjunto de variáveis que altera, acentuadamente, sua dinâmica e seus padrões de funcionamento. Segundo ela, os pais encontram-se em uma situação de desamparo e impotência. COLLET e ROCHA (1999) acreditam que a fragilidade da família, neste momento, ocorre pela própria incerteza do desencadeamento dos fatos e que, assim, dependendo de um componente cultural que influencia na postura assumida pela família frente a esta situação. Algumas famílias ficam a mercê das decisões tomadas pelos profissionais, outras se impõem e impõe a sua vontade, exigindo participar das decisões.

DE SOUZA (1999) acredita que a procura por recursos é o exercício da cidadania que estes familiares possuem e nós queremos que nossos clientes exerçam a sua cidadania, que sejam respeitados, que sejam seres de direito. Para BORDENAVE (1986), a participação facilita o crescimento da consciência crítica da população, fortalece seu poder de reivindicação e a prepara para adquirir mais poder na sociedade. Através da participação, conseguem-se resolver problemas que ao indivíduo parecem insolúveis, se contar somente com suas próprias forças. No entanto, quando compete a nós propiciarmos tudo isso, as coisas ficam muito confusas. Isto é verificado no momento em que a mãe discorda de nós, dos nossos pontos de vista, critica o nosso trabalho, exerce, também, o controle sobre nós e isto nos incomoda, como se controlar fosse uma prerrogativa apenas nossa, tal como transparece nos seguintes depoimentos:

“Às vezes a mãe se mete muito, na medicação, se mete nos procedimentos, dá palpite. Diz que está errado, que não é assim”. (Júlia)

“Aí, a mãe disse” _ ah, vocês enfermeiras não fazem nada, vocês só atrapalham ... Ela só ofendia todo mundo. Vocês não sabem nada, só ficam na volta”. (Maria)

Durante as reflexões, percebemos que, quando isso ocorre, muitas vezes, as mães estão exercendo a sua cidadania; estão, apenas, colocando o seu ponto de vista acerca do assunto e querem ser ouvidas e ter suas opiniões levadas em consideração. Querem fazer parte de todo o processo de internação, de forma ativa, querem tomar decisões acerca de seus filhos. Para que isso ocorra, necessitamos exercitar mais o diálogo como um instrumento da nossa interação, a argumentação como amenizadora de conflitos, a

negociação como habilidade embasadora do cuidado. LEININGER (1978) sugere que, quando o enfermeiro avalia um comportamento cultural, ele deve documentar o que vê e ouve e, então, conferir suas observações e interpretações com o informante, visando validar, reafirmar ou mudar sua interpretação.

Discutiu-se, também, que a mãe que critica, que discorda, o faz embasada em um referencial que possui e que esta oportunidade pode ser enriquecedora para ambas, mãe e enfermagem. Para LEININGER (1978), a visão holística de um contexto cultural é a base para ouvir e/ou observar o cliente. Assim, poderemos captar as crenças e valores da família, distinguindo-os daqueles colocados por outras culturas e que estejam interferindo nas suas questões de saúde e doença. Através desta visão holística, poderemos mobilizar nossos saberes e apresentar, para ela, as várias formas corretas de se fazer e os princípios que as validam e ela, por sua vez, também poderá nos trazer sua argumentação.

ORTIZ (1993) acredita que esta postura do profissional enfermeiro é imprescindível para amenizar a ansiedade e a angústia da família, além de lhe proporcionar oportunidade para aprender conceitos de educação para a saúde e execução de alguns cuidados. Com isso, há a oportunidade de crescimento mútuo, durante a interação, e a unidade poderá tornar-se um ambiente prazeroso, de trocas mútuas e de cuidado cultural efetivo. Para LEININGER (1978), o cuidado cultural efetivo é possível, quando este se ajusta às crenças, valores e modos de vida das pessoas.

As ações de cuidado propostas por Leininger, preservação cultural de cuidado, acomodação cultural de cuidado e repadronização cultural de cuidado poderão ser amplamente exercitadas pela equipe de enfermagem, tanto em relação às mães como em relação à própria equipe quanto ao seu conhecimento e formas de cuidar. HARTMAN (1995) refere que, como uma profissão do cuidado, a enfermagem vem, historicamente, se mostrando comprometida em assistir famílias para se tornarem saudáveis e auto-suficientes. Creio que os enfermeiros possuem habilidades necessárias para desenvolver ações de promoção da saúde e cuidado para a família, sendo esse um dos seus maiores desafios para o século 21, visto que, além de questões econômicas e sociais, as de saúde constituem-se em forte fator de estresse para a família. Segundo DE SOUZA (1999), a família, como unidade a ser cuidada, exige o desafio do enfermeiro exercitar suas habilidades de ouvir, tocar, compreender, conhecer e elaborar esse universo que se lhe descortina. Desvelar a realidade nos compromete nas articulações de ações que possam

melhorá-la e dar-lhe o significado que a dimensão humana necessita.

Ao referir-se à repadronização/reestruturação cultural do cuidado, LEININGER (1978) nos diz que estas ações devem ajudar os clientes a modificar padrões significativos de vida e de saúde para padrões que serão mais saudáveis para eles.

Concordo com SALVADOR (2000), quando diz que, ao realizar essas ações, o enfermeiro estará realizando um processo educativo. Educar é uma forma de voltar, considerar as informações, rever e procurar os dados disponíveis, numa busca incessante de significados. Para NITSCHKE (1999), compreender a família demanda uma atitude empática, um exercitar o “ver pelo olhar do outro”, retomando seu próprio olhar já embebido pelo outro. Com este entendimento, verificamos que é necessário desenvolvermos uma relação empática com as famílias, em que elas passem a ser vistas, por nós, como grupos de pessoas com conhecimentos.

Conhecimentos esses que, muitas vezes, foram adquiridos e passados de pais para filhos na família. Portanto, conhecimentos adquiridos no seu cotidiano de viver, através da sua influência cultural e, que, não serão, em uma internação hospitalar de alguns dias, completamente repadronizados. Além disso, o aspecto educativo precisa de um certo tempo para se efetivar e, muitas vezes, não dispomos deste tempo. Mesmo assim, percebemos que o período de internação hospitalar é um momento importante, em que as famílias podem aprender muito acerca do seu processo de saúde-doença e as várias formas de cuidado, o que pode ser percebido pelas falas a seguir:

“Não podemos esperar que, em apenas 10 dias, ela jogue tudo o que ela acredita no lixo e passe a fazer tudo o que a gente disse para ela, como se isso fosse uma verdade absoluta”. (Flora)

“Os conhecimentos prévios que a mãe possui interfere, interfere bastante. Por causa disso, que elas não aceitam muita coisa e é difícil, assim, de mudar. Às vezes, quando a gente consegue, elas estão quase indo embora e, aí, quando voltam, elas voltam no mesmo esquema (ri). É a nossa luta diária”. (Renata)

“Acho importante porque a mãe aprende a lidar com a criança e ela fica por dentro do quadro da doença da criança e dá atenção ... apesar de, às vezes, ter algumas divergências com algumas mães que não

deixam a gente puncionar, não aceitam nossas orientações". (Dadá)

Assim, torna-se necessário este entendimento para a equipe perceber a necessidade de se conhecer mais as famílias com quem convivemos para, junto com elas, estabelecermos melhor as prioridades a serem trabalhadas e aceitar melhor, quando decidirem que estão certas, não desejando mudar seu comportamento. Neste caso, precisamos respeitar as suas decisões, pois elas são embasadas nos seus juízos de valor. Para NITSCHKE (1999), para conhecer o outro precisamos estar em sintonia com ele, inserirmo-nos no seu ambiente, pois este é o melhor laboratório de ação e treinamento, e a família é a única que pode nos transmitir informações sobre o seu ambiente. MOTTA (1997), sob este prisma, afirma que, nessa relação, enfermagem e família constroem juntas um mundo próprio a cada instante de interação, onde ambas se revelam e compartilham.

Compreender a mãe e ser tolerante com ela é um dos papéis da enfermagem.

Um dos papéis atribuídos para a enfermagem é o de compreender a mãe e ser mais tolerante com ela, pois o fato de ela permanecer vinte e quatro horas no hospital pode lhe ser muito desgastante e difícil. Por causa disto, as mães, às vezes, tornam-se, até mesmo, agressivas, numa clara demonstração de resistência.

SCHMITZ (1989) e COLLET e OLIVEIRA (1998) abordam os problemas enfrentados pelos pais, ao internar os filhos: medo realístico da doença e do desconhecido; sentimentos de culpa e/ou ambivalência para com a doença; insegurança e ausência de controle sobre o ambiente hospitalar; modificações nas rotinas de vida e de atendimento das necessidades do filho doente; medo de perder o afeto do filho; insegurança quanto à mudança de comportamento do filho; desconhecimento de procedimentos ligados à sua recuperação; problemas financeiros, sociais, afetivos vinculados à doença e à hospitalização da criança; padrões comportamentais solicitados aos pais, diferentes dos habituais. Quando chegam ao hospital e se defrontam com práticas profissionais rígidas e, muitas vezes, antagônicas às práticas populares empregadas pela família, ocorre um choque cultural e as famílias, angustiadas e, até mesmo, abaladas emocionalmente resistem.

Segundo LIMA (1996, p. 153), "na institucionalização da criança, coabitam pelo menos duas lógicas: a da instituição, que em geral é normativa, burocratizante e

centralizadora e a da singularidade criança e família, que comporta as dimensões emocional, subjetiva e de relações sociais, entrelaçadas em um corpo biológico”. A instituição tende a enquadrar, moldar a família que, por seu lado, procura manter dentro dos limites impostos pela hospitalização, seu ritmo de vida, opondo, certa resistência à disciplina hospitalar. Assim, a família nos demonstra que não está, totalmente, excluída do processo de negociação de poderes e saberes no espaço hospitalar.

Durante uma tomada de consciência e reflexão da equipe de enfermagem, houve a verbalização de que a enfermagem se reveza durante as vinte e quatro horas, enquanto a mãe permanece junto da criança, pois, na maioria das vezes, não tem quem a substitua. Então, é necessário entender as mães e ser mais tolerante, em nome da boa convivência. Isto é verificado a seguir:

“As vezes a gente é muito ríspida com elas, porque elas passam 24 horas aqui dentro, dia e noite enquanto as crianças estão baixadas”. (Simone)

“Muitas vezes elas chegam agredindo, mas a gente tem que entender, é assim que eu penso”. (Simone)

“Ah! Tem mães e mães, né? Tem aquelas pessoas bem difíceis ... Ah, são mães que já vem com problemas de casa, às vezes, até a gente não entende, porque a gente, estando com um filho doente, é bem difícil, né? ... depois entre colegas, a gente conversando é que a gente vê que não é o nosso filho. É o filho delas, por isso que, muitas vezes, elas ficam revoltadas ... Mas tem coisas que a gente até tem que relevar por esse lado, aí ... “. (Natureza)

“Quando elas estão nervosas, tentando nos agredir, porque elas se sentem agredidas com o filho doente, então, a gente entende e tenta levar mais. Eu estou te falando porque eu já vi. Então, a gente tem que ter paciência, entendendo elas”. (Rosana)

COLLET e ROCHA (1999), questionam-se porque as atitudes de resistência prevalecem em nossas relações? Para estas autoras, investigar as atitudes da equipe de enfermagem pode indicar a aceitação ou rejeição do conceito de participação dos pais e, também, ajuda a identificar os problemas, barreiras e resistências potenciais que precisam ser incluídas no planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação de cuidado

colaborativo. Só assim, elas acreditam que as relações de poder e resistência possam ser melhor manejadas pela equipe e pelas famílias nas suas interações.

Mães agressivas, relações conflitantes, exercício do poder: diálogo e negociação fazem-se necessários.

No entanto, a equipe tem dificuldade em lidar com a agressividade de algumas mães. Atribuem esta agressividade, muitas vezes, aos problemas que a mãe traz de casa. Reconhecem que muitas provêm de ambientes familiares muito conturbados e reproduzem esta vivência no ambiente hospitalar. Também, percebemos que, muitas vezes, a mãe sente-se agredida por nós, pela nossa forma de falar, pela nossa atuação profissional. Pode-se observar isso pelas seguintes falas:

“...porque tem mãe que é agressiva com o filho, acho que, muitas vezes, são modos que elas trazem de casa...muitas vezes, elas são agredidas pelos maridos que não querem que elas tragam as crianças para internar, então elas tem aquela revolta”. (Simone)

“Tem certas mães que acham que a gente é agressiva com a criança, quando no momento de fazer uma medicação, de puncionar. Não entendem que isso é necessário. Tem certas mães e certos auxiliares que tem atrito, existe muito atrito ... Assim, como tem mães que também não sabem chegar em nós. Chegam já agredindo”. (Márcia)

Segundo REZENDE (1984), o saber científico está fortemente atrelado ao autoritarismo e ao totalitarismo e, historicamente, as formas populares de saber foram consideradas residuais e atrasadas. Assim, as relações de poder que permeiam nossas práticas de saúde instituíram que devemos infantilizar o doente, submetendo-o ao autoritarismo. Durante as reflexões em grupo, isto foi percebido pela equipe de enfermagem. Percebemos que, muitas vezes, isto ocorre pela necessidade que todos possuímos de exercer o controle sobre a situação que estamos vivenciando. Assim, muitos destes conflitos ocorrem pela falta de tato em negociar, em usar o diálogo como forma de amenizar e dissolver estes conflitos. Em vez disso, queremos neutralizar os conflitos, através do exercício do poder.

GRAMSCI (1987) compreendia que o domínio de uma classe sobre a outra não

dependia, fundamentalmente, do poder econômico ou da força física, mas principalmente, de persuadir os indivíduos a compartilharem dos valores sociais, culturais e morais de outra classe (o que LEININGER (1978) chama de imposição cultural). Para este autor, cada grupo tem necessidade de atuar sobre bases próprias e a partir de suas próprias raízes.

Assim, a equipe acredita que, muitas vezes, as mães tornam-se agressivas porque delas esperamos sempre a docilidade, em outras palavras que sejam mães dóceis e receptivas. A criança tenta resistir, gritando e chutando e nós a dominamos pela força; mas as mães não. Nós tentamos impor nossas decisões, medindo forças, através do uso do poder institucional e profissional e a mãe tenta resistir por meio do exercício do contra-poder.

Por isso, CHALUB (1976) credita as práticas de saúde como contraditórias, pois, ao mesmo tempo que os profissionais esperam e exigem submissão do cliente, para que possam desenvolver suas ações, discursivamente, promovem sua cura e independência, em outras palavras, trabalham alienando para desalienar. Isso dá mostras que o que vem ocorrendo é o mau uso do poder. O poder, em si, possui uma eficácia produtiva, uma positividade. SABÓIA (1997) atribui ao poder a característica de ser produtivo e transformador. Através dele podemos aproveitar as potencialidades individuais dos seres humanos, aperfeiçoando suas capacidades. FOUCAULT (1993) afirma que o poder permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber e produz discurso.

A equipe acredita que seria necessário que toda vez que uma mãe se mostrasse agressiva para com a equipe de enfermagem, o correto é que refletíssemos sobre o fato e que através do diálogo com esta mãe, pudéssemos entender, negociar e repadronizar nossa atuação em direção a uma atuação mais humana e efetiva.

No hospital, a mãe delega responsabilidades, desconhece a situação em que se encontra e sente medo, insegurança e temor.

A internação hospitalar é uma situação que foge ao controle da mãe/família. Assim, ela precisa delegar responsabilidades a pessoas estranhas, pois, geralmente, desconhece a situação em que se encontra e, com isso, sente medo, insegurança e temor. Percebe que não dá conta sozinha da situação, sendo que se torna necessário que a enfermagem lhe auxilie a vivenciar este momento da melhor maneira. Este é um dos raros momentos em que sentimos a família como nosso cliente. Isto é confirmado no seguinte depoimento:

“... às vezes elas estão apavoradas...Elas precisam da gente também, a criança é o paciente, mas elas se tornam, também um paciente nosso. ... O adulto, por estar ali, em uma situação e não sabe o que fazer, ele está ali, muitas vezes, vendo o seu paciente em um estado grave, não sabe o que vai fazer, não vê melhora, então, se desespera. Então, ela também é paciente nosso”. (Simone)

A vivência da doença gera, para o ser, uma situação de impotência, de impedimento, o que dificulta suas relações com vários setores do mundo (VASCONI, 1994). A hospitalização é vista como estressante para a família que passa a conviver, durante a hospitalização da criança, em um ambiente desconhecido, vindo a depender dos cuidados de pessoas estranhas. Os pais podem ter dificuldades de saber como agir para atender as necessidades físico-emocionais de seu filho, que está doente e num ambiente que tem situações e regras próprias. Esta não é a visão, apenas, da equipe de enfermagem da pediatria do HU, vários autores abordam a hospitalização sob este ângulo, como por exemplo: NEIRA HUERTA (1984), BOUSSO (1987), FRANCO (1988), ELSEN e PATRÍCIO (1989), VERÍSSIMO (1991), CURRY (1995), LIMA (1996), MOTTA (1997), HENCKEMAIER (1999), CREPALDI (1999), SALVADOR (2000) e outros.

Muitas vezes, a enfermagem exerce um controle policialesco sobre as mães.

Em relação ao controle que exercemos sobre as mães; este, muitas vezes, é reconhecido como um controle policialesco, exagerado. Não raro, constitui-se em motivo de revolta para elas e é visto como um impedimento para uma comunicação mais efetiva com elas e para uma relação mais empática entre equipe de enfermagem e família, como nos mostra o depoimento a seguir:

“A gente corta muito a liberdade do acompanhante. Olha, muitas vezes, elas estão no corredor conversando muito, a gente já não tem certas hora que a gente já não ... elas muitas vezes se revoltam, até com a gente porque elas se sentem completamente oprimidas, fora do ambiente delas. A gente oprime elas, nisso aí”. (Simone)

SABÓIA (1997) relata que a relação profissional de saúde – cliente não deixa de

ser uma relação de poder, onde há um dominador e um submisso. Para ela o poder é, na verdade, um efeito. As práticas de saúde são verdadeiros aparelhos da ideologia dominante que enquadra, rotula, aproxima ou afasta os usuários, de acordo com os seus próprios valores. Mesmo que de forma inconsciente, o profissional tenta exercer vigilância contínua, de modo que o cliente absorva este discurso. Durante as reflexões em grupo, verificamos que o controle faz parte do nosso trabalho. É, através dele, que avaliamos a dinâmica da unidade e que efetivamente operacionalizamos o nosso fazer. No entanto, acreditamos que precisamos nos vigiar para que o mesmo não seja exercido por nós com exageros, onde queremos impor e dominar, sem permitir que as mães transitem dentro deste sistema; que elas possam também exercer sobre nós algum tipo controle, de forma que, das trocas advindas deste controle mútuo, possa surgir o diálogo e a comunicação, numa relação mais harmoniosa, participativa e equilibrada.

O modelo biomédico mantém sua hegemonia. Trabalhamos em função da doença ?

O fato da maioria das famílias com quem convivemos na Unidade de Pediatria serem das classes sociais menos favorecidas, apresentarem elevado grau de pobreza e ser este fator que ocasiona um grande número de reinternações das crianças por pneumonias, desnutrição, gastroenterites, bronqueolites, parece, muitas vezes, deixar a equipe de enfermagem impotente frente às situações que não pode resolver. Apesar do SUS pregar um modelo assistencial baseado na prevenção, voltado mais para a saúde do que para a doença, ainda hoje, o que se vê é que o modelo dominante permanece sendo o biomédico, baseado essencialmente em ações de tratamento e cura da doença.

LIMA (1996) relata que convivem num mesmo espaço político dois grandes projetos sanitários alternativos: o hegemônico, projeto neoliberal, proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista dos anos 70 e o contra-hegemônico, a reforma sanitária.

O modelo biomédico caracteriza-se pelo ênfase na assistência médico-hospitalar individual, calcada em atos médicos, cirúrgicos e laboratoriais, acarretando o encarecimento constante da assistência à saúde. Este é um modelo que tem mostrado o seu lado excludente, pois não propicia acesso para todos, que não parece dar conta do social, da humanização da assistência.

DOS SANTOS (1998) afirma que a tecnologia do cuidado tende a ser

desumanizante, quando inibe a comunicação entre cliente e equipe; quando mistifica mais ainda o poder do profissional de saúde, quando se torna um meio de pressão para que os pacientes aceitem soluções cirúrgicas e farmacológicas para seus problemas ao invés de terapias psicossociais, quando fragmenta o cuidado, quando nega ao paciente a escolha entre medidas extremas e tratamentos paliativos e quando exacerba injustiças, na distribuição de recursos de saúde.

Nesta perspectiva, a equipe sente-se muitas vezes desesperançada, sem saída. Como pode ser exemplificado pelas falas a seguir:

“... e da família, da situação do país, do mundo que esta pobreza é tanta que chegou ao ponto que tu vês, adianta tu medicas, tu assiste e ela vai voltar para aquele mundo que ela veio que é uma casa dentro d'água, com as paredes de madeira faltando os pedaços. Então, que saúde é esta que ela já chega aqui só curativa e que não vai adiantar de nada? A gente cura a crise e ela vai voltar para aquele problema dela. Isto me angustia muito”. (LUA)

“... tem muita baixa social, tem crianças que estão aqui que tu vês que não estão doentes e que estão aqui dentro”. (Dadá)

Algumas reflexões neste sentido dão mostras de que a enfermagem não tem encontrado, no seu fazer, referências para mudar este modelo, para superá-lo e, por isso, sente-se impotente frente à situação das famílias internadas. Fomos educadas para termos sempre as respostas, para a onipotência, para a cura e, aí, percebemos que mesmo que pudéssemos curar sempre, isto não resolveria, pois as reinternações são uma constante. Ainda, discutiu-se que como trabalhamos no nível terciário da assistência, é “normal” esperar uma assistência voltada para a cura. Se a rede básica de saúde desse conta da prevenção, acreditamos que a situação não seria tão dramática. Como não dá, resta à rede terciária acumular, também, esta função. Só que a nossa atual formação acadêmica não dá conta desta realidade. Sentimo-nos, muitas vezes, encurraladas, sem saída, girando em círculos, sem conseguir avançar e nos frustrarmos, por perceber que a qualidade da assistência que prestamos tem ficado prejudicada por isso.

