

CINARA PORTO PIEREZAN

**AS NECESSIDADES DA CRIANÇA HOSPITALIZADA E SEU
ACOMPANHANTE: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O
SEU ATENDIMENTO NO DESENVOLVIMENTO DO
PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.**

FLORIANÓPOLIS
Fevereiro, 2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**AS NECESSIDADES DA CRIANÇA HOSPITALIZADA E SEU
ACOMPANHANTE:
POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O SEU ATENDIMENTO NO
DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração:
Filosofia, Saúde e Sociedade*

CINARA PORTO PIEREZAN

**ORIENTADORA: PROF. DRA. BEATRIZ BEDUSCHI
CAPELLA**

**FLORIANÓPOLIS
Fevereiro, 2002**

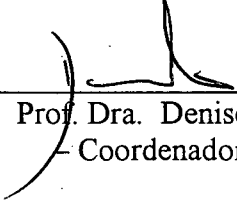
CINARA PORTO PIEREZAN

AS NECESSIDADES DA CRIANÇA HOSPITALIZADA E SEU ACOMPANHANTE: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O SEU ATENDIMENTO NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.

Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação, pela Banca Examinadora para a obtenção do título de


MESTRE EM ENFERMAGEM

Aprovada em sua forma final em _____ de _____ de 2002, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós- Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

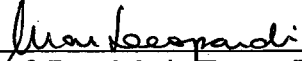


Prof. Dra. Denise Pires de Pires
- Coordenadora do Curso -

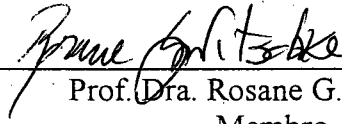
BANCA EXAMINADORA




Prof. Dra. Beatriz Beduschi Capella
- Presidente -



Prof. Dra. Maria Tereza Leopardi
- Membro -



Prof. Dra. Rosane G. Nitschke
- Membro -



Prof. Dra. Flávia R. Souza Ramos
- Suplente -

Prof. Doutoranda Ana Izabel J. de Souza
- Membro extra em Formação -

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Beatriz Capella, minha orientadora, que, com a sua competência e sensibilidade, proporcionou aos profissionais de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, uma oportunidade ímpar, representada pelo Programa Vivendo e Trabalhando Melhor, no qual as relações interpessoais do trabalho foram abordadas, levando-nos a acreditar que no cotidiano conturbado de uma instituição hospitalar, é possível trabalhar e viver melhor. A partir da relação profissional, criamos laços de amizade que transcenderam o compromisso de orientadora neste trabalho. As palavras não traduziriam o imenso carinho e admiração que tenho por ti, querida amiga. Obrigada, por acreditar nas minhas possibilidades e respeitar os meus limites, pelo incentivo nos momentos mais difíceis, e por compartilhar comigo as alegrias desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de mais essa existência evolutiva.

Aos meus pais, Alba e Celso, que foram sempre presentes, dando-me a sustentação para que eu pudesse alcançar mais um degrau na minha vida.

Aos meus amados filhos, Danielle e Diogo, que por muitos momentos não tiveram a atenção devida, e, mesmo assim, souberam me ajudar. Agradeço, especialmente, à minha filha, que, com os bilhetes carinhosos deixados em minha escrivaninha, trouxe a palavra de conforto e incentivo para continuar nesta caminhada.

Ao Caio, pai de meus filhos, o qual, mesmo distante, se fez presente em muitos momentos de minha vida, sempre acreditando no meu potencial, e incentivando-me a buscar o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu irmão, Angelin, e à minha cunhada e amiga, Nádja, os quais, sua fé, têm, sempre, me envolvido em suas orações

Aos demais familiares, o carinho e a compreensão da minha ausência.

A Edimar e Luiz, grandes educadores, pelos e-mails carinhosos e pela contribuição incansável neste trabalho.

Aos acompanhantes e crianças hospitalizadas, que participaram dos Encontros Vivenciais pela contribuição e a oportunidade de aprendizagem.

Aos profissionais de saúde da Clínica Pediátrica do HU, sujeitos desta pesquisa, pessoas sensíveis, e que acreditam nas possibilidades de se conquistar uma assistência mais humanizada.

Aos funcionários da pediatria, pela compreensão nos momentos de minha ausência.

À minha chefia, Fatima Padilha, pelo incentivo e compreensão.

Às colegas de mestrado, que compartilharam alguns momentos deste processo, especialmente às amigas: Tania, Elianinha, Patrícia, Leia, Dulce e Nádia.

Às colegas de trabalho, Ana Izabel, Laura, Ivana, Sonia, Adriana Dutra, Danielle, Gorete, Izis, Jane, pelo companheirismo. Agradecimento especial a Laura, Ivana, Adriana Dutra, pelos momentos compartilhados.

A Ingrid, grande amiga e irmã, que sempre esteve a meu lado, e, especialmente nestes últimos tempos, tem sido incansável para promover o meu bem-estar e o cuidado com a minha saúde.

Às professoras, Maria Tereza Leopardi, Rosane Nitische e Ana Izabel Jatobá, componentes da banca examinadora deste trabalho, pela disponibilidade e contribuições.

Às professoras da Pós-graduação, pela oportunidade da ampliação dos meus conhecimentos.

Às funcionárias da Pós-graduação, Claudia, Fabiana e Luzia, pela disponibilidade e atenção dispensadas durante o curso.

As secretárias da DPI, Martha e Joice, pela contribuição nas dificuldades com o computador.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo.

RESUMO

Esse estudo, exploratório-descritivo de cunho qualitativo, foi desenvolvido na Clínica Pediátrica (CP) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo como objetivo refletir junto aos profissionais de saúde, a partir dos seus processos de trabalho, quais as possibilidades e limites para o atendimento das necessidades da criança e do seu acompanhante no período de hospitalização. O suporte filosófico e teórico metodológico adotado, baseou-se na Teoria Sócio-Humanista e no Sistema de Aprendizagem Vivencial. Os sujeitos da pesquisa foram crianças hospitalizadas, acompanhantes e os profissionais de saúde da CP do HU-UFSC. No primeiro momento dessa pesquisa, foram realizados quatro Encontros Vivenciais distintos, com crianças hospitalizadas e acompanhantes, tendo o objetivo de identificar as necessidades destes sujeitos no processo de hospitalização. No segundo momento, foram realizados dois Encontros Vivenciais com os profissionais de saúde, cujo objetivo, além de identificar as necessidades da criança hospitalizada e seus acompanhantes, procurou refletir sobre as possibilidades e limites para o seu atendimento, durante o processo de trabalho em saúde. As necessidades apontadas foram subdivididas em duas áreas temáticas: aquelas relacionadas à estrutura física, equipamentos e demais materiais, e as referentes à estrutura organizacional e relações que ali se estabelecem. A análise das possibilidades e limites para o atendimento das necessidades teve como base o suporte filosófico e teórico metodológico adotado, com ênfase nas quatro etapas da Interação Humana, quais sejam: inclusão (acolhimento), controle (respeito à autonomia), ajustamento, avaliação (separação). Foi possível constatar que os limites para o atendimento das necessidades relacionadas à estrutura física, equipamentos e materiais, dependem das condições dadas pela Instituição. As possibilidades relacionadas à estrutura organizacional e relações, dependem de uma nova ordem nas relações entre os sujeitos envolvidos no processo de hospitalização, ou seja, a partir do estabelecimento de uma comunicação adequada entre os profissionais de saúde e destes com os sujeitos hospitalizados e seus acompanhantes, bem como, do respeito à individualidade e autonomia destes sujeitos. Constatou-se que não basta apenas o compromisso pessoal de alguns profissionais de saúde, é preciso o estabelecimento do compromisso profissional e institucional para o seu atendimento.

Palavras-chaves: crianças, necessidades, processo de trabalho

**THE NEEDS OF THE HOSPITALIZED CHILD AND HER FAMILY CARETAKER:
POSSIBILITIES AND SHORTCOMINGS TO SUPPLY THEM DURING THE
HEALTH WORKING PROCESS DEVELOPMENT**

ABSTRACT

This exploratory descriptive study, of a qualitative nature, which was developed at the Children's Clinic of the *Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)*, had as objective to reflect together with the professionals in health field reflect, through their working process, about the possibilities and shortcoming to supply the children's needs and also the needs of their companions during the period they are at the hospital. The theoretical philosophical methodological support used in this research was based on the Social Humanistic Theory and on the Experience Learning System. The subjects of this research were hospitalized children, their family caretakers and the health professionals of the Clinic of the *HU-UFSC*. At the very beginning of this research, four different Experience Meetings were carried out with the hospitalized children and their caretakers in order to identify their needs during the period they were in the hospital. On the second moment there were carried out two Experience Meetings with the health professionals whose objectives were not only to identify the needs the hospitalized child and her family caretaker, but also to reflect about the possibilities and shortcomings to supply them during the health working process. The needs pointed out were divided into two aspects: the ones related to the environment, equipment and other materials, and the ones regarding the staff of the institution and its relationships. The analysis of the possibilities and shortcomings to supply the demands was based on the theoretical philosophical methodological support used during the research, with more emphasis on the following stages of Man Interaction: inclusion (reception), control (respect to autonomy), adjustment, and evaluation (separation). It was possible to notice that the limits to supply the needs related to environment, equipment and materials depend on the conditions provided by the institution. On the other hand, the possibilities related to the organization and its relationships, depend on a new arrangement in the relationships among the subjects who take part in the whole process. This can happen through an appropriate communication among the health professionals, the children and their caretakers, respecting their individuality and their autonomy as well. It was concluded that the personal commitment of some health professionals is not enough, it is also necessary to establish a professional and institutional commitment to supply all the needs.

Key words: children, needs, working process

LAS NECESIDADES DEL NIÑO HOSPITALIZADO Y SU ACOMPAÑANTE: POSIBILIDADES Y LÍMITES PARA SU ATENCIÓN EN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE TRABAJO EN LA SALUD

RESÚMEN

Este estudio, exploratorio-descriptivo de tipo cualitativo, fue desarrollado en la Clínica Pediátrica (CP) del Hospital Universitario (HU) de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), que tuvo como objetivo reflexionar junto a los profesionales de la salud, a partir de sus procesos de trabajo, em relación a cuales son las posibilidades y límites para la atención de las necesidades de los niños y de su acompañante en el período de hospitalización. El soporte filosófico y teórico-metodológico adoptado, se basó en la Teoría Socio-Humanista y en el Sistema de Aprendizaje Vivencial. Los sujetos de la investigación fueron niños hospitalizados, acompañantes y los profesionales de la salud del HU – UFSC. En el primer momento de esta investigación se realizaron cuatro Encuentros Vivenciales diferentes, con niños hospitalizados y acompañantes, que tuvo como objetivo identificar las necesidades de estos sujetos en el proceso de hospitalización. En el segundo momento, fueron realizados dos Encuentros Vivenciales con los profesionales de la salud, cuyo objetivo, además de identificar las necesidades del niño hospitalizado y sus acompañantes, se procuró reflexionar sobre las posibilidades y los límites para su atención, durante el proceso de trabajo en la salud. Las necesidades señaladas fueron subdivididas en dos áreas temáticas: aquellas relacionadas a la estructura física, equipamientos y demás materiales, y las referentes a la estructura organizacional y de relaciones que allí se establecen. El análisis de las posibilidades y los límites para la atención de las necesidades tuvo como base el soporte filosófico y teórico-metodológico adoptado, haciendo énfasis en las cuatro etapas de la Interacción Humana, las cuales son: inclusión (acojimiento), control (respeto a la autonomía), ajuste y evaluación (separación). Fue posible constatar que los límites para la atención de las necesidades relacionadas a la estructura física, equipamientos y materiales, dependen de las condiciones otorgadas por la institución. Las posibilidades relacionadas a la estructura organizacional y de relaciones, dependen de una nueva orden en las relaciones entre los sujetos envueltos en el proceso de hospitalización, o sea, a partir del establecimiento de una comunicación adecuada entre los profesionales de la salud y de éstos con los sujetos hospitalizados y sus acompañantes, así como, del respeto a la individualidad y autonomía de estos sujetos. Se constató que no sólo basta el compromiso personal de algunos profesionales de la salud, es preciso el establecimiento del compromiso profesional e institucional para la atención.

Palabras clave: niño, necesidades, proceso de trabajo.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral:	20
2.2 Objetivos específicos:	20
3 O SUPORTE FILOSÓFICO E TEÓRICO-METODOLÓGICO DO ESTUDO	21
3.1 Pressupostos	24
3.2 Fundamentação filosófica e teórico-metodológica	26
4 METODOLOGIA	39
4.1 Contextualizando o Ambiente do Estudo	40
4.2 Aspectos Éticos do Estudo	42
4.3 Os sujeitos do estudo	42
4.4. Coleta dos dados	44
5 AS NECESSIDADES DA CRIANÇA E SEU ACOMPANHANTE NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	56
5.1 As necessidades apontadas pelas crianças e os acompanhantes	58
5.2 As necessidades apontadas pelos profissionais de saúde	72
6 POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DA CRIANÇA E SEU ACOMPANHANTE NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	80
6.1 Possibilidades e limites para o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante relacionadas à estrutura física, equipamentos e demais materiais	80
6.2. Possibilidades e limites para o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante relacionadas à estrutura organizacional e às relações que ali se estabelecem	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	120
Anexo 1	121
Anexo 2	122
Anexo 3	123
Anexo 4	124
Anexo 5	125

Anexo 6	126
Anexo7	128
Anexo 8	133
Anexo 9	134

LISTA DE ABREVIATURAS

CEPEN – Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem

CP – Clínica Pediátrica

DA – Diretoria Administrativa

DAA – Diretoria de Apoio Assistencial

DE – Diretoria de Enfermagem

DEAE – Divisão de Enfermagem em Ambulatório e Emergência

DEC – Divisão de Enfermagem Cirúrgica

DEM – Divisão de Enfermagem Médica

DG – Diretoria Geral

DESMCA – Divisão de Enfermagem da Saúde da Mulher Criança e Adolescente

DM – Diretoria de Medicina

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HU – Hospital Universitário

NAP – Núcleo de Apoio Permanente

SAV – Sistema de Aprendizagem Vivencial

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

VTM – Vivendo Trabalhando Melhor

1 INTRODUÇÃO

Esse estudo é fruto de reflexões vividas junto à criança hospitalizada na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (CP-HU-UFSC), bem como de um desejo latente em encontrar meios mais consistentes, humanos e dinâmicos para desenvolver o trabalho em saúde, de forma que possam responder às reais necessidades de nossa clientela, na perspectiva de compreender e viver melhor o processo da hospitalização da criança e seu acompanhante.

Para isso, construí pressupostos a partir da minha prática profissional, enquanto enfermeira, e busquei embasamento, principalmente, na Abordagem Sócio-Humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem (CAPELLA, 1998) e no referencial teórico-metodológico do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), (LEITE; FERREIRA, 1999).

Minha experiência profissional teve início há catorze (14) anos, ao longo dos quais trabalhei, inicialmente, como enfermeira assistencial de unidade de internação de adulto, depois como supervisora de plantão noturno de um hospital privado da capital, e, há dez (10) anos, trabalho na CP do HU-UFSC, onde atualmente exerço a chefia do Serviço de Enfermagem.

A instituição na qual trabalho, tem como metodologia de assistência de enfermagem a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (WANDA HORTA), e o Prontuário Orientado para o Problema (SISTEMA WEED), no qual a inter-relação da equipe-paciente-família é ponto fundamental para que possam ser atendidos os objetivos relacionados no seu Regimento.

Reconhecendo a internação como um fator estressante à criança e seus familiares¹, a equipe de enfermagem busca recebê-los de maneira individualizada. No momento do histórico de enfermagem, a enfermeira² abre espaço para o acompanhante, dentre outros, expressar suas angústias, medos e expectativas, bem como procura conhecer os hábitos da criança e suas manifestações diante da doença, visando a atendê-los em suas necessidades biopsicossocioespirituais.

Whaley e Wong (1989, p.440), afirmam que

a doença e a hospitalização constituem uma crise importante na vida das crianças. Elas são particularmente vulneráveis às crises de doença e hospitalização porque (1) representam uma mudança do estado habitual de saúde e da rotina ambiental, e (2) as crianças possuem um número limitado de mecanismos para enfrentar e superar experiências estressantes.

Estas autoras comentam que os mecanismos, reações e o entendimento, para enfrentar e superar a doença e a hospitalização, vão depender da fase de seu desenvolvimento e da importância que for dada aos fatores estressantes. Dentre os principais estressantes, temos: a separação, a perda do controle (de seus hábitos, locomoção, independência, privacidade e outros), a lesão corporal e a dor.

Apesar de as normas e rotinas elaboradas pela enfermagem da CP do HU considerarem essas questões, estando planejadas de forma a buscar a diminuição destes fatores estressantes, na prática diária observa-se que o ambiente estranho à criança, a interrupção do convívio com os demais familiares, a mudança de hábitos e rotinas, os diversos procedimentos que podem causar dor, bem como a impossibilidade de prever o próximo passo de sua terapêutica, causam, muitas vezes, danos emocionais e mesmo físicos aos envolvidos nesse processo.

¹ Considero **familiares** todos os indivíduos significativos ao núcleo familiar, ou seja, o pai, a mãe e a criança hospitalizada. O **acompanhante** é aquele que permanece com a criança durante o período de hospitalização, independente do grau de parentesco ou de responsabilidade legal com a criança, podendo ser o pai, a mãe, um vizinho, um amigo ou qualquer pessoa com outro grau de parentesco. Na prática, percebe-se que a mãe é aquela que fica mais frequentemente como acompanhante. Apesar de ter optado por trabalhar com o acompanhante da criança hospitalizada, diariamente, na CP, mantemos contato com os familiares, via telefone ou nos momentos de visita. Portanto, faz-se necessário esclarecer que os termos acompanhante e familiar são utilizados para delimitar um dos sujeitos desta pesquisa, sendo que, no universo familiar, o acompanhante está incluído.