No entanto, esta não é a visão geral de toda a equipe. Alguns membros acreditam que, quando tratamos o cliente como um ser humano, não tratando apenas o seu “fígado”, a

sua “pneumonia”, mas o tratando por inteiro, quando enfatizamos o diálogo nas nossas relações, quando resgatamos o sensível e os sentimentos no cuidado, quando educamos para a saúde, ou seja, quando apreendemos o cliente na sua essência humana, valorizando sua cultura, sua visão de mundo, estamos realizando um cuidado humanizado e, por isso, não importa se estamos cuidando dentro do modelo biomédico ou do modelo epidemiológico. Se curamos ou não, mas se o nosso cuidado fizer diferença para o cliente, então, estaremos sim ultrapassando a discussão sobre em que modelos estamos trabalhando ou se em função da saúde ou em função da doença. Vejamos o seguinte depoimento:

“... não vejo porque temos que discutir isso, se a criança sai daqui curada e a mãe satisfeita com a assistência que recebeu, se conversamos bastante com a mãe, se ensinamos ela a cuidar do filho... é claro que ela pode voltar, pode haver outras internações, pois, na sua condição econômica, nós não podemos mudar, mas nós fizemos sim a nossa parte. Agora, é claro que pensamos muito em função da cura, mas não é só cura o que fazemos aqui. Fazemos mais, muito mais porque a gente se importa, a gente procura ajudar em tudo que pode, a gente escuta elas, se coloca no lugar delas, a gente cuida da criança, da mãe ... Agora, é claro que a gente é limitada. Mas a gente faz mais que curar”. (Rosana)

Após este debate, verificamos que precisamos circular dentro destes dois modelos assistenciais, pois, como trabalhamos em âmbito hospitalar, geralmente, quando o cliente nos procura, encontra-se em uma situação de doença e, neste momento, é em função da doença que ele necessita de cuidados. No entanto, trabalhar com clientes doentes não exclui que, através das nossas ações de cuidado, também, não estaremos fazendo prevenção. Assim, mostra-se, extremamente pertinente, quando LEININGER (1991) diz que não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado, mesmo sem ser para a cura. Deste modo, ainda que, em situações onde a cura é impossível, mesmo assim, podemos prestar um cuidado de qualidade, um cuidado humanizado.

6.1.3- Percepções da equipe de enfermagem em relação ao pai:

Crianças precisam tanto da mãe como do pai.

Como produto dessas reflexões, emergiu a percepção de que a criança precisa tanto

da mãe como do pai, durante a sua internação hospitalar. As falas, a seguir, exemplificam esta postura:

“Eu acho que o pai poderia acompanhar. Nós, aqui, convivemos só com a mãe, mas acho que o apoio do pai ... a criança precisa do pai ... acho que, durante o dia, poderia o pai ficar, assim, umas duas horas, nas horas de maior movimento na unidade seria importante para a criança. Ela se recuperaria mais rápido”. (Simone)

“Acho a presença do pai muito importante, acho que deveria ficar tanto o pai como a mãe. Não tenho impedimentos. Eu acho que teria que começar a dar mais responsabilidade para o pai, quando a criança está doente. A mãe entende, mas o pai também tem que fazer parte. É muito importante. A criança, quando o pai vai embora, fica num desespero, num grito. Então, eu acho importante também o pai ficar acompanhando”. (Cláudia)

Segundo NITSCHKE (1991), a participação do pai no desenvolvimento da criança está recebendo maior atenção. Está comprovado de que o pai, mais do que um apoio para a mãe, contribui significativamente para o desenvolvimento da criança. No entanto, BOEHS (1990) percebe que, na prática de muitos profissionais e, também, na enfermagem, as orientações estão voltadas para o binômio mãe-filho, esquecendo-se da participação do pai como membro da família; dissociando o pai da unidade familiar. Assim, constatamos que, por muito tempo, o pai esteve afastado do processo do cuidado, mas percebemos que, aos poucos, com as mudanças históricas que a família vem sofrendo, o pai vem se aproximando, permitindo que se perceba que a criança precisa dele tanto quanto da mãe.

Alguns pais cuidam melhor da criança do que a mãe.

Alguns membros da equipe de enfermagem acreditam que os pais podem cuidar dos filhos até melhor do que muitas mães. Vejamos:

“Poderia sim ter pais, pois eles fariam até melhor do que muita mãe”. (LUA)

“Acho que muitos pais sim, cuidam melhor do que

muitas mães” . (JÓ)

“Acho que o pai cuida tanto como a mãe, igual, se ele se sentisse responsável” . (Maristela)

CREPALDI (1999) , em relação a divisão de papéis do casal, relata que até há algum tempo os cuidados com a saúde dos filhos e de outros membros da família eram de exclusividade da mãe. No entanto, hoje, com frequência, o pai tem aparecido em conjunto com a mãe no desenvolvimento do cuidado, sendo que, muitas vezes, o pai tem sido referido em primeiro lugar.

Acreditamos que os pais, ainda hoje, não participam tão ativamente do cuidado de seus filhos, porque ainda não são educados para isso. No entanto, como o perfil da mulher mudou, o do homem também precisou acompanhar esta mudança e, hoje, a sociedade necessita de um homem mais participativo e dinâmico. Entretanto, mesmo nos dias atuais, a divisão de papéis na família e na sociedade ainda vem ocorrendo em função de gênero, em que dizemos que tal tarefa é de mulher e tal tarefa é de homem. PINCUS (1981) apresenta que se tem percebido que o “novo pai” mostra-se ansioso em desempenhar o papel de um bom pai e um bom marido. Observa-se que, muitos pais já conseguem manter uma perspectiva mais ampla da situação, auxiliando as mães nos cuidados com os filhos. Apesar de entendermos serem necessárias as mudanças, estas mantêm-se muito difíceis de se efetivarem na prática porque esta questão está muito arraigada à cultura de cada povo e transpor algumas questões culturais é muito difícil, mas é uma necessidade a ser atendida, se quisermos avançar nesta questão. Entendemos que o pai faz parte do universo da criança e, assim, precisa participar ativamente de todas as etapas do seu desenvolvimento, inclusive, na internação hospitalar. A partir deste entendimento, as mudanças no sentido de facilitar esta interação poderão ocorrer, como caracterizado a seguir:

“Eu vejo a presença do pai como algo necessário, eu acho necessária, eu acho importante, eu acho que esta realidade precisa ser alterada imediatamente. Não tenho nenhuma objeção à permanência do pai, inclusive à noite. Acho que o pai cuida igual e se não igual, talvez, até por ele ainda ser muito barrado no hospital, na família, na sociedade. À medida que ele vai tendo oportunidade, ele também vai se interessando mais. O perfil dele foi mudando, com certeza” . (Elizabete)

Pai no hospital: só em situações especiais.

Embora haja estes posicionamentos, muitos ainda acreditam que o pai deveria ser autorizado a ficar junto com a criança, apenas em situações especiais, como as relatadas a seguir:

“A presença do pai deveria ser até permitida. Quando uma criança não tem mãe, o pai que cria ou a criança é mais apegada ao pai e não tem outro jeito”. (Júlia)

“Acho que a presença do pai depende, né? Se não puder a mãe ficar o pai seria o recurso. É melhor do que a criança ficar sozinha. Acho que não tem nenhum impedimento do pai ficar, dependeria assim ó ... do pai junto num quarto com outras mães, aí sim, eu acho que não. Mas eu acho assim, ó, no caso da criança ficar sozinha ou ficar com o pai, que fique com o pai”. (Renata)

LIMA (1996) refere que em se falando em pai, parece-nos que sua visita não é um fator complicador para a organização do serviço, no entanto, quando ele passa a ser o acompanhante, isto torna-se um problema. DARBYSHIRE (1994) comenta que, quando um pai tenta ser o acompanhante de seu filho, ele é praticamente ignorado. Apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente determinar que o pai também pode ser acompanhante da criança, durante a sua internação, pouco tem sido feito para facilitar-lhe a presença nas unidades de internação, principalmente, em unidades compostas por enfermarias coletivas, onde o pai precisa dividir espaço com as mães de outras crianças e a sua presença traz muitos constrangimentos tanto para si como para as outras mães/famílias e para a equipe de enfermagem.

Pai com mãe: o preconceito existe.

Um fator negativo visto pela equipe de enfermagem para a permanência do pai na unidade é o fato de o pai ficar junto em uma enfermaria coletiva com outras mães. Relatam fatos negativos ocorridos no passado como causa desta resistência à permanência do pai nestas condições. Ocorre, então, uma generalização em cima de um fato ocorrido com determinado pai. Esta postura parece que decorre muito menos em nome desse fato

ocorrido no passado, mas muito mais dos nossos preconceitos, dando uma justificativa “ética” a atitudes de cerceio do direito de todos os outros, como demonstrado a seguir:

“Eu acho que, muitas vezes, é falta de respeito porque tem casos, eu sei que é difícil, mas acontece que, num quarto cheio de mães, e o pai faltar um pouco com o respeito. Por isso, eu acho certo o que a gente faz, aqui. Ficam, no quarto, só as mães”.
(Simone)

“Mas por problemas que já aconteceram, eu acho que ele não deve ficar na mesma enfermaria que uma mãe. No momento em que o pai precisa ficar, a gente colocaria em uma enfermaria só de pais ... ele não me incomoda, o que me incomoda é o fato dele passar a noite inteira, dormindo, ao lado de uma mãe estranha. A gente vê coisas que acontecem que a gente não concorda, que não é certo”. (Lua)

“O pai não deveria ficar 24 horas mas deveria participar mais; um dia ... por causa dos probleminhas que já aconteceram ... Mas, junto com a mãe, eu acharia importante”. (Glória)

“Se tiver mãe é a mãe quem deve ficar porque a mãe tem mais contato com o filho e também por causa do problema de que existem outras mães e a gente não conhece as pessoas. Começam com aqueles olhares e não vai prestar”. (Júlia)

“Quanto ao pai, depende do pai, porque, uma vez, veio um pai que queria surrar uma mãe. Tem bêbado que vem, aí, incomodar de madrugada e tem outros que são excelentes. Tinha uma guriazinha, no “sem mãe”, que, quando o pai vinha, cuidava muito bem”.
(Maria)

SALVADOR (2000) relata que, sem dúvidas, as enfermeiras conhecem os direitos do pai, mas resistem em reconhecer, também, o pai como cuidador. Este reconhecimento nos coloca de frente com nossos preconceitos e com a necessidade de operacionalizarmos mudanças na nossa forma de atuar. É necessário que se criem mecanismos para viabilizar a presença dos pais na unidade, é necessário que rompamos algumas barreiras, sejam de ordem física ou ideológicas.

Alguns componentes da equipe acreditam que, na mesma enfermaria, haveria uma incompatibilidade entre o pai de uma criança com a mãe de outra, até mesmo no sentido da privacidade e do “ficar à vontade”, ou da mulher de um não gostar que ele passe a noite ao lado de outras mulheres. Desta forma, o problema do gênero masculino e feminino, mostra-se tão fortemente colocado na nossa cultura que, até mesmo, sobrepuja o interesse da própria criança. Vejamos:

“A presença do pai, na forma como nós trabalhamos aqui, a presença é importante, mas, aqui, como só tem mãe ...no caso, aí, teria que ter só o pai. Os dois juntos não dá certo porque tem coisas que não combinam, os dois juntos não combinam”. (Maristela)

“Eu acho importante a presença do pai porque tem aquelas crianças que são super apegadas ao pai. Se cada criança estivesse em uma enfermaria, eu acho até que o pai poderia ficar, que ele iria ajudar bastante. Mas, do jeito que é aqui, assim, eu acho que não dá para os pais ficarem misturados com as mães”. (Cristina)

“Uma vez que a mãe pode ficar, não há necessidade do pai ficar. Eu acho assim, que não é correto o pai ficar na Pediatria porque é assim ó ... é um lugar que quem mais fica é a mãe ... E tu sabes como é, né? Pai é pai, homem é homem e ... Se eu estou com um filho meu num quarto, tem três mães ali, nem todas tem a minha cabeça, e chega o pai do meu filho, ali, e vai ter alguma coisa que eu não vou gostar de alguma mãe ... eu me ponho no lugar de muitas”. (Márcia)

A área física é um “forte” impedimento para a presença do pai na unidade.

A forma como a unidade é estruturada é um dos empecilhos apontados pela equipe de enfermagem para a permanência do pai junto com a criança hospitalizada, mesmo que a lei faculte-lhe o direito de ficar. Veja, a seguir, a argumentação:

“Eu acho que o pai tem todo o direito de estar aqui dentro, mas não do jeito que a unidade está estruturada. Hoje em dia, eu não gosto do pai aqui porque o lugar não é estruturado para ter o pai aqui

junto com a mãe". (Lua)

Através das reflexões realizadas, discutimos que esta postura demonstra que, muitas vezes, o nosso interesse sobrepuja o interesse da própria criança na unidade. Se reconhecemos que a presença do pai/família é importante para a criança e que este pai tem o direito de acompanhá-la no hospital a nós compete favorecer e propiciar esta interação. No entanto, a área física torna-se um impedimento grande para a presença do pai na unidade.

Discutimos que não compete a nós determinar se o pai quer ou não permanecer na enfermaria coletiva, onde há outras mães com suas crianças, que os problemas que surgirem, em decorrência disto devem ser resolvidos se ocorrerem e, somente, quando ocorrerem. Houve a sugestão de que, como ainda são poucos os pais que demonstram interesse em acompanhar a criança, nas 24 horas do dia, que, dentro do possível, estas famílias sejam internadas na unidade de isolamento. Porém, também foi discutido que esta seria uma solução apenas paliativa e que, em outras instituições, este problema não é nem ao menos discutido, pois já é comum a presença do pai como acompanhante e/ou cuidador. No entanto, na equipe, ainda há componentes que fecharam a negociação, seu ponto de vista é contrário a presença do pai e não acreditam ser possível conciliar pais e mães, na mesma enfermaria.

O pai submete-se a fazer a extensão do trabalho da equipe da mesma forma que a mãe ? E com ajuda, faria ?

Alguns participantes acreditam que o pai não se submeteria a realizar os cuidados com o filho como uma extensão do nosso trabalho, da mesma forma que a mãe e que, para isso, ele teria que ser ajudado. Vejamos:

"Em alguns casos ele iria pecar na parte da extensão da assistência, pois tem algumas coisas que ele não faria". (Lua)

"Eu acho que o pai, assim ó, ele cuida sim tanto quanto a mãe porque, hoje, o pai já está participando mais, ainda mais se ele for ensinado, orientado". (Lu)

NITSCHKE (1991) relata que o pai precisa ser ajudado a reconhecer as alterações emocionais que acontecem, com a criança. Ele também precisaria acomodar-se aos

deslocamentos em sua vida social e doméstica, criados pelo período de hospitalização. BANTON e LUM (1986) sustentam que as necessidades do pai, relativas à informação sobre o seu filho e os cuidados práticos são maiores do que as da mãe, já que muitos pais não têm experiência prévia, como também não tem um modelo de papel para este tipo de paternidade, ou seja, a paternidade participante. Portanto, cabe à enfermagem prepará-lo para o papel de cuidador.

O homem culturalmente é o sexo forte, e nós como mulheres somos frágeis e indefesas frente ao homem ?

Um dos fatores apontados para a não presença do pai na unidade é o fato do pai, por ser homem, ser culturalmente mais agressivo, mais contestador, mais difícil de ser trabalhado. A interação seria mais difícil. A equipe de enfermagem, por ser formada, geralmente, apenas por mulheres, se coloca, frente ao homem, em posição de fragilidade. Sente-se fragilizada frente ao pai. Veja o seguinte depoimento:

“Em relação ao pai eu acho ... não sei. Acho que atrapalha porque a mãe se preocupa mais e fica, ali, na volta do filho, e aceita mais o tratamento do que o pai. O pai, assim, já se põe mais contra a gente, assim, em alerta, sempre criticando e cobrando muito da enfermagem e fica difícil trabalhar”.
(Rosana)

Durante as reflexões, verificamos que, pensando nos nossos maridos, gostaríamos que, se nossos filhos internassem no hospital, fosse-lhes dado o direito de permanecerem junto a eles por acreditarmos que nossos maridos podem cuidar tão bem de nossos filhos como nós. cremos que, com o auxílio da equipe de enfermagem, desempenhariam tão bem como nós o papel de cuidadores. No entanto, com os outros homens teríamos dificuldades. Algumas acreditam tratar-se de um problema de criação, de machismo do homem sobre a mulher. No entanto, muitas de nós já teve a experiência, muitas vezes, durante os horários de visita, em que os pais demonstram certa agressividade para com a equipe de enfermagem. Fazem cobranças e queixas e nós não sabemos muito bem como lidar com isso.

Discutimos que, se o pai permanecer na unidade, pode ser que seja diferente, pois teremos tempo de estabelecer com eles vínculos que nos possibilite, acolhendo suas

diferenças e encolhendo as distâncias. Acreditamos que como profissionais não podemos colocar nossos “preconceitos” à frente de nossa atuação, pois este problema é uma limitação nossa que precisa ser vencida por nós. LEININGER (1978) relata que o cuidado sob uma perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal. Se a enfermagem é uma profissão universal, o pai faz parte deste universo e precisa também ser trabalhado e apreendido pela enfermagem.

6.2- NECESSIDADES DA FAMÍLIA DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA CRIANÇA

A criança necessita da referência de carinho e amor que sua família lhe proporciona.

Uma das necessidades da criança doente, quando hospitalizada, é ter por perto as pessoas que conhece, pois, nesta hora, ela precisa muito de uma referência de carinho e afeto que, geralmente encontra na família. Isto é percebido através dos seguintes depoimentos:

“Se ela está doente, quem ela quer por perto? As pessoas que ela conhece, as pessoas que ela tem carinho, né? É importante ela ter este contato com a família”. (JÓ)

“Eu acho que é essencial pelo apoio ... Não digo assim, todo o dia, mas a criança precisa de umas horas do apoio do pai”. (Simone)

“... eu acho assim, que a criança precisa do carinho da mãe mesmo que não esteja doente, estando doente, então, precisa mais ainda. Eu acho que, até, a criança vai melhorar mais rápido”. (Renata)

“... porque vai dar mais segurança pra criança, mais tranquilidade”. (Rosana)

SILVA (1976) relata que as crianças evidenciam a importância da presença daquela/e que cuida. Concordo com esta autora, quando diz que esta presença não se reduz, apenas, a uma presença física, mas a uma presença atenta, amorosa e com responsabilidade. Na presença, há segurança, um sentido de estar protegido. A segurança que o contato proporciona emerge de uma relação de confiança entre quem cuida e quem é cuidado. Esta relação é tão importante, que muitas vezes, basta a presença da mãe e do pai,

pois, na presença, há sempre a prontidão do cuidado.

MACHADO (1997) e SALVADOR (2000) compactuam da idéia de que, a assistência à família tem motivado repensar o cuidado de enfermagem, pois, embora esteja um membro da família hospitalizado, a este não pode ser negado que mantenha as suas relações familiares nem sociais.

Segundo a percepção de LIMA (1996), parece que a mãe consegue compreender a necessidade terapêutica da criança, mas, ao mesmo tempo, está atenta às manifestações de desagrado, procurando formas de aliviá-las, não apenas em termos de intervenção no corpo biológico, mas, também, nos aspectos afetivos e emocionais. Assim, podemos perceber que a família, na unidade, precisa ser vista como uma aliada, no sentido de favorecer conforto e segurança para a criança.

Crianças necessitam tanto da mãe como do pai. É necessário que as normas sejam modificadas, no sentido de favorecer a presença do pai como cuidador.

A criança, durante sua internação hospitalar, tem a necessidade de permanecer um tempo maior junto com o pai, do que apenas o horário da visita. Além disso, muitas vezes, o pai está desempregado e a mãe é quem provê o sustento do lar. O fato de ficar muitos dias no hospital, cuidando da criança, tem sido, muitas vezes, motivo de demissão. Vemos, assim, que as normas que instituímos e insistimos em preservar não dão conta das necessidades, tanto da criança como da própria família, necessitando serem modificadas para atender a estas necessidades. As seguintes falas demonstram esta percepção da equipe:

“... tem que abrir espaço para o pai ficar. Eu acho que tem que deixar os pais ficarem mais tempo, não digo assim a família, os amigos, parentes, mas deixar o pai ficar, durante o dia com a criança”. (JÓ)

“Acho que tem necessidade de mudar, até em questão da mulher trabalhar fora, da mulher sair é preciso que o pai também precisa entrar nesta jogada, acho que ele não pode ser barrado, não deveria ser barrado. A nossa forma de serviço é que nós teria que ver como se faria, mas até não vejo que seria ... um acompanhante, o pai ou a mãe, a família escolhe”. (Elizabete)

Durante as reflexões em grupo, verificamos que, muitas vezes, as normas e rotinas que possuímos são esvaziadas do componente afetivo do cuidado. Elas tornam as relações entre equipe de enfermagem e cliente muito impessoais e burocratizadas. LIMA (1996) nos lembra que a racionalização do trabalho não justifica torná-la uma camisa de força, valorizando apenas a eficácia e a eficiência, em detrimento das necessidades tanto da criança como da sua família. Já SABÓIA (1997) relata que as práticas de saúde submetem os clientes a uma série de normas e burocracias e que este poder é exercido e disputado diariamente nas instituições. No entanto, apesar de também Ter esta percepção, HENCKEMAIER (1999) acredita que, nós, da enfermagem devemos ser mais sensíveis ao outro, expressarmos nossos sentimentos e deixarmos que os outros expressem os seus, pois, só assim, seremos mais humanos, o que nos permitirá cuidar do paciente e família, integralmente. A autora relata que a idéia de que o enfermeiro deve comportar-se “profissionalmente”, ignorando seus próprios sentimentos, está ultrapassada. Ele deve sim captar as singularidades de cada caso e desenvolver o seu papel junto a cada paciente e sua família.

Como a família é o refúgio da criança, muitas vezes, deixa-se violentar em nome das necessidades que ela apresenta, abdicando de muitos de seus direitos em favor dela, submetem-se às normas institucionais. Vemos, então, que a instituição de normas faz parte da cultura hospitalar. Não se tem como negar que normas são necessárias para o bom funcionamento da unidade, mas para serem efetivas, devem constantemente ser avaliadas e reformuladas, de forma que atendam as necessidades tanto da equipe como da criança e sua família.