² Adotei, em diversos momentos desse trabalho, a determinação feminina de gênero, considerando que a composição dos trabalhadores de enfermagem, na Diretoria de Enfermagem do HU-UFSC, é predominantemente feminina (mais ou menos 95%). Com essa opção, tento não reproduzir a dominação de gênero usualmente presente ao nível do discurso, o que ignorando a predominância quase absoluta de mulheres na enfermagem, generaliza o tratamento profissional no gênero masculino.

Schmitz (1989), ao reforçar as afirmações de Whaley e Wong (1989), aponta que a significação que a criança dará à hospitalização estará, entre outras coisas, diretamente relacionada com a fase de desenvolvimento em que se encontra. Desta forma, na primeira e segunda infâncias, a mente infantil trabalha muito com as fantasias. Estas podem fazê-la compreender a hospitalização como um castigo, impondo sofrimento, perda ou abandono de seus familiares.

Assim, Schmitz (1989), baseando-se em outros autores, comenta que as reações à hospitalização podem estar assim representadas:

- recém-nascidos e lactentes: inquietação, choro freqüente, apatia, sono agitado, apetite indiferente, perda ponderal, trânsito intestinal acelerado;
- crianças de dois (2) a cinco (5) anos: para aquelas que estão total ou parcialmente afastadas da família, é comum reações à separação, classificadas em três fases: a) angústia e protesto, b) depressão: caracterizada pela indiferença aos contatos, desespero, quando reencontra a mãe ou quando deixada por alguém com quem estabeleceu vínculo afetivo; c) defesa: quando não rejeita atenção, apega-se aos brinquedos ou à comida. Pode ficar indiferente à presença da mãe;
- crianças de seis (6) a dez (10) anos: podem ter ansiedade diante da separação do familiar, porém não reagem com pânico como as crianças pré-escolares. Temem perder a autonomia já adquirida e a privacidade; e
- adolescentes: podem apresentar ansiedade, insegurança, rejeição aos procedimentos, raiva, depressão, rejeição afetiva inclusive aos pais.

Por outro lado, a autora acima citada, afirma que a hospitalização pode se constituir numa oportunidade de amadurecimento psico-afetivo e social, se forem respeitadas e atendidas as necessidades afetivo-emocionais da criança, bem como se a equipe oferecer condições que favoreçam sua integração a essa situação.

Na prática de trabalho, acredito que o papel da equipe de saúde é dar suporte à criança e seus familiares para o enfrentamento dessa realidade. Esse suporte poderá ser mais eficiente se a equipe oferecer os meios, e, junto com os sujeitos atendidos, buscar as formas de enfrentar essa situação. Desta maneira, esses profissionais podem ajudar a criança e seus familiares a perceberem a doença e a hospitalização não só como uma crise, mas também como a possibilidade de aprender e buscar mudanças qualitativas.

Acredito também, que seria fundamental avançar e oferecer uma assistência centrada na família, uma vez que, principalmente os pais, ao enfrentarem a internação de seus filhos, vivenciam inúmeros problemas, tais como: medo, insegurança, culpa, problemas financeiros, afastamento dos outros filhos e cônjuges. Estes problemas podem provocar um estado de ansiedade que os leva a ter reações agressivas para com a equipe e até mesmo com a criança que acompanham, diminuindo a capacidade de percepção do mundo, causando mal entendidos e desvios na comunicação. Não raro, sentem-se enfraquecidos, nervosos, irritados.

Neste sentido, torna-se praticamente impossível prestar uma assistência adequada à criança sem considerar o familiar, até porque, além do que já expus, toda a orientação e educação à saúde dependem do envolvimento deste. Os pais ou seus substitutos são os responsáveis pelo desenvolvimento da criança, até que esta atinja a idade mínima para compreensão e decisão de seus atos.

Crepaldi (1999, p.18), em trabalho realizado sobre a hospitalização na infância, destaca que "o objetivo da assistência pediátrica é favorecer o desenvolvimento da criança como um todo, integrando ao aspecto biomédico, os aspectos psicológicos, sociais, econômicos e políticos". Porém, o que percebo em minha prática diária, é que isso não ocorre na maioria das instituições de saúde, pois a assistência focaliza-se na doença e no tratamento.

A CP diferencia-se de outras instituições porque pertence a um hospital geral e de ensino, e, principalmente, por permitir a permanência de um acompanhante nas 24 horas. Apesar de somente em 1990, com a lei 8069, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA,1990), em seu capítulo I, artigo 12, ser garantido ao menor hospitalizado o acompanhante, a Pediatria do HU, desde 1980, possibilita a todas as crianças ali internadas esta prerrogativa.

Portanto, por se tratar de uma prática iniciada há duas décadas, posso afirmar que a equipe multidisciplinar, em especial a de enfermagem daquele local, acredita na importância e incentiva a presença constante de um familiar ou pessoa do convívio da criança internada, a fim de minimizar os fatores negativos da hospitalização.

Schmitz (1989) diz que é no familiar que a criança busca apoio, orientação, referência de tempo, proteção do desconhecido e do sofrimento. Assim, com a presença do familiar, a criança pode suportar melhor o sofrimento e angústia durante a doença e hospitalização.

Hoje, a abordagem da assistência na Pediatria do HU está centrada na criança, sendo que a família tem sido considerada como membro intermediário e colaborador no plano de cuidado (ELSEN; PATRÍCIO, 1989).

Assim, na CP, presta-se assistência à criança, envolvendo o acompanhante como intermediário dos cuidados, mantendo-o informado sobre as condições de saúde dessa criança, seu tratamento, as medidas necessárias à promoção da sua saúde e prevenção de doenças.

Conforme comentei anteriormente, foi durante a década de 80 que teve início na CP do HU a permanência do acompanhante nas vinte e quatro (24) horas, e, gradativamente, esta prática passou a ser adotada por outras unidades do hospital (SILVA e col, 2001).

Atualmente, a lei garante também ao paciente com idade maior de sessenta e cinco (65) anos a permanência de um acompanhante. A Maternidade do HU, desde sua inauguração em 1995, prevê em sua filosofia esta prerrogativa, inclusive.

Portanto, posso afirmar que, nesta instituição hospitalar, presenciam-se os benefícios que o acompanhante em tempo integral tem proporcionado aos sujeitos hospitalizados.

Porém, no cotidiano de trabalho, ocorrem problemas advindos desta prática, que provavelmente podem estar relacionados ao despreparo para lidar com aqueles que mantêm o elo familiar, fazendo a mediação entre o meio social, familiar e a instituição. Não raro, são ignoradas suas necessidades de orientação, reagindo de maneira inapropriada aos seus questionamentos, ansiedades e exigências; ao mesmo tempo, faz-se a eles exigências de 'ajuda' no cuidado, para o qual nem sempre estão preparados.

Em função destes problemas, o Centros de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) do HU, está elaborando um projeto de pesquisa que visa a identificar o papel do acompanhante na internação (SILVA e col., 2001).

No dia-a-dia do trabalho e também a partir de estudos que venho desenvolvendo no Mestrado em Assistência de Enfermagem, percebo que são crescentes as dificuldades que se vêm enfrentando com os acompanhantes que permanecem com a criança, em função justamente do abordado anteriormente.

Assim, mais do que mantê-los como intermediários do cuidado, informando-os acerca dos dados referentes à saúde da criança sob sua responsabilidade, faz-se necessário envolvê-los na integração destas crianças à hospitalização, uma vez que são eles a referência da criança internada.

Atualmente, as tentativas de integração, quando acontecem, caracterizam-se por estarem sob a responsabilidade e coordenação da enfermeira, com pouco ou quase nenhum envolvimento e participação dos demais elementos da equipe de enfermagem, bem como da clientela assistida.

Reafirmo, então, que a assistência de enfermagem da Pediatria precisa ter como centro de atendimento a criança e seu acompanhante, e toda a estrutura física, organizacional e profissional, deve, assim, buscar atender às suas necessidades biopsico-socioespirituais, bem como a sua interação com a família. Porém, além de ser pouco desenvolvida pela equipe, a integração da criança e família à hospitalização não está ainda sistematizada.

Para este estudo, a integração da criança à hospitalização é entendida como a base para o seu desenvolvimento evolutivo no processo de estar hospitalizada, possibilitando a oportunidade de aprendizagem, gerando mudanças, revisões, correções e complexificação de todo o seu processo de internação.

A construção deste processo de integração da criança à hospitalização demanda uma sistematização e um planejamento adequados, do ponto de vista teórico, conceitual e metodológico. Para que isso seja possível, faz-se importante conhecer quais são as necessidades vivenciadas durante a hospitalização na visão dos sujeitos hospitalizados que, neste caso, são as crianças maiores de 10 anos e seus acompanhantes.

Sendo assim, na tentativa de contribuir com a assistência à saúde, na CP do HU-UFSC, propus para o primeiro momento desta pesquisa, identificar e ao mesmo tempo refletir junto às crianças hospitalizadas e os acompanhantes sobre as suas necessidades no processo de hospitalização.

Para tornar a sistematização e o planejamento do processo de integração da criança e acompanhante à hospitalização mais consistentes, não basta apenas ouvi-los, pois se corre o risco de levantar expectativas e não conseguir satisfazê-las, uma vez que o atendimento destas necessidades não depende apenas deles ou somente da enfermagem, mas de todos os profissionais de saúde deste local.

Assim, é preciso também refletir com a equipe de saúde da CP do HU-UFSC sobre as necessidades dos sujeitos hospitalizados e acompanhantes. Pensando em como se desenvolve o processo de trabalho em saúde, a partir das atividades realizadas pelos profissionais dessa área, e tendo conhecido as necessidades dos acompanhantes e crianças hospitalizadas, propus, como segundo momento desta Dissertação, realizar um levantamento acerca das necessidades

da criança hospitalizada e seu acompanhante identificadas pelos profissionais de saúde, oportunizando um processo reflexivo acerca das possibilidades e limites para o seu atendimento.

Neste sentido, a questão norteadora desta dissertação é: *quais as possibilidades e limites para o atendimento das necessidades identificadas pelos profissionais de saúde e pelas crianças e acompanhantes da CP do HU-UFSC, na perspectiva de uma adequada integração à hospitalização?*

A partir da questão norteadora e visando a atingir os objetivos propostos para esse estudo, esta pesquisa foi organizada da forma descrita a seguir.

Além desta Introdução, trago, na seqüência, a definição dos objetivos. No capítulo 3, apresento o suporte filosófico e teórico-metodológico do estudo; a metodologia consta no capítulo 4. No capítulo 5, descrevo as necessidades da criança e seu acompanhante no desenvolvimento do processo de trabalho, sob o ponto de vista da criança e do acompanhante, bem como dos profissionais da área da saúde. No capítulo 6, apresento as possibilidades e limites para o atendimento das necessidades apontadas, e, na seqüência, as considerações finais e as referências bibliográficas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Refletir, junto aos profissionais de saúde, a partir dos seus processos de trabalho, sobre quais as possibilidades e limites para o atendimento das necessidades da criança e do acompanhante no período de hospitalização na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, com base na Abordagem Sócio-Humanista e no Sistema de Aprendizagem Vivencial.

2.2 Objetivos específicos:

Promover, junto às crianças hospitalizadas e aos acompanhantes, uma reflexão coletiva acerca do processo de hospitalização na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, bem como identificar quais as suas necessidades neste período.

Identificar, junto aos profissionais de saúde da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, quais as necessidades da criança e seu acompanhante no processo de hospitalização.

Refletir com os profissionais de saúde acerca das necessidades identificadas por eles e pelas crianças e acompanhantes no período de hospitalização, no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

3 O SUPORTE FILOSÓFICO E TEÓRICO- METODOLÓGICO DO ESTUDO

Quando idealizei ampliar meus conhecimentos através do Mestrado, estava claro que o caminho a percorrer seria guiado pelos meus questionamentos, insatisfações, satisfações e reflexões sobre a assistência prestada à criança hospitalizada e seu acompanhante.

Durante as Disciplinas Fundamentos Filosóficos e Teóricos de Enfermagem e Fundamentos Teóricos da Educação, tive contato com diversas Teorias de Enfermagem e Abordagens Educacionais. Dentre as teorias de enfermagem, identifiquei-me com a Abordagem Sócio-Humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem (CAPELLA, 1998).

Essa abordagem surgiu da preocupação da autora com a necessidade em contemplar o real modo de desenvolver o trabalho de enfermagem. A percepção de que, na maioria dos referenciais teóricos, as ações de enfermagem são colocadas como sendo executadas por um único agente – a enfermeira, esquecendo-se de que o conjunto da categoria é formado por técnicas, auxiliares de enfermagem e ainda atendentes de enfermagem, levou-a a buscar uma estrutura conceitual que contemplasse a nossa realidade.

Para viabilizar sua proposta, desenvolveu, com a participação de representantes de diversas unidades de trabalho da enfermagem do HU, um processo de construção coletiva de uma metodologia de assistência de enfermagem. Esse trabalho foi realizado dentro de uma perspectiva construtivista e resultou em um instrumento metodológico para o exercício da enfermagem.

Portanto, a opção pela Abordagem Sócio-Humanista deu-se por ser uma proposta construída com a enfermagem do HU, por refletir a realidade desta Instituição, e,

principalmente, por propor uma assistência humanizada, incluindo os sujeitos trabalhadores e o sujeito que procura os serviços de saúde, seus familiares e acompanhantes, reconhecendo todos os envolvidos como indivíduos ativos e participantes no planejamento, execução e avaliação da assistência prestada, ou seja, do processo de trabalho desenvolvido em instituição hospitalar.

O processo de trabalho em saúde, como também o processo de trabalho da enfermagem, caracteriza-se por ser um trabalho coletivo, desenvolvido por vários profissionais de saúde, tendo a finalidade de atender às necessidades daqueles que procuram os serviços de saúde.

O atendimento destas necessidades se dá, principalmente, pela atuação dos profissionais da enfermagem, medicina e de outros da área de saúde, “fundados no modelo médico biologicista e intervencionista da prática médica” e pela “interação humana” entre estes dois grupos de sujeitos, ou seja, entre os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde (FERREIRA, 1999).

A possibilidade de transitar com mais tranquilidade entre estes dois eixos no atendimento das necessidades dos sujeitos envolvidos, é complementada com o referencial filosófico e teórico-metodológico do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), uma vez que este traz, concretamente, o suporte teórico-prático para lidar com a complexidade das questões relacionais no desenvolvimento dos processos de trabalho de uma maneira geral.

Meu contato inicial com este referencial deu-se por meio de um Projeto desenvolvido pela Diretoria de Enfermagem do HU-UFSC, a partir de 1996, que ao considerar a necessidade de se ter um cotidiano mais saudável e prazeroso para os trabalhadores de enfermagem, buscou despertar nestes um olhar ampliado para o seu trabalho, implantando o Programa denominado "Vivendo e Trabalhando Melhor: uma proposta de reflexão e atualização das relações na enfermagem do HU-UFSC" (VTM), desenvolvido pelos consultores do Centro de Aprendizagem Vivencial e facilitadores do SAV - Edimar Leite e Luiz Carlos Ferreira.

Esse referencial traz, em seu bojo, componentes da Teoria das Necessidades Interpessoais, de Schutz (1978), além do conhecimento e reflexões de Ferreira e Leite, no que se refere ao processo evolutivo das relações grupais.

Entre os anos de 1996 e 1998, foram desenvolvidos três momentos deste Programa que buscavam o aprimoramento das relações entre os profissionais de enfermagem do HU; e, no ano de 1999, no qual ocorreu o quarto momento da primeira etapa, buscando-se ações para

aprimorar as relações entre os sujeitos trabalhadores e os sujeitos hospitalizados, no que diz respeito à preservação e reforço dos direitos de cidadania destes últimos, na perspectiva de se tornarem agentes ativos e co-participantes do cuidado de enfermagem a eles prestado. Essa fase do Programa centrou-se na reflexão da dimensão humana do sujeito hospitalizado e na discussão do processo de evolução do ser humano, desde o nascimento até sua morte, evidenciando as necessidades e cuidados diferenciados nas diversas fases do processo de viver: "mãe- bebê, criança- adulto, homem- mulher, juventude- velhice, saúde-doença etc" (LEITE; FERREIRA, 1999b, p.1).

Apesar de não ser foco deste estudo, creio ser necessário acrescentar que entre os anos de 1998 e 2001, os consultores desenvolveram a formação de vinte e três (23) Facilitadoras em Processos Vivenciais, entre docentes, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem. Pois, no decorrer dos diversos momentos do Programa, houve a necessidade de criar maior autonomia em relação aos próprios consultores, bem como ao desenvolvimento da competência profissional dos trabalhadores de enfermagem na abordagem das questões interpessoais, além da necessidade da DE-HU possuir em seu quadro um grupo vinculado ao Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN), que pudesse desenvolver ações para aprimorar as relações entre os componentes das diversas equipes de enfermagem. Este grupo de profissionais de enfermagem compõe atualmente o Núcleo de Apoio Permanente (NAP) ao Programa VTM, vinculado diretamente ao CEPEN, realizando integradamente com este órgão ações planejadas e previstas de acordo com os objetivos apontados acima.