Assim como as mães, o pai tem o direito garantido em lei, de acompanhar seu filho no hospital. O Estatuto da Criança e do Adolescente lhe faculta tal prerrogativa, mas, muitos pais, abrem mão deste direito para não “prejudicar a criança”. Assim, não se tem como discordar de NITSCHKE (1991), quando afirma que as rotinas hospitalares, na sua maioria, impedem o alcance do objetivo de estimular uma relação familiar saudável, por não favorecer e, até mesmo, por inviabilizar o desenvolvimento de uma relação pai-filho saudável. Acredito que, como prática social que trabalha a serviço da sociedade, a enfermagem, através da educação do pai para a saúde, durante a sua permanência com a criança, na hospitalização, estaria contribuindo para preparar a sociedade para as mudanças históricas que vêm ocorrendo. Percebo que, se por um lado, queremos que o

homem participe mais do cuidado direto à criança, por outro, ainda, não educamos nossos filhos homens para fazê-lo. O momento da internação hospitalar da criança poderia ser utilizado para auxiliar, principalmente, as famílias, cujo pai está desempregado e a mãe é a única que provê o sustento do lar, a reorganizarem seus papéis, a se reestruturarem e se fortalecerem para o enfrentamento das adversidades da vida como, por exemplo, a doença de um de seus membros.

As mães-participantes sentem a necessidade de conversar com outras mães-participantes para não se sentirem sozinhas e compartilharem suas dúvidas e seus sentimentos.

Durante a internação hospitalar da criança, as mães, como qualquer pessoa, sentem a necessidade de conversar, de se ambientar. As pessoas são seres sociais que, normalmente, vivem em grupo. Portanto, é instintiva esta busca por agregação, por conversar e trocar idéias, até para não se sentirem tão sozinhas, longe de casa. MOTTA (1997) relata que as famílias sensíveis à dor do outro e à sua própria dor estabelecem uma relação solidária com as outras famílias, compartilham suas dúvidas, seus sentimentos e seus valores materiais, criam vínculos que, por vezes, ultrapassam os portais do mundo do hospital. Estar próximo do outro e compartilhar momentos de dor, produz um sistema de cooperação e apoio semelhante ao estabelecido no mundo da família. A fragilidade vivida, ao defrontarem-se com a doença da criança, evidencia uma similaridade entre as famílias. Elas estão passando pelas mesmas dificuldades e, por isso, se compreendem, se ajudam, se fortalecem, se apóiam e se identificam.

DE SOUZA (1999) relata que, entre as necessidades psicossociais da família, afetadas durante a internação hospitalar da criança, estão o compartilhar de sentimentos e de percepções, as interações e a comunicação, a compreensão, o apoio e o suporte instrumentalizado, a informação e a orientação. A família, então, se mobiliza, no sentido de buscar formas de satisfazer estas necessidades e, assim, parte desta satisfação advém da sua interação, por meio da conversação com as outras famílias que vivenciam, na unidade, as mesmas experiências, sentimentos e ansiedades.

No entanto, apesar desta compreensão, parece que, nem sempre, a equipe de enfermagem vê este “conversar” como algo positivo, principalmente, quando esta forma de interação pode vir a ser considerada como algo que interfere na função atribuída à mãe no hospital, ou seja, a de estar ali, essencialmente, para cuidar do seu filho. Esta idéia

transparece nos seguintes depoimentos:

“E a gente precisa de qualquer coisa e elas não estão cuidando dos filhos ... uma conversando com a outra, dentro dos quartos”. (JÓ)

“... elas passam 24 horas aqui dentro, dia e noite, enquanto as crianças estão baixadas ..., elas ficam completamente isoladas da família ... Olhe! Muitas vezes, elas estão no corredor, conversando muito, a gente já não tem certas horas que a gente já não ... porque, certo, tem a ver com a contaminação... mas elas se sentem isoladas, elas se sentem sozinhas. Então, como é que eu vou te dizer, elas querem conversar e a gente já não deixa, por causa que elas estão com a criança no colo, vão pros outros quartos com as crianças e a gente fala pra elas que elas não podem fazer aquilo e elas se sentem contraídas com isso aí”. (Simone)

Verificamos, através deste depoimento que, muitas vezes, o que acontece não são apenas relações de poder, mas o exercício da dominação, objetivando no controle da equipe de enfermagem sobre as mães, um controle percebido equivocadamente como eticamente justificado, pelos princípios científicos que fundamentam e dão sustentação à nossa intolerância.

DARBYSHIRE (1994) acredita que as enfermeiras parecem ver o relacionamento entre os acompanhantes das crianças com alguma suspeita, uma vez que o percebem como potencialmente conspiratório contra elas. Por isso, que, no seu entendimento, o estabelecimento de vínculos entre as famílias das crianças internadas é pouco estimulado pelas enfermeiras.

SABÓIA (1997), por sua vez, acredita que utilizamos normas e princípios científicos para disciplinar os clientes e que, por isso, estas normas e princípios podem ser considerados como instrumentos de poder. Assim, é comum, é norma separarmos os clientes por patologia e, por isso, eles não podem se misturar com os outros “porque, certo, tem a ver com a contaminação ...”. Utilizamos o diagnóstico clínico da criança como um disciplinador do papel da família, na instituição.

SILVA (1976) refere que o diagnóstico rotula e impõe condições. A partir do rótulo, o cliente é rebaixado em seu status existencial e legal, despojado de sua própria

definição de eu e impedido de exercer seu discernimento. Seu tempo já não lhe pertence e o espaço que ocupa não é de sua própria escolha. PITTA (1994) tem esta mesma percepção e relata que o cliente se expressa de forma coloquial e o profissional, ao contrário, fala parcialmente a mesma linguagem com ele e, de outra forma, sobre ele. Por isso a família pressionada, resiste e busca forças nas outras famílias, até mesmo, parece ver nas outras famílias uma “válvula de escape” para as pressões que sofre, no ambiente hospitalar, por parte da equipe de saúde.

A disciplina que lhes impomos favorece-nos o exercício do controle. Através da disciplina, “cada uma no seu quarto, cuidando da sua criança”, tentamos convencer-lhe de que modo devem agir e que atitude será mais produtiva diante de determinadas situações. Se cada família permanecer no seu quarto fica mais fácil vigiá-las, o que SABÓIA (1997) chama de controle policialesco. FOUCAULT (1993) relata que, através desta disciplina, podemos gerí-los, controlar suas multiplicidades, utilizá-los ao máximo e majorar o efeito útil do seu trabalho. Ou seja, poderemos nos servir ao máximo da mão-de-obra da família, pois se a família não “cuidar” a nós caberá fazê-lo e desta forma, então, fica mais fácil para nós nos apropriarmos de sua força de trabalho. Acredito que, por isso, é que o fato da família conversar, nos outros quartos, ou conversar muito não é visto com bons olhos pela enfermagem.

Sair da unidade para fumar, apesar dos malefícios do fumo, é uma forma da família atender a sua própria necessidade de cuidado de si, é um dos momentos utilizados para “respirar”.

As mães que fumam, sentem a necessidade de se afastar da enfermagem para fumar, em desobediência às normas, várias vezes ao dia. Nestes momentos, a criança fica sozinha ou aos cuidados de outra mãe. Esta é uma necessidade percebida e, muitas vezes, duramente criticada pela equipe de enfermagem, apesar de existir dentre os membros da própria equipe várias fumantes que fazem o mesmo, durante seu horário de trabalho. Isto é verificado a seguir:

“Elas gostam de ficar fumando ... elas ficam para cima e para baixo para fumar”. (JÓ)

“Umam se dedicam mais às crianças outras só querem fumar, tomar café”. (Cristina)

NITSCHKE (1991) acredita ser fundamental que o enfermeiro entenda as necessidades e reações das famílias decorrentes do impacto emocional que podem sofrer, devido à internação hospitalar de um de seus membros. Além disso, também precisa entender as suas necessidades de descanso e auxiliá-las. Assim, momentos de descanso e lazer, durante a internação hospitalar da criança, fazem parte do cuidado à saúde das famílias e compete à enfermagem promovê-los e propiciá-los. As famílias precisam de espaços alternativos de descanso e lazer, onde possam buscar subsídios para melhorar seu processo de viver, ou seja, precisam de “respiradouros” (NITSCHKE, 1999).

O “fumódromo” apresenta-se como uma das opções possíveis no hospital . As famílias não satisfeitas com “é proibido fumar no hospital”, “é proibido descer para fumar”, resistem ao instituído, quando insistem em burlar a norma, buscando sentir-se bem e fazer o que gosta. Os membros da equipe de enfermagem que fumam também utilizam-se deste local alternativo como “um respiradouro” e é comum, muitas vezes, vermos enfermagem e famílias dividindo este espaço, ao mesmo tempo. Então, durante as reflexões, apesar de não ser opinião da maioria, algumas de nós percebe que “fumar” pode ser uma das necessidades das famílias que precisa ser compreendida pela enfermagem, ainda que não seja, paralelamente, aceita, nem estimulada.

A família necessita ser educada para a saúde. Para educar para a saúde a enfermagem precisa perceber a diversidade cultural das famílias sob seus cuidados.

Muitas vezes, quando uma mãe vem para o hospital, ela vem em busca de algo que lhe falta, para proporcionar o seu bem viver e o de sua família, além da recuperação da saúde da criança. NITSCHKE (1999) relata que a família não se acomoda, ela procura caminhar, sempre buscando melhorar algo que já não a satisfaz mais. Ela, geralmente, vem a nós em busca de cuidados e informações que melhor lhe capacite para o seu bem viver. A equipe de enfermagem percebe, então, que durante a internação hospitalar, as mães sentem necessidade de serem educadas para a saúde. Creio que “educar para a saúde” é uma das principais competências da enfermagem. VERÍSSIMO e SIGAUD (1996) referem que, através das suas funções educativas, a enfermagem pode ensinar a família a utilizar informações para melhorar seu estado de saúde ou para lidar melhor com a doença. NUNES (1983), BIEHL et al. (1992) e MACHADO (1997) acreditam que o trabalho educativo, exercido pela enfermagem à família da criança hospitalizada, é tão importante quanto a administração correta da conduta terapêutico-medicamentosa.

Porém, durante este processo educativo, a enfermagem precisa prestar cuidados que levem em conta a diversidade cultural das famílias sob seus cuidados (multiculturalidade), pois, cada mãe é diferente e tem uma capacidade diferenciada de aprender e uma necessidade de aprender coisas diferentes. Vejamos as seguintes falas:

“A gente tem que ensinar a mãe a fazer. Mesmo que ela não saiba e não aprenda da nossa maneira”.
(JÓ)

“O nosso papel eu não sei. Acho que a gente devia fazer aquelas reuniões com as mães, um papel educativo porque, com aquilo, elas aprendem muita coisa e elas ficam muito felizes. Elas comentam, elas falam umas com as outras”. (Glória)

“O ideal seria interferir naquilo que ela vê a necessidade. É claro que o que tu percebes, que tu estás vendo que a pessoa está equivocada, porque, às vezes, a pessoa está equivocada, cabe a ti tentares tentar convencer: - olha mãe, o que tu estás pensando ... Aí, entra a educação para a saúde daquela família”. (Elizabete)

Durante as reflexões coletivas, houve uma unanimidade na compreensão desta necessidade das famílias. Acreditamos que uma de nossas atribuições seja a educação para a saúde da clientela. No entanto, compreendemos que esta ainda é falha na unidade, pois esta função, muitas vezes, fica relegada a segundo plano, devido aos demais afazeres que absorvem o nosso tempo ou pelo nosso despreparo em poder atender à especificidade de cada cliente. LEININGER (1991) relata que o cuidado de enfermagem, sob uma perspectiva transcultural, é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal e que existem diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as diversas culturas. Assim, em relação ao aspecto educativo da assistência de enfermagem, precisaríamos de preparo e tempo para conhecer os padrões de cuidado utilizados por cada família para, a partir deste conhecimento, orientá-las em relação a sua necessidade de preservar, acomodar ou repadronizar seus conhecimentos e formas de cuidar, se assim elas o desejarem.

SALVADOR (2000) acredita, no entanto, que a função educativa pode, por parecer ou mostrar-se tão complexa e dinâmica, não estar ainda entre as prioridades da equipe ou

que, não raro, pode estar sendo realizada de maneira descompromissada, sem levar em conta as reais necessidades e prioridades do cliente, nem, a sua diversidade cultural .

Entretanto, LEININGER (1991) considera que o cuidado de enfermagem tem muito de universal, ou seja, entre as diferentes culturas também existem padrões semelhantes de cuidados, a partir dos quais a enfermagem, por conhecê-los, pode iniciar suas funções educativas . Considera, também, que culturas diferentes aprendem, compartilham e transmitem valores, crenças, normas e modos de vida característicos para guiar seus pensamentos, decisões e ações. Assim, a enfermagem possui, entre muitas das suas atribuições, a de educar para a saúde. Por isso, necessita tratar estes aspectos como prioritários e empreender ações, no sentido de efetivá-los.

A internação hospitalar da criança é um momento de crise para a família, há a necessidade de uma redistribuição de papéis entre os membros da família e esta precisa ser ajudada.

LIMA (1996) refere que a hospitalização da criança é vista como uma situação crítica e delicada. Durante a internação das crianças, as mães, geralmente, mostram-se muito preocupadas pela situação que estão vivenciando. A hospitalização da criança constitui-se em um momento de crise para a sua família que necessita ser ajudada a vivenciá-la, precisando de todo o apoio e conforto que a equipe de enfermagem possa lhe propiciar.

Durante a internação, vários fatores adversos estão presentes, como mudança do ambiente físico e psicológico, separação dos pais e demais familiares, interrupção das atividades cotidianas, entre outros. Segundo MOTTA (1997), a família busca adaptar-se à nova realidade e reorganizar-se para enfrentar a experiência de viver e conviver com a doença, isto é, procura reconstruir a sua identidade como grupo familiar.

Muitas vezes, com a ocorrência da hospitalização na família, os papéis dos seus membros precisam ser redistribuídos. Outras pessoas, de fora da família, precisam vir em seu auxílio, e a família verifica que não conseguiu, sozinha, dar conta da sua vida e da manutenção da sua estrutura familiar. CREPALDI (1999) considera, assim, que, a hospitalização impõe à família uma desintegração temporária ou, eventualmente, definitiva. A divisão da família traz uma sensação de perda da afiliação, decorrente da separação forçada e do descontrole da situação que a doença impõe aos pais, que se vêem

como os responsáveis pela união familiar. A divisão da família altera os papéis que cada membro exerce no seu cotidiano. A família, no entanto, enfrenta desavenças, diante da alteração de papéis, pois os adultos também estranham a nova configuração familiar.

Por sua vez, os pais da criança hospitalizada, freqüentemente, também enfrentam problemas com os demais membros da família, especialmente com os demais filhos que se sentem abandonados e cobram, à sua maneira, a falta de atenção. Sentem-se preteridos em relação à criança que está doente, pois, além dela estar recebendo mais atenção, encontra-se em um lugar ao qual eles não têm livre acesso. O que mais eles sentem de real é a concretude da ausência da mãe.

Além disso, a distância da mãe-participante de casa pode desencadear ou até mesmo agravar problemas conjugais pré-existentes. Muitas vezes, a relação do casal torna-se difícil, pela atribuição mútua ou unilateral de culpa.

Em relação ao trabalho da mulher, este, muitas vezes, é sacrificado, pois a mãe vê-se obrigada a abandonar o emprego ou acaba perdendo-o pela impossibilidade de conciliá-lo com o cuidado da criança. Assim, a dinâmica familiar é afetada em todos os seus aspectos e funções.

Por todos estes problemas, durante a internação hospitalar da criança, a família precisa ser auxiliada a enfrentar toda esta problemática. HENCKEMAIER (1999) acredita que a família, durante a internação hospitalar da criança, tem necessidade de cuidar de seus membros bem como de ser cuidada pelo sistema profissional. Desse modo, precisamos encontrar estratégias no nosso fazer para amenizar esta crise. Vejamos as seguintes declarações da equipe de enfermagem a este respeito:

“Muitas vezes, a mãe está ali preocupada. Pode não transparecer e parecer que ela nem está dando importância que o filho está ali internado, mas a gente não sabe mesmo o que ela está sentindo”. (JÓ)

“Também elas têm outros filhos em casa que tem que estar dependendo de estranhos. Às vezes, não tem com quem ficar ... então se torna bem difícil isto aí”. (Natureza)

“Tu sabes que as famílias, hoje, não são unidas. Tu tens uma irmã nas horas boas, mas, de repente, nas horas ruins, tu não sabes. Assim, como tem muitas, aqui, que é assim. Elas passam 10, 15 dias sem

ninguém vir trazer uma peça de roupa para elas, sem trazerem nada”. (Glória)

“... eu me coloco no lugar da mãe, a mãe sem dormir, passa a noite. Tem dias que elas choram. Outro dia tinha uma chorando: - Pô, fulana me cobrou! Uma irmã dela cobrou para ficar com a criança e ela não tinha condições ... Aí, a gente trouxe ela pro posto, conversou bastante com ela e ela disse que não agüenta muito tempo sozinha. Tem que se revezar porque elas não agüentam...”. (Maria)

“Tem que haver boa vontade dos dois lados, pro bem da criança. Veja só, os dois horários de visita o pai não pode vir porque é horário de trabalho, elas tem que passar a noite, em claro, sem um café a última refeição é às 20:00 horas (um copo de leite com bolachinha), não pode trazer comida de casa, nem que a criança possa comer de tudo. Pra elas também não deve ser fácil ver todos os procedimentos que a gente faz com a criança... Outro problema grave que eu vejo é que elas ficam longe dos outros filhos e a gente precisa facilitar de alguma forma este encontro com os filhos, com o marido”. (Flora)

Durante as reflexões, verificamos, então, que a equipe de enfermagem identifica muitas das necessidades da família mas, muitas vezes, objetivamente muito pouco parece fazer para atender estas mesmas necessidades. Apesar de entendermos a necessidade terapêutica da criança de estar com a família, dissociamos o binômio mãe-filho. Ao que parece, a criança tem suas necessidades atendidas porque é “o cliente” e a mãe/família tem suas necessidades negligenciadas porque ela não é vista como cliente, é vista como cuidadora e, como cuidadora, parece que não precisa ser cuidada. Talvez, isso ocorra porque, assim como nós da enfermagem, como cuidadoras, somos expoliadas no nosso trabalho, isto também parece ser estendido à mãe participante porque esta parece ser, na verdade, uma trabalhadora da enfermagem, no momento em que esperamos que ela faça a extensão do nosso trabalho. Ocorre com ela o mesmo que ocorre conosco, só que nós recebemos uma remuneração, e, ainda, temos o status de profissionais, detentoras do conhecimento e, por isso, detentoras de alguma condição de exercício de poder e a família nem isso. Se, pelo menos a ela fosse conferido o tatus de “cliente”, talvez muita coisa pudesse ser revista e adaptada para si: que, ao experenciar uma internação hospitalar de

um de seus membros, esta ocorresse com menos sofrimento.

As famílias têm necessidade de ter a sua privacidade respeitada.

SOUTHWELL e WISTOW (1995) apontam diferenças entre as percepções das enfermeiras e pacientes acerca da sua necessidade de privacidade e repouso. Acreditam que o hospital é um local de procedimentos, convivência com a equipe multiprofissional e com outras famílias. No entanto, nos lembram que o ambiente hospitalar, os procedimentos diários e as rotinas deveriam ser organizados em função dos clientes e não o contrário.

As enfermarias coletivas, onde a maioria das crianças estão internadas, são muito tumultuadas. Percebemos, então, que as mães e as crianças, nem sempre têm a sua privacidade respeitada, tendo que se adaptar a esta realidade. RIBEIRO (1999), também, constatou que o integrante da família que permanece no hospital (que, no nosso caso, geralmente, é a mãe da criança) sente falta da privacidade com que é contemplada no espaço doméstico e das possíveis interações positivas que lá ocorrem, pois o hospital é algo novo, repleto de símbolos e significados, propício a novas interações, mas, também, a ausência de pessoas significativas.

HENCKEMAIER (1999) relata que o ambiente hospitalar possui suas especificidades, sendo que há um domínio pelo sistema hospitalar, deixando a família sentir-se “uma estranha no ninho”. Além disso, este ambiente é compartilhado, também, com outras famílias que possuem culturas específicas, causando, muitas vezes, ao compartilharem um mesmo espaço, divergências e situações conflitantes entre estas.

Assim, a falta de privacidade das famílias é percebida como algo negativo, pois, acreditamos que a criança doente precisa de um ambiente mais tranquilo para a sua recuperação. Prestemos atenção no seguinte depoimento:

“... já tem três mães no quarto, tem a equipe de enfermagem que entra, mais os médicos residentes, estagiários, mais os familiares das crianças, mais as trocas de acompanhantes, é muito tumulto no quarto”. (JÓ)

GERMANO (1993), em seus estudos, nos revela que o paciente é, por vezes, desrespeitado na sua privacidade, nos seus valores culturais, religiosos e, até mesmo, no seu pudor e intimidade. KOERICH e ARRUDA (1998) nos relatam que, a enfermagem,

como responsável pela organização e manutenção do ambiente de cuidado, deve preparar-se para receber, além do cliente, o seu acompanhante, como parte integrante deste cuidado, assegurando a ambos condições para que obtenham conforto. Assim, as famílias, muitas vezes, não têm sua privacidade respeitada nem durante seus momentos de sono e repouso (DE SOUZA, 1999). Isto é verificado, várias vezes, em nossas enfermarias, quando as mães e crianças estão dormindo e precisamos acordá-las para fazer procedimentos ou exames, o que determina uma sobrecarga física e emocional. LIMA (1996) nos revela que a ambiente hospitalar não proporciona condições adequadas para o repouso e, geralmente, qualquer procedimento é mais importante, conseqüentemente, o sono pode ser interrompido a qualquer hora.

Muitas das crenças e costumes da família são incompatíveis com as normas e rotinas hospitalares, o que torna a internação mais penosa para elas.

A equipe de enfermagem identifica que a família é portadora de crenças e costumes próprios, que são adaptados ao seu ambiente familiar e que, muitas vezes, são incompatíveis com as normas e rotinas hospitalares. Este fato torna a internação hospitalar mais penosa para a família, exigindo da enfermagem sensibilidade e tato para tratar deste assunto com ela. As falas que seguem exemplificam isso:

“E outras coisas que elas estão acostumadas em casa; o chimarrão, as regras do hospital, as normas do hospital, enquanto que elas fazem em casa”.
(Simone)

“Nem todas as normas e rotinas são adequadas para elas, por exemplo, estas delas não podem comer nas enfermarias. Elas ficam desesperadas e, muitas vezes, a gente sabe que elas comem. Se pensar, uma mãe passa a noite inteirinha em claro, né? Custa passar a noite em claro, sem tomar um cafézinho, para se manter acordada e a gente ainda quer que elas fiquem atentas. Elas sentem frio, estão acostumadas a tomar um cafézinho”. (Júlia)

“As normas ... nem todas, né? Porque tem certas normas, aí, que ... por exemplo, a comida, o lanche não pode ser feito aqui em cima, não pode trazer e tem certas pessoas que tem hábito de comer muito e, aqui, é tudo limitado. Então, eu acho que isso aí ...

porque se tu tens o hábito em casa de comer tal coisa em tal hora e tu chegas aqui e tem que te sujeitar a isso aí, porque a norma do hospital é essa aí... Eu acho que isso aí é muito errado, eu não concordo com isso aí". (Márcia)

"Por exemplo, a norma de descer para o lanche... a mãe se afasta, a criança fica chorando. Pras mães também não ficam ... ficam sentindo de certa forma o filho. É uma das rotinas que eu acho ... que não deveria, deveria mudar". (Rosana)

"As normas e rotinas eu acho que são boas, mas eu acredito que, muitas vezes, é uma judiaria elas (as mães) terem que se afastar para se alimentar. Acredito que ela não vai comer tranqüila, bem, sabendo que o filho está lá em cima gritando. Acho que, daí, o refeitório era para ser como era antes: aqui em cima. Elas ficariam mais tranqüilas, qualquer coisinha elas estariam por perto". (Cláudia)

LEININGER (1978), nos diz que "os valores, assim como a cultura, se encontram internalizados nos indivíduos e constituem apenas uma abstração. A abstração dos valores culturais, pelo indivíduo, decorre do processo de aprendizagem da própria cultura. Nesse processo de aprendizagem, deve-se salientar que alguns valores culturais são condicionados no indivíduo pelo grupo social, de tal maneira que implica uma aceitação, até certo ponto, incondicional". Assim, verificamos, durante nossas reflexões que, até mesmo, as normas e rotinas precisam ser aprendidas e que as famílias têm condições de se adaptar a elas, mas que, muitas vezes, se violentam para fazê-lo, pois as mesmas são completamente contrárias aos seus costumes e valores. É, então, necessário que a enfermagem tenha esta compreensão para que não seja tão rígida, na hora de cobrar o seu cumprimento pelas famílias ou que, pelo menos, entenda o quão difícil pode ser para as famílias cumpri-las.

6.3- QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA NA UNIDADE DE PEDIATRIA ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS INTERNADAS: fatores que interferem, conforme a visão da equipe de enfermagem.

Ao utilizar-se de sua "autonomia", para adaptar uma norma imposta em favor da família, a enfermagem acredita prover uma melhor qualidade da assistência.

A equipe de enfermagem acredita que um fator positivo exercido por ela é o uso de sua autonomia para adaptar e, até mesmo, para transgredir normas impostas, a nós e por nós mesmas, no sentido de atender uma necessidade imediata da família. Isso transparece no depoimento a seguir:

“... eu acho assim óh ! Que, muitas vezes, ... mas as crianças que têm mais familiares no quarto e eu deixo ficar mais um pouquinho e, aí, chega a enfermeira ...”. (JÓ)

Mas ao mesmo tempo que achamos positivo adaptar normas, transgredi-las, sermos mais maleáveis com a família, nos sentimos atemorizadas e culpadas, pois temos sempre a noção do controle: - alguém está me controlando, me policiando, me julgando, podendo vir a me punir a qualquer momento. No caso do auxiliar de enfermagem, as pessoas que, geralmente, fazem isso são a enfermeira, o médico, ou seja, é sempre alguém hierarquicamente superior. Como o trabalho em saúde é um trabalho coletivo, ele exige que se tenha controle sobre ele. Segundo LIMA (1996), todo trabalho coletivo requer, em maior ou menor medida, uma direção, que estabeleça a harmonia entre as atividades e execute as funções gerais para a consecução do produto final. Cientes da necessidade de controle e da sua existência nas relações de trabalho, a equipe de enfermagem da unidade de pediatria o vê como algo positivo, daí que, quando transgridem, sentem-se ameaçadas e culpadas.

ERDMANN (1998) relata que, no ritual do cuidado, é marcada a existência do cuidador, onde as convenções e as regras estão presentes, onde o rito do que deve ser, do que é norma, do que é rotina remete o cuidador ao trágico, pois este só toma consciência de que suas atitudes e as situações em que se encontra no trabalho se esgotam, no momento de sua realização. Assim, percebemos que, em muitas situações, as regras e normas, muitas vezes, criadas por nós mesmas não dão conta daquilo para o qual foram criadas, precisando ser adaptadas, mudadas. Como cada profissional é dotado de certa autonomia, no ritual do cuidado, acentua-se, então, a relativização da liberdade dos cuidadores. A mesma autora apresenta que a liberdade profissional é relativa, pois os profissionais têm consciência de seus limites e determinações. No entanto, afirma que, no jogo das dominações, das imposições normativas, estes usam de astúcia, resistem.

Os limites determinados pelas regras se estruturam pelas políticas de pessoal,

material, espaço físico, espaço dos cargos/hierarquia, assistencial, burocrático-administrativo, cujos instrumentos normativos privilegiam a igualdade, a soberania, a controle e da sua existência nas relações de trabalho, a equipe de enfermagem da unidade disciplina, onde tanto o cliente como o profissional têm um papel a desempenhar dentro deste sistema, o de ser passivo (ERDMANN, 1998). A mesma autora nos revela que, no entanto, durante a prestação do cuidado, muitas vezes, o profissional se confronta com as regras para viver os desejos/ vontades de estar e ser com o outro, convivendo com o afeto, o ódio, os interesses de cooperar. Assim, a enfermagem precisa, dentro dos limites que lhe são impostos, evoluir, criar e interagir nos seus limiares próprios e, nesta perspectiva, em muitas situações transgridem as normas.

Assim, a transgressão vem sempre acompanhada de muito temor e de muita culpa. Percebemos, então, que não é interessante estar sempre transgredindo pois, se a norma precisa ser transgredida à toda hora, é porque ela não está mais dando conta do objetivo para o qual ela foi criada, necessitando, assim, ser reavaliada e modificada.

Muitas vezes, a enfermagem transgredir ou adapta as normas, quando, conforme o seu juízo de valor, a família “merece”.

No entanto, verificamos que nós adaptamos as normas e as transgredimos, geralmente, apenas, quando acreditamos que a família “merece”, conforme o nosso juízo de valor. Este merecimento depende do comportamento da mãe-participante, do que ela pensa, se ela pensa como nós. Assim, nós concedemos apenas para algumas, como uma retribuição por elas serem cooperativas ou, por esperar isso delas, mas não concedemos para outras que, ao contrário “atrapalham a equipe”, configurando-se esta nossa postura numa atitude punitiva e excludente, mesmo que isso ocorra de forma (in)consciente. Vejamos o seguinte depoimento:

“Às vezes, eu até concordo, às vezes, eu digo para certas mães que eu vejo que são caprichosas assim, né? Tá, tá bem. Porque tem mães que tu não podes deixar elas não fazerem mesmo... Eu digo pras mães, tem que fazer, eu não posso deixar de fazer porque depois quem vai ser cobrada sou eu, né”? (JÔ)

MARCON, ANDRADE e SILVA (1997) identificam que os enfermeiros percebem a presença da família no hospital, a partir de um esquema de condutas manifestadas frente

à equipe ou ao paciente, no nosso caso a criança. Portanto, avaliam seus comportamentos e esta avaliação leva-os a ter uma atitude favorável, quando a família ajuda (traduzida pelo apoio ao paciente e pela sua participação nos cuidados) ou desfavorável, quando a família atrapalha (quando se omitem no apoio ao paciente bem como na falta de integração ao cuidado).

Durante as reflexões, a equipe de enfermagem acredita que isto ocorra de forma inconsciente. Concluímos que, em nossa unidade, há abertura para o diálogo e para a negociação e que não há necessidade de sentimentos de culpa por transgredirmos as normas, pois tudo pode ser discutido e decidido coletivamente. Também surgiu o questionamento de que, se somos nós próprias que criamos as normas e rotinas que regem a nossa unidade de trabalho, uma vez que nossa instituição tem nos dado autonomia para elaborá-las, por que não as modificamos de forma que favoreçam mais as famílias sob nossos cuidados ?

No entanto, parte da equipe acredita que as normas e rotinas que temos são pertinentes, necessárias e que não necessitam ser mudadas, pois contemplam as “nossas necessidades”, plenamente. Percebe-se, assim, que realizar mudanças é uma coisa difícil e que requer tempo. Muitas de nós ainda resiste em abrir mão dos próprios privilégios, em favor das famílias, por acreditarem que o hospital é nosso território. Sendo assim, entendem que a família é quem precisa se adaptar completamente ao instituído por nós, pois se o instituímos, o fazemos para o seu próprio bem e para que o trabalho ocorra de forma “organizada”.

A imposição das normas para a família é vista pela equipe de enfermagem como algo negativo. A enfermagem precisa ser mais tolerante com as famílias.

Ainda, em relação às normas, apesar de identificá-las como necessárias e indispensáveis para operacionalizar e ordenar o trabalho, a sua imposição para as mães não é vista como algo positivo. Muitas acreditam que algumas normas são muito rígidas e difíceis de serem cumpridas e que algumas profissionais são muito rigorosas e intolerantes, frente à transgressão das normas pelas mães. Esta percepção é identificada a seguir:

“Tem umas que não são tolerantes, são agressivas. Eu acho que a equipe tinha que ser mais tolerante com as mães. Ah! Eu não sei, algumas são radicais com certas mães, no sentido das normas. Eu sou

ponderada mas, tem colegas que, assim ... tem que ser tudo certinho. Para mim, a gente tinha era que ter mais amor". (Glória)

"Acho errado isso aí ... pois a criança já tem que vir sem roupa ... A gente faz isso porque é rotina da unidade ... eu para mim ... a rotina do hospital é esta ... e elas não aceitam ... vai querer discutir com uma mãe, por isso ?" (Natureza)

Concordo com GERMANO (1993), quando afirma que, muitas vezes, o cliente é relegado a um segundo plano, passa a ter uma existência inautêntica no cotidiano do hospital, submetido a normas e rotinas, dominado pelos outros. Na maioria das vezes, sua vontade não é levada em consideração, nem suas crenças, seus valores, sua visão de mundo são valorizados e tudo isso cientificamente justificado pela norma. Tem que ser assim. Por quê ? Porque é norma, numa visão simplista, que denota ao cliente uma condição passiva, arreflexiva, não questionadora; considerando-o como alguém "descerebrado", infantilizado e coisificando o ser humano cliente, rotulando-o e relegando-o à condição de submissão.

O conhecimento de significados e visões de mundo dos clientes, da sua estrutura social, de seus valores culturais e dos usos da linguagem é essencial para guiar a enfermagem e suas ações, no fornecimento de cuidado cultural coerente (LEININGER, 1991). Se não os ouvimos e esperamos que apenas obedeçam, como acreditar ser possível prestar um cuidado de qualidade ?

No entanto, durante as reflexões em grupo, a equipe percebeu, assim como salienta HENCKEMAIER (1999), que ter que fazer parte de uma instituição, mesmo que temporariamente, cujo ambiente é diferente e permeado de normas e rotinas a serem respeitadas, a partir do momento da internação, também causa transtornos na vida familiar. Aí, é neste momento que o trabalho da enfermagem pode fazer diferença para estas famílias, ao exercermos nossas funções para além da competência técnica e partirmos para a vivência de um cotidiano cheio de relações, no qual, embora existam normas a serem cumpridas, porém, que sejam constantemente acomodadas, preservadas ou repadronizadas, em busca de padrões novos ou diferentes de cuidado que se apresentem ser culturalmente significativos e satisfatórios ou que dêem apoio a padrões de cuidado mais benéficos e saudáveis (LEININGER, 1988).

O uso do diálogo e da negociação nas comunicações entre a equipe de enfermagem e

as famílias sob seu cuidado é visto como um aspecto fundamental para a prestação de um cuidado de enfermagem de qualidade.

Um aspecto visto como fundamental para se prestar uma assistência de enfermagem de qualidade é o uso do diálogo e da negociação nas comunicações. Conversar com a família, de forma a informá-la a respeito do que se quer, ouvir o que a família tem para dizer e não impôr coisas para ela. Se utilizarmos o diálogo como estratégia, através dele poderemos mostrar nossa solidariedade, demonstrar empatia e, até mesmo, fazê-la sentir que podemos vir a nos tornar uma família substituta, ainda que provisoriamente.

SIMONTON (1990), MOTTA (1997) e DE SOUZA (1999) afirmam que a comunicação aberta com a família, ajuda na compreensão e aceitação da doença. Auxilia, também, na elaboração dos sentimentos complexos que surgem em decorrência da doença. A partir deste entendimento, discutimos que é através do diálogo que os laços de confiança entre enfermagem e família se estreitam, que a negociação dá-se pelo falar x ouvir e que o esforço do entendimento deve ser feito por quem quer comunicar, pois o objetivo da comunicação efetiva é entender e se fazer entender. Isto é verificado nas seguintes falas:

“ A gente tem que conversar... normalmente, eu procuro conversar com as mães, não brigar com elas... óh, tem gente que impõe para a mãe fazer, eu procuro conversar primeiro com a mãe, colocar para a mãe...”. (JÓ)

“... eu mesma gosto de fazer isso aí ... de conversar com as mães como se elas fossem até minhas irmãs, conversar com elas, participar. Às vezes, elas estão apavoradas. A gente explica o problema da criança, dentro daquilo que é permitido para nós da enfermagem”. (Simone)

“... a gente conversa com as mães, quando elas não entendem alguma coisa. Aí, a gente conversa, começa a dialogar com elas... Se a mãe está satisfeita e tranqüila, confiante na gente e no nosso trabalho, ela vai se sentir muito melhor em relação ao filho dela. Ela vai pensar que o filho está em boas mãos. Às vezes a enfermagem esclarece as coisas para ela e ela se sente muito mais segura”. (Júlia)

“A comunicação é fácil ... Às vezes, a gente pede uma

coisa e elas acham que não deveria ser assim. A gente explica de outra forma". (Júlia)

*"... a gente tem mais conversa com elas, elas têm mais liberdade de se expressar, de falar o que gosta e o que não gosta, se quer ficar junto ou não, na hora da injeção ... elas confiam, elas acreditam".
(Cláudia)*

CALLERY e SMITH (1991) referem que uma negociação satisfatória poderia reduzir o potencial de estresse e de conflito e prevenir problemas, ora encontrados na prática cotidiana, mas a escolha em negociar, segundo estes autores, é do enfermeiro, pois é ele quem tem o controle do território e sobre a informação. Relatam que, se o enfermeiro não quer negociar, os pais não estão numa posição de tomar a iniciativa.

No entanto, verificamos, durante nossas reflexões, que a equipe de enfermagem da pediatria tem a disposição de negociar e costuma utilizar o diálogo, em suas relações com o cliente. Isto diminui, mas não elimina, entretanto, o potencial de conflitos existentes na unidade. Nos questionamos, então, sobre o significado da palavra negociação. LEININGER (1991) relata que a negociação do cuidado inclui aquelas ações e decisões profissionais de auxílio, apoio ou de capacitação que ajudam os clientes a adaptarem-se a um estado satisfatório ou benéfico de saúde. Percebemos, que, muitas vezes, pensamos estar negociando com os clientes formas diversas de cuidado. Porém, na verdade, estamos apenas conversando, pois a negociação é mais do que isso, envolve o falar e o ouvir e, na grande maioria das vezes, apenas falamos.

Assim, é necessário que compreendamos o significado desta palavra para que possamos, então, implementá-la, de forma efetiva em nossas interações com o cliente/família presente na unidade.

Uma assistência de enfermagem de qualidade passa pelo conforto e apoio que a equipe de enfermagem possa propiciar à criança e sua família, durante a internação hospitalar.

A equipe identifica que uma boa assistência passa, também, pelo conforto e apoio que a equipe de enfermagem pode propiciar à criança e sua família. Algumas reconhecem que a unidade está organizada para atender, apenas, à criança e que outras medidas, ainda, precisam ser implementadas, no sentido de atender melhor à família dessa criança.

Refletiu-se que, se a família também fosse considerada como cliente isto, possivelmente, não aconteceria, mas como ela ainda não é vista desta forma é que os esforços são despendidos, no sentido de atender, basicamente, às necessidades, apenas da criança. A equipe percebe a necessidade de se proceder mudanças, neste sentido. Isto é identificado a seguir:

“... mais assim, de prestar uma melhor assistência, porque eu acho que o que é feito, já está sendo feito no sentido do conforto do paciente, mas, é claro, que a gente não pode deixar de pensar no conforto da família, conforto assim, digo de tranquilidade, de confiança, né?” (JÔ)

“A parte boa é que a gente também dá muito apoio para elas, a gente conversa muito, a gente procura ambientá-las ... como é que eu vou te dizer... é como se fosse da nossa família”. (Simone)

“... se a mãe tiver um apoio nosso, se a gente passar para ela aquilo de bom que a gente quer passar, ela vai ter outro modo com a criança... a gente passando uma coisa boa para elas, elas vão ter mais carinho com os filhos, vão ter mais cuidado”. (Simone)

SABÓIA (1997) relata que o enfermeiro necessita de uma grande carga de afetividade para bem exercer sua profissão. Para isso, não precisa mudar de vida, mas pode, certamente, ter um discurso e uma prática mais humana e participativa, na qual a família também possa vir a ser cuidada (apoiada e confortada) pela enfermagem. FRANCO (1988) identificou, em seus estudos com acompanhantes em hospital, que estes tendem a se desestruturar emocionalmente, mas buscam apoio na própria família, na equipe e nos acompanhantes de outros pacientes.

KOERICH e ARRUDA (1998) afirmam que a enfermagem, sensível à problemática do acompanhante, precisa considerar tanto seus aspectos físicos como os emocionais. Porém, para dar apoio efetivo às famílias, não basta ser sensível, é preciso buscar a resolução, especialmente, dos problemas que afetam o acompanhante, tais como encontrar formas de minimizar seu desgaste físico e emocional.

Em todas as ações de cuidado preconizadas para a enfermagem (preservação/manutenção, acomodação/negociação, repadronização/reestruturação) por LEININGER

(1991), estão contidas o construto “apoio ou auxílio”, assim, nos sugerindo ser função do enfermeiro apoiar seu cliente, de forma a capacitá-lo a manter ou buscar padrões mais satisfatórios de vida.

O fato de nos escondermos por trás da técnica, quando nos sentimos limitadas em atender as necessidades da família, nos distanciando dela, é visto como um fator negativo pela equipe de enfermagem.

Outro fator que interfere na qualidade da assistência que prestamos é o fato de nos distanciarmos da família, quando identificamos que o conjunto dos problemas apresentados por ela é tão grande (desemprego, falta de moradia, fome, miséria) que nós, como profissionais, com o nosso trabalho não reunimos condições para conseguirmos modificar. Quando isto ocorre, e é muito comum, procuramos refúgio no aspecto técnico do cuidado de enfermagem, por nos sentirmos agredidas pela realidade da família, originando sentimentos de impotência e desesperança. O seguinte depoimento tão bem demonstra isso:

“Então, que saúde é esta que ela já chega aqui só curativa e que não vai adiantar nada. A gente cura a crise e ela vai voltar para aquele problema dela. Isso me angustia muito. Por isso, que, muitas vezes, eu me distancio da família, que é para nem saber qual é o problema dela”. (LUA)

Para MIRANDA et al. (1991, p. 22), “a enfermagem busca através do álibi da tarefa, a sustentação de uma prática disciplinada e neutra”. LIMA (1996) acredita que este fato pode ser uma barreira de defesa para neutralizar a percepção de carecimentos da criança e da sua família. A enfermagem, pela proximidade com o cliente, ainda que involuntariamente, participa de “problemas” que extrapolam a sua área de competência; pode decorrer daí este mecanismo de defesa contra o potencial de sofrimento que esta situação veicula.

Durante as reflexões, emergiu a percepção de que fomos formadas em um modelo para a onipotência, no qual, ao identificarmos uma necessidade, esta precisa ser prontamente atendida. Só que, na prática, conseguimos resolver somente alguns problemas relativos a algumas poucas necessidades dos clientes. Muitos, relativos a outras necessidades, são da competência de outros profissionais ou instâncias. Porém, achamos

muito difícil conviver com estas restrições, com tudo aquilo que nos foge ao controle.

Verificamos que muitos dos cuidados que prestamos são os que viabilizam a cura e que, para executá-los bem, precisamos ser subsidiadas com bons materiais, área física adequada e, até mesmo, com um diagnóstico médico correto, dentre outros. Verificamos que, ainda, somos muito limitadas para interferir no ambiente do cliente, naquelas situações que fogem do âmbito de nossas possibilidades profissionais, porque não se restringem à área da saúde, apenas, mas a outros aspectos da vida. Então, nos escondemos atrás daquilo que melhor sabemos fazer: as técnicas. Parece, assim, que, se colocarmos, além da razão, a emoção naquilo que fazemos, nos colocaremos a descoberto frente ao cliente, tornando-nos frágeis e muito vulneráveis ao sofrimento presente em nosso cotidiano.

Porém, ignorar os problemas não os elimina, afastar-se do cliente não nos satisfaz; mas, em relação aos aspectos relativos aos cuidados de enfermagem, ficou evidente que somos nós que temos que reagir para mudar o nosso contexto de trabalho, e sair em busca de condições para poder melhor realizá-lo. Precisamos nos aproximar mais do cliente. Ainda mais que este parece ser um dos únicos momentos em que ele tem possibilidades de exercer a sua cidadania e usufruir de seus direitos. Justo aí, nós vamos nos afastar dele? Não, ao contrário, precisamos nos aproximar e procurar melhor conhecer seus problemas. Esta aproximação pode nos instrumentalizar, no sentido de nos possibilitar identificar outras necessidades que estejam ao nosso alcance atender, mas que o afastamento nos impede de identificar. Quem sabe, através desta aproximação, possamos confrontar o modelo biomédico vigente, neste contexto social ainda hoje hegemônico, com suas principais limitações, muito pouco explicitadas e discutidas.

A equipe de enfermagem identifica o seu despreparo para trabalhar com a família como um fator negativo da assistência prestada na unidade. É necessária uma maior instrumentalização da equipe para trabalhar e identificar a família como cliente.

Uma limitação da equipe de enfermagem, ainda, é a falta de preparo para “trabalhar com a família”, pois o fato de vermos apenas a criança como cliente parece que faz com que, durante todo este tempo, direcionemos nossos esforços somente apenas para ela. Apesar de trabalharmos junto com as famílias, ainda, nos falta preparo para vê-la como uma unidade de cuidado da enfermagem.