A partir das reflexões apontadas anteriormente, na segunda etapa do VTM, em julho de 2000, num processo de construção com os trabalhadores de enfermagem, iniciou-se a resignificação das etapas evolutivas das relações grupais, visando ao atendimento das diferentes necessidades do sujeito hospitalizado e seus acompanhantes, a partir da interação humana na assistência de enfermagem (LEITE; FERREIRA, 2001).

Na seqüência, tomando como base esses dois eixos e reflexões específicas acerca do tema necessidades dos usuários dos serviços de saúde, apresento os pressupostos para o desenvolvimento desta Dissertação, e, posteriormente, trago a fundamentação filosófica e teórico-metodológica que norteou essa pesquisa.

3.1 Pressupostos

Esses pressupostos foram construídos a partir do que acredito ser indispensável para uma assistência adequada à criança e seu acompanhante no processo de hospitalização.

- ◆ A hospitalização, em qualquer circunstância, é uma situação crítica para a criança, pois demanda afastamento do seu ambiente familiar, impondo-lhe uma nova condição, tanto de ambiente físico como de relações, muitas vezes associada à dor, desconforto, medo, ansiedade, fantasias, entre outros sentimentos.
- ◆ A criança, dependendo da fase de seu desenvolvimento, terá possibilidades diferenciadas para o enfrentamento desta situação. Assim, é fundamental que a equipe de saúde apreenda os diversos processos do seu desenvolvimento.
- ◆ Em qualquer circunstância, independentemente do seu estado de saúde e idade, é imprescindível que a instituição garanta à criança hospitalizada a permanência de um acompanhante em período integral. Isto significa que a instituição deve fornecer as condições necessárias para esta permanência.
- ◆ A permanência de um acompanhante favorece à criança hospitalizada a manutenção do elo afetivo, proporcionando segurança nos momentos dos procedimentos que impõem medo, ansiedade, raiva, dor e outros.
- ◆ No período de hospitalização, o acompanhante é o representante legal da criança. Desta forma, a ele compete a autorização dos procedimentos inerentes à hospitalização.
- ◆ Na hospitalização, o acompanhante é o porta-voz da criança, portanto ele deve ser envolvido no cuidado e ter acesso a todas as informações acerca da criança sob sua responsabilidade.
- ◆ A equipe de saúde, no desenvolvimento do seu processo de trabalho, proporciona as condições necessárias para a integração da criança e seu acompanhante à hospitalização. Integração aqui entendida como a base para o desenvolvimento evolutivo destes, possibilitando a oportunidade de aprendizagem, gerando mudanças, revisões, correções, ou seja, a complexidade de todo o processo de hospitalização.

- ◆ Para que se processe a integração da criança e do seu acompanhante à hospitalização, faz-se necessária a identificação de suas necessidades, as quais devem ter precedência sobre as dos demais sujeitos envolvidos.
- ◆ A enfermagem tem um processo de trabalho complementar e interdependente do processo de trabalho em saúde. Portanto, a satisfação destas necessidades não depende apenas do trabalho da enfermagem ou de qualquer outra categoria profissional isoladamente. É preciso o desenvolvimento de um trabalho coletivo e multidisciplinar, que vise ao atendimento destas necessidades, colocadas a partir dos sujeitos que vivenciam a hospitalização.
- ◆ “O processo de trabalho em saúde é coletivo, onde cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessário a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar” (CAPELLA, 1998, p.92). Cabe salientar que no processo de trabalho em saúde existem possibilidades e limites pessoais, profissionais e institucionais para o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante.
- ◆ A reflexão coletiva, acerca das possibilidades e limites no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, pode trazer uma nova ordem às ações dos profissionais de saúde, atualmente determinadas principalmente pelas características pessoais e decisões individuais. Isto permitirá a abertura de um espaço de discussão sobre a multidisciplinaridade, que poderá ser viabilizada através do respeito às diferenças e especificidades de cada área, pela socialização das informações, conhecimentos e ações entre os profissionais, favorecendo o planejamento e a execução coletiva de uma assistência à saúde, que atenda às necessidades da criança e seu acompanhante no processo de hospitalização.
- ◆ No desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, a assistência à saúde transcende a técnica, sendo necessária a interação humana de todos os envolvidos neste processo para que o trabalho transcorra a contento. Neste sentido, o referencial adotado pressupõe a interação humana como um circuito relacional entre o sujeito trabalhador e os sujeitos que procuram os serviços de saúde, a qual tem uma dinâmica evolutiva caracterizada pelas fases de inclusão – acolhimento, controle – respeito à autonomia, ajustamento, separação – avaliação. Essas etapas são determinadas pelas características pessoais dos sujeitos envolvidos e pelos desvios característicos de cada etapa. Sendo assim, não basta somente o investimento

institucional nas condições físicas e materiais, é preciso o reconhecimento da dinâmica relacional entre os sujeitos e o investimento nas relações interpessoais para que seja possível prestar uma assistência adequada à saúde.

3.2 Fundamentação filosófica e teórico-metodológica

Apesar de não haver uma preocupação excessiva em definir a corrente filosófica da ciência com que me identifico, faz-se necessário apontar, neste momento, que muitos dos conceitos aqui utilizados são coerentemente articulados ao materialismo histórico e dialético. E, sendo assim, muitas das reflexões e análises aqui realizadas, apontam para um mundo construído, principalmente a partir das condições materiais existentes, sendo estas, muitas vezes, determinantes para as possibilidades e limites que os sujeitos envolvidos estabelecem para si e para os que os cercam.

Neste sentido, inicialmente, trago o conceito de ser humano adotado para esse estudo, localizando-o no mundo em que vive, isto é, a sociedade. Em seguida, apresento o que considero uma instituição hospitalar, criada para atingir finalidades às mais diversas e onde se desenvolvem os processos de trabalho dos vários profissionais da área da saúde para atender às necessidades daqueles que a procuram, neste caso, a criança hospitalizada e seu acompanhante. Na seqüência, apresento o referencial filosófico e teórico-metodológico do SAV, dando ênfase às questões referentes à dinâmica das relações interpessoais, tanto às vividas entre os diversos trabalhadores da área como àquelas existentes entre eles e a criança hospitalizada e seu acompanhante, denominada pelos autores como interação humana.

Homem, segundo Capella (1998, p.96-97),

é um ser natural que surge de uma natureza dada, submetendo-se às leis naturais e dependendo da natureza para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo, se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico. Assim, o conceito de natureza humana não é uma abstração, é a própria essência do homem, que se manifesta na sua forma física, o corpo biológico, material (com uma constituição anatômica e fisiológica, que se objetiva num todo harmônico, composto de várias estruturas, tais como, pele, coração, cérebro, pulmões, rins, numa composição que é própria da espécie), o qual é também o instrumento que lhe possibilita, no transcorrer da história, manifestar, uma outra forma - a consciência, a qual podemos denominar como sua forma psicológica (podendo se destacar aí os sentimentos de amor, paixão solidariedade, ódio, raiva, compaixão, os desejos e vontades, o pensamento, a maior ou menor facilidade para aprender, a aptidão ou a preferência para exercer determinada atividade). A consciência do homem, sua forma psicológica, manifesta-se principalmente através da linguagem, o que possibilita a ele tornar-se social, cultural. A linguagem é, então, a mediação entre o homem natural e o homem social, cultural. O ser social é aquela 'parte' do indivíduo que é construída nas suas relações com os outros homens, a

partir de premissas, limites e condições materiais colocadas pela sociedade em que este indivíduo vive e da qual faz parte. Porém nessa construção social deve haver espaço para que esse sujeito concreto natural, humano, histórico, social, possa ser reconhecido pela sua singularidade, particularidade, individualidade. Ao mesmo tempo em que o homem é produto de suas relações sociais, essas relações sociais podem constituir a sua individualidade dentro da sua singularidade. O homem é singular porque tem um corpo natural humano, mas é também social porque sua existência, incluindo seu corpo, foi construída coletivamente, com outros homens. Neste sentido, ele está sempre transitando entre a sua particularidade, singularidade, individualidade e sua condição de ser social, cultural, genérico, universal. Nesse processo, objetivando-se no mundo, relacionando-se interna e externamente com a natureza e seu mundo construído, o homem, na sua individualidade e nas suas relações com outros homens, na condição de sujeito de sua vida, construtor de sua liberdade e sua autonomia, pode ser pleno, inteiro, indivisível.

Apesar de toda a minha identificação com este conceito, considero importante destacar a questão de gênero. Sendo assim, faço a opção por utilizar neste trabalho o termo ser humano.

O ser humano não sobrevive sozinho, está em interação com outros seres humanos e a natureza, isto é, vive em sociedade. Para Capella (1998, p.98), sociedade é a

esfera existencial do homem e da qual faz parte, em conjunto com outros homens, construindo sua história, a partir de uma determinada estrutura que estabelece premissas, limites e condições materiais que muitas vezes independem de sua vontade individual [...] É a partir das condições materiais e do meio em que vive que o homem [ser humano] constrói a sua história, verifica os seus limites ou os ultrapassa, estabelece seus desejos, vontades.

Neste estudo, uma parcela desta sociedade está inserida numa instituição hospitalar, considerada por Capella (1998, p.102),

um espaço social formal, isto é, materialmente definido, [...] onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações de produção de um trabalho dirigido a um outro homem - o sujeito hospitalizado. Portanto, a produção social não se dá em cima de algo material, o trabalho a ser desenvolvido envolve um outro homem, com tudo que o conceito de homem [ser humano] contempla.

Nesta instituição, uma parte destes sujeitos faz desta um dos meios para sua sobrevivência, através do seu processo de trabalho, e, outra, a procura quando necessita de atendimento à saúde.

O processo de trabalho, na concepção de Capella (1998, p.99), é o

processo de atividade humana dirigida a um fim, por meio do qual os homens atuam sobre a natureza externa e a modificam, para que ela possa responder às suas necessidades, ao mesmo tempo em que modificam sua própria natureza.

O processo de trabalho caracteriza-se pela existência de quatro elementos constituintes, assim denominados: finalidade, objeto, instrumento e força de trabalho.

A finalidade do trabalho é o objetivo que orienta todo o processo de trabalho. O trabalho acontece sempre em função de uma ou mais necessidades expressas, normalmente sendo a própria finalidade. O objeto do trabalho é a matéria a que se aplica o trabalho, ou seja, aquilo sobre o que se realiza a atividade. O instrumento do trabalho é o que o trabalhador insere entre si e o objeto do trabalho, e, a força de trabalho, é o conjunto de habilidades físicas e mentais do trabalhador, as quais ele utiliza no desenvolvimento do seu trabalho (CAPELLA, 1998).

Essa pesquisa foi desenvolvida na CP do HU-UFSC e, por tratar-se de uma instituição hospitalar, na qual desenvolve-se um processo de trabalho específico, denominado processo de trabalho em saúde, que se caracteriza por ser um trabalho coletivo de várias áreas técnicas em saúde e que tem por finalidade o atendimento das necessidades dos sujeitos hospitalizados (CAPELLA, 1998).

As áreas técnicas são representadas pelos profissionais de saúde, que nesta Dissertação limitaram-se àquelas categorias profissionais que atuam diretamente com as crianças hospitalizadas e seus acompanhantes, aqui denominados de sujeitos trabalhadores da área da saúde. Estes são considerados a força de trabalho no processo de trabalho em saúde, sendo aqueles seres humanos,

indivíduos que em seu percurso de vida, têm como atividade básica o exercício de alguma profissão ligada à área da saúde, desenvolvendo seu trabalho em instituição hospitalar, prestando atendimento de saúde, em conjunto com os demais trabalhadores da instituição em que atuam (CAPELLA, 1998, p.103).

Neste sentido, cada profissional da área da saúde tem um processo de trabalho e uma organização específica de suas atividades. No entanto, cada processo desenvolvido é complementar e interdependente ao todo, e ocorre por distribuição de partes dele entre os diversos profissionais, de acordo com a legislação vigente e os espaços ocupados por estes profissionais em cada instituição.

A instituição hospitalar é criada para atender ao sujeito hospitalizado, ser humano, "indivíduo, que em seu percurso de vida, por alguma circunstância, necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se à hospitalização" e que é objeto de trabalho comum a todos os sujeitos trabalhadores da área da saúde. (CAPELLA, 1998, p.103).

Para este estudo, considero sujeito hospitalizado a criança hospitalizada, aquele ser humano, com idade entre vinte e nove (29) dias e catorze (14) anos, que, por alguma circunstância, necessita de internação na Clínica Pediátrica do HU.

Como estarei trabalhando também com o acompanhante da criança hospitalizada, defino acompanhante, como sendo aquele ser humano que, em seu percurso de vida, por alguma circunstância, permanece com a criança durante a sua internação, independentemente de ter a responsabilidade legal sobre a mesma, podendo ser o pai, a mãe, um amigo, um vizinho, ou outro familiar. Na Clínica em que atuo, é mais comum que a mãe permaneça como acompanhante, porém, não é raro termos também a presença de outros indivíduos que possuem um outro elo familiar ou afetivo com a criança.

Com relação aos instrumentos de trabalho utilizados pelos profissionais em saúde, para atingir a finalidade do trabalho, poderíamos resumidamente citar para a enfermagem todos aqueles utilizados para prestar os cuidados, quais sejam, lençóis, seringas, agulhas, bacias, entre outros; para a medicina podem ser apontados os instrumentais cirúrgicos, o estetoscópio, entre outros. Agora, um instrumento de trabalho comum a todos os profissionais é o conhecimento, específico em cada área, que é utilizado para atender aquele que procura os seus serviços, bem como demarca o seu campo de conhecimento.

Uma vez definidos os elementos constituintes do processo de trabalho, faz-se necessário apontar que este mesmo trabalho precisa estar preparado e organizado do ponto de vista da estrutura organizacional e física, da disposição dos materiais e equipamentos e das relações que aí se estabelecem para atender às necessidades da criança hospitalizada e seu acompanhante.

Neste sentido, passo a introduzir a base filosófica e teórico-metodológica do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), complementando e ampliando a Abordagem Sócio-Humanista, justamente por trazer, na sua essência, uma práxis que prevê, a relação dialógica de todos os envolvidos no processo de trabalho em saúde, na perspectiva de construir e estabelecer a interação humana, a partir das possibilidades e limites da instituição e de todos os sujeitos envolvidos no processo de hospitalização.

Esse sistema, criado por Leite e Ferreira (1999a, p.1)

configura-se como uma proposta psicopedagógica, que objetiva facilitar os processos de relação grupal e a integração pessoal, focando os aspectos sociais e psicoemocionais presentes na interação do indivíduo com os diversos grupos,

buscando a compreensão do processo vital humano, segundo uma perspectiva complexa, sistêmica e holística.

Os autores acima citados, conceituam o SAV como sendo

uma práxis que objetiva facilitar a vivência e realização dos potenciais humanos, em ressonância com os princípios ecológicos da vida, a partir da integração das várias dimensões da pessoa e restabelecimento da dinâmica de integração com seus semelhantes e com o mundo (2000, p.9).

Ao se colocar o SAV como uma proposta que objetiva facilitar os processos de integração pessoal, a partir da integração das várias dimensões da pessoa e do restabelecimento da dinâmica de integração com seus semelhantes e o mundo, tentarei encontrar neste referencial, aliado a Sócio-Humanista, a possibilidade de, no ambiente hospitalar, com todas as dificuldades e limites que a criança e seu acompanhante terão, atendê-los em suas necessidades.

Isto porque, no conceito do SAV, Leite e Ferreira apontam que a consonância com os princípios ecológicos da vida significa que o “indivíduo está submetido a uma regulação interna e externa, delimitado social e ecologicamente (pela cultura e pela natureza), que define tanto suas possibilidades quanto seus limites, seus carecimentos e seus projetos” (2000, p.9). Ou seja, a própria hospitalização é uma regulação tanto interna como externa, que impõe limites e possibilidades à criança e seu acompanhante.

O modelo organizacional do SAV, configura-se por uma unidade sistêmica global composta de três (3) elementos inter-relacionados, quais sejam:

projeto ser ecológico, como sendo o componente sistêmico que organiza as proposições éticas e filosóficas que orientam o SAV, fornecendo o impulso e as referências para as mudanças pretendidas; modelo teórico, como o componente que integra a linguagem e o método científico para organizar a perspectiva conceitual adotada no SAV, fornecendo referências para o controle sobre todo o sistema; e método de aprendizagem através de vivências integradoras, como o componente que orienta a atuação prática do SAV, organizando os procedimentos e as ações a serem implantadas (LEITE; FERREIRA, 1999a, p.5).

Estes três elementos se inter-relacionam de modo interdependente e complementar. Sendo assim, não há a supervalorização de qualquer um desses elementos em detrimento de outro.

Portanto, a práxis do SAV, desenvolvida com vivências integradoras, possibilita a aprendizagem vivencial, ou seja,

a capacidade humana de organizar as experiências vividas, dando-lhes significado, melhorando a qualidade de vida [...]. Esta visão implica em conceber a pessoa humana como um ser permanentemente imperfeito e inacabado, que busca atingir a plenitude. Os indivíduos continuariam assim evoluindo e aprendendo ao longo de toda sua vida. (LEITE; FERREIRA, 1999a, p.2).

Para a realização destas vivências integradoras, o referencial utilizado pelo SAV, originado da Teoria do Desenvolvimento de Grupos, proposta por Schutz (1978), baseia-se nas necessidades interpessoais de inclusão, controle e afeto. Estas necessidades estão profundamente relacionadas à percepção que o sujeito tem de si mesmo, ou seja, ao seu auto-conceito.