SABÓIA (1997) refere que, para que possamos desenvolver uma assistência

adequada, é necessária a nossa capacitação. Assim, percebo que é preciso instrumentalizar a equipe de enfermagem para perceber a família como cliente. NITSCHKE (1999) considera que, em tempos pós-modernos, há a necessidade de profissionais que, não se contentando com sua formação de base, pois a mesma não vem dando conta do cotidiano do trabalho e não lhes oferece possibilidades de responder a este mundo de conjunção, busquem em outras disciplinas diferentes saberes para contemplar, pelo menos um pouco mais, a complexidade do contexto no qual estão inseridos.

Para isso, precisamos de tempo e muitas reflexões para uma real tomada de consciência, neste sentido. Vejamos:

“O nosso relacionamento com as famílias é pobre, muito pobre... Em muitos casos, nós não vemos a família, eu não quero generalizar... e a gente trata com o povão, porque a nossa clientela é o povão, também tem isso. A gente não vê muito a família... realmente, a gente está aqui para servir, mas para servir o problema que a criança tem”. (LUA)

“Eu acho assim, que a enfermagem ainda não está preparada. Ela até pode achar bom a presença da mãe, mas não está preparada para trabalhar com a presença das mães”. (LU)

“... o nosso relacionamento ainda fica muito restrito ao paciente, à criança. A gente se esforça, uma ou outra pessoa ou alguém se interessa mais, dá uma atenção maior, mas, no conjunto, enquanto grupo, a enfermagem como grupo, ainda não atende à família, o acompanhante não... eu vejo muito em termos de sensibilidade. Eu acho que nós profissionais ... também, aqui, eu faço um parêntese, algumas pessoas são mais sensíveis, a gente percebe no grupo algumas pessoas mais sensíveis, mas nós, enquanto profissionais, não temos a formação direcionada para esta sensibilização”. (Elizabete)

“... falta um maior direcionamento para o atendimento da família. Se nós nos relacionamos bem com a mãe, esta confia no nosso trabalho, se sente segura e, aí, nós conseguiremos até bater bastante neste aspecto educativo...” (Flora)

O cuidado popular, muitas vezes, não é reconhecido pela equipe de enfermagem em

decorrência do relacionamento superficial que mantemos com as famílias. É necessário que o cuidado popular e o cuidado profissional, se impregnem um do outro, em nome de uma melhor qualidade da assistência de enfermagem.

Em consequência deste relacionamento superficial com a família, verificamos que, muitas vezes, não valorizamos o seu conhecimento. Partimos do pressuposto, ou melhor, do preconceito de que o cliente não sabe. O cuidado popular não é reconhecido, muitas vezes, nem como cuidado, pela equipe. Vejamos a seguinte fala:

“... o profissional acha, não são todos, mas o profissional acha que ele é quem sabe mais ali, o cliente não sabe nada”. (LU)

SABÓIA (1997) relata que a maioria dos profissionais da saúde, entre eles os da enfermagem, como se percebem peritos, acreditam deter o saber e, assim, deter o poder sobre a clientela, por isso, procuram manter certo monopólio sobre o conhecimento. No entanto, precisamos compreender que, quando um cliente emprega práticas populares de saúde, baseadas no seu conhecimento, na verdade, está buscando uma forma ideológica e social de tratamento mais próxima da sua realidade que, muitas vezes, o enfermeiro encontra-se despreparado para contemplar.

Durante as reflexões em grupo, houve consenso de que o cuidado popular também precisa ser valorizado pela equipe porque ele é um cuidado “recheado” de componentes afetivos que, muitas vezes, faltam no cuidado profissional. Por que o cuidado de enfermagem não pode, também, contemplar os componentes afetivos, se isso só depende de cada profissional ?

Para LENARDTH (1996), é necessário que o profissional detenha, além do conhecimento técnico, o sócio-afetivo, sendo importante para o processo de interação que a enfermeira seja passível de ensinamentos. Para isso, é necessário que ela acredite que estes possam vir também do paciente e sua família. HENCKEMAIER (1999) alerta-nos de que não somos “donos do saber”, precisamos estar abertos às diversidades possíveis no cuidado, dentro da instituição hospitalar; a busca do saber e instrumentalizar-se, continuamente, é que leva o profissional ao estágio de conscientização dos fatos, da realidade que o cerca, determinando a formação de uma postura ética e de compromisso.

LEININGER (1981), considera que cuidados populares e cuidados profissionais

são importantes, tanto para a equipe de enfermagem como para o cliente. Se ambos se aproximarem e se integrarem, evitaremos incongruências entre os valores que os permeiam e teremos mais chances de sucesso e de prestarmos um cuidado de qualidade.

Assim, podemos concluir que um precisa se impregnar do outro, incorporar o outro em nome da qualidade da assistência e que a hospitalização pode constituir-se num momento propício e o hospital parece ser um campo rico para isso acontecer.

Educar para a saúde durante a internação hospitalar repercute em uma assistência de qualidade.

Em relação ao aspecto educativo da assistência, este foi considerado como fundamental para se promover uma assistência de qualidade. A equipe identifica que a internação hospitalar parece ser um momento importante para se promover a educação do cliente para a sua saúde. A enfermagem, através da sua competência educativa, tem condições de interferir no processo saúde-doença da família, através dos conhecimentos transmitidos, para que ela possa readquirir a sua condição de saúde.

MENDONÇA (1987, p. 11) enfatiza que “a prática educativa deve incentivar a participação da população, a fim de contribuir para que os problemas de saúde possam ser compreendidos, além de suas manifestações individuais e imediatas. O enfermeiro tem papel fundamental como agente transformador, já que a ação educativa se constitui num dos componentes das ações básicas de saúde”.

Assim, podemos auxiliar a família a repadronizar sua forma de cuidar, através da educação, permitir que reflita e, a partir desta reflexão, mude ou não seus padrões de cuidado, conforme a sua vontade. Verificamos que a prevenção em saúde no nível hospitalar, se dá, basicamente, através da educação para a saúde. Quando educamos a família para a saúde de seus membros e esta age como um multiplicador de cuidados, na sua casa e na sua comunidade, estamos cuidando através do outro. NITSCHKE (1999) relata que isto é possível porque a família tanto se educa como também educa outras pessoas, desenvolvendo, através da educação, padrões dentro dos quais seus membros vivem.

No entanto, acreditamos que, neste aspecto, ainda apresentamos muitas falhas, precisando rever nossa atuação, de forma a instrumentalizar o cliente para o seu autocuidado. Algumas falas exemplificam esta postura:

“São poucos enfermeiros que fazem o papel educativo. O papel educativo é feito por poucos. É uma falha que precisa ser trabalhada e discutida. O auxiliar de enfermagem tem que, indiscutivelmente, trabalhar junto, pois ele é quem trabalha diretamente com o paciente. Muitas vezes, o enfermeiro não consegue chegar até o paciente e o auxiliar, então, deve educar para a saúde. Na Pediatria este papel é médio ...”. (LU)

“Mas tem algumas coisas ... como é que eu vou te dizer ... que elas poderiam adaptar, fazer melhor e, às vezes, é só uma coisinha e elas aceitam muito bem a gente ensinar elas ... esta mãe mais confiante terá mais capacidade para entender o que queremos dela, poderá refletir de qual a repercussão para o seu filho e tomará uma decisão mais pensada”. (Flora)

“Qualquer coisa a gente ajudar, a gente ir treinando, a gente ir ajudando ... No aspecto educativo aí ele falha na medida que a gente não tem um programa, uma rotina”. (Elizabete)

Durante as reflexões em grupo, verificamos que nós não conseguimos institucionalizar o educativo, o afetivo, o humanizado como uma norma, uma rotina, um programa, uma estratégia. Por isso, talvez, nós não os priorizamos. Nossas prioridades são estabelecidas em função do instituído, temos dificuldades em trabalhar, quando não há um programa formal. Trabalhamos bem, quando há uma norma, mas a educação pode ser feita a toda hora, a cada interação com o cliente. Pode ser feita, até mesmo, sem palavras, pelos exemplos dados, pelo trabalho desenvolvido, no dia-a-dia.

O acúmulo de tarefas interfere na qualidade da assistência de enfermagem prestada na unidade.

Atribuímos ao acúmulo de tarefas a nossa dificuldade em prestar uma assistência de enfermagem que dê conta dos vários aspectos envolvidos no cuidar. Referimos que temos que educar para a saúde, prestar o cuidado técnico, sermos afetivos, conhecer o cliente, administrar o cuidado, estudar, avaliar o cuidado que prestamos, nos relacionar com os colegas dos vários outros setores do hospital e com os colegas da própria equipe, tudo isso em apenas 6 horas de trabalho por dia e que isso é muito difícil para nós, nos limita na

nossa atuação e interfere no resultado do trabalho, pois o que ocorre, na prática, é que, quase sempre, nos direcionamos mais para um aspecto ou para outro, deixando sempre alguma coisa de lado. Esta percepção da equipe é corroborada por GONZAGA e ARRUDA (1998), quando relatam que o cuidado técnico não dispensa o cuidado afetivo-emocional, porque ambos não se separam, são um só afetivo e real, se complementam.

HENCKEMAIER (1999) refere que o cotidiano do enfermeiro é agitado, pois é permeado tanto por problemas meramente burocráticos, quanto por situações de grande complexidade e emergência, como uma parada cardio-respiratória, exigindo intervenção imediata. Apesar disso, ela entende que precisamos aproveitar outros momentos, então, para resgatar e aprofundar as relações com a criança e sua família, buscando, assim, prestar um cuidado mais humanizado.

Este acúmulo de funções, também, tem muito a ver com a forma de organização do trabalho na unidade. Vejamos a fala a seguir:

“... mas não é possível fazer tudo em apenas 6 horas de trabalho, porque está certo que vem o outro turno e continua o trabalho, mas, na verdade, eles não continuam, eles recomeçam tudo de novo”. (Rosana)

Durante as reflexões, verificamos que muito deste acúmulo de tarefas tem a ver, também, com muitas ações que ainda permanecem invisíveis porque são realizadas, mas não são registradas e, aí, perdemos argumentos que justificariam a necessidade da ampliação do nosso quadro de recursos humanos. Também, acredito que este acúmulo de tarefas tem a ver com a nossa dificuldade em delegá-las e em estabelecer prioridades. DAL SASSO (1995) acredita, assim como nós, que a estrutura organizacional, inflexível e autoritária incentiva a dependência e desestimula a iniciativa e a criatividade dos enfermeiros, ficando estes restritos à sobrecarga de trabalho e de atividades burocráticas que os afastam dos clientes. Em decorrência disto, a prática profissional torna-se limitada, incompleta e fragmentada.

As diferentes formas de prestar o cuidado e a contradição nas informações fornecidas à família pelos membros da equipe interferem, de forma negativa, na qualidade da assistência de enfermagem prestada na unidade.

As diferentes formas como os membros da equipe de enfermagem realizam o

cuidado interferem com a assistência de enfermagem prestada na unidade, pois suas diferenças também são percebidas pelas mães que, através do seu juízo de valor, decidem quais as que mais lhes satisfazem. Do nosso lado, isso pode ser conflitante, quando as formas como nós cuidamos são criticadas, em relação às outras formas de cuidar mais compatíveis com a percepção da mãe sobre o que seja cuidado, quando as nossas diferenças são colocadas sobre a mesa. LEININGER (1985) afirma que há diferenças culturais marcantes e algumas similaridades, no modo pelo qual as enfermeiras praticam o cuidado e no modo como os clientes esperam que este seja praticado. Para ela, essa diversidade de formas de cuidar será mais dominante, devido às diferenças marcantes na estrutura social e nos valores culturais dos indivíduos. Ela atribui como foco para a enfermagem os comportamentos personalizados de cuidado. Assim, cada pessoa cuida, conforme a sua visão de mundo e as suas experiências prévias, haja vista que uma das características do cuidado de enfermagem é que o mesmo é personalizado.

No entanto, percebemos que isto pode, até mesmo, ser um motivo de conflito entre as próprias colegas de trabalho. Assim, fazem-se necessárias discussões coletivas acerca das várias formas de realizarmos o nosso trabalho e de como valorizarmos nossas diferenças na hora de realizarmos a educação para a saúde. MACHADO (1997) compactua com esta percepção da equipe, ao relatar ser essencial que cada um dos seus membros transfira conhecimentos aos familiares, de modo que estes recebam informações de todos. É crucial, para ela, que todos os membros da equipe comuniquem uns aos outros a natureza de seu contato com a família e o que lhes é falado.

Mas, quando percebemos nossas diferenças, vemos a unidade como um espaço, não só de convergências, mas, também, de divergências. Ao que parece, estas divergências dificultam o aspecto educativo da assistência. Vejamos como pode se dar o enfrentamento deste fato pela equipe:

“É a mesma coisa com a equipe de enfermagem, que vai punccionar veia. Fulana faz assim, aquela faz assim e aí a gente fica naquela, como é que tu falas com a mãe ou será que tu te estressas? Ou tu ficas assim, eu sou assim. Então, a gente diz assim: - não, mãezinha cada uma tem um jeito de trabalhar. Às vezes, eu pergunto assim: - como que tu gostarias que a gente fizesse? Porque elas ficam, assim: lá na Santa Casa, faziam assim, na Beneficência faziam

assim e elas começam a cuidar e a cobrar da gente”.
(Maria)

“Tu vês, outro problema, quando eu vou ensinar é que elas ainda dizem: - a mas, a outra disse que eu posso usar talco, a tua colega disse que eu posso usar a mamadeira de casa. Então, nem entre nós. A gente tinha que dizer todo mundo a mesma coisa, né? Todo mundo sabe que não pode usar talco, que não pode usar a mamadeira de casa, que a daqui é esterilizada. Mas, até entre nós, a gente dá informação diferente, né? (Cristina)

“É muito difícil, tem que ter uma negociação e todo mundo junto falando a mesma coisa para que a gente coloque tudo isso, dentro da cabeça da mãe. Se cada pessoa que ela perguntasse, respondesse sempre a mesma coisa ...”. (Dadá)

Durante os trabalhos de grupo, verificamos que nós, como equipe, também, temos a necessidade de repadronizar o nosso cuidado, de forma que ele seja mais coerente. Para isso, é preciso que a equipe se conheça, pois verificamos que, dentro da própria equipe de enfermagem, existe a multiculturalidade e a diversidade cultural, embora com muitos fatores comuns nas suas muitas diferenças.

A falta de uma competência política, que alicerce o nosso fazer enfermagem, nos deixa alijadas, isoladas e limitadas no nosso pensar e agir. Este fato prejudica a qualidade da assistência de enfermagem prestada na unidade.

Durante as entrevistas realizadas, foi possível concluir que a enfermagem sente falta de uma competência política para alicerçar o seu fazer, enquanto prática social. Uma competência que poderia nos auxiliar a adquirir uma visão do todo, uma visão do coletivo, como mais do que a união das partes. Parece que ficamos alijadas do processo, como um todo, enquanto pensarmos no trabalho em saúde, apenas no sentido do trabalho da enfermagem, sem considerarmos que, no mesmo universo, circulam vários profissionais diferentes, com os seus fazeres regidos por uma mesma política de saúde. Parece que, sem esta competência, ficamos limitadas, isoladas, nos comportamos como um elo de uma corrente que, embora saiba qual o seu papel, ignora a existência da corrente como um todo e desconhece o papel dos demais. Esta competência nos daria maior subsídio na hora de planejar e implementar nossas ações, até mesmo, no sentido de podermos utilizar melhor

os recursos disponíveis na comunidade, em benefício do cliente. Como mostra a seguinte fala:

“Seria uma competência mais a nível de política de saúde que a gente ainda não tem. Quantas vezes surgem problemas que envolvem o Serviço Social e que, a gente até interfere e vai o Conselho Tutelar, ou a assistente social da prefeitura e a gente nem consegue ter o retorno. Não tem um retorno ... assim, será que teve continuidade o atendimento desta criança?” (Elizabeth)

Nas reflexões coletivas, verificamos que a falta desta competência e habilidade mostra o nosso isolamento e alienação dentro do sistema e a nossa necessidade de utilizar a comunicação para nos integrarmos melhor com os outros saberes e fazeres. A nossa incompetência política não nos permite transitar, com facilidade, dentro deste contexto. Se nós conhecêssemos melhor as políticas de saúde, talvez pudéssemos encontrar mecanismos, dentro da ação política, que nos permitissem ir além. Verificamos que, hoje, nos integramos um pouco, com o multi¹³ e o interdisciplinar¹⁴, mas, ainda, estamos longe de chegar a uma transdisciplinaridade¹⁵.

Muitas vezes, a enfermagem trabalha baseada em necessidades e prioridades que ela própria estabelece: nos falta preparo para atender as necessidades sentidas e manifestadas pela família.

Verificamos que, muitas vezes, nos falta preparo para atender às necessidades sentidas e manifestadas pela família, pois, geralmente damos atenção àquelas necessidades que achamos que ele tem. Normalmente, enquadrámos a família e “mapeamos” as suas

¹³ Multidisciplinaridade para GRECO (1994) é uma situação em que cada disciplina do conhecimento mantém o respeito pela área do conhecimento de outro, mas sabe que pode ter acesso a ela para colaborar, sem receio de ser considerado aventureiro, invasor ou algo semelhante.

¹⁴ GRECO (1994) acredita que a interdisciplinaridade vai muito além de uma simples ligação entre duas ou mais disciplinas, para ele trata-se de uma conciliação entre os conteúdos das disciplinas, mas a ultrapassa em muito, na medida em que se apresenta como busca de uma metodologia educacional que tem por objetivo a integração do conhecimento em busca de respostas para a problemática contemporânea.

¹⁵ Para GRECO (1994) atingiremos a transdisciplinaridade quando os produtores do conhecimento perceberem que cerca de 70% a 80% dos termos científicos que utilizam podem ser substituídos por outros passíveis de serem entendidos e partilhados, pelo menos, pela comunidade acadêmica. Assim, a transdisciplinaridade consiste em um processo formal de compatibilização de áreas do conhecimento, de currículos e de programas.

necessidades. Ou seja, nós trabalhamos com base em necessidades e prioridades por nós estabelecidas.

Assim, parece que não há muito espaço para que ela manifeste suas próprias necessidades e prioridades porque, geralmente, somos nós que as determinamos. Atribuímos um certo “status” para cada uma das necessidades que queremos atender. LEININGER (1991), partindo do pressuposto de que os seres humanos são seres culturais que, através de suas crenças, valores e normas de vida são capazes de determinar que tipo de cuidado desejam e querem receber de seus cuidadores, afirma que, para isso, precisam ser ouvidos. Assim, faz-se necessário aprendermos a negociar e a argumentar e tudo isso passa pelo diálogo para que este processo seja, realmente, uma construção coletiva.

O seguinte depoimento nos mostra como essa forma de atuação ainda está longe de se tornar realidade, enquanto perdurar a ideologia do certo, de uma única forma de fazer, independentemente das características e necessidades individuais de cada cliente:

“Mas para mim não, não me interessa se é preto, se é branco, se a mãe me trata mal, eu vou fazer o que tem que se fazer. Eu vou mostrar o lado que é certo, que eu aprendi como certo, que eu trabalho na ideologia do certo. Se ela vai aceitar ou não o problema é dela, mas eu vou tentar fazer. Vou fazer”.
(LUA)

ELSEN (1994) relata que, quando a enfermagem interage com a família, ocorre uma troca de saberes, onde ambas, a família e a enfermagem podem sair enriquecidas. Para ela, compartilhar saberes resulta na melhoria do processo de cuidar. CAMPOS (1994) refere que, para que consigamos transformar o processo de cuidar em uma construção coletiva, é necessário que haja uma progressiva desalienação dos profissionais de saúde que, ainda hoje, encontram-se distantes de seus clientes. Para este autor, é necessário que estreitemos o vínculo com os clientes para que, assim, possamos imprimir transformações em nossa prática.

Todos os clientes têm o mesmo direito de receber uma assistência de enfermagem de qualidade.

Um fator visto como importante para que a assistência de enfermagem seja de qualidade é “tratar a todos com igualdade”. Durante as reflexões, discutimos que esta

igualdade seria no sentido de percebermos que todos têm o mesmo direito de receber uma assistência de qualidade, não no sentido de excluir as suas diferenças, mas no sentido de que a qualidade viria, através da prestação de um cuidado personalizado. Já identificamos, anteriormente, que, se todas somos diferentes, a assistência tem que ser diferenciada também, personalizada. Esta igualdade seria no sentido de atender às individualidades como um direito de cada um. Para que isso seja possível, há a necessidade de conhecermos o nosso cliente, saber quais as suas necessidades, qual a sua realidade de vida. Um tratamento igualitário, mas não homogêneo, como ilustram as falas a seguir:

“Eu trato todas com igualdade...”. (Glória)

“Num grupo que trabalha com 6 pessoas, cada uma tem uma personalidade diferente e a gente tem que lidar com cada uma diferente”. (LUA)

Durante as reflexões coletivas, acreditamos que este, talvez, seja um dos maiores desafios da enfermagem, na atualidade, pois nos falta preparo para lidar com as famílias. Além disso, SABÓIA (1997) relata que, o atual Sistema Único de Saúde não conseguiu garantir direitos iguais para todos, pois, ainda hoje, os interesses da rede privada, do corporativismo da maioria dos profissionais, das multinacionais de remédios e equipamentos fazem da doença um negócio altamente lucrativo. Para haver mudanças na assistência à saúde, é necessária a mobilização das classes populares que, muitas vezes, desconhecem completamente seus direitos e deveres.

Um cuidado afetivo também repercute uma assistência de enfermagem com qualidade.

O componente afetivo do cuidado prestado pela equipe, também, é valorizado como importante para uma assistência de qualidade. Colocar-se no lugar do outro, ver o outro como alguém chegado a nós, alguém por quem temos carinho e afeto. NITSCHKE (1999) relata que, durante o trabalho com famílias, precisamos nos colocar mais como “pessoa”, inclusive exercitando “assumir o papel do outro”. Acreditamos que, quando nos colocamos no lugar do outro, podemos vê-lo como alguém que, mesmo dotado de uma pluralidade, possui, também, a sua singularidade, que precisa ser levada em conta na hora da prestação do cuidado. Podemos vê-lo sob outra ótica, não mais como um excluído, mas

sim, como uma possibilidade de ver o mundo através da sua visão, sob outra perspectiva, ampliando a nossa visão de mundo e, aí, talvez, entender como ele gostaria e mereceria ser tratado. Isto é verificado a partir da seguinte fala:

“E daí quando tu não tens um pouco de afeto, um pouco de ... talvez pular para o outro lado, sair do lado nosso de enfermeira e se colocar do lado do paciente, da mãe, do acompanhante. Então, aí, eu acho que entra a visão, eu me colocar do lado de lá. Se todas as pessoas fizessem isso já iria mudando alguma coisa”. (Elizabete)

7- AVALIANDO A PROPOSTA IMPLEMENTADA E TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS .

A implementação desta proposta, no início, mostrou-se muito trabalhosa, mas, aos poucos, foi se tornando muito gratificante, por perceber as várias discussões e reflexões que suscitou na equipe de enfermagem da Pediatria do H. U.

A elaboração de um marco referencial teórico foi muito importante para a realização deste trabalho, pois os pressupostos e os conceitos elaborados permearam, durante todo o tempo, a sua realização, servindo de referência para a confecção do instrumento de coleta de dados, conduzindo as reflexões coletivas e o ordenamento, análise e apresentação dos dados levantados.

Partir de um marco referencial teórico permitiu ampliar nossos conhecimentos acerca do tema. A partir dos pressupostos e conceitos apresentados, pudemos explicitá-los, avaliá-los e (re)elaborá-los, melhor'; alguns integralmente e outros em parte. Verifico que, principalmente, o conceito de "ser humano" foi trabalhado de forma que os "seres humanos" membros da equipe de enfermagem cresceram muito, a partir das reflexões individuais e coletivas, e os "seres humanos" membros das famílias, com certeza, tiveram seu espaço ampliado, na unidade de pediatria. Acredito que, aos poucos, estamos redefinindo nosso ambiente de trabalho. Muito, ainda, precisamos caminhar e refletir neste sentido, mas houve significativos avanços, traduzidos em sensíveis mudanças de atitude da equipe em relação às famílias.

Assim como LEININGER, acredito que a nossa prática profissional deva ser repensada e permeada pela utilização de conceitos baseados em teorias que contemplem o cuidado.

O referencial teórico utilizado auxiliou a identificar e apontar para a necessidade e a possibilidade da construção de sujeitos/objetos/clientes culturais no trabalho, traduzindo-se, tanto como os profissionais da equipe de enfermagem como os próprios

clientes/famílias, vistos como portadores de crenças, valores, visões de mundo próprias, originados tanto no sistema popular quanto no sistema profissional de cuidados, com repercussões na forma como se cuidam e cuidam de seus semelhantes.

Assim, foi a consciência da necessidade de ser prestado um cuidado de enfermagem mais globalizado, que atenda de forma efetiva e humanizada as necessidades da criança e de sua família, durante a internação hospitalar na Unidade de Pediatria, que me levou a construir este marco referencial teórico e optar pela proposta metodológica adotada. Através deste trabalho, percebo que há a possibilidade de reconstruirmos a realidade do cuidado. Hoje, já não é mais possível “prestarmos o cuidado de enfermagem” sem refletirmos acerca dele e da sua repercussão para a sociedade.

Durante o levantamento de dados, fiquei muito gratificada, por perceber que a equipe mostrou-se aberta, relatando suas percepções sem inibições e com muita naturalidade. Também, foi importante porque as entrevistas deram início às reflexões individuais acerca do tema escolhido, o que facilitou, posteriormente, as reflexões grupais.

A etapa de Diagnóstico da Realidade foi, para mim, a mais difícil. Assumira o compromisso de mostrar os aspectos apontados pela equipe, a respeito do tema abordado, durante as entrevistas. No entanto, não imaginara a grande heterogeneidade de percepções apresentadas por seus membros e, inclusive por mim. Outro fato percebido é que os dados, o tempo inteiro, se interpenetravam, levando-me, assim, a decidir apresentá-los, ainda em estado bruto, para que fossem analisados nos grupos de reflexão.

Nas reflexões em grupo, verificamos que, durante o período de trabalho, há espaço e tempo para que possamos discutir acerca do nosso fazer, desde que isso seja priorizado pela equipe e sentido como uma necessidade. Cada encontro foi realizado no Posto de Enfermagem da Unidade. Mesmo que a todo momento entrasse uma mãe, uma criança, um médico e as reflexões fossem interrompidas, logo após tais pessoas serem atendidas, se reiniciavam as discussões. A meu ver, isso se dava porque as discussões mostravam-se interessantes, todas queriam dar sua opinião, se fazer entender e, especialmente, conhecer o ponto de vista das colegas. Esta etapa auxiliou a que nos conhecêssemos e nos percebêssemos mais como equipe, que exercitássemos o diálogo como mecanismo fundamental da comunicação efetiva. Daí foi possível verificar que, geralmente, não sabemos nos comunicar efetivamente, pois, muitas vezes, dizemos uma coisa e outra coisa é entendida; parece que há muitas interferências na nossa comunicação.

Concluí que a transformação da prática assistencial em pediatria pode ser desencadeada, na medida em que a perspectiva assistencial voltar-se para a família no processo de cuidar em saúde. Promover mudanças nos hospitais, facilitando a participação dos pais no cuidado, traz consigo a necessidade de entender as suas atitudes e, também, as atitudes da própria equipe de saúde, que, dentro do hospital, pode ser a fonte maior de resistência às mudanças.

Investigar as atitudes da equipe pode evidenciar a aceitação ou rejeição do conceito de participação dos pais e, também, ajuda a identificar os problemas, barreiras e resistências potenciais que precisam ser previstos no planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação de um modelo de cuidado colaborativo. Verifico que não basta, apenas, promover a internação conjunta família/criança. É necessário, também, que a equipe de enfermagem mude sua atitude para com elas. As nuances do cuidado à família, colocadas no atual contexto na prática assistencial, precisam ser trazidas ao debate para que sejam criadas novas estratégias de atuação.

Durante a implementação da Prática Assistencial, os grupos de reflexão expuseram, de forma clara, muitas das limitações que interferem diretamente no nosso trabalho com as famílias e que dificultam a nossa compreensão em perceber a família também como cliente, como uma unidade de cuidado da enfermagem. Ainda, discutimos a necessidade de, coletivamente, buscarmos estratégias de enfrentamento para mudar a nossa forma de atuação frente às famílias e diferentes possibilidades emergiram destas reflexões.

7.1- Limites para um cuidar globalizado à família como cliente, durante a internação hospitalar da criança.

- nossa formação profissional, parece ser ainda muito tecnicista, na qual a ênfase na técnica sobrepuja o lado mais afetivo e humanizado do cuidado de enfermagem. Na busca por inculcar nos profissionais a necessidade de uma assistência individualizada, parece que não foi dada suficiente ênfase ao trabalho com a família, em que esta seja percebida, também, como uma unidade de cuidado. Desse modo, falta-nos uma maior instrumentalização para realizar o trabalho junto a elas;

- o modelo assistencial, ainda vigente e hegemônico, é o curativista. Percebe-se que este modelo não dá conta do social e trabalha muito mais em função da doença, apesar das Políticas de Saúde pregarem um modelo de assistência preventivo que trabalhe direcionado

para a saúde. Desse modo, o modelo assistencial vigente mostra-se como um modelo perverso e excludente, no qual a quase que exclusiva forma de se ser incluído é estar doente: assim, a doença parece ser o portal para a cidadania. Nós, enquanto profissionais da saúde, ainda trabalhamos pautados por este modelo contraditório que, geralmente, nos limita e nos deixa insatisfeitos e impotentes, por não encontrarmos no nosso fazer cotidiano suficientes referências para superá-lo. No entanto, acredito que, com o desenvolvimento deste trabalho, houve a percepção de que podemos mudar esta concepção essencialmente curativista para outra, embasada em referenciais que contemplem o ser humano na sua totalidade, como parece ser um bom exemplo a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

- a característica assistencialista das políticas de saúde parece dar conta de, apenas, resolver o hoje e o agora, sem grandes perspectivas para o amanhã, perpetuando a não reflexão e a não cidadania da maioria dos clientes com quem interagimos. Isso tem se constituído em limitações que dificultam nossas investidas em querer que eles mesmos assumam a responsabilidade pelo seu estado de saúde, que eles próprios participem mais ativamente do seu processo de autocuidado e que se tornem sujeitos de direito;
- a cultura pode se tornar uma barreira, muitas vezes, difícil de ser trabalhada para a prestação de um cuidado de enfermagem congruente com as necessidades da família. Frequentemente, na enfermagem, parece ocorrer um choque cultural entre o que ela acredita e o que a enfermagem acredita ;
- por nos considerarmos, muitas vezes, hierarquicamente superiores aos clientes, porque pressupomos que, ao determos o conhecimento científico, detemos poder, muitas vezes, nos fechamos à negociação, principalmente, quando discordam de nós, criticam o nosso trabalho e exercem o controle sobre o nosso fazer. Este fechamento nos impede de aceitarmos o cliente como alguém com o direito de participar, ativamente, da tomada de decisões acerca do seu processo de internação;
- o uso do controle e da dominação, de forma, muitas vezes, desmedida pela equipe de enfermagem sobre a mãe-participante, é um impedimento para uma comunicação efetiva e para uma relação mais empática entre ambas. Faz-se necessário que aprendamos a dosar melhor este controle e que consigamos cuidar sem dominar;
- parece que não sabemos trabalhar sem instituir normas, precisamos de normas para tudo, elas fazem parte da cultura hospitalar. No entanto, percebemos que algumas destas normas,

por serem bastante rígidas, têm tornado nossas relações com os clientes, muitas vezes, impessoais e burocratizadas. Isto porque estas normas mostram-se despojadas de componentes afetivos tão necessários ao cuidado de enfermagem, além de estarem distantes das necessidades dos clientes;

- o fato de esperarmos e necessitarmos que a família (mãe-participante) realize a extensão do nosso trabalho, torna, para nós, muito difícil vê-la como cliente; na maioria das vezes, a vemos apenas como cuidadora;

- a nossa formação para a onipotência, na qual a identificação de qualquer problema significa ter que resolvê-lo, nos causa muito sofrimento, pois nos coloca de frente com as nossas limitações, especialmente, quando, para sua resolução, há a necessidade de interferir no contexto do cliente;

- a heterogeneidade da equipe de enfermagem, em relação às visões de mundo e juízos de valor e de realidade diversos, geralmente, parece interferir, negativamente, na qualidade do cuidado de enfermagem prestado na unidade;

- a falta de uma competência política, que dê conta de uma visão acerca do coletivo do trabalho em saúde, nos impede de utilizarmos os recursos disponíveis na comunidade, em benefício do cliente.

7.2- Possibilidades para um cuidar globalizado à família como cliente, durante a internação hospitalar da criança.

- uma das possibilidades que se apresenta parece ser a de buscar, na universalidade e na multiculturalidade do cuidado, uma maior aproximação com as mães-participantes, no sentido de nos instrumentalizarmos para o trabalho com as famílias;

- a percepção da existência de dois modelos, o modelo assistencial biomédico, curativista, e o modelo assistencial epidemiológico, preventivo, e de que transitarmos por ambos em nosso cotidiano, de nos servirmos ora de um ora de outro, pode nos levar a um despertar, a uma tomada de consciência em busca de novas formas de atuação mais efetivas, nas quais a integração destes dois modelos nos subsidiem no cuidar, nos levem a transitar de forma mais prazerosa no mundo do nosso trabalho. Concluimos que o modelo biomédico, apesar de ainda hegemônico, não está a parte do modelo epidemiológico. O trabalho da enfermagem possui um importante potencial de cura, mas também de prevenção. O que ocorre é que, ainda hoje, não damos conta do cliente no seu contexto macro, ou seja, de

todos os aspectos da sua vida, além do seu processo saúde/doença. Acredito que uma abordagem assistencial voltada tanto para a criança como para a sua família pode nos auxiliar nesta aproximação, melhorar a nossa visão acerca do contexto macro do cliente. Por isso, acredito ser tão desafiador trabalharmos com a família. Um modelo assistencial que apreenda a criança e sua família como uma unidade de cuidado, que também cuida e que precisa ser educada para a saúde. Percebo que o que ocorre é que a equipe de enfermagem ainda não consegue entender como fazer a junção destes dois modelos. Ao meu ver, um dos caminhos seja trabalhar em um modelo transcultural, que resgate o contexto sócio-cultural em que nos inserimos.

- uma das possibilidades para cuidar de modo integral à família, parece ser procurar, na valorização do cuidado popular, o conhecimento da realidade vivida pelo cliente, do seu ambiente, para poder prestar um cuidado de enfermagem mais holístico. Este cuidado mostra-se repleto de componentes afetivos que, muitas vezes, faltam no cuidado profissional. Assim, faz-se necessário que um se impregne do outro, que um incorpore aspectos positivos do outro. Acredito que isto seja possível no âmbito hospitalar, durante o compartilhar com as famílias o mesmo ambiente, bem como valores, crenças, normas e práticas de vida;

- através da nossa competência educativa, precisamos investir na capacidade e no potencial da família para a aprendizagem de cuidados que possam instrumentalizá-la para interferir, positivamente, no seu processo saúde-doença. Verifico que este trabalho, através da reflexão acerca da nossa competência educativa, nos propiciou resgatar o que seja “ser família saudável”, mesmo durante a internação hospitalar da criança/ um de seus membros. Além disso, nos possibilitou cuidar a família e enfatizando a educação para a saúde, considerando suas práticas de saúde. Através do aspecto educativo do cuidado, percebo que os comportamentos de saúde e doença podem ser aprendidos e que a afetividade pode ser resgatada no cuidado, se nossa ênfase for na unidade familiar e não apenas na criança hospitalizada;

- precisamos, também, utilizar a comunicação como fomentadora de uma interação enfermeiro x cliente mais efetiva; a argumentação como habilidade embasadora do diálogo e a negociação como habilidade resolutora de conflitos. Através da comunicação e da negociação, aprenderemos a dividir responsabilidades com as famílias. Percebo que cuidar de famílias mexe com a realidade institucional e com as políticas sociais vigentes, o que

significa divisão de saberes e exercício de cidadania, um desafio a ser ainda conquistado por nós;

- utilizar sempre, de forma consciente, ampla e crítica, as ações de cuidado propostas por Leininger, de preservação cultural de cuidado, acomodação cultural de cuidado e repadronização cultural de cuidado, tanto em relação ao cliente/família como a nós mesmas como equipe, de forma que o cuidado torne-se, realmente, o resultado de um processo constituído por ação-reflexão- ação;

- a identificação das necessidades da família, durante a internação hospitalar da criança, de forma tão clara pela equipe de enfermagem, pode servir de alicerce para um cuidado de enfermagem mais humanizado, na qual o discurso passe, a partir das reflexões realizadas, coletivamente, para a prática, de forma efetiva;

- utilizar as normas e rotinas, reconhecidas por nós como tão necessárias e indispensáveis para a melhor operacionalização da assistência e não mais, apenas, em proveito do nosso próprio trabalho, mas procurar reformulá-las, de forma que elas atendam às necessidades tanto da enfermagem como da unidade familiar, dentro do possível. Para isso, elas necessitam ser constantemente revistas e avaliadas pela equipe e pelos clientes;

- exercitar a tolerância, a não radicalização e a solidariedade com a clientela e entre os membros da equipe de enfermagem, apoiar e confortar a família, durante a internação da criança;

Assim, percebi que, através da realização desta pesquisa, o objetivo de levar a equipe de enfermagem a refletir, de forma coletiva, a respeito da família como cliente, na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. foi alcançado. Houve o acolhimento da proposta pelo grupo de trabalho. Durante as reflexões, eram comum falas como : - *“é mesmo, eu nunca tinha pensado por esse lado aí, a gente faz isso mesmo”*, - *“é temos que rever isso, é preciso mudar muita coisa”*, *“- e, agora, o que vamos fazer com isso ?”*, e outras que mostram a relevância do trabalho realizado.

Verifico que as reflexões ocorreram em alto nível, o diálogo e o respeito permearam todas as etapas do método utilizado e houve um grande crescimento da equipe, verificado através da mudança de atitudes de muitas colegas em relação às famílias presentes na unidade. Percebo a existência da vontade de promover, efetivamente, mudanças no seu fazer e no seu cuidar. Assim como LEININGER (1991) e

HENCKEMAIER (1999), acredito que a prática profissional dos enfermeiros deve ser repensada e permeada pela reflexão, na utilização de conceitos baseados em teorias que contemplem o cuidado.

Hoje, a partir deste trabalho, muita coisa foi mantida, negociada, e, até mesmo, repadronizada. Observo que o diálogo entre equipe de enfermagem x mãe-participante vem acontecendo, desde então, de forma mais fluente e, até mesmo, descontraída, relaxada e natural. Mães “internadas” com seus filhos na unidade de Pediatria, também passaram a ser cuidadas pela equipe de enfermagem. Isto é verificado, através de várias observações realizadas na unidade. Muitas necessidades, ainda, são atendidas na medida da possibilidade que a realidade institucional nos permite, enquanto outras, ainda, precisam ser aclaradas e refletidas, em busca de soluções mais eficazes e duradouras.

A seguir, apresento alguns exemplos que comprovam estas mudanças ocorridas. As cadeiras onde as mães ficavam sentadas foram substituídas por poltronas estofadas que deitam; curativos em episiotomias e incisões de cesárea, que eram realizados apenas na unidade de Pronto Atendimento, passaram a ser realizadas, por algumas profissionais, na própria unidade para maior conforto das mães; é comum ouvirmos colegas combinando com as mães o cuidado da criança, quando da sua descida para fumar ou se alimentar; verifica-se que se dá maior importância às informações a serem dadas para a família. Mães são mais freqüentemente chamadas ao telefone para se comunicarem com suas famílias, principalmente, as que moram longe ou, até mesmo, em outras cidades.

Em relação à presença do pai na unidade, hoje, os pais já estão ficando junto aos filhos e sendo ensinados a prestar-lhes cuidados diretos. A permanência do pai na unidade, no entanto, ainda continua sendo problemática. Sempre que os pais querem ficar, nós os colocamos na enfermaria de isolamento, onde pai e criança não dividem o mesmo espaço com outras famílias. Quando tentamos colocar um pai na mesma enfermaria com outras mães, o que ocorreu foi um constrangimento tanto para este pai como para estas mães, principalmente, quanto ao uso do mesmo banheiro e ao dormirem muito próximos, mães estarem amamentando seus filhos, etc. Inclusive, nesta situação, por não termos naquele momento a enfermaria de isolamento disponível, esta família (pai/filho) foi alocada em uma enfermaria semi-privativa. Outra alternativa utilizada foi a de “isolar” uma enfermaria de três leitos para que determinado pai pudesse ficar junto com o seu filho. Assim, verifica-se que, ainda, não sabemos muito bem como proceder para garantir o direito de

permanência do pai na unidade, de forma menos problemática, tanto para as famílias como para a equipe de enfermagem. Além disso, a resistência de alguns membros da equipe de enfermagem à presença do pai na unidade, ainda, não foi ultrapassada.

Para que pudéssemos manter/acomodar, repadronizar alguns aspectos relacionados a nossa atuação profissional, frente às famílias, foi necessário que, primeiro, explicitássemos nossas crenças e valores e nossa compreensão sobre a família na pediatria para, depois, então, podermos direcionar nossas ações de enfermagem para elas.

Percebo que ter servido de facilitadora¹⁶ foi importante para dar início ao exercício da reflexão, durante o horário de trabalho. Depois do tema proposto nesta prática, vários outros temas foram trazidos pelo grupo para virem a ser discutidos de forma coletiva como, por exemplo, as falhas na nossa comunicação com os outros setores do hospital, a administração de medicamentos na unidade, a necessidade da educação continuada em serviço. Além disso, há a cobrança das colegas em dar continuidade a este trabalho, de forma que seu tema seja discutido, até a família ser melhor assistida na unidade. Sinto-me recompensada, pois percebo que, de uma certa forma, houve uma certa repadronização na nossa forma de atuar junto às famílias, sendo que muitas outras coisas ainda precisam mudar.

Cabe aqui, ressaltar que também faz-se necessário para um assistir globalizado às famílias sob nossos cuidados, incluir os outros membros da equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeuta, serviços gerais, copa, estagiários) nas discussões acerca do nosso cotidiano de cuidar. Durante os encontros coletivos, foi comum membros da equipe multiprofissional que estavam no plantão entrarem no posto de enfermagem, ouvirem as discussões e, também, darem suas opiniões sobre o que se discutia. Além disso, outros membros da equipe multiprofissional, ao saberem da realização do presente trabalho mostraram-se interessados em participar e conhecer os seus resultados. Assim, ainda há a

¹⁶ BORDENAVE e PEREIRA (1993) relatam que toda prática pedagógica deve ser mediada por um professor/facilitador. Neste caso o facilitador, foi o enfermeiro. O papel do facilitador difere fortemente do convencional e o processo dialógico é assumido no trabalho de facilitação pelo planejamento e pela execução do processo educativo. O facilitador constrói junto com a sua equipe de enfermagem (no caso) as concretas relações entre teoria e prática e a realidade, na convicção de que o sujeito aprende a partir do seu referencial (visão de mundo, formas de pensar e agir). Isto coloca o facilitador como coadjuvante do sujeito, num encontro dele mesmo com a sua realidade concreta. Uma prática pedagógica, assim buscada, envolve o risco das novidades, das novas idéias, das novas formas de enfocar problemas e de colocar na mesa as questões, analisando também as falhas ou implicações igualmente como fontes de aprendizagem. Assim, o facilitador auxilia a equipe a admitir o equívoco ou o erro como possibilidade de renovação da sua prática e da sua realidade.

necessidade de extrapolarmos da equipe de enfermagem para a equipe multiprofissional e transdisciplinar, incluindo todos os seus membros nas discussões e reflexões, de forma que a assistência prestada na unidade torne-se realmente transformadora.

Verifico que, muitas vezes, nossa atuação junto às famílias é muito contraditória e que a realização da prática assistencial apresentou, por vários momentos, e de forma clara, o nosso conflito entre o discurso e a prática, os nossos hiatos, enquanto trabalho coletivo, mas, acredito que temos potencial para torná-la mais transformadora da nossa própria realidade e dos clientes. Sei que este processo de transformação é lento, mas a equipe demonstrou que conhece as suas limitações. Todavia, a meu ver, o principal foi perceber a sua capacidade em apontar, também, as possibilidades de mudanças possíveis de serem implementadas a curto, médio e longo prazos. Muitas das possibilidades apontadas pela equipe, para melhorar a nossa atuação, não são utópicas. São possíveis de serem implementadas, o que mostrou para o grupo, a força de uma construção coletiva, quando há o comprometimento, se não de todos, pelo menos da grande maioria dos seus membros.