Para atuar no espaço institucional, Leite e Ferreira (2000) redefinem a necessidade interpessoal de 'afeição' apresentada por Schutz (1978), passando a denominá-la de 'ajustamento, enquanto um desejo de pertencimento e reconhecimento do grupo, a partir da aceitação e integração das diferenças, bem como introduzem uma quarta necessidade, a de separação ou avaliação. Esta etapa se caracteriza pela finitude da relação. O problema desta fase é permanecer junto ou separar-se. É o momento de "avaliação e integração dos processos vividos, tornando-os elementos vivos e significativos à história individual e coletiva" (LEITE; FERREIRA, 1997, p. 21).

A seguir, faço uma breve descrição de cada uma das necessidades interpessoais aplicadas em nível institucional, tanto para os sujeitos trabalhadores como para os sujeitos que procuram os serviços de saúde, já com a incorporação da complementação feita por Leite e Ferreira (2000). E, na seqüência, apresentarei as noções da interação humana na assistência de enfermagem, construída pelos consultores do Programa VTM.

- *Fase de inclusão*

Os contatos interpessoais iniciais caracterizam-se pelo fato dos indivíduos buscarem estabelecer temas comuns a todos, de estarem definindo ou identificando padrões e regras para a interação. A problemática deste momento é 'isolar-se ou interagir com os outros'.

Nesta fase, está presente o desejo do sujeito de receber atenção e ser aceito pelo grupo e a ansiedade gerada é o receio de ser excluído, de não ser aceito no grupo, ou seja,

nas pessoas em que predominam o impulso e a abertura para iniciar relacionamento, o desejo de ser aceito pode ser identificado como aspecto motivador. Ao contrário, quando emergem a 'resistência' e inibição para enfrentar os momentos iniciais do

contato, constata-se um rebaixamento do nível de energia corporal, levando a pessoa a uma atitude mais passiva e mais receosa (LEITE; FERREIRA, 2000, p.32).

Os padrões de comportamento individual da fase de inclusão são:

- subsocial- mantêm distância dos outros, não quer misturar-se por medo de perder a privacidade; ultra-social- busca as pessoas incessantemente e quer ser procurado, não suporta ficar sozinho; social- sente-se bem com ou sem a presença dos outros. Nos relacionamentos interpessoais a superação desta fase ocorre com a ultrapassagem das dificuldades iniciais de contato (LEITE; FERREIRA, 2000, p. 32-33).

Para que a fase de inclusão se complete, são necessários a compreensão e o esclarecimento aos elementos do grupo sobre a diversidade grupal, e a abertura para que todos os seus componentes possam ser acolhidos e incluídos.

- *Fase de controle*

A necessidade interpessoal nesta fase é o "desejo de manifestação e reconhecimento da singularidade, do poder pessoal de cada um" (LEITE; FERREIRA, 2001b, p.19). Passada a inclusão, as pessoas passam a sentir necessidade de demarcar sua individualidade, sua autonomia nas diferenças.

O problema desta fase é 'decidir por si mesmo', ou 'seguir a decisão do outro. Os conflitos se caracterizam por divergências, "discordâncias em relação aos encaminhamentos das questões grupais", causando "tensões internas de repulsão, afastamento e ruptura" (LEITE; FERREIRA, 2000, p. 35). Esses autores consideram que "essas forças, dentro de certos limites, são naturais e mesmo inerentes à vitalidade do grupo, colaborando para sua dinamização e evitando processo de estagnação" (2000, p.35).

Eles também acreditam que esta dinâmica pode assegurar um processo democrático no grupo, possibilitando a definição de regras comuns a todos, colocando limites aos espaços e condutas, possibilitando a reorganização, integrando novas demandas, referências e interesses legítimos do grupo.

Os padrões de comportamento nesta fase são assim denominados:

abdocrata- aceita uma posição subordinada para não assumir responsabilidades pela tomada de decisões; autocrata- receia que os outros não sejam dominados por ele e que o dominem, acentuando por isso suas atitudes autoritárias; democrata- sente-se confortável dando ou não dando ordens, dependendo do que for apropriado à situação, tendo então flexibilidade para comandar e ser comandado (LEITE; FERREIRA, 2000, p.35-36).

Esta fase tem relação direta com o exercício do poder de cada indivíduo; isto significa lidar com limites, seus e de terceiros. A superação desta fase se dá no momento em que ocorre a definição das regras e os limites de conduta individuais, configurando um projeto coletivo, onde ficam então definidas as responsabilidades individuais e coletivas e o respeito aos diferentes papéis e funções.

- ***Fase de ajustamento***

Após os conflitos da dinâmica de controle, ocorre o amadurecimento grupal, onde existe o respeito às diferenças, sendo possível expressar os diferentes graus de afinidade (hostilidade direta, apoio, afeto e outros sentimentos), ou de divergências entre os componentes do grupo, sem que isso seja ameaça à sua unidade.

Leite e Ferreira (2000) afirmam que

às forças de antagonismo e concorrência, que se destacavam na fase anterior, junta-se agora a percepção das possibilidades de complementaridade entre esses interesses, criando espaços para que essas diferenças se ajustem, em graus variáveis de proximidade e distanciamento entre seus integrantes, mantendo ainda a unidade do conjunto (2000, p.38).

O desejo é a “busca de uma interação e integração baseada no respeito às diferenças e na valorização das complementaridades” (LEITE; FERREIRA, 2001b, p.19).

Nesta fase, aparecem comportamentos que podem ser caracterizados como:

subpessoais- se estabelecem relações unívocas, distantes e superficiais, e espera-se respostas da mesma forma; superpessoais- buscando muita proximidade dos outros e desejando estar sempre juntos; pessoais- sentem-se bem em intimidade ou com distanciamento emocional dos outros (LEITE; FERREIRA, 2000, p.39).

O ajustamento de um grupo pode ser observado quando as relações entre os membros

comportam experiências de contato e comunicação diferenciadas entre seus membros, numa dinâmica que possibilita à rede relacional construída uma pulsação orgânica entre os processos de aproximação e distanciamento interpessoais, de tal forma que a troca de informações passa a ocorrer num fluxo interativo e dialógico (LEITE; FERREIRA, 2000, P.39).

Assim, os momentos tanto de aproximação como de distanciamento entre os integrantes do grupo, se dão num movimento contínuo.

- ***Fase de separação (avaliação e fechamento)***

O desejo desta fase é a

necessidade de individuação, quando, diante do fim da relação, cada pessoa passa a se interessar pela delimitação de sua existência individual e pela reapropriação individualizada da experiência vivida, como referência para outros espaços e processos interativos de sua vida (LEITE; FERREIRA, 2001b, p.19).

A problemática desta fase está no desejo de permanecer junto ou de separar-se. É o período de avaliação da experiência grupal e das despedidas, retornando à dinâmica de individuação. É o fechamento de um ciclo para dar início a outro.

Segundo Leite e Ferreira (2000) e complementando a teoria de Schutz (1978), o comportamento observado nesta fase pode ser:

apegado - mantém-se na situação mesmo quando esta já não lhe traz nenhuma satisfação, mostra-se ansioso diante da separação e evita as situações de despedida; indiferente- não reconhece as situações de separação, evitando fechar os processos vividos e passando de uma relação a outra sem envolvimento efetivo; individuado- reconhece e vive os processos psicoemocionais da separação; enfrenta o luto e suas emoções, tais como a dor e a tristeza, mas considera também os aspectos de superação do passado e a abertura de novas possibilidades. A pessoa individuada percebe o processo de finitude das coisas como uma dinâmica natural da vida” (2000, p.42).

Segundo os autores citados, a fase de avaliação na dinâmica evolutiva dos grupos caracteriza-se pelo momento em que a experiência coletiva torna-se um aprendizado, na medida em que o indivíduo reflete e revê o processo vivido, compreende-o, reconhecendo os aspectos positivos e negativos, satisfatórios e insatisfatórios, preparando-se para novas experiências.

Conforme relatei no início desse capítulo, no ano de 1999, no quarto momento da primeira etapa do VTM, os consultores iniciaram com os trabalhadores de enfermagem a construção da resignificação das fases evolutivas e necessidades interpessoais correspondentes, visando ao atendimento às diferentes necessidades do sujeito hospitalizado e seus acompanhantes. Todo esse processo tinha como objetivo

a atualização e o amadurecimento da competência interna da Diretoria de Enfermagem para o exercício de uma assistência humanista aos 'sujeitos hospitalizados' no HU-UFSC, fundada também no respeito e no reconhecimento aos 'sujeitos trabalhadores' que lhes prestam os cuidados de enfermagem (LEITE; FERREIRA, 1999b, p.5),

o qual resultou no modelo ainda em construção, denominado “Interação Humana na Assistência de Enfermagem” (LEITE; FERREIRA, 2001.)

A dimensão da humanização da assistência, tem como base uma organização conceitual proposta por estes autores, fundamentada na Abordagem Sócio-Humanista, bem como em

algumas referências psicossociais e psicopedagógicas dos fenômenos contemplados na interação humana, já incorporados pelo Sistema de Aprendizagem Vivencial (LEITE; FERREIRA, 2001).

Interação humana, segundo Leite e Ferreira (2001b, p.18)

pressupõe um circuito relacional inter-retroativo entre o sujeito trabalhador e o sujeito de cuidados³; esta interação é mediada e contextualizada pelos aspectos subjetivos pessoais de cada um, pela atuação profissional conferida pela formação do sujeito trabalhador e demandada pelo sujeito de cuidados e por um ambiente institucional que estrutura, regulamenta e organiza formalmente esta interação.

A relação interpessoal pode sofrer desvios, rupturas, crises e descontinuidade, determinando que o circuito relacional pode dar-se em momentos contínuos, progressivos, seqüenciais e unidirecionais, mas pode sofrer também a ação de movimento descontínuo.

Neste sentido, na dinâmica da interação humana, tem que se considerar que as necessidades interpessoais e o fluxo destas fases, podem se dar de forma diferenciada para os sujeitos envolvidos neste processo relacional.

Sendo assim, na interação humana na assistência, estas etapas podem ser caracterizadas, de acordo com Leite e Ferreira, 2001b., conforme apresentado a seguir.

Inclusão: é preciso considerar a necessidade de pertencimento dos dois grupos de sujeitos da relação, para que se assegure o vínculo e o potencial terapêutico da assistência. Então, a necessidade de inclusão do sujeito trabalhador é o “desejo de reconhecimento, configurado na resposta do sujeito de cuidados à sua presença, expressando a percepção de um ‘outro’ significativo” (LEITE; FERREIRA, 2001b, p.21).

O desvio que causa ansiedade no sujeito trabalhador, é a exclusão do campo relacional. Estes autores comentam que esta ‘exclusão’ pode se dar por duas vias, quais sejam: “uma, de negação - refere-se ao receio de ser ignorado” [tornado invisível], reduzido e unidimensionalizado [em suas dimensões de pessoa, profissional e representante da instituição]; outra, de afirmação – no ‘receio de ser aprisionado’ na relação, passando a ser idealizadamente o depositário de todas as necessidades do sujeito de cuidados [solicitação constante]” (LEITE; FERREIRA, 2001b, p.21).

³ O termo sujeito de cuidado, segundo Leite e Ferreira, enfatiza o cuidado como ação mediadora entre dois sujeitos associando “cuidados hospitalares”, quando necessária para enfatizar a dimensão institucional da interação, ou o termo “cuidado de enfermagem”, para ressaltar a dimensão profissional.

Para o sujeito hospitalizado, a necessidade inicial é de ‘acolhimento’, ou seja, de ser aceito em sua condição atual. A ansiedade para este sujeito se traduz no

[...] ‘medo de ser insignificante’, de não ser visto ou ouvido, de ser desconsiderado na percepção de si mesmo [de suas sensações e sintomas], de perder todas as suas características pessoais, de ser discriminado, de sofrer injustiças. Outra forma de reagir a este medo original é assumir atitudes de afirmação e enfrentamento, cobrando, muitas vezes de modo agressivo, sua inserção e seu desejo de ser percebido, atendido e respeitado (LEITE; FERREIRA, 2001b, p.21).

A adequada inclusão depende de ambos, a partir do reconhecimento de suas diferenças neste momento, sem que isso possa impedir a abertura relacional e a estruturação profissional e institucional (LEITE; FERREIRA, 2001b).

O termo acolhimento refere-se à recepção e localização do sujeito hospitalizado no ambiente físico da instituição, como também ao reconhecimento de sua doença e suas necessidades. No modelo proposto, a fase de acolhimento refere-se tanto às atividades de recepção quanto às atitudes e posturas do sujeito trabalhador, para com o sujeito hospitalizado nos contatos iniciais e todas as vezes que a interação entre estes se estabelece. O termo reconhecimento refere-se à ação do sujeito hospitalizado para com o sujeito trabalhador, de ser percebido e diferenciado enquanto pessoa e profissional.

Segundo Leite e Ferreira (2001b), os desvios desta fase podem interferir na chamada ‘primeira impressão’. Os desvios do acolhimento e reconhecimento são a ‘coisificação’ e a ‘idealização’ dos sujeitos. A ‘coisificação’ é expressa quando um dos sujeitos ou ambos percebem o outro como um objeto. Neste sentido, o outro é considerado objeto do cuidado, na perspectiva do trabalhador, quando, por exemplo, se refere ao paciente não pelo nome, mas pela doença que possui. E objeto, para o seu cuidado, na perspectiva do sujeito hospitalizado, que vê no profissional da enfermagem, não a pessoa ou o profissional, mas apenas um serviçal que está à sua disposição para atendê-lo no que for preciso.

O outro desvio desta fase, segundo os autores acima citados, é a

idealização que se manifesta quando a interação se fundamenta na imagem idealizada de um [ou dos dois] sujeitos envolvidos, desconsiderando-se a situação vivida, em suas contradições, paradoxos e permanentes mudanças [...]. A idealização do sujeito de cuidados tende a vê-los sempre como ‘coitadinhos’, gerando, como contraponto no outro lado, a idealização do sujeito trabalhador em enfermagem em sua imagem de ‘anjo de cabeceira’. Assim, quando o circuito interativo entre os sujeitos cria um ciclo vicioso movido pela ‘doença da idealidade’, tem-se reforçada a visão do paciente passivo e de profissionais abnegados, cuidadosos e dedicados (LEITE; FERREIRA, 2001b, p.24)

Depois de satisfeita a necessidade de inclusão, no curso probabilístico das interações humanas, vem a **fase do controle**, onde aparecem as questões relacionadas ao poder, influência e autoridade de cada um dos envolvidos frente à tomada de decisões.

No **controle**, a necessidade colocada para o sujeito hospitalizado é o respeito à sua autonomia. Para o sujeito trabalhador, a necessidade de controle é mediada pela autonomia profissional e institucional.

Para Leite e Ferreira (2001, p.29), os desvios desta fase “resultam de dificuldades dos sujeitos envolvidos em lidar com a complexidade das questões relacionadas ao poder pessoal e poder funcional, em suas dimensões objetivas, subjetivas e intersubjetivas”.

Estes desvios provocam no sujeito hospitalizado posturas antagônicas de subordinação ou de confronto e desobediência, e o sujeito trabalhador passa a personalizar seu exercício de autoridade ou promover um endurecimento frente às ‘normas’ e rotinas do seu processo de trabalho e/ou da instituição (LEITE; FERREIRA, 2001b). Estes autores sugerem que o princípio para facilitar e superar esta fase pressupõe uma interação pautada pelo diálogo e atitudes democráticas, através do contrato terapêutico e contextualização, pertinentes à etapa do acolhimento, bem como a comunicação efetiva e transparente.

As necessidades interpessoais desta fase são: respeito à autonomia, referentes às ações do sujeito trabalhador, que considera a autonomia do sujeito hospitalizado e seu acompanhante como sujeitos de suas vidas. E a profissionalização, traduzida no tratamento do sujeito hospitalizado e seu acompanhante ao sujeito trabalhador, que, nas questões de poder e autoridade, consideram sua autonomia relativa mediante suas responsabilidades profissionais e institucionais.

Uma vez enfrentadas as divergências e conflitos da fase de controle, surge a necessidade de integração e de estabelecimento de condições satisfatórias para o relacionamento - o **ajustamento**.

Para Leite e Ferreira (2001b, p.32), o **ajustamento** “tende a ser percebido pelos sujeitos envolvidos sob a mesma perspectiva, uma vez que seus espaços de diferenciação foram demarcados anteriormente [...]”. Nesta etapa, é preciso criar condições que “asseguem a manutenção de um clima de aceitação e integração das diferenças, com o reconhecimento simultâneo da individualidade de cada um diante de efetiva alteridade do outro”.

Os desvios desta fase referem-se à dificuldade de estabelecer uma interação, pois solicitam dos sujeitos maturidade psicoemocional e competência interpessoal, associadas ao

“desenvolvimento da cidadania do sujeito hospitalizado, para reconhecer seus direitos e deveres diante do tratamento e hospitalização, paralelamente ao desenvolvimento da ética profissional do sujeito trabalhador” (LEITE; FERREIRA, 2001b, p.32). Os autores citados comentam que na maturidade psicoemocional destacam-se as dificuldades de contato do sujeito trabalhador, que utiliza como mecanismo de defesa a fragmentação da relação e o distanciamento e negação de sentimentos. Com relação à comunicação, ocorre o princípio do ocultamento de informações. Para transpor as dificuldades desta fase é necessário valorizar uma interação dialógica, que segundo os autores, deve estar baseada na co-responsabilidade dos sujeitos para um contato e comunicação autênticos.

Ao encerrar a interação de forma momentânea, esporádica ou definitiva, surge a **fase de separação**.

Na **separação**, os sujeitos tendem a modificar seu comportamento através de desejos contraditórios, tais como “individuação e desejo de preservar a relação [...] desejo de libertação e a ansiedades da perda” (LEITE; FERREIRA, 2001b, p.34).