Há muito tempo havia verificado o quanto é difícil promovermos mudanças em nosso ambiente de trabalho, principalmente quando estas mudanças requerem um esforço coletivo da equipe. Com a realização deste trabalho, verifiquei que as resistências existem e que, para promovermos mudanças, é necessário, principalmente, tempo, argumentação e negociação, além de outras prerrogativas. Mas, este trabalho também me mostrou o grande potencial da enfermagem e o seu significativo papel no processo de mudança das práticas de saúde. Para conseguirmos efetivar as mudanças, é necessário estarmos qualificadas, termos um projeto de vida, termos liberdade de ação e, acima de tudo, apoio da instituição à qual estejamos vinculadas.

As mudanças ocorridas na forma de organização da assistência à criança hospitalizada, a partir da inserção da família no ambiente hospitalar e sua participação no cuidado, ainda, não se encontram bem definidas, estando em um processo de construção e de debate das possibilidades de (re)organização da prática assistencial. Acredito que, no momento em que conseguirmos definir qual o papel da família no cuidado à criança, avançaríamos muito nesta direção. Para que isto ocorra é necessário, ainda, muitas discussões e reflexões entre as famílias e as equipes de trabalho.

É preciso melhorar a negociação do cuidado nas unidades pediátricas. Para isso, mostra-se necessário superar práticas e estruturas arraigadas na representatividade

hierárquica do poder, que caracteriza a assistência no hospital. A superação destas adversidades exige um dinamismo na conciliação e potencialização dos interesses privados de pais e enfermeiros que, só na construção de um espaço público competente e legítimo, pode tornar-se possível.

A humanização da assistência não abole o profissionalismo, como muitos podem pensar. Ao contrário, abole a burocracia e, em seu lugar, coloca a competência do humanismo. A equipe de saúde, lançada no mundo do hospital, vivencia, talvez, os aspectos mais profundos da existência humana e revela, no seu fazer profissional, os significados que atribui a esta existência humana, de forma (in)consciente. Acredito que é assim que o compartilhar com as famílias do mundo do hospital a existência de ambas torna-se uma existência coletiva.

Ao invés de soluções prontas, que o outro percebe, muitas vezes, como distantes de sua própria vida, a enfermagem pode oferecer espaço e oportunidade para que ele entenda e defina seus problemas a partir de um quadro pessoal de vivências. Dá-lhe condições de liberdade psicológica para elaborar planos de ação coerentes com sua visão de mundo e com os recursos de que dispõe como, também, para considerar propostas que lhe são apresentadas como alternativas.

Se aprendêssemos a valorizar mais as nossas experiências cotidianas, maiores seriam os avanços na enfermagem como um todo. Acredito que é, através da integração entre teoria e prática, que poderemos ampliar os nossos horizontes e compartilhar os avanços, tanto com os enfermeiros que estão atuando na prática, quanto com aqueles que se dedicam ao ensino e a pesquisa. Mostra-se fundamental que estas discussões sejam trazidas para a equipe para que todos possam incorporar conhecimentos. A constante busca de um preparo mais adequado para trabalhar com questões de diversidades culturais deverá fazer, cada vez mais, parte das discussões acerca da enfermagem, tendo como foco o cuidado cultural.

Para acomodar/negociar/repadronizar, é preciso que a enfermeira realize um trabalho educativo, tenha disponibilidade, abertura para a mudança de comportamento, comprometimento, capacidade para analisar as possibilidades e limitações da capacidade das mães, da família e da equipe de enfermagem, melhorando sua qualidade de vida. Com esta proposta de trabalho, aqui apresentada, a enfermagem e a família tornam-se uma unidade de cuidado de saúde. A própria família, com a sua participação, nos auxilia a

detectar problemas e necessidades, discutir diagnósticos, determinar objetivos e aplicar um plano de ação. Quando isto ocorre, estamos transpondo um modelo assistencial, no qual a discussão da hegemonia de um modelo sobre o outro torna-se um discurso ideológico e vazio.

Este trabalho nos possibilitou repensar a forma de ver a família, não apenas como cuidadora, mas, também, como cliente, com direitos e necessidades a serem atendidas; como colaboradora do cuidado, nos faz ver que o cuidado não é uma prerrogativa apenas da enfermagem.

Ao analisar as **questões educativas da Prática Assistencial**, vejo que elas foram trabalhadas, a partir da minha proposta inicial: a educação como um processo cultural e interpessoal que visa construir conhecimento e conhecer o conhecimento construído. Acredito que as reflexões grupais possibilitaram que o conhecimento de cada uma fosse exposto, livremente, e, desta forma, fosse, então, socializado. O conhecimento não foi cerceado, à medida que cada uma pôde expor seu pensamento, de forma crítica e autônoma, contribuindo, assim, para a construção de uma consciência coletiva. Percebo, no entanto, que cada membro da equipe de enfermagem participante desta prática necessita de um tempo próprio para incorporar as reflexões e fazer a sua catarse, participar deste processo sócio-individual de conscientização, num ir e vir entre os ambientes interno e o externo do seu próprio eu .

Ao analisar as **questões éticas da Prática Assistencial**, percebo que a equipe não se despojou delas em nenhum momento do trabalho. Elas permearam todo o desenrolar das discussões, no momento em que a forma como nos comportamos e pensamos acerca do assunto foi exposta de maneira clara e simples, numa demonstração do comprometimento do grupo em conhecer a realidade para, a partir daí, proceder ou não mudanças . Apresentamos nossas limitações e fragilidades, de como participamos do processo saúde-doença do cliente; fizemos denúncias sobre o sistema de saúde, no qual estamos inseridas; apresentamos muitas contradições entre o eu profissional e o eu cliente; expusemos o jogo de poder e dominação existente no nosso fazer profissional, nossos preconceitos, o entrave cultural com o qual nos deparamos, o dilema entre a família continuar sendo cuidadora da criança ou ser percebida, também, como uma parceira que cuida, mas, também, precisa ser cuidada; o uso das normas e rotinas como cerceadoras do cliente, entre outros. Assim, acredito que várias questões éticas foram apresentadas e trabalhadas pela equipe, a partir

da problematização do cotidiano profissional, focalizando o cuidado da criança e a relação da enfermagem com a sua família.

Cabe, aqui, ressaltar que nem todos os membros da equipe de enfermagem da unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. encontram-se no mesmo nível de compreensão e de reflexão, em relação a nossa prática assistencial, haja vista a grande heterogeneidade da equipe. Muitas concordam e já promovem mudanças na sua forma de cuidar a criança e sua família, outras acreditam que nem tudo deve ser mudado e outras, ainda, acreditam que a forma como estamos organizadas e prestamos a assistência de enfermagem na unidade é a mais adequada, não necessitando de nenhuma mudança. Acredito, no entanto, que cada ser humano precisa de um tempo próprio para refletir acerca das suas crenças, valores e normas de vida que repercutem na sua prática e que, por isso, com a continuidade das reflexões sobre o nosso cotidiano, cada membro da equipe poderá, aos poucos, incorporar novas crenças, valores e normas, de modo a ir acomodando, negociando e repadronizando, também, a sua forma de cuidar.

Quanto a mim, a partir da avaliação da Prática Assistencial que fundamentou este estudo, percebo a necessidade de continuar minha caminhada, no sentido de analisar melhor e mais detalhadamente os motivos que levam a equipe de enfermagem a, muitas vezes, dissociar a unidade familiar, durante a internação hospitalar da criança, a analisar nossas relações com o cliente/família, durante o compartilhar o mundo do cuidado representado pelo hospital. Apesar da equipe apresentar a vontade de realizar algumas mudanças neste sentido, este trabalho deixou claro que há um longo caminho a ser percorrido, até alcançarmos este objetivo. Pretendo partir da análise dos limites e possibilidades apontados, durante esta Prática Assistencial, como forma de melhor instrumentalizar tanto a mim como a equipe para o trabalho com as famílias .

Contribuiu para o meu saber e para o meu ser, aumentou o meu comprometimento com as famílias. Não somos os donos do saber, enquanto acreditamos num cuidado cultural coerente, mas sim profissionais preparados para atender o ser humano e a família, estando abertos às diversidades possíveis no cuidado, dentro da instituição hospitalar.

Acredito que este trabalho amplia a visão da família como cuidadora que precisa ser cuidada e serve, também, de fonte de pesquisas, em relação a aplicação de teorias com equipes de enfermagem e famílias como clientes. Espero que possa servir de referências para reflexões, ampliando-as para qualquer setor que trabalhe com famílias.

8- BIBLIOGRAFIA

- ALCÂNTARA, J. A Puericultura no Brasil. **Jornal de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria.v.66,jan/mar. 1990.
- ALTHOFF, C. R. et al. Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 320-327, mai./ago. 1998.
- ANDERS, J. C. **A família na assistência à criança e ao adolescente submetidos ao transplante de medula óssea**. Ribeirão Preto, 1999. 158 p. Dissertação de mestrado-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem**. São Paulo, 1997. 126 p. Tese (livre docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ANGELO, M.; VERÍSSIMO, M. de La Ó. R. O papel da enfermeira centrado na criança e na família. In: SIGAUD, C. H. S; VERÍSSIMO, M. de La Ó. R. (orgs.) **Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo, EPU, 1996, p. 89-96.
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.
- AZEVEDO, A . C. **Perspectivas do hospital como elemento do sistema de saúde**. Ver. Paul. Hosp. , São Paulo, v. 39, n. 5/6/7/8, p. 55-63, 1991.
- BANTON, M.; LUM, B. Education for the new mother and her family. In: LITTLEFIELD, V. M. **Health education for women a guide for nurses na other health professionals**. Connecticut: Ed. Appleton- Century – Crafs/ Norwalk, 1986. p. 303-308.
- BARLETT,E. , WINDSOR,R. Health education and medicine: Competition ? **Health Educ. Quart.** 12:219 - 229, 1985.

8- BIBLIOGRAFIA

- ALCÂNTARA, J. A Puericultura no Brasil. *Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria.*v.66,jan/mar. 1990.
- ALTHOFF, C. R. et al. Família: o foco de cuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, v. 7, n. 2, p. 320-327, mai./ago. 1998.
- ANDERS, J. C. A família na assistência à criança e ao adolescente submetidos ao transplante de medula óssea. *Ribeirão Preto, 1999.* 158 p. Dissertação de mestrado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- ANGELO, M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem. São Paulo, 1997. 126 p. Tese (livre docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ANGELO, M.; VERÍSSIMO, M. de La Ó. R. O papel da enfermeira centrado na criança e na família. In: SIGAUD, C. H. S; VERÍSSIMO, M. de La Ó. R. (orgs.) *Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente.* São Paulo, EPU, 1996, p. 89-96.
- ARIÉS, P. *História social da criança e da família.* Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.
- AZEVEDO, A . C. Perspectivas do hospital como elemento do sistema de saúde. *Ver. Paul. Hosp.* , São Paulo, v. 39, n. 5/6/7/8, p. 55-63, 1991.
- BANTON, M.; LUM, B. Education for the new mother and her family. In: LITTLEFIELD, V. M. *Health education for women a guide for nurses na other health professionals.* Connecticut: Ed. Appleton- Century – Crafs/ Norwalk, 1986. p. 303-308.
- BARLETT,E. , WINDSOR,R. Health education and medicine: Competition ? *Health Educ. Quart.* 12:219 - 229, 1985.

- BARTON, W. G.; BARTON, G. M. **Ethics and law in Mental Health Administration**. New York. International Universities. 1984.
- BIASOLI – ALVES, Z. M. M. et al. Mudanças nas relações entre gerações em família brasileira de camada média. **III Conferência Ibero-Americana sobre Família**. São Leopoldo, RS, 1995.
- BIEHL, J. I. et al. **Manual de enfermagem em Pediatria**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1992.
- BIELEMANN, V. L. M. **O ser com câncer – uma experiência em família**. Florianópolis. UFSC, 1997, 172 p. Dissertação de Mestrado. Curso de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- BLEGER, A. Emotional Deprivation in infants. **J. Pediat.**, 35: 512. 1966.
- BOHES, A. E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família**. Florianópolis: UFSC, 1990. 188 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- , Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. In: ELSÉN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994. P. 122-137.
- BOMAR, P. J. Perspective on family health promotion. **Family Community Health**, Rockville, v. 12, n. 4. p. 1 - 11, 1990.
- BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação ?** 4 ed. , São Paulo: Brasiliense, 1986.
- ; PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino Aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- BOUSSO, R. S. Reflexões sobre o papel da enfermeira que atua em UTI pediátrica: aspectos emocionais em relação à família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 21, n.3, p. 249-253, dez. 1987.
- BOWLBY, J. **Maternal care and mental health**. Genebra, WHO, 1951. P. 4 (Monograph series, n. 2).
- , **Cuidados maternos e saúde mental**. 3. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

- BRAGA, J. C.S ; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência Estudos de Política Social**. São Paulo: CEBES - HUCITEC, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, Ministério da Saúde, 1991. p 110.
- BROWN, J.; RITCHIE, J. Nurses' perceptions of parent and nurses roles in caring for hospitalised children. In: **Children's Health care**, v. 19, n. 1, p. 28-36, 1990.
- BRUNNER, L.; SUDDARTH, D. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. V. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
- CADETTE, M. **Ação educativa participante: a mãe como sujeito do processo**. São Paulo. Dissertação de mestrado. USP. 1985.
- CALLERY, P. Caring for parents of hospitalized children: a hidden area of nursing work. **Journal of Advanced Nursing**, n. 26, p. 992-998, 1997.
- ; SMITH, L. A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalized children. **Journal of Advanced Nursing**, n. 16, p. 772-781, 1991.
- CAMUS, L. Algunas variables a considerar en la educación del enfermo crônico. **Rev. EPAS**. Chile, v.7, p. 23-25, junho. 1990.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. O . C. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. P. 29-87.
- CARDENAS, A. **El Psicoanálisis de Niños y sus Aplicaciones**; Ed. Sociedade Paidós, Buenos Aires. 1994.
- CARTANA, M. H. F. **Rede e suporte social das famílias**. Florianópolis, UFSC, 1988. 157 p. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- CARTER, E.; GOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.
- CECCIN, R. B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIN, R. B.; CARVALHO, P. R. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**, Porto Alegre: editora da Universidade/ UFRGS, p. 27-41, 1997.

CESTARI, M. E. **Desenvolver a consciência crítica: uma proposta de ensino.** FURG, 1997. 73 p. Relatório de Prática Assistencial – Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

CHALUB, M. Prefácio. In: SILVA, M. da G. R. **Prática médica: dominação ou submissão ?** Rio de Janeiro: Zahar, 1976. P. 5-6.

CHAMBERS, M. Who speaks for the children? **Journal of Clinical Nursing.** V. 1, p. 73-76, 1992.

Código de Deontologia da Enfermagem – COREN/RS; jan., 1978.

COLLET, N. **Transformações no ensino das técnicas de enfermagem pediátrica.** Ribeirão Preto, 1995. 195 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, 1995.

-----; OLIVEIRA, B. R. G. Criança hospitalizada sem acompanhante: experimentando o sofrimento. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 7, p. 255 – 267, mai. / ago. 1998.

-----; ROCHA, S. M. M. **Transformações no ensino das técnicas de enfermagem pediátrica.** Goiânia, AB, 1996. 146 p.

------. **Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico.** Mimeo. 1999.

COYNE, I. T. Parental participation in care: a critical review of the literature. **Journal of Advanced Nursing,** V. 21, p. 716-722, 1995.

CREPALDI, M.A . **Hospitalização na Infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos.** Taubaté, São Paulo, Cabral Editora Universitária, 1999.

CURRY, S. Identificação das necessidades e dificuldades das famílias do doente. **UCI-Nursing,** Lisboa, v. 8, n. 94, 1995.

CUSTÓDIO, G. ; HENCKEMAIER, L. Problemas, dúvidas e preocupações das famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade pediátrica de Florianópolis. **Anais do I Simpósio Catarinense de Iniciação Científica.** Florianópolis: UFSC/ GAPEFAM/ CNPq., maio, 1990.

- CYPRIANO, M. dos S.; FISBERG, M. Mãe-participante- benefícios e barreiras. In: **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, abr./mai.1990.
- DAL SASSO, G. T. M. **A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda**. Florianópolis: UFSC, 1995, 228 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- DA SILVA, D. M. G. et al. Momento 1. **A enfermagem e as Políticas de Saúde no Brasil**. Curso de Especialização em Projetos Assistenciais em enfermagem. UFSC. 1997.
- DARBISHIRE, P. Parents, nurses and pediatric nursing: a critical review. **J. Adv. NURS.**, n. 18, p. 1670 – 1680, 1993.
- . **Living with a sick child in hospital: the experiences of parents and nurses**. London: Chapman & Hall, 1994.
- . Empowering parents of children with special needs. **Nurs. Times**, v. 91, n. 32, p. 26-28, 1995.
- DELANEY, L. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W. e CRISTENSEN, P. J. **Nursing Process: application of theories, frameworks and models**. St. Louis: C. V. Mosby, 1986. P. 87-99.
- DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução na Administração**. Rio de Janeiro: Saraiva, 1990.
- DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1988.
- DE SOUZA, A . I. J. **Cuidando de famílias em uma unidade de internação oncohematológica pediátrica a partir do referencial de Jean Watson**. Florianópolis, UFSC, 1999. Monografia de Especialização em Enfermagem na Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina. 1999.
- ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brasillan fishing village**. San Francisco: University of California, 1984. Tese de Doutorado em Ciência da enfermagem, University of Califórnia, 1984.
- . ; PATRÍCIO, Z. Assistência à Criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. e cols. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo. Atheneu, 1989. Cap. 16, p. 169 – 179.

----- . Saúde Familiar: a trajetória de um grupo. **In: Marcos para a prática de Enfermagem com famílias.** Série Enfermagem. REPENSUL. Ed. Da UFSC. Florianópolis, 1994, p. 19 – 60.

----- . Desafios da Enfermagem no cuidado com famílias. **In: Marcos para a prática da enfermagem com famílias.** Série Enfermagem. REPENSUL. Ed. da UFSC. Florianópolis, 1994, p. 61-78.

ERDMANN, A . L. O sistema de cuidados em enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 7, n.2, p. 52-69, mai./ago.. 1998.

FAWCET, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing.** Philadelphia: F. A. Davis Co. 1984, p. 133 - 164.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOSTER,A., JANSSENS, J. **O Processo Saúde-doença.** São Paulo. Summus, 1993.

FRANCO, M. C. **Situação do familiar que acompanha um paciente internado em hospital geral.** Florianópolis, UFSC, 1988. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 9 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

----- . **Educação e mudança.** 19 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

GADOTTI, M. **Dialética do amor paterno: do amor pelos meus filhos ao amor por todas as crianças.** São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1987. 109 p.

GALLER, J. R. et al. The influence of early malnutrition on subsequent behavioral development. **III Learning disabilities as a sequel to malnutrition.** *Pediatr. Res.*, n. 18, p. 309-313, 1984.

GARRAFA, V. et al. Saúde Pública, Bioética e Equidade. **Revista Bioética.** Brasília, v. 5, 1997. P. 27 – 33.

- GELAIN, I. **Deontologia e Enfermagem**. São Paulo. EPU, 1987.
- GEORGE, J. et al. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre. Artes Médicas. 1993.
- GERMANO, R. M. **A Ética e o Ensino de Ética na Enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.
- GILLIS, C. S. Why family health care ? In: GILLIS, C.; et al. **Toward a science of family nursing**. Califórnia: Addison – Wesley, 1989. 501 p. p. 3-7.
- , et al. **Toward a science of family, nursing**. Califórnia: Addison - Wesley Publishing 6. 1989.
- GOMES, G. C. **A Família como cliente na unidade de Pediatria: uma prática de reflexão com a equipe de enfermagem**. Relatório da Disciplina de Prática assistencial em Enfermagem. Curso Mestrado Interinstitucional em Enfermagem. UFSC/ UFPel/ FURG/ URCAMP. Agosto, 1999.
- GONZAGA, M. L. de C.; NEVES-ARRUDA, E. O cuidado na hospitalização: uma perspectiva infanto-juvenil. **Texto e Contexto enfermagem.**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 195-218, 1998.
- GRAMSCI, A . **Concepção Dialética da História**. 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987. 341 p.
- GRANT, P. Psychosocial needs og families of high-risk infants. **Family and Community Health**. V. 1, n. 3, p. 91-102, 1978.
- GRECO, M. **Interdisciplinaridade e Revolução do Cérebro**, São Paulo: Pancast Editora, 1994.
- GROISMAN, M.; LOBO, M. V. Terapia familiar na infância crise do ciclo vital e autismo. In: **Temas em terapia familiar**. São Paulo: Plexus, 1994.
- GRÜDTNER, D. I. et al. Compreendendo e Trabalhando a Interação entre a família e a equipe assistencial do hospital: uma forma de prevenção da violência institucional. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n.2, p. 364 – 368, mai. / ago. 1999.
- GUATTARI, F. Linguagem, consciência e sociedade. **Saúdeloucura**, 3 ed., São Paulo, Hucitec, n. 2, 1990, p. 3-17.
- HAINES, C. et al. A comparison of the estressors experienced by parents of intubated and

- non-intubated children. **Journal of Advanced Nursing**, v. 21, p. 350-355, 1995.
- HARTMAN, S. Preparing modern nurse for postmodern families. **Holistic Nursing Practice**. Vol. 9, n. 4, July, 1995.
- HENCKEMAIER, L. **O Cuidado Transcultural às famílias no hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para sua prática**. Florianópolis. UFSC, 1999. 151 p. Dissertação de mestrado. Curso de mestrado em assistência de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- HENSE, D. S. S. et al. **Interagindo com famílias de uma comunidade marginalizada em seu processo de viver**. Projeto de Pesquisa. Florianópolis, UFSC, GAPEFAM, jun. 1991 (mimeo).
- HORTA, W.A. . **Processo de Enfermagem**. São Paulo, EPU e EDUSP. 1979.
- JONHSON,; LINDSCHAN,A. Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. **Pediatric Nursing**. V.22, n.2, p. 99-102, March-April, 1996.
- KALOUSTIAN, S. M. **Família Brasileira a Base de Tudo**. São Paulo, Cortez. 1994. Brasília: UNICEF.
- KASPER, A . C. F.; BARBOSA, G. V. A . **Compartilhando com a puérpera e sua família o cuidado com o recém-nascido, através de uma abordagem cultural**. Florianópolis. UFSC, 1999, 78 p. Monografia. Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- KENNY, T. J. **The hospitalized child**. **Pediatric clinics of north america**, 22: 583-593, 1975.
- KNALF, K.A et al. Parents' view of health care provides: in exploration of the components of a positive working relationship. **Children's Health Care**, v. 21, n.2, p. 90-95, 1992.
- ; DIXON, D. The participation of fathers in their children's hospitalization. **Issues in Comprehensive Paedric Nursing**, v. 7, n. 4-5, p. 269-281, 1990.
- KOERICH, C da I.; ARRUDA, E. N. Conforto e desconforto na perspectiva de acompanhantes de crianças e adolescentes internados em um hospital infantil. **Texto Contexto Enfermagem.**, Florianópolis, v. 7, n.2, p. 219-243, mai./ago.1998.