Esses autores comentam que existe uma tendência dos sujeitos para evitar o enfrentamento desta etapa da relação, podendo haver comportamentos de indiferença, caracterizados pela frieza e apatia, e, o contrário, de hipersensibilidade caracterizado pelo apego e a depressão. O desafio para enfrentar esta etapa, requer a resignificação da despedida e avaliação da experiência vivida.

Na seqüência, apresento a trajetória percorrida para o alcance dos objetivos propostos, lembrando que o referencial filosófico e teórico-metodológico do SAV, além de ser utilizado nas análises e reflexões do capítulo referente ao tema específico deste estudo, ou seja, as necessidades da criança hospitalizada e seu acompanhante, foi o suporte metodológico para a realização dos Encontros Vivenciais realizados com os dois grupos de sujeitos, descritos a seguir.

4 METODOLOGIA

Esse é um estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo, no qual, em parceria com os sujeitos da pesquisa, realizei encontros vivenciais, buscando refletir acerca das necessidades da criança hospitalizada e seu acompanhante durante a hospitalização, bem como sobre as possibilidades e limites para o atendimento destas, no desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde da CP do HU-UFSC.

De acordo com Minayo (2000, p.22), essa corrente de pesquisa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”

Ainda conforme esta autora, este tipo de pesquisa permite ao pesquisador “compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. Ou seja, desse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis” (Minayo, 2000, p.24)

A escolha por essa linha de pesquisa se justifica pelas características apontadas acima, uma vez que busquei, por meio dos encontros realizados, o levantamento das expectativas e necessidades da criança e acompanhante no período de hospitalização, respeitando e reafirmando as crenças e valores dos sujeitos da pesquisa, apontando e compreendendo o significado do momento por eles vivido.

Iniciei essa investigação durante a Disciplina de Prática Assistencial integrada às Disciplinas Aspectos Éticos e Educação na Assistência de Enfermagem, tendo como temática as necessidades, buscando refletir sobre as possibilidades e limites para o atendimento destas no desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde.

Nesse sentido, o estudo foi subdividido em dois momentos distintos. O primeiro aconteceu entre maio e junho de 2001, e contou com a participação de acompanhantes e crianças a partir de dez (10) anos de idade, internadas na CP do HU-UFSC. O segundo momento foi desenvolvido em novembro desse mesmo ano, e contou com a participação de representantes das diversas categorias que compõem a equipe de saúde da CP do HU-UFSC.

4.1 Contextualizando o Ambiente do Estudo

➤ *A Instituição*

O estudo foi realizado na CP do HU-UFSC, um hospital público e gratuito, isto é, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como objetivos o ensino, pesquisa e extensão, através da assistência àqueles que procuram os seus serviços.

Sua estrutura organizacional é composta por uma Direção Geral (DG) e 04 (quatro) Diretorias: de Enfermagem (DE), de Medicina (DM), de Apoio Assistencial (DAA) e Administrativa (DA). Cada diretoria possui as suas divisões, sendo que subordinadas à DE estão as Divisões assim denominadas: Divisão de Enfermagem na Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente (DESMCA), Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC), Divisão de Enfermagem Médica (DEM), Divisão de Enfermagem em Ambulatório e Emergência (DEAE). Na seqüência hierárquica, às Divisões estão subordinados os Serviços correspondentes. Assim, o Serviço de Enfermagem da Clínica Pediátrica está diretamente subordinado à chefia da DESMCA.

A Clínica Pediátrica possui 30 leitos de internação e 5 leitos de observação em Emergência Pediátrica.

Os leitos de internação são distribuídos por faixa etária, da seguinte forma: seis (6) leitos de escolares, distribuídos em três quartos com dois leitos, sendo que atualmente um desses quartos foi desativado para ceder temporariamente área para a recreação; doze (12) leitos de pré-escolares, que estão dispostos em duas enfermarias grandes, com seis leitos em cada; e doze (12) leitos de lactentes distribuídos em quatro quartos, com três berços em cada.

Os cinco (5) leitos de observação estão distribuídos em dois leitos para escolares e três berços para pré-escolares ou lactentes, numa mesma área física, situada no segundo andar do HU, próxima à Pediatria. Este local tem por objetivo alojar as crianças que são atendidas na Emergência Pediátrica do HU, e que por indicação médica necessitam permanecer por um

período de vinte e quatro (24) horas em observação. Estes pacientes ficam sob a responsabilidade dos plantonistas da Emergência Pediátrica, porém a assistência de enfermagem é prestada pela equipe da CP.

A CP atende às crianças na faixa etária de zero (0) a catorze (14) anos. Todas têm o direito à permanência de um acompanhante. Os acompanhantes no momento da internação da criança recebem as orientações gerais de normas e rotinas do setor. É fornecido o cartão de alimentação, que lhes dá o direito a três refeições diárias, as quais são servidas no refeitório do hospital, em horários preestabelecidos pelo Serviço de Nutrição. Os acompanhantes da Observação Pediátrica recebem três refeições diárias, sendo que essas são servidas no próprio local, a fim de evitar que os mesmos se afastem das crianças. Os acompanhantes têm o direito de se revezarem, no horário das sete (7) às vinte e duas (22) horas, como também podem optar por acompanhar ou não a criança. Porém, na Observação Pediátrica é obrigatória a permanência de um acompanhante nas vinte e quatro (24) horas, mantendo-se o direito ao revezamento nos horários acima descritos. Os acompanhantes descansam em cadeiras reclináveis, colocadas ao lado do leito da criança. Guardam seus pertences indispensáveis no criado-mudo ao lado do leito. A CP possui um chuveiro de uso exclusivo dos acompanhantes, que fica no interior da sala da Observação Pediátrica e dois (2) banheiros, feminino e masculino, localizados no corredor do mesmo andar desta Clínica. A CP possui um refeitório para as crianças internadas que têm condições de sair dos seus leitos. Esta sala tem uma televisão, que serve tanto às crianças como aos acompanhantes. Ainda neste local, existem alguns brinquedos e colchonetes para que as crianças possam brincar. Atualmente, por ocasião de uma reforma no 2º andar, a sala de recreação está situada dentro da enfermaria, em um quarto desativado para ceder espaço à recreação das crianças. Este local funciona sob a responsabilidade do Serviço de Psicologia Pediátrica, onde as acadêmicas de psicologia desenvolvem a recreação e estimulação das crianças internadas, ficando aberta de segunda a sexta-feira no período vespertino. Além da sala de TV e de recreação, as crianças e acompanhantes utilizam o corredor interno da CP para conversar e brincar. Temporariamente, devido à reforma que está sendo realizada na área do 2º andar, a CP não dispõe de uma área externa, ou seja, um solário que permita às crianças e seus acompanhantes brincarem e tomarem sol.

➤ *A Equipe de Saúde da CP*

Fazem parte da equipe de saúde: nutricionista, assistente social, psicóloga, pediatras, residentes e a equipe de enfermagem. Todas as áreas profissionais contam com a presença dos

alunos da UFSC e outras instituições de ensino superior e médio, os quais, durante os estágios, prestam assistência supervisionada.

➤ *A Equipe de Enfermagem da CP*

A equipe de enfermagem é composta por oito (8) enfermeiras, quinze (15) técnicas de enfermagem, oito (8) auxiliares de enfermagem, oito (8) auxiliares de saúde, uma escriturária e uma bolsista. O déficit atual é de três (3) funcionárias: uma técnica, uma auxiliar de saúde e uma escriturária.

A carga horária semanal varia entre trinta (30) e trinta e seis (36) horas, dependendo das possibilidades do setor em termos de número de funcionários disponíveis para a escala de serviço.

Cabe esclarecer que em função das férias, vacâncias e folgas, os turnos de trabalho contam com um mínimo de cinco (5) a seis (6) funcionárias (enfermeira, técnica, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde).

4.2 Aspectos Éticos do Estudo

O Projeto de Prática Assistencial, que contempla o primeiro momento deste estudo, bem como a proposta para o segundo momento desta pesquisa, contida no Projeto de Qualificação, passaram pela apreciação e aprovação da DE do HU e sua respectiva Comissão de Ética, sendo aprovados conforme consta no Anexo 1 e 2.

Cumprindo com os critérios éticos de um trabalho científico com seres humanos, todos os participantes dessas atividades foram informados dos objetivos do estudo, da metodologia utilizada, da garantia de seu anonimato e confidencialidade dos dados, dos direitos de desistência em qualquer etapa do mesmo, bem como foi solicitada a permissão para utilização do gravador e máquina fotográfica. Ao realizar o convite de participação, além de todas as informações referentes ao estudo, apresentava a Carta Convite e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 3, 4 e 5). Os que aceitavam participar assinavam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. As crianças a partir de dez (10) anos, que participaram dos Encontros, tiveram a autorização verbal de seus responsáveis.

4.3 Os sujeitos do estudo

Na primeira etapa, os sujeitos do estudo foram os acompanhantes e as crianças hospitalizadas a partir de dez (10) anos de idade, internadas na CP do HU-UFSC, no período de 10/05 a 06/06/01, perfazendo um total de trinta e oito (38) participantes, dos quais seis (6) crianças e trinta e dois (32) acompanhantes. O critério para o convite foi o tempo de, no mínimo, vinte e quatro (24) horas de internação. Em princípio, havia estabelecido um tempo de hospitalização de três (3) dias, porém questões relacionadas à rotatividade dos pacientes na CP e à participação voluntária dos sujeitos, reduziram muito o número de participantes nos Encontros. No decorrer dos mesmos, pude perceber que o tempo mínimo de vinte e quatro (24) horas não prejudicou a coleta de dados, uma vez que as necessidades por eles apontadas estão relacionadas ao atendimento mínimo dos seus anseios como seres humanos e cidadãos, as quais podem emergir desde as primeiras horas da hospitalização.

No segundo momento desse estudo, os sujeitos foram os representantes das categorias de profissionais de saúde da CP do HU-UFSC, e considerando que essa proposta foi desenvolvida num hospital escola, achei indispensável a participação também de estudantes, pelo menos dos Cursos de Enfermagem e Medicina, a partir da quinta e décima segunda fases, respectivamente, uma vez que é nesses períodos que começam a ter contato com a CP.

Nesse sentido, fiz o convite na seguinte proporção⁴: dois (2) médicos, dois (2) residentes, dois (2) acadêmicos de medicina, duas (2) acadêmicas de enfermagem, uma (1) psicóloga, uma (1) assistente social, uma (1) nutricionista, uma (1) profissional de nível médio da enfermagem por turno de trabalho, e, no mínimo, duas (2) enfermeiras.

No entanto, participaram efetivamente dos Encontros: um (1) médico, um (1) residente, dois (2) acadêmicos de medicina, duas (2) acadêmicas de enfermagem da sétima fase, uma (1) psicóloga, uma (1) assistente social, uma (1) nutricionista, quatro (4) profissionais de nível médio da enfermagem, e três (3) enfermeiras, perfazendo um total de dezesseis (16) participantes no primeiro encontro e catorze (14) no segundo.

A fim de garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, no caso dos acompanhantes e crianças, os relatos são identificados pelo grau de parentesco do acompanhante seguido das iniciais do nome da criança que acompanham, e, no caso da criança, os relatos são identificados pelas suas iniciais. Já os profissionais de saúde fizeram a opção de usar seus próprios nomes, ou sobrenomes, ou ainda codinomes escolhidos pelos mesmos.

⁴ Ao nominar os diversos profissionais de saúde que atuam na CP do HU-UFSC, optei pelo gênero predominante nas categorias envolvidas.

4.4. Coleta dos dados

Os dados foram colhidos no período compreendido entre maio e novembro de 2001, por meio de quatro (4) e dois (2) Encontros Vivenciais, realizados respectivamente, junto aos acompanhantes e crianças hospitalizadas, bem como aos profissionais de saúde que atuam na CP do HU-UFSC.

Na seqüência, apresento os passos desenvolvidos para a concretização desse momento da pesquisa.

O Convite para os Encontros Vivenciais

Os convites para os quatro Encontros Vivenciais, com os acompanhantes e as crianças hospitalizadas, foram sempre feitos com um dia de antecedência à data prevista para os mesmos. Nessas ocasiões, apresentava-me aos acompanhantes como enfermeira da CP e mestranda da UFSC, expondo os objetivos do estudo, convidando-os a participar. Procurei seguir os critérios éticos da pesquisa, dando-lhes o direito de aceitarem ou não o convite, solicitando permissão para o uso do gravador e máquina fotográfica, garantindo-lhes a confidencialidade dos dados e seu anonimato, bem como a possibilidade de desistência em qualquer momento do processo, sem nenhum prejuízo a esses ou às crianças que acompanhavam.

Ao formalizar o convite a cada acompanhante, percebi o receio de alguns para se afastarem de seu filho, por ocasião dos Encontros, optando por não aceitarem o convite. Mesmo afirmando que a equipe de enfermagem estaria cuidando das crianças, esse argumento não foi suficiente. Talvez, esse receio possa ser justificado pela percepção dos acompanhantes de que a enfermagem não consegue dar o mesmo cuidado e atenção para todas as crianças internadas ao mesmo tempo, como eles dão aos menores sob sua responsabilidade. No aspecto de segurança psicológica e mesmo física à criança, reafirma-se, mais uma vez, a importância do acompanhante à criança hospitalizada.

Aos profissionais de saúde, formalizei o convite àqueles profissionais que demonstraram disponibilidade e interesse para participar dos dois (2) Encontros Vivenciais, programados para acontecer no tempo de três (3) horas cada um.

Os Encontros Vivenciais

Na realização dos Encontros Vivenciais, com os acompanhantes e crianças e com os profissionais de saúde, contei com a participação da minha orientadora, que, assim como eu,

também é integrante do Núcleo de Apoio Permanente ao Programa VTM.

Os Encontros Vivenciais foram construídos de acordo com as premissas filosóficas e teórico-metodológicas do SAV, cujo planejamento teve assessoria dos consultores Edimar Leite e Luis Carlos Ferreira.

Neste sentido, como já apresentei anteriormente todo o referencial, trago no Anexo 6, o Modelo Genérico de um Encontro Vivencial, e no Anexo 7, o Planejamento dos Encontros realizados, tanto com as crianças e acompanhantes como com os profissionais de saúde.

A seguir, apresento, simultaneamente, o significado e a descrição teórica de cada etapa, bem como o relato dos Encontros realizados com os sujeitos da pesquisa, quais sejam, os acompanhantes, crianças hospitalizadas, e os profissionais de saúde.

Encontros com os Acompanhantes e as Crianças Hospitalizadas

No primeiro momento desse estudo, realizei quatro (4) Encontros Vivenciais com os acompanhantes e as crianças hospitalizadas da CP a partir de dez (10) anos de idade, no período de 10 de maio e 6 junho de 2001. Esses encontros tinham como objetivo identificar as necessidades da criança hospitalizada e seu acompanhante, bem como promover uma reflexão coletiva acerca do processo de hospitalização vivido pelos mesmos.

Segundo os consultores do SAV, um grupo vivencial deve ser planejado com, no mínimo, dez (10), e, no máximo, trinta (30) participantes. O número menor que dez (10) participantes, pode trazer o 'empobrecimento' do processo reflexivo, e o "constrangimento dos integrantes, que ficam mais expostos individualmente" (LEITE; FERREIRA, 2001a, p.1).

Em função das variáveis apresentadas anteriormente, no que se refere à rotatividade dos pacientes, o direito dos acompanhantes de aceitarem ou não o convite para os Encontros e de desistirem da participação, associado à taxa de ocupação da CP, que no mês de maio foi de 78% (Fonte: dados estatísticos do HU-2000), não foi possível garantir nos Encontros esse número mínimo de dez (10) participantes previsto inicialmente. Dessa forma, contei com a participação de oito (8) pessoas no 1º Encontro, nove (9) no 2º e 3º Encontros e doze (12) no 4º Encontro.

Apesar de não haver o número mínimo de dez (10) participantes, em todos os Encontros foi possível perceber que o nível de reflexão dos grupos foi proporcional à consciência de

seus direitos enquanto cidadãos, bem como a sua capacidade de expressão e a sua condição socioeconômica.

Os Encontros Vivenciais aconteceram numa sala de aula próxima à CP, no período noturno, perfazendo um total de 2 horas em média. Considerei que esse seria o horário mais propício para desenvolver essa atividade, uma vez que, supostamente, as crianças poderiam estar dormindo, o que facilitaria a participação de seus acompanhantes nos Encontros. Também nesse horário é menor o fluxo de visitantes e estudantes das diversas áreas da saúde, de tal forma que seria mais tranquilo reunir o grupo.

a) Apresentação do facilitador

É orientação de Leite e Ferreira (1999) que todo Encontro Vivencial deva ser iniciado com a apresentação do facilitador e dos objetivos do Encontro.

Nesse sentido, iniciei agradecendo aos participantes pela disponibilidade em colaborar com esse trabalho, trazendo o objetivo do mesmo.

b) O jogo de apresentação dos membros do grupo

Essa é uma atividade de inclusão, onde os participantes têm a oportunidade de se apresentar aos demais. Existem várias técnicas para se fazer a apresentação dos componentes de um grupo, sendo que a escolha vai depender do tipo de grupo com que se está trabalhando. Como o grupo dos acompanhantes e crianças caracterizava-se como um grupo inicial, onde alguns não se conheciam, facilitei a apresentação dos mesmos utilizando cartões com duas cores diferentes, ou seja, cartões verdes contendo os nomes dos acompanhantes e cartões vermelhos com o das crianças que acompanhavam. No caso em que os participantes eram as crianças com idade a partir de dez (10) anos, seus nomes estavam em cartões também da cor vermelha.

Os nomes dos participantes foram anotados nos respectivos cartões e colocados em duas caixas, de acordo com suas cores.

No início do jogo de apresentação, cada acompanhante foi orientado a retirar de uma caixa o cartão com o seu nome, e, de outra caixa, o cartão com o nome da criança que acompanhava. No caso das crianças internadas participantes do grupo, as mesmas eram orientadas a retirar apenas o seu cartão, caso estivessem participando sem a presença dos seus responsáveis. Aqueles, que porventura não soubessem ler, puderam identificar seus cartões através de símbolos que acrescentei previamente.

Após todos estarem com os seus respectivos cartões, esses eram amarrados com uma fita, simbolizando a união entre o acompanhante e a criança hospitalizada. Após esse ritual, abri espaço para que se apresentassem ao grande grupo, podendo dizer, além dos seus nomes e o da criança que acompanhavam, algo mais que quisessem expor aos outros participantes.

Depois de todos terem se apresentado, minha orientadora, após sua apresentação pessoal, unia o seu cartão verde de acompanhante ao meu cartão vermelho, ritualizando a nossa união nesse trabalho.

c) Estabelecimento do contrato com o grupo

No contrato, apresentei aos participantes o tempo previsto para o momento vivencial e o compromisso de cada um no que se referia à participação, deixando-os à vontade para estarem expressando as suas expectativas e percepções, se assim o desejassem. Foi solicitado ao grupo que evitassem sair da sala antes do término das atividades, a não ser em caso de extrema necessidade, para que não houvesse a interrupção das atividades propostas. Além disso, foi solicitada a permissão para utilizar o gravador e a máquina fotográfica, garantindo-lhes o posterior anonimato e o sigilo total das informações. Gostaria de esclarecer que, passado o momento inicial de inibição e expectativa, consegui, por unanimidade, permissão para utilizar as fotos sem a necessidade da não identificação dos mesmos.

A questão inicialmente por mim colocada, de não trazerem as crianças que acompanhavam para os Encontros, foi modificada já na primeira reunião, a partir do momento em que percebi a intranqüilidade de alguns participantes em relação às crianças que haviam ficado em seus quartos. Assim, a fim de proporcionar uma participação mais tranqüila, permiti, àqueles que quisessem, trazer as crianças para o local onde estávamos reunidos.

d) Aquecimento corporal, temático e interativo

Segundo Leite (1998), o aquecimento tem a função de preparar as pessoas e o grupo para o contato consigo mesmo e com os outros. O desafio do aquecimento é despertar nas pessoas a receptividade para esse contato, sensível consigo e com os outros. Nem sempre essa receptividade está presente, pois as pessoas, ao desenvolverem suas atividades diárias, tendem a exercer um contato com o mundo real e objetivo, o que dificulta o aparecimento de aspectos mais subjetivos. "O aquecimento deve procurar amenizar as situações que dificultam a sensibilidade, diminuindo a tensão somática, ampliando a consciência do instante vivido e relaxando o campo das relações interpessoais" (Leite, 1998, p.3). Sendo assim, essa etapa tem como objetivo preparar o grupo "para configurar-se como um ambiente acolhedor e um

espaço protegido, modificando a energia para a atuação e criando possibilidades de experimentação" (LEITE; FERREIRA, 1999, p.23).

A fim de facilitar a compreensão dessa etapa, a mesma é dividida em três níveis, quais sejam:

- aquecimento temático: é o momento em que o facilitador faz a apresentação da temática a ser desenvolvida. Visa, portanto, a facilitar o "contato cognitivo e emocional dos participantes com o tema iniciando a abertura de interação dialógica" (LEITE E FERREIRA, 1999a, p.23);

- aquecimento corporal: "É o momento em que o facilitador propõe exercícios físicos para mobilizar nas pessoas a energia necessária para preparar o grupo para o trabalho vivencial" (LEITE, 1998, p.13). Além da mobilização de energia, o aquecimento corporal ajuda na redução das tensões musculares, permitindo o contato com o 'aqui e agora'.

- aquecimento interativo: onde, "através de jogos e exercícios que buscam situar os indivíduos no contexto grupal, se favorece o contato com a dimensão relacionada, configurando a unidade coletiva" (LEITE; FERREIRA, 1999a, p.23).

Esses três aspectos do aquecimento são geralmente apresentados nesta ordem e formam entre si uma unidade, porém não é necessário que haja os três tipos num mesmo Encontro. Nesse sentido, tanto se pode prescindir de algum deles, como tratá-los conjuntamente.

Leite (1998) comenta que o aquecimento realizou-se adequadamente quando se percebe no grupo a livre expressão, bem como o fluxo de energia no corpo, a participação com motivação e a inclusão de todos os membros.

Leite (1998) diz que "uma maior ou menor ênfase no aquecimento corporal deve ser dada conforme a necessidade de integração solicitada para determinado experimento ou evidenciada pelo comportamento das pessoas do grupo" (1998, p.13).

O aquecimento realizado teve como foco preparar o grupo para estar refletindo e apontando as suas necessidades individuais e coletivas, bem como das crianças que acompanhavam, no que se refere à hospitalização. Para aquele momento, optei pelo aquecimento temático e interativo, uma vez que considerei inoportuno introduzir o aquecimento corporal num grupo como esse.

O aquecimento temático e interativo, para esses Encontros, constituiu-se de duas atividades. A primeira foi um jogo denominado Jogo dos medos 'Quem tem medo de que?'

Este é um jogo de cartas, adaptado pelos consultores do SAV, do livro "Quem tem medo de quê?", da escritora infantil Ruth Rocha (Anexo 8), onde cada carta possui uma figura que representa um tipo de medo, (ex: medo do escuro, medo de avião, medo do bicho-papão, medo de injeção, entre outros). A história relata através de versos, o medo representado em cada carta. Assim, à medida que essa vai sendo lida, os participantes tentam identificar qual é a gravura correspondente.

O objetivo desse jogo foi abrir espaço para que as pessoas pudessem expressar alguns medos, ansiedades, e, mais do que isso, para constatarem que todos temos alguns tipos de medos, portanto, ter medo é normal.

A segunda atividade foi a brincadeira de roda. A roda, segundo Leite (1998), é um aquecimento interativo que mobiliza diferentes aspectos do relacionamento grupal, tais como, o caráter lúdico, a descontração e a sensibilidade. Além de que, a "estrutura da roda estabelece a unidade do grupo através do círculo e desperta o sentimento de pertencer à totalidade grupal" (LEITE, 1998, p.84).

Portanto, após o jogo dos medos, convidei os participantes a fazerem uma roda e coloquei um CD com músicas de Ciranda. A Ciranda de roda é um tipo de brincadeira infantil, também considerada aquecimento interativo, onde Leite (1998), diz que "a experiência de sentir-se como criança facilita a integração grupal, desinibe, diminui a ansiedade e a expectativa do grupo diante do trabalho (...)" (1998,p.83).

Esse foi um momento de mobilização e liberação de energia corporal, apesar de no início da atividade haver uma certa inibição e nem todos participarem.

e) Atividade Nuclear do Encontro

O experimento é a atividade nuclear da Aprendizagem Vivencial. Segundo Leite e Ferreira

o caráter experimental da situação possibilita a ação, a reflexão e a aprendizagem em condições mais favorecidas. A realização dos experimentos visa a ampliar a capacidade de arriscar, de colocar em prática, de tomar consciência e, principalmente, de 'aprender a aprender' (1999a, p.23).

No planejamento, propus a 'Construção da Cidade da Criança', pensando nas necessidades de uma criança. Por que a Cidade da criança?

Leite e Ferreira, ao prestarem assessoria no planejamento dos Encontros, justificam que a 'cidade representa o processo social' em que a criança está inserida. A casa dá a 'referência de socialização primária, ambiente familiar'.

Segundo Berger e Luckman (1983, p.175),

a socialização primária é a primeira socialização que o indivíduo experimenta na infância, e em virtude da qual torna-se membro da sociedade. A socialização secundária é qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade.

A criança hospitalizada está num ambiente de socialização secundária, ou seja, ela encontra-se fora do seu ambiente domiciliar, relacionando-se com outros indivíduos, sofrendo desafios, tendo conflitos e apresentando os mais diversos sentimentos.

Portanto, ao propor a 'Construção da Cidade da Criança', estava propondo que eles pensassem nessa criança, numa condição de socialização além da estabelecida no seu ambiente familiar.

Para esse experimento solicitei aos participantes que formassem subgrupos, a fim de que construíssem essa Cidade, a partir das necessidades da criança. Para isso, coloquei no centro da sala, os mais diversos materiais: caixas, revistas, papel crepom de diversas cores, lápis de cor, canetas tipo 'hidrocor', linhas coloridas, bem como tesouras, cola, fita adesiva, barbante, entre outros.

Depois de aproximadamente vinte e cinco (25) minutos, convidei os participantes dos subgrupos a falarem aos demais participantes sobre: como é esta Cidade? O que pensam que deve existir numa cidade para a criança?

Depois do esgotamento dos dados relacionados às necessidades da criança, em âmbito mais geral, passei a introduzir a reflexão sobre quais seriam as necessidades desta criança quando precisa ser hospitalizada, sendo este momento já o início da etapa de processamento.

f) Processamento (comentários e reflexões sobre as experiências vividas)

O processamento, para Leite e Ferreira (1999), é um conjunto de atividades que visa a proporcionar a organização da experiência vivida (decodificação, comentário, devolutiva), possibilitando a aprendizagem e a construção do conhecimento.

Naquele momento, fui inserindo gradativamente o tema deste estudo, trazendo a seguinte questão ao grupo: quais seriam as necessidades de uma criança hospitalizada e quais as necessidades dos seus acompanhantes? Neste sentido, foi possível que falassem sobre o

que pensavam, o que sentiam e o que vivenciaram, identificando assim, o que estava funcionando a contento e o que deveria mudar para que se prestasse um atendimento adequado às necessidades da criança hospitalizada e seu acompanhante.

g) Avaliação e encerramento

O fechamento é o momento em que ocorre a organização da experiência vivida e sua transformação em aprendizagem (o que aprendi com a vivência). Essa etapa obedece a um ciclo que, partindo do que aconteceu (percepção) e do como aconteceu (reflexão), "propõe atividades de formalização (como isso fica para mim) e de expressão (o que isso me causou)" (Leite e Ferreira, 1999a, p.24).

Após o esgotamento da reflexão sobre as necessidades dos sujeitos do estudo, finalizei o Encontro, dando-lhes a oportunidade de expressarem suas percepções e sentimentos em relação ao mesmo. Encerrei esse momento, fazendo os agradecimentos ao grupo pela oportunidade de estarem colaborando com esse estudo.

Faz-se necessário esclarecer que os dados coletados bem como a reflexão e análise acerca dos mesmos, serão apresentados, na seqüência, em capítulo específico.

Os Encontros com os profissionais de saúde

O segundo momento deste estudo ocorreu em novembro de 2001, após a etapa de minia Qualificação, onde realizei dois Encontros Vivenciais com os profissionais de saúde da CP do HU-UFSC, com intervalo de uma semana, num total de três (3) horas de duração cada um.

O Primeiro Encontro

Esse primeiro Encontro, realizado em 01/11/01, teve como objetivo verificar, junto aos profissionais de saúde da CP, quais as necessidades que eles identificavam para a criança e seu acompanhante no processo de hospitalização. O planejamento deste Encontro Vivencial seguiu o mesmo modelo dos Encontros realizados com os acompanhantes e as crianças hospitalizadas.

Como os participantes deste grupo, na sua grande maioria, já se conheciam, modifiquei apenas o jogo de apresentação, optando pela adaptação da técnica denominada por Leite e Ferreira (1999) de 'Apresentando o seu vizinho'. Assim, cada participante recebeu a metade de um cartão colorido contendo uma figura geométrica, sendo que deveria procurar junto aos demais participantes a outra metade do seu cartão, ou seja, cartão de mesma cor e figura geométrica. Uma vez encontradas as metades dos cartões, formavam-se as duplas, as quais

tinham um tempo para se apresentar um ao outro. Na seqüência, cada um apresentava o seu parceiro ao grande grupo. A escolha por esse tipo de técnica evitou que os profissionais de saúde se agrupassem pela afinidade pessoal ou técnica, favorecendo, assim, o primeiro contato dos participantes entre si.

As demais etapas do planejamento, quais sejam, o contrato com o grupo, aquecimento temático e interativo, experimento, o processamento e avaliação-fechamento do Encontro, não sofreram alterações, seguindo o mesmo planejamento dos Encontros com os acompanhantes e as crianças hospitalizadas, sendo que os resultados encontrados neste e no segundo Encontro serão descritos em capítulo específico, juntamente com os demais dados colhidos.

Na etapa do experimento, ou seja, a construção da Cidade da Criança, com o objetivo de mesclar as diversas categorias profissionais e os estudantes, propus que se agrupassem a partir da escolha de cartões contendo figuras iguais aos dos personagens da Turma da Mônica, de Maurício de Souza. Assim, formaram-se três (3) grupos: um, com as figuras do 'Cebolinha', outro, com as figuras da 'Mônica' e um terceiro, com as figuras do 'Cascão'. Nesse sentido, houve a formação de dois grupos com cinco (5) participantes e um grupo com quatro (4) participantes.

O Segundo Encontro

O segundo Encontro com os profissionais de saúde, realizado em 08/11/01 e iniciado com a apresentação das necessidades apontadas pelos dois grupos de sujeitos da pesquisa, teve o objetivo de identificar as possibilidades e limites para o atendimento destas necessidades, a partir dos processos de trabalho desenvolvidos pela equipe de saúde.

Na seqüência, descrevo o planejamento desse 2º encontro, o qual buscou facilitar o processo reflexivo do grupo, iniciando com o aquecimento corporal interativo, para, posteriormente, entrar no aquecimento temático, experimento e processamento.

a) Apresentação do facilitador

Iniciei o segundo Encontro com os profissionais de saúde fazendo os agradecimentos pela participação dos mesmos e lembrando o que foi realizado no Encontro anterior, abrindo espaço para comentários sobre aquele momento vivido. Não houve jogo de apresentação e estabelecimento do contrato com o grupo, pois estas etapas já tinham sido realizadas e definidas no encontro anterior.

b) Aquecimento corporal temático e interativo

Os participantes foram convidados a andar pela sala, ao som de uma música. Dessa forma, estavam mobilizando energia corporal necessária para o início do trabalho grupal. Na seqüência, fui apontando-lhes consignas para andarem agrupados a dois, a três, a quatro, e, ao mesmo tempo, tentando perceber os ritmos diferenciados de várias pessoas do grupo, buscando entrar em sintonia com os diversos tipos de ritmos. O grupo demonstrou descontração e envolvimento com a atividade proposta, e, à medida que fazia a caminhada, iam conversando entre si, brincando, dando risadas.

Após alguns minutos nesta atividade de andar aos pares ou mais, solicitei que retornassem ao andar sozinho; e, para finalizar essa atividade, formou-se uma roda de integração. Comentei que a roda representa a unidade na diversidade, fazendo uma comparação com o trabalho em saúde, trazendo uma reflexão sintética acerca do processo de trabalho em saúde, onde cada indivíduo com sua formação profissional representa a força de trabalho em saúde. Sendo assim, nessa equipe de saúde, existe uma diversidade de profissionais que atuam para um mesmo fim, ou seja, para atender à criança hospitalizada e seu acompanhante, ali considerados os objetos de trabalho comuns a todos os profissionais da área.

Após a formação da roda, ainda buscando refletir sobre o processo de trabalho em saúde, trouxe do folclore regional 'A dança do pau de fitas'.

Essa atividade possibilita fazer uma analogia com a necessidade de integração da equipe no desenvolvimento dos seus processos de trabalho. Cada fita representa um sujeito trabalhador, preservado na sua unidade e especificidade através da cor e localização de cada fita, ao mesmo tempo em que se estabelece a diversidade de cada sujeito, representada também pelas diferentes cores e localização das diversas fitas. Como essa dança tem a finalidade de formar o entrelaçamento das fitas ao redor de um mastro de madeira, através do ritmo e dos movimentos sincronizados embalados por uma música, cada participante desta atividade tem que manter seu ritmo e movimento ajustado aos ritmos e movimentos dos demais integrantes do grupo, exigindo que cada um se auto-regule para acompanhar o grupo. E, caso isso não aconteça, a atividade proposta não se concretiza.

Portanto, por meio do lúdico, foi possível que os profissionais de saúde experimentassem e refletissem sobre as facilidades e as dificuldades de comunicação, os diversos tipos de ritmos e movimentos dos participantes, os diferentes tipos de liderança, as facilidades e dificuldades em respeitar o espaço e o tempo do outro, enfim, os diversos

aspectos que surgem nas relações interpessoais e grupais, as quais, de certa forma, são vivenciadas no dia-a-dia no desenvolvimento dos seus processos de trabalho.

O grupo demonstrou um grande envolvimento com o proposto e somente encerrou a atividade quando encontrou os meios mais adequados para concretizar o exercício e manter a trama das fitas a mais perfeita possível, demonstrando persistência no desafio enfrentado e interesse em encontrar caminhos com vistas a alcançar o objetivo comum para aquele momento vivido.

Após o grupo se sentir satisfeito com a vivência, passamos ao processamento desta atividade, onde puderam fazer comentários acerca do experimentado e de como se sentiram naquele momento. A partir das falas dos participantes, fui fazendo a comparação entre a atividade proposta e o processo de trabalho da equipe de saúde da CP, atingindo plenamente o objetivo com aquela atividade.

c) Atividade nuclear do Encontro

O experimento desse segundo Encontro com os profissionais de saúde foi denominado 'A sinaleira multiprofissional: possibilidades e limites'.