LACERDA, M. R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar.** Florianópolis. UFSC, 1996. Dissertação de mestrado. Curso de mestrado em assistência de enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

LEAHY, B., COBB, F. **Motivação e Liderança.** São Paulo. Brasiliense, 1968, p. 11.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices.** New York. John Wiley e Sons, 1978.

----- . Caring: an essential human need. Thorofare, N. J: Slack, 1981. **The phenomenon of caring: importance research questions and theoretical considerations, part one,** p. 3-15.

----- . Caring is nursing: understanding the meaning, importance and issues. **In: Care, the essence of nursing and health.** Thorofare. N Y: Charles B. Slack, Inc., 1984.

----- . Teoria do Cuidado transcultural: diversidade e universalidade. **In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985,** Florianópolis. Anais ... Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985. p. 255 - 276.

----- . **Nursing Science Quaterly,** 1988, p. 157.

----- . **Care the essence of nursing and health.** Wayne State University Press. Detroit, Michigan, 1988. 266 p.

----- . **Ethical and Moral Dimensions of care.** Wayne State University Press, Detroit, Michigan, 1990. 115 p.

----- . The significance of cultural concepts in nursing. **In: Journal of Transcultural Nursing,** v. 2, n.1. 1990, p. 52-59.

----- . **Culture Diversity and Universality: a Theory of Nursing.** National League for Nursing Press. Nova Yorque. 1991.

LENARDTH, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica.** Curitiba: UFSC, 1996. 144 p. Dissertação de mestrado em Enfermagem REPENSUL- Paraná, 1996.

LEONARDO, B. Crescimento e Desenvolvimento das famílias. **In: ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem.** Rio de Janeiro: Kogan, 1984. p. 203 - 209.

LEOPARDI, M. T. **Contribuição ao Estudo das Teorias da Enfermagem,** Florianópolis,

1988. mimeo.
- , Método de Assistência de enfermagem: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho de Enfermagem. In: **Anais Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 46, Porto Alegre, 1994, p. 179 - 183.
- LEVINE, M. E. The pursuit of wholeness. **The American Journal of Nursing**, 69 (1): 93 - 98, jan. 1969.
- LIMA, R. A. G. **O Processo de Trabalho da Enfermagem na Assistência à Criança com câncer: análise das transformações em um hospital escola**. Ribeirão Preto. 1990, 124 p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1990.
- , **Criança Hospitalizada: a construção da assistência integral**. Ribeirão Preto. USP, 1996, 260 p. Tese de Doutorado. Programa de Doutorado Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, 1996.
- LITMAN, T. J. The family as basic unit in health and medical care: a social- behavioral overview. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 8, n. 9/10. p. 495 - 519, 1979.
- LÓPEZ, I. A . et al. Importância da reabilitação psicológica na desnutrição grave. **Anais Nestlé**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 33-34, 1987.
- LUNARDI FILHO, W. **O Mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Florianópolis. UFSC, 1998, 343 p. Tese de doutorado. Curso de Filosofia em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- MAC CARTHY, D. The under fives in hospital. **Nursing times**, London, 77 (30): 22-28, july, 1981.
- MACHADO, D. U. M. Higiene Mental: necessidades e carências psicossociais. **Conhecimentos Fundamentais em Pediatria**. Cap. 3. p. 40 - 48, 1972.
- MACHADO, A . C. **Família versus equipe multiprofissional na unidade pediátrica**. Pelotas. UFPel, 1997. Mimeo.
- MANCIAUX, M. A saúde da família. A saúde do mundo. **Revista da Organização Mundial da Saúde**, Genebra, p. 4-9, ago./set. 1975.
- MARCON, S. S.; ANDRADE, O . G.; SILVA, D. M. P. Percepção de cuidadores acerca do cuidado/cuidador familiar. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 65-70, 1997.

- MARQUES, A. O Exercício da Puericultura na Atualidade Brasileira. **Jornal da Pediatria**. v. 66 (1/3). 1990.
- MAUKSCH, H. D. A social science basis for conceptualizing family health. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 8, n. 9/10, p. 521 – 528, 1974.
- MAURIN, J. A symbolic interactions perspective of the family. In: CLEMENTS, I. W.; ROBERTS, F. B. **Family health: a theoretical approach to nursing care**. Montreal: John Wiley e Sons, 1983. P. 93-108.
- MECKENNA, G. Cuidar é a essência da Enfermagem. **Nursing. Rev. Técnica de Enfermagem**. Lisboa. n. 80, p. 33 - 36; set. 1996.
- MELEIS, A. Estratégias para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. In: **Anais ISIBRATEN**, Florianópolis: Ed. UFSC, 1985, p. 133 - 164.
- MELLO, J. **Psicossomática Hoje**. Rio de Janeiro. Atheneu, 1984.
- MENDONÇA, G. de F. **Ação Educativa nos serviços básicos de saúde**. 1987. Mimeo.
- MIRANDA, C. M. L. et al. Os álibis da enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 22-29, 1991.
- MONTERO, J. L. Propositiones para un modelo de medicina integral para enfermos crónicos. **Rev. EPAS**. Chile. v. 7, p. 11 - 15, nov. 1990.
- MONTICELLI, M. **Nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação de mestrado em enfermagem. Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- MOREL, M. F. L'enfant malade aux XVIII et XIX siècles. In: COOK, J. e DOMERGUES, J. P. ed: **L'enfant malades et le mond médical: dialogue entre famille et soignants**. Paris, Syros, 1993.
- MOTTA, M. da G. C. et al. **Enfermagem pediátrica: assistência à criança**. Porto Alegre: SAGRA. 1990.

----- **O Ser Doente no Tríplice Mundo da Criança, Família e Hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais**. Florianópolis. UFSC, 1997, 210 p. Tese de doutorado em Filosofia de Enfermagem.

Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

NEIRA HUERTA, E. del P. Reflexões sobre o comportamento das enfermeiras perante às mães na unidade pediátrica. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 209-214, 1984.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a internação familiar saudável**. Florianópolis. UFSC, 1991, 268 p. Dissertação de Mestrado. Curso de mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

----- et al. Família Saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 1 (2): 152 – 166, jul./dez. 1992.

----- **Projeto Ninho: criando um espaço para assistir transdisciplinarmente a família**. Florianópolis. 1996. Relatório Anual de projeto de extensão. UFSC. Mimeo.

----- **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos**. Pelotas : Editora Universitária, UFPel. Florianópolis, UFSC. 1999.

NUNES, D. M. Sistema de permanência conjunta pais-filhos In: **Enfermagem Pediátrica: assistência à criança**. Porto Alegre: Sagra, 1983.

OLIVEIRA, B. R. G. **Hospitalização da criança: o vínculo afetivo criança-família**. Cascavel, 1997, 89 p., Monografia (especialização) – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

OLIVEIRA, I. C. dos S. (Re)construindo a assistência de enfermagem à criança hospitalizada na cidade do Rio de Janeiro (1920-1969). *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 27-41, jan./abr. 1998.

----- **Da mãe substituta à enfermeira pediátrica: a construção do saber da enfermagem à criança hospitalizada**. Rio de Janeiro, 1999.

ORTIZ, M. R. L. Experiência com grupo de pais em UTI Pediátrica. In: *Jornal de Pediatria*. V. 69, Rio de Janeiro: set./out., 1993.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis, 1990. Dissertação de mestrado. Curso de

mestrado de enfermagem . FSC.

PARSONS, T. The normal american family. In: BARASH, M., SCUBY, A.(Ed.) **Marriage and the family: a comparative analysis of Contemporary problems**, New York : the free press, 1970. p. 193 - 214.

PICKERIL, C. M. **Elimination of hospital cron-infection in children nursing by the mother**. Lancet, 206: 425 - 429, 27 fev. 1954.

PINCUS, L.; DARE, C. **Psicodinâmica da Família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 142 p.

PITTA, A . **Hospital, dor e morte como officio**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

PRADO, D. **O que é família**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 95 p.

PRATT, L. **Family structure and effective health behaviour: the energized family**. Boston: Houghton Mifflin, 1976.

----- . Family structure and effective health behavior. Boston: Houghton-Mifflin, 1976. In: GILLIS et al. **Toward a science of family nursing**. Califórnia: Addison-Wesley, 1989. 501 p.

RESENDE, A . M. de . **O saber e o poder na universidade: dominação ou serviço ?** São Paulo: Cortez, 1984. a.

REZENDE, A . L. **O compromisso de educar para a saúde**. Rio de Janeiro, Amae Educando, jun. 1984. b .

----- . **Pós-modernidade: o vitalismo no "chaos"**. Plural. V. 3, n.4, jan.-jul., p. 10. Florianópolis. 1993.

RIBEIRO, E. M., et al. **O acompanhante na internação pediátrica conjunta: percepção e manejo da enfermagem**. Trabalho apresentado no **41o Congresso Brasileiro de Enfermagem** . Florianópolis, 1989.

RIBEIRO, N. R. R. **Famílias vivenciando o risco de vida dos filhos**. Florianópolis: UFSC, 1999. Tese de doutorado em Filosofia de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

RIVIERE, E. **Del Psicoanálisis a la Psicología Social**. Ed. Galerma, Buenos Aires, 1970.

- ROCHA, S. M. M. Assistência Integral à Saúde da criança e do Adolescente. In: **Congresso Paulista de Enfermagem Pediátrica**, 1, São Paulo, 1995. Anais ... São Paulo, Outubro, 1995.
- ROLNIK, S. Psicologia: subjetividade, ética e cultura. **Saúdeloucura**, São Paulo, Hucitec, n. 6, 1997, p. 13-21.
- SABÓIA, V. M. **A mão dupla do poder**. Niterói : EDUFF, 1997. 115 p.
- SALVADOR, M. **Uma proposta de assistência participativa e educativa com mães de crianças internadas na unidade pediátrica num enfoque cultural**. Rio Grande. FURG, 1999, 77 p. Relatório da Prática Assistencial. Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem. ESPENSUL. Rio Grande, 2000.
- SANTANA, M. G. **O corpo do ser diabético: significados e subjetividades**. Florianópolis: UFSC, 1998. Tese de doutorado em Filosofia de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- SANTOS, B. R; MENDES, E. E. Programa de Assistência de Enfermagem a clientes portadores de danos cardio-vasculares no ambulatório de um hospital geral e de ensino de Porto Alegre. RS. **Rev. Bras. de Enfermagem**: 36 (3) (4): 274 - 281, jul. - dez. 1983.
- SANTINI, M. E. **Estigma da Hanseníase: uma proposta de Educação Participativa na Assistência de Enfermagem com enfoque cultural**. Florianópolis. UFSC, 1998, 110 p. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Assistência de Enfermagem. Florianópolis, 1998.
- SÃO PAULO. (Estado). **Leis, Decretos**. Resolução SS-165, 12 out. 1988. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 14 mar. 1989. Seção i, p. 99.
- SARTI, C. A . Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M. do C. B. **A família em debate**. São Paulo: EDU/ Cortez, 1995. P. 39-49.
- SCHMITZ, M. et al. **A enfermagem em pediatria e Puericultura**. São Paulo; Atheneu, 1989.
- SEGRE, M., COHEN, C. **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 1995.
- SHEFFER, M. L. et al. The social environment of malnourished children compared with that of other children in Jamaica. **J. Biosoc.** , n. 13, p. 19-30, 1981.
- SILVA, A. L. **O Estado da Arte do Cuidado na Enfermagem**. se., s.ed., polígrafo.

1996.

SILVA, M. da G. R. **Prática Médica: dominação e submissão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

SIMONTON, S. **A família e a cura**. São Paulo: Summus, 1990.

SOIFER, R. et al. El grupo familiar como método auxiliar del diagnóstico y orientación terapéutica en el niño. **Acte Psiquiátrica y Psicología na América Latina.**, v. X, n. 2, Buenos Aires, 1972.

SOUTHWELL, M. T.; WISTOW, G. Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? **J. Adv. Nurs.**, v. 21, p. 1101-1109, 1995.

SPEROTTO, G. et al. Treatment of Diarrheal Dehydration. **Am. J. Clin. Nutr** 30: 1447 - 1456, 1990.

----- . Orientação para o uso da terapêutica de reidratação oral. **Jornal de Pediatria**. 1/3, jan. /mar., v. 66. Rio de Janeiro, p. 22-32, 1990.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais**. São Paulo: M. Fontes, 1979. 345 p.

----- . **O primeiro ano de vida**. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

STULL, M. K.; DREACK, J.A . Measuring parental participation: Part I. **Issues in Comprehensive Pediatric**, v. 9, n. 3, p. 157-165, 1986.

THORNES, R. Parental access and family facilities in children's ward in England. **British Medical Journal**, v. 287, n. 2, p. 190-192, 1993.

TURNER, R. H. **Family interaction**. New York: John Wiley & Sons, 1970.

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. 203 p.

VALLA, V. V.; STOLZ, E. N. **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil: compreender e agir**. Campinas: Psy, 1997.

VANZIN, A. S.; NERY, M. H. S. **Consulta de Enfermagem: uma necessidade social ?** São Paulo. s. ed, 1996.

VASCONI, R. La Salud como problema existencial. **In: I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde.** Florianópolis, nov., 1994.

VERÍSSIMO, M. de L. Ó. R. A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 25, n. 2. P. 153-168, ago., 1991.

-----; SIGAUD, C. H. de S. O processo de cuidar centrado na criança. **In: VERÍSSIMO e SIGAUD. O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente.** São Paulo: EPU. 1996.

WAECHTER, E. H. ; BLACKKE, B. **Enfermagem Pediátrica.** 9ª ed. Rio de Janeiro; Interamericana, 1979.

WHALEY, L. ; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WENDHAUSEN, Á. **Controle social: como se (re)constrói o poder ?** Projeto de pesquisa apresentado para seleção no curso de doutorado em Filosofia da Enfermagem. UFSC. 1994. Mimeo.

-----; BRODERSEN, G. **Educação e Saúde: uma perspectiva.** Itajaí, Universidade do Vale do Itajaí, 1994. Mimeo.

WINICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo.** Zahar editores. São Paulo. 1979.

-----, **Psicologia e Pedagogia: os bebês e suas mães.** Livraria Martins Fonte Editora Ltda. São Paulo. 1988.

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

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. **Enfermagem Obstétrica.** 8 ed: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

9- ANEXOS.

Anexo 1- Construtos do cuidado propostos por Leininger

LEININGER (1978) propõe alguns construtos de cuidado que são: confortar; comprometer-se; prevenir; contornar; agir para; adotar atitude com respeito à; Ter sensibilidade; Ter consideração; trocar idéias; coordenar para; enfrentar com; facilitar; ser generoso para; alertar para; esclarecer; informar; orientar; reforçar; demonstrar interesse; empenhar-se; fazer favor, gentilezas; ouvir atentamente; amar; valorizar; estar presente; proteger; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; respeitar; aceitar; lutar com; estimular; desafiar; socorrer; amparar; supervisionar; executar ações técnicas; físicas; compreender; trocar experiências; calar; meditar com; limitar; aliviar a dor; fazer por; dedicar-se; promover conhecimentos; vigiar; dialogar; demonstrar estar dando importância; preservar a integridade e a individualidade do outro; demonstrar sentimentos de ternura (tocar, acariciar, abraçar); executar medidas de prevenção de doença e de promoção à saúde, incluindo cuidados de promoção de afetividade entre seus membros; tratar, reabilitar problemas físicos; respeitar características individuais (potencialidades e limitações, valores, crenças e objetivos), demonstrar confiança e desenvolver autoconfiança, esperança e coragem nos demais; dar presentes; auxiliar na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar as pessoas a usarem sua liberdade e a aceitarem responsabilidades pela própria existência; auxiliar as pessoas a identificarem e utilizarem seus recursos individuais, familiares e comunitários.

Anexo 2- Autorização da Chefia de Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
UFSC- UFPel – URG - URCAMP

Rio Grande, 08 de junho de 1999.

Ilma. Sra.
Enfa. Zulema Hernandes
Chefe do Serviço de Enfermagem
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Venho por meio deste, solicitar autorização para desenvolver o Projeto de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem - UFSC/REPENSUL, neste hospital, sob orientação do Doutor Enfermeiro Wilson Danilo Lunardi Filho.

O grupo junto ao qual pretendo desenvolver o referido projeto, será constituído da equipe de enfermagem da unidade de pediatria (enfermeiras e auxiliares de enfermagem). O Projeto visa a formação de um grupo de reflexão acerca da prática assistencial da enfermagem frente as famílias das crianças internadas nas enfermarias.

Tenho o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição. Participarão do grupo de reflexões aqueles membros da equipe que derem seu consentimento pós-informado.

O trabalho será desenvolvido nos meses de abril a agosto deste ano e consistirá da elaboração de um projeto, entrevistas com instrumento semi-estruturado e reuniões com o grupo de reflexão.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço, ao mesmo tempo em que coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

GIOVANA CALCAGNO GOMES
Mestranda.

Ciente: de acordo.

Data:

Assinatura e carimbo:

Anexo 3- Consentimento Livre e Esclarecido do Participante.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
UFSC - UFPel – URG - URCAMP

Enfa. GIOVANA CALCAGNO GOMES
Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.
Rio Grande

Prezada colega:

Venho muito respeitosamente através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do trabalho que será por mim desenvolvido na disciplina de Prática Assistencial do Mestrado Interinstitucional REPENSUL/ UFSC.

O objetivo do trabalho é de que através de entrevista com instrumento semi-estruturado e encontros sistematizados com o grupo, possamos discutir e refletir acerca da nossa prática assistencial frente as famílias das crianças internadas nas enfermarias.

Meu orientador é o Doutor Enfermeiro Wilson Danilo Lunardi Filho.

Asseguro o compromisso com o sigilo e a ética neste trabalho, respeitando a privacidade de cada participante.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informada de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, da forma de trabalho através de entrevista e discussões em grupo e/ou individuais, com uso de gravador e de anotações por escrito. Fui igualmente informado :

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade, podendo eu inclusive escolher um nome fictício como identificação;
- de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados deste;
- de permitir o uso do gravador e anotações das falas, com garantia do sigilo e anonimato.

Enf^ª. Giovana Calcagno Gomes

Mestranda.

Fone: (31. 25. 64)

Orientador: Enf^ª. Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

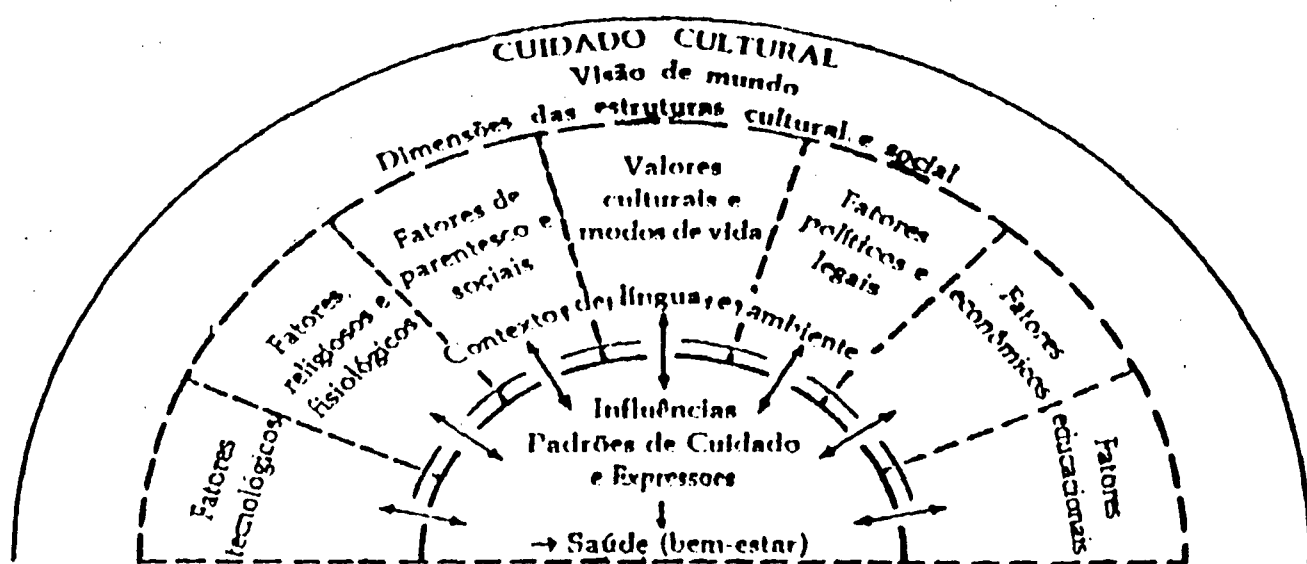
(35. 14. 48)

Nome do Participante

Assinatura

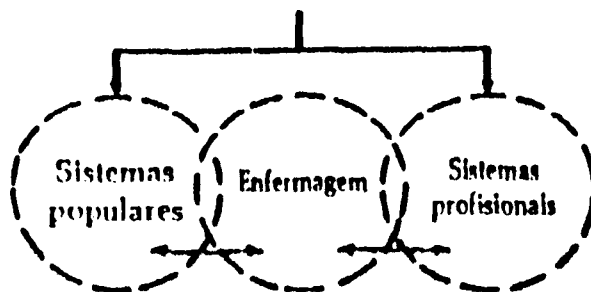
Local e data.

Anexo 4- Modelo Sunrise.



de
Indivíduos, Famílias, grupos e Instituições

Sistemas de saúde diversificados



Decisões e ações de cuidados de enfermagem
Preservação/manutenção cultural de cuidados
Acomodação/negociação cultural de cuidados
Repadronização/reestruturação cultural de cuidados

Cuidado coerente com a cultura

Anexo 5- Entrevista.

1. Como você percebe a presença da família junto com a criança durante a internação hospitalar? Por quê? -----

2. Como você vê o relacionamento da equipe de enfermagem da pediatria com as famílias das crianças? -----

3. De que modo a forma como nos relacionamos com as mães / família das crianças interfere na qualidade da assistência de enfermagem prestada na Unidade de Pediatria ? Explique como e por quê? -----