Os participantes foram divididos em três (3) subgrupos. Para isso, utilizei cartões com numeração de um a quatro e de quatro cores diferentes, sendo que os grupos formaram-se a partir dos cartões de mesma numeração e cor. Para que se pudesse ter representantes das diversas categorias profissionais em todos os subgrupos, principalmente da enfermagem e medicina, propositalmente direcionei a entrega dos cartões. Assim, em cada subgrupo havia pelo menos um representante da medicina e da enfermagem, além da assistente social, psicóloga, nutricionista e estudantes estarem em subgrupos diferentes. Apenas um dos subgrupos não teve representante da medicina, pois em função de motivos particulares, os acadêmicos de medicina não compareceram nesse segundo momento.

Cada grupo recebeu uma listagem (Anexo 9), contendo as necessidades apontadas pelos acompanhantes e crianças hospitalizadas, bem como as identificadas pelos profissionais de saúde, além de alguns depoimentos dos sujeitos participantes acerca dessas necessidades.

Os subgrupos, de posse dessa listagem, tiveram o tempo mínimo de 30 minutos para lerem, refletirem e identificarem as possibilidades e os limites profissionais e institucionais no atendimento destas necessidades.

Para facilitar a distribuição das necessidades no que se refere à identificação dos limites e possibilidades para o atendimento das mesmas, os subgrupos receberam uma cartolina em branco, contendo apenas três círculos de cerca de trinta centímetros de diâmetro cada, nas cores vermelha, amarela e verde, distribuídos equitativamente na cartolina, representando uma 'sinaleira', cujo modelo em miniatura encontra-se no Anexo 7. Nessa cartolina, os participantes deveriam colar os depoimentos e as necessidades recortadas da listagem, de acordo com o que aponte na convenção abaixo explicitada..

O círculo vermelho representava aquelas necessidades complicadas de serem atendidas, ou seja, limites significativos, pois exigem modificações nas regras e normas da Instituição ou por estarem fora da alçada dos profissionais de saúde.

O círculo amarelo representava aquelas necessidades com algumas possibilidades de serem atendidas, ou seja, que exigem a devida atenção dos profissionais de saúde, bem como da estrutura organizacional como um todo. São aquelas necessidades possíveis de atender, mas que, por alguma razão, não estão recebendo a devida atenção, ou ainda, que tenham algumas limitações no seu atendimento.

E, o círculo verde representava aquelas necessidades passíveis de serem atendidas, ou seja, que dependiam exclusivamente da equipe para o seu atendimento.

d) Processamento

Planejei para essa etapa um tempo mais longo, de aproximadamente setenta (70) minutos, para que os relatores dos grupos fizessem a apresentação do experimento realizado.

Após a apresentação da reflexão dos subgrupos, abri a discussão no grande grupo para a validação das possibilidades e limites no atendimento das necessidades apontadas pelos dois (2) grupos de sujeitos desta pesquisa.

Uma vez esgotada a discussão, solicitei aos participantes o 'feedback' sobre a experiência vivida nos dois encontros vivenciais.

e) Fechamento

Para essa etapa, propus a formação de uma roda de despedida, oficializando o encerramento do Encontro e desta etapa de coleta de dados.

A categorização e análise dos dados encontram-se no capítulo 5, denominado 'As necessidades da criança e seu acompanhante no desenvolvimento do processo de trabalho, tendo como base o suporte metodológico adotado.

5 AS NECESSIDADES DA CRIANÇA E SEU ACOMPANHANTE NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Utilizando o planejamento apresentado anteriormente, foi possível desenvolver com os acompanhantes, as crianças hospitalizadas e os profissionais de saúde uma relação de confiança, respeito e descontração, o que em muito facilitou a reflexão acerca das necessidades dos envolvidos no processo de hospitalização.

Neste capítulo, inicialmente, teço algumas considerações acerca da temática necessidade, para, posteriormente, considerando a riqueza dos dados contidos nas discussões e reflexões realizadas pelos sujeitos desta pesquisa, fazer a descrição das necessidades da criança na Cidade construída pelos participantes, e, na seqüência, apresentar os relatos das necessidades apontadas por estes sujeitos. Obviamente, durante os Encontros, não houve essa separação, sendo que as necessidades referentes à hospitalização permearam todos os momentos dos mesmos.

Continuando essa trajetória, foram subdividas as necessidades apontadas em duas grandes áreas temáticas, quais sejam, necessidades referentes à estrutura física, equipamentos e demais materiais envolvidos no processo assistencial, e à estrutura organizacional e às relações que ali se estabelecem, para posteriormente no próximo capítulo, trazer as possibilidades e os limites para o seu atendimento no desenvolvimento dos diversos processos de trabalho dos profissionais da área da saúde.

Capella (1998, p.106) comenta que para definir qual é a finalidade do trabalho em saúde, é preciso primeiramente pensar “a qual necessidade ela está correspondendo”. A

finalidade do trabalho está colocada em função de uma ou mais necessidades, e mesmo de um ou mais grupos de sujeitos.

Segundo Leopardi (1992, p.55),

a necessidade não se apresenta de forma casual nos indivíduos, como se eles fossem vítimas de um jogo de probabilidades, mas como carências específicas do sujeito, em relação a um tempo e lugar, de modo que se evidenciam relações de diferentes conteúdos entre eles.

Das reflexões de Leopardi, pode-se citar também o princípio de que

[...] um homem só pode desejar aquilo que conhece, como algo que o satisfaça de alguma forma. Como esta capacidade não aparece igual para todos os indivíduos, não parece ser algo decorrente apenas das diferenças individuais, pois a divisão do trabalho, ao dividir o homem em diferentes posições na sociedade, também determina que os carecimentos sejam diferenciados segundo essas classificações, quer em quantidade, quer em qualidade (1992, p.59).

Neste sentido, para alguns sujeitos, as limitações de qualquer espécie são tantas que o desejo nem aparece, fazendo com que alguns 'carecimentos' não se tornem 'necessidades'. De modo similar, pode-se argumentar que o supérfluo não é aquilo que uma determinada classe social não pode ter, mas aquilo que não pertence ao sistema de necessidades dessa classe.

Leopardi (1992, p. 56) comenta também que a necessidade de saúde é uma parte do conjunto de necessidades dos sujeitos, definindo-a como uma "carência complexa que ultrapassa os aspectos mais imediatos dos desequilíbrios biológicos no corpo [...]", os quais nem sempre podem ser eliminados através de "[...] objetos materiais [hospitais, escolas, equipamentos, tecnologia] e mesmo que possam, nem sempre este objeto está disponível ou acessível". A autora reforça essa afirmação, dizendo que o desejo de cura se apresenta de maneira diferente para os diferentes grupos sociais, porque as necessidades de saúde têm diferentes representações sociais, estando relacionadas ao grau de limitação física e social que a doença impõe.

Neste sentido, para esse estudo, adoto como conceito de necessidade as carências específicas da criança hospitalizada e seu acompanhante, as quais têm relação com o tempo, lugar, condição material, localização social e com a percepção dos sujeitos sobre si, sobre a natureza que os cerca e, inclusive, com o próprio reconhecimento dos seus direitos e deveres, enquanto cidadãos. Assim, o que pode constituir-se como necessidade para um sujeito, em

determinado tempo e espaço, pode não o ser para outro, neste mesmo tempo e espaço do primeiro.

Esse estudo não teve a preocupação de esgotar o assunto sobre as necessidades da criança hospitalizada e seu acompanhante, pois essas são carências específicas de determinados indivíduos num determinado tempo e lugar e têm relação direta com o conhecimento e visão de mundo destes sujeitos sobre a natureza e o ambiente que os cerca.

Nesse sentido, foram apontadas algumas das necessidades desses sujeitos no processo de hospitalização, a partir da experiência vivida nesta instituição, num determinado tempo em que estiveram em relação com os sujeitos trabalhadores em saúde no desenvolvimento dos seus processos de trabalho.

As necessidades apontadas pelos próprios acompanhantes e as crianças hospitalizadas representam a expressão dos seus desejos, as quais têm influência direta da condição social, econômica, psicológica, cultural, entre outras, bem como do conhecimento e reconhecimento de seus direitos e deveres enquanto seres humanos.

Já as necessidades apontadas pelos profissionais de saúde trazem aquilo que esses indivíduos acreditam que seja necessário ao sujeito hospitalizado e seu acompanhante, tendo influência direta da etapa de vida em que se encontram, de suas condições materiais e localização social, bem como de suas características pessoais e profissionais, além dos valores, crenças e estrutura organizacional e física da Instituição em que atuam.

5.1 As necessidades apontadas pelas crianças e os acompanhantes

Após a construção da Cidade da Criança, os participantes dos Encontros descreveram os desenhos, colagens e maquetes por eles confeccionados, bem como teceram comentários acerca do que imaginavam que deva existir nesta Cidade para suprir as necessidades da criança.

Eles disseram que as crianças deveriam ter muito espaço para o lazer, um ambiente saudável que propiciasse o contato com a natureza, com ausência de violência e drogas, muito carinho, alimentação, saneamento básico, atenção e educação.

Abaixo, apresento alguns relatos que ilustram a Cidade por eles imaginada.

[...] têm balanço e uma criança em pé, hospital, árvores. [...] um mundo melhor, um parquinho [...] a gente queria um mundo melhor. (avó de K.S).

[...] escola para a criança aprender. A criança precisa do ar das árvores e do rio; é muito importante para sobreviver. A criança precisa de amor e carinho de seus pais. Precisa brincar, se divertir bastante e fazer exercícios. No primeiro dia [trazendo a gravura de um recém-nascido e um carrinho de bebê], precisa de conforto (M.C., criança hospitalizada).

[...] escola, parquinho, shopping, hospital, ruas, animais [...] (pai de T.E.).

Precisa de casa, comida, escola. Tem muitas crianças que estão na rua, não têm água. A água poluída faz mal para as crianças. Tem que ter luz, estrada boa [...] (tia de R.C.O.).

Tem parque de diversões, escola para estudar, comida para se alimentar, porque sem comida ninguém vive. Posto de saúde para quando a criança ficar doente (S.E.M., criança hospitalizada).

Posto de saúde, cachoeira, chafariz (mãe de N.D.O.).

Uma das crianças, participante de um dos Encontros, relatou que na Cidade imaginada “tem criança estudando” (F.M.C.). Provavelmente esse comentário expressa o desejo e a necessidade desta criança estudar.

Sabe-se que a Educação nem sempre está ao alcance de todas as crianças, às vezes por não haver o incentivo dos seus pais, e, em outras ocasiões, pela criança não ter condições de saúde para freqüentar uma escola. Essa criança se reinterna com freqüência na CP, o que a impede de freqüentar a escola regularmente.

Na construção da Cidade, além do que esses participantes identificaram, observou-se nas colagens e maquetes a existência de delegacia, casa do governador, alguns edifícios, berçário, flores.

Constatei que os acompanhantes e as crianças apresentaram dificuldades para imaginar uma Cidade que atendesse às necessidades da criança além da realidade por eles vivida. Os participantes de um dos subgrupos apontaram a existência de muito policiamento e delegacias, como garantia de não violência.

Os acompanhantes comentaram sobre o seu cotidiano para exemplificar a falta de segurança e a violência das ruas, representada pelos assassinatos, balas perdidas e a violência física às crianças.

É interessante observar que ao utilizar essa abordagem metodológica aflora a linguagem simbólica, evidenciando a expressão e compreensão daquilo que muitas vezes é difícil verbalizar, mas que não pode ser negado.

A maioria das famílias que procura os recursos de saúde da CP do HU possui uma condição socioeconômica bem abaixo do que se pode chamar de digna. Vivem na periferia da Grande Florianópolis, onde convivem diariamente com a violência social. Neste sentido, é possível compreender por que a questão ‘segurança’ apareceu como uma necessidade tão evidente.

Ainda sobre a violência, trago outros relatos que representam essa temática, feitos por outro grupo de participantes.

Na minha opinião, esta cidade deveria ser menos violenta e mais segura. Principalmente, o amor. O que está faltando hoje em dia é o amor entre as pessoas. Se tivessem amor uns aos outros, as mães estariam criando seus filhos de modo melhor, instruindo, ensinando o que é o certo, disciplinando os filhos [...] (mãe de S.E.M.).

A criança precisa de muita paz, nada de violência. As crianças precisam de famílias felizes [...], [representação feita por uma gravura de família reunida], [...] de escolas, parque de diversões, médicos, hospitais, esportes, alimentação, muito carinho e ser respeitado [...] [gravura de uma mulher com o seu filho recém-nascido num leito de hospital] (relato das mães de E.S e W.M.C.).

[...] amor entre as pessoas, sendo necessário respeitar a criança como criança, ou seja, respeitar a vontade dela e a religião da família [...] (mãe de S.E.M.).

A religião apareceu como elemento de reencontro das pessoas e como base para a educação dos filhos.

[...] aceitei Jesus e não tenho do que reclamar, minha vida mudou totalmente (mãe de E.S).

Uma das acompanhantes, que fez um desenho individual, comentou que na Cidade da criança que imaginou deveria ter

[...] uma casa para a criança brincar, para ser livre, um ambiente para a criança sem ninguém fumando, sem nenhuma droga por perto, entre outros (irmã de P.R.S.).

Neste relato aparece a necessidade de um ambiente seguro que a sua realidade social provavelmente não contempla, devido às circunstâncias em que vive.

Um dos Encontros destacou-se dos demais pela capacidade crítica e reflexiva dos participantes, principalmente de um casal de acompanhantes. Acredito que a condição socioeconômica e o grau de escolaridade dos mesmos favoreceram nesse aspecto.

Esses participantes, ao descreverem a Cidade da Criança, falaram das necessidades básicas da mesma, tais como natureza, recreação, educação, ao mesmo tempo em que relacionavam essas necessidades com a hospitalização. Abaixo, trago o relato da mãe da menor I.R.S.

Neste desenho da Cidade aparece o sol que, simbolicamente, é a sabedoria para as crianças, luz no caminho delas, conhecimento, tanto dos pais como dos profissionais da saúde. Não é só o pai que educa, mas o pessoal da área da saúde também tem papel educativo com a criança. É uma coisa que quem já viu um hospital e quem já foi internado, sabe que ficam marcas na criança. O enfermeiro e o médico são também educadores da criança (mãe de I.R.S.).

Reportando-se ao desenho feito da Cidade da Criança, essa acompanhante disse o seguinte:

[...] fiz alguns brinquedos como casinha, tubinho, representando a recreação que toda criança deve ter, independente do lugar onde ela esteja. A água, que representa a brincadeira, porque a criança também gosta de brincar na água; o ar, que simboliza alimentação; as flores, símbolo da alegria, natureza, e, os pássaros, porque toda a criança tem que ter liberdade de expressão, de optar pelo que quer, não só porque é criança e pequena que não pode (mãe de I.R.S.).

Neste relato, essa mãe aponta as necessidades da criança, que na situação de hospitalização, deveriam, mais do que nunca, ser atendidas, ou seja, além do tratamento para recuperação de sua saúde, ela precisa de carinho, recreação, brincadeira, alegria, educação para a saúde e o direito de expressão. X

O pai dessa criança disse o seguinte, sobre o desenho que fez na companhia de outras duas participantes:

[...] nesta cidade, a criança tem que olhar na linha do horizonte, nunca para cima [...] a tendência natural de se dirigir à criança é em pé. O adulto em pé, a criança em baixo, olhando para cima. Isso é acentuado na relação pais e filhos e muito mais em relação a estranhos. Aliás, a criança tende a olhar as flores personalizadas com rostinhos. Então, quando a enfermagem ou o médico se aproxima da criança, ela quer ver algo como o pai dela, senão ela não vai sentir segurança. É uma pena que no hospital, o pai não sirva como mediador do enfermeiro. O enfermeiro diz: dá licença pai e vai na criança. Não é genérico, mas é acentuado. A criança não chama o cachorro de cachorro, chama de amiguinho. A atitude da criança é totalmente diferente de um adulto em relação a uma cidade. Por isso não existe cidade feita por criança; outra coisa, o desenho da criança é rabiscado (pai de I.R.S.).

Esse acompanhante, mesmo afirmando não ter conseguido pensar numa cidade para a criança, justificando que "[...] cidade é de adulto [...]", demonstrou uma capacidade de reflexão sobre as necessidades deste sujeito tão pequeno, mas com direitos, trazendo contribuições interessantes ao grupo.

Achei muito pertinente a interpretação que fez sobre o desenho elaborado pelo seu grupo, onde a criança olha, na linha do horizonte, para as coisas colocadas à sua volta, analisando que os adultos tratam as crianças como seres menores, submissos a eles. Isto se expressa corporalmente, quando o adulto coloca-se em posição superior à criança, fazendo com que a mesma "[...] olhe para cima [...]", numa posição assimétrica.

Outra questão, que gostaria de destacar, é o choro abordado por um pai quando disse "a criança chora e o choro incomoda, o adulto quer que a criança pare de chorar, eu vejo isso aqui também [reportando-se ao hospital]" (pai de I.R.S.).

Ora, trabalhando em uma Unidade Pediátrica, sabe-se que o choro é rotineiro e natural. Seria coerente pensarmos que os profissionais de saúde, e principalmente com a enfermagem, por ficar diuturnamente com a criança hospitalizada, estivessem acostumados, ou melhor, compreendessem o choro, como uma reação natural ao medo, à dor, como protesto pela imposição do tratamento, muitas vezes acompanhado de sofrimento.

Ribeiro (1998, p.84) diz que "[...] o choro, pode-se dizer, é uma expressão que a criança utiliza para denunciar a violência percebida por ela".

Através do relato desse acompanhante, é possível afirmar que alguns profissionais da saúde desconsideram esse direito de expressão da criança.

Ribeiro (1998), em seu estudo, analisa as reações dos adultos, principalmente dos trabalhadores do hospital, frente ao choro da criança, em que esteve identificando basicamente duas reações: a compaixão/piedade e a indiferença aparente.

A compaixão/piedade é justificada pela compreensão do adulto de que a criança é fraca, indefesa e dependente. Desta forma, há o estabelecimento de uma relação assimétrica. A autora afirma que "a manifestação da compaixão ou de piedade, faz caracterizar o outro como alguém portador de uma debilidade que só pode superar suas limitações pelo socorro que a pessoa compadecida pode oferecer" (RIBEIRO, 1998, p.85).

Segundo Arendt (apud RIBEIRO, 1998, p.85), "[...] a alternativa para a piedade é a solidariedade". Ou seja, a solidariedade fundamenta-se numa relação simétrica. Portanto, exemplificando, numa situação de dor durante um curativo, a atitude solidária seria dar o apoio e buscar o alívio da dor. A compaixão estaria representada pelo afastamento do profissional da situação, deixando a criança sob os cuidados e a intervenção do outro profissional, sem exercer qualquer questionamento sobre esta prática.

A segunda reação do trabalhador do hospital, frente ao choro da criança, seria a indiferença aparente. A autora faz algumas suposições possíveis de justificar essa reação, que são:

- a compreensão de que o choro é um direito de expressão da criança;
- o costume: onde os adultos estão acostumados a essa expressão, não se sensibilizam mais com o choro; e
- seria um mecanismo de defesa do trabalhador como proteção ao sofrimento que o trabalho expõe.

Ribeiro diz que, entre esses mecanismos, estão "o distanciamento e a negação do sentimento; a fragmentação da relação técnico-paciente e a despersonalização e negação da importância do indivíduo" (1998, p.88).

Até esse momento, apresentei o relato dos acompanhantes e crianças sobre as necessidades da criança a partir da Cidade construída, as quais são: amor, carinho, alimentação, habitação, religião, respeito e direito de expressão, ausência de violência, lazer, natureza, educação e atendimento à saúde.

Para adentrar no objetivo proposto para os Encontros, fui gradativamente introduzindo na discussão as seguintes questões:

- Quais são as necessidades da criança e do acompanhante durante a hospitalização?
- O que vocês consideram que seja possível fazer para a criança hospitalizada e seu acompanhante?

A partir dessas questões, os participantes foram identificando as necessidades da criança e de seu acompanhante durante o período de hospitalização, as quais podem ser constatadas nos relatos e comentários que apresento a seguir.

Em um dos Encontros, a primeira necessidade que um dos participantes abordou foi a importância da criança permanecer na companhia da mãe, ou seja, a permanência de um acompanhante durante a hospitalização, o que pode ser ilustrado abaixo.

Para a criança, o mais importante é mãe ao lado dela. A gente percebe que a criança fica melhor. Se a gente sai um pouquinho, deixa outra pessoa, quando volta ela está mais triste. Ela pede para a gente não sair e ficar (mãe de A.C.L.).

Uma outra necessidade que aparece diz respeito à segurança emocional, física e biológica para a criança hospitalizada e seu acompanhante, exemplificada pelos relatos que seguem.

Ter segurança. Ver que está sendo bem tratada (pai de J.P.).

[...] criança precisa de carinho, atenção da mãe, do médico, conversar com a criança, explicar para ela [...] dar atenção, ser ouvida (mãe de S.E.M.).

A criança precisa do médico, dos enfermeiros, de carinho e do remédio (F.M.C., criança hospitalizada).

O comentário acima foi de uma criança que é portadora de uma doença crônica, por isso necessita de reinternações freqüentes. Apesar da idade, ela realiza o autocuidado, uma vez que seus responsáveis não dispõem de condições físicas e psicológicas para tal. Nas internações, ela permanece sem acompanhante, recebendo da equipe de saúde muita atenção e carinho, de certa forma para suprir a atenção familiar de que não dispõe. Portanto, nesta fala, ela reforça as necessidades de segurança, amor e de um tratamento adequado [quando expressa a necessidade de remédio].

Um outro acompanhante relata que:

Os enfermeiros devem atender bem a criança, conversar. Não aquele enfermeiro que vai lá de cara feia, estúpido [...] porque tem pessoas, tem enfermeiro, que como está acostumado a lidar com aquilo o tempo todo, então, mais uma para ele não faz diferença, mas não é assim. A criança sofre com a injeção, com um remédio que tenha que tomar. Eu acho que eles têm que ter consideração com a criança nessa parte, não é só porque é mais uma [...] porque a mãe, que é de fora, que vê o outro pior do que o seu, a gente sente. Eles estão acostumados a ver e tem uns que como estão acostumados ver todo dia aquilo tratam a criança com indiferença [...] isso têm, não são todos os enfermeiros [...] aqui pelo menos eu não tenho do que reclamar (mãe de S.E.M.).

Observa-se, neste depoimento, que, ao mesmo tempo em que essa necessidade é expressa, a acompanhante afirma não estar tendo problemas quanto ao atendimento desta carência. Ora, isto pode ser justificado pelo fato de que experiências anteriores sejam elas positivas ou negativas, surgem neste momento como exemplificação, e, portanto, não deixam de ser uma necessidade. Ou, ainda, apesar de conseguir expressar o que percebia, no momento seguinte recuava, provavelmente pelo receio de uma possível represália ou até mesmo de que se solicitasse a identificação de quem agia daquela maneira.

Também cabe analisar que uma carência expressa por um dos acompanhantes deste Encontro, de certa forma, não é carência para outro participante, o que pode ser comprovado pelo seguinte relato:

O meu neto, está aqui desde 6ª feira [...]. Do começo até agora, eu fiquei duas vezes com ele. Não tenho do que reclamar (avó de K.S.).

Portanto, as necessidades podem ser percebidas de forma diferente entre vários indivíduos no mesmo tempo e lugar, pois o que é carecimento para um indivíduo, não o é para outro na mesma situação. Isto pode ser justificado pela percepção diferenciada da hospitalização por estes acompanhantes.

Uma mãe diz que, na hospitalização, é necessário que a equipe de enfermagem tenha, “[...] atenção aos pacientes [...]” (mãe de S.E.M.), principalmente àquelas crianças que estão sem acompanhante, durante a noite, nos quartos em que apenas a outra criança está com acompanhante. Neste caso específico, essa mãe falava de uma situação em que o acompanhante da outra criança era um homem e a criança sem o acompanhante era do sexo feminino e tinha cerca de doze anos. O acompanhante do sexo masculino apresentava comportamento suspeito e havia feito alguns comentários em relação à menina que estava sozinha. Nestes casos, é necessário que os profissionais fiquem alertas, a fim de inibir possíveis situações inadequadas e abusivas que possam colocar em risco a integridade física e psicológica do sujeito hospitalizado desacompanhado.

Nos relatos abaixo, as crianças apontaram a necessidade de recreação e atividades de entretenimento, durante a hospitalização.

A criança no hospital precisa ter alegria. Alegria é ter como brincar (M.C., criança hospitalizada).

São diversos os fatores que podem interferir positiva ou negativamente no desenvolvimento de uma criança. Sabe-se que brincar estimula o desenvolvimento cognitivo, intelectual e motor, favorecendo a socialização, a linguagem e a criatividade da criança.

Comprovadamente, a hospitalização pode ser um fator negativo na vida da criança, caso essa não receba os devidos cuidados que esse período exige.

Conforme Silva (1998, p.100),

o ambiente físico é de grande importância, à medida que produza influência positiva na adaptação hospitalar. Logo um ambiente alegre, cheio de vida, com brincadeiras,

ajudará no entrosamento da criança a essa nova situação que, para ela, é uma verdadeira 'caixinha de surpresas'.

Silva (1998) diz que o brinquedo terapêutico tem por objetivo ajudar a criança hospitalizada a lidar com suas preocupações e temores, permitindo ao enfermeiro perceber as necessidades e sentimentos das crianças. Comenta que essa técnica não deve ser confundida com a técnica de ludoterapia, que é reservada aos psicólogos, como método interpretativo, em crianças emocionalmente perturbadas. Para essa autora, o brinquedo terapêutico auxilia a criança a desenvolver a capacidade de relacionar-se com a realidade externa, fazendo uma ponte entre o hospital e o seu meio. Nesse sentido, as brincadeiras devem fazer parte da assistência de enfermagem à criança hospitalizada.

Outro participante comentou que a hospitalização poderia ser também uma oportunidade de aprendizagem. Apesar de toda a dificuldade que esse acompanhante tinha para se expressar, concluí que o mesmo referia-se à necessidade de educação em saúde, tanto ao acompanhante como à criança hospitalizada.

[...] poderia ter aqui [...] uma oportunidade de ensinar [...] a pessoa vai para o hospital, é uma coisa que vai ficar marcada para a vida dela por muito tempo. Então, se ela aprendesse alguma coisa, com certeza ela vai guardar aquilo para mais tarde (pai de J.P).

Nos Encontros realizados, ficou muito presente a necessidade de receberem informações acerca de todo o processo de hospitalização, ou seja, sobre o diagnóstico, a doença, o tratamento proposto, com as vantagens e desvantagens do mesmo, ou até outras possibilidades de tratamento, as normas e rotinas do hospital, informações sobre quem e quais são os diversos profissionais que os atenderão, dentre tantas outras. Isso pressupõe, ou seja, traz uma outra necessidade que é a comunicação adequada, numa linguagem acessível, independentemente da condição econômica e social dos envolvidos, que permita a compreensão do indivíduo que é leigo, que respeite o ritmo e a dinâmica do processo relacional, ou seja, que se possibilite uma verdadeira interação humana.

Eu acho que os médicos deveriam colocar a gente mais a par do que está acontecendo. Eles vão ali, a gente pergunta para as meninas que fazem injeção. Tu tens que perguntar o que está acontecendo, se não tu não ficas sabendo. Eu acho que eles deveriam deixar a mãe ou quem está acompanhando mais a par (avó de K.S.).

Eu não conhecia a doença da minha filha, nem consigo falar o nome e não entendi o que ela tinha. Acho que deveria ser mais explicado. A gente não é analfabeta. Eu fiquei preocupada (mãe de J.F.F.).

Deveriam informar sobre o medicamento [...] eu fui informada que ele ia tomar vitamina, mas não me disseram que vitamina. Daí começaram a dar os remédios. Eu fiquei acanhada de perguntar (mãe da A.E.C.O.).

[...] parece que o profissional de saúde acha que o paciente com instrução "X" não vai entender, mas o que custa dizer: 'mãe ou pai, a medicação que a gente está dando é tal. Ela vai fazer isso!'. O negócio é que se diz só o favorável, mas tem que dizer os contras também (mãe de I.R.S.).

[...] eu sei que tem corticóide, mas qual? Porque eu pergunto e a resposta é sempre a mesma, é corticóide. A enfermagem se incomoda com a presença do acompanhante (pai de I.R.S.).

Questionei por que esse acompanhante fazia essa afirmação, e ele respondeu o seguinte.

Numa pergunta do tipo: qual o medicamento que está sendo colocado é sempre respondida com dificuldade. O enfermeiro não gosta de dizer o que ele está fazendo. A impressão que dá é que o enfermeiro ao dizer o que está fazendo ele torna a coisa clara e perde o mistério (pai de I.R.S.).

Os acompanhantes comentaram sobre falhas no que se refere ao repasse de informações entre os profissionais de saúde, como também à comunicação deficiente entre os profissionais e a criança ou acompanhante, no desenvolvimento do processo de trabalho, caracterizando-as como uma atividade tecnicista e rotinizada.

Ela [profissional de enfermagem] ficou dois dias colocando coletor, ia lá e deixava a tarde toda. Mãe, o xixi, já tentaste colher? Ela deixou o coletor e não disse se era para tirar, aí eu mesma tirei e joguei fora porque não tinha nada. Aí, ela veio, tirou, botou ali e saiu. Depois de eu ter visto como se fazia, fui lá e troquei o coletor. Esperei uma hora e consegui colher pelo menos dez ml e deu para fazer o exame (mãe de P.M.P.M.).

Esse comentário expõe a falha da equipe de enfermagem, no que se refere ao fornecimento de informações adequadas sobre os cuidados. Muitas vezes, se ignora a capacidade do indivíduo que acompanha a criança, não lhe fornecendo as informações necessárias para o cuidado da criança na hospitalização. Do mesmo modo, em outras situações, delega-se ao acompanhante a execução de atividades que deveriam ser desenvolvidas pelo profissional de enfermagem.

Com relação à comunicação dos profissionais de enfermagem com a criança e o acompanhante, durante a execução dos cuidados, esse pai disse

[...] a enfermeira se dirige ao paciente, se a mim incomoda, à criança mais ainda porque na hora que a enfermeira se aproxima, a criança se afasta mais para o pai

ou à mãe. Quando a enfermeira vai colocar o soro na mão, ela segura a mão e não a criança. A impressão que eu tenho é que a enfermeira está introduzindo a agulha na mão da criança e não na pessoa. O diálogo do profissional com a criança se refere apenas ao local que ela vai tocar: 'dá a mãozinha para a tia; papai segura aqui'. Se a criança chora, ela diz para mandar a criança parar de chorar porque ela pode piorar (pai de I.R.S.).

A enfermagem, como as demais profissões em saúde, estabelece rotinas para organizar suas atividades. Conforme dizem Silva e Poli (2001, p.94), a rotinização vai

desde aquelas atividades que são executadas anteriormente à realização dos cuidados, como o preparo e esterilização de materiais, até aquelas que dizem respeito aos cuidados diretamente prestados aos clientes.

Neste sentido, a preocupação com a técnica e a rotinização da tarefa torna a organização do trabalho insensível, podendo prejudicar a comunicação e o desenvolvimento de uma relação dialógica, de troca de conhecimentos, de ajuda mútua, criando barreiras muitas vezes intransponíveis.

É comum o fato de alguns profissionais de saúde exercerem suas atividades junto ao paciente e seu acompanhante sem ao menos se apresentarem. Isto pode ser comprovado pelo relato deste acompanhante, quando diz que o profissional deve se apresentar, dizer o seu nome, qual o cargo que ocupa [...] (pai de I.R.S.).

A falta de comunicação, a relação de poder estabelecida entre a equipe de saúde e a criança hospitalizada e seu acompanhante podem ser ilustrados pelos seguintes relatos:

[...] falta diálogo com o paciente, com o acompanhante, com o médico (mãe de N.D.O.).

[...] tem que haver disposição para isso [...] diálogo é uma relação" (pai de I.R.S.). "Diálogo traz segurança (mãe de N.D.O.).

[...] tornar as coisas menos formais. Regras, pode, não pode. Colocar as coisas de forma explicativa e não cobrando normas que não sabemos ainda (pai I.R.S.).

[...] para o enfermeiro, o material utilizado é conhecido. Para o leigo [máscaras, tendas, nebulizador contínuo], dá a impressão que o filho está morrendo (pai I.R.S.).

[...] hoje eu peguei uma criança no colo e a enfermeira disse que não pode. Eu queria saber, por que não pode? Quanto aos medicamentos, a gente pergunta o que está sendo dado e eles dizem: 'é só um remedinho' (mãe de N.D.O.).

Boltanski, (apud RIBEIRO, 1998, p.41), diz que,

[...] longe de ser uma relação de homem para homem ou, como quer a ideologia médica (que ensina a ver no doente apenas um ser abstrato e diferenciado sem levar em consideração, por exemplo, sua classe social ou sua religião) o encontro de uma consciência e de uma confiança, ou ainda como descrevem alguns sociólogos, apenas a relação entre um especialista e um profano, a relação doente-médico é também uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função, principalmente, da classe social do doente.

Tal fato pode ser ilustrado pelo seguinte relato:

Quando tu não abres a boca para falar o teu grau de escolaridade, o tratamento é diferente. Quando tu dizes que és da área da saúde, o tratamento muda na tua frente (pai de I.R.S.).

Os dois acompanhantes que se destacaram pela capacidade crítica, abordaram outras questões interessantes de ser refletidas, que se referem ao papel diferenciado do médico e da equipe de enfermagem na prestação da assistência à saúde, as quais destaco a seguir.

Eu não vejo o enfermeiro utilizando-se tanto assim da enfermagem, ele poderia exercer a enfermagem de modo muito mais amplo e ele exerce de modo restrito, ele faz pouco, pode fazer muito mais (pai de I.R.S.).

O enfermeiro fica muito ligado ao médico, ele não é somente aquele que aplica a injeção, é aquele que se precisar fazer uma massagem, tem que fazer (...) o médico peca muito. Aqui eu vi uma médica que se pode chamar de exemplar, ela conversou com a (nome da criança), perguntou o nome, deu uma vaquinha para ela brincar, pegou na mão, tocou a criança (mãe de I.R.S.).

Solicitei que esclarecessem o que queriam dizer com 'o enfermeiro fica restrito'.

Responderam o seguinte:

Embora o médico seja o ponto inicial do tratamento da saúde, quem vai tratar a saúde é o enfermeiro. Neste sentido, a enfermagem é mais importante no processo de cura que a medicina [...] o defeito do hospital é que o enfermeiro não tem o campo que merece (pai de I.R.S.).

Ela tem outras áreas que poderiam ser exploradas. No processo agudo, fazer a medicação é importante, mas passada a crise, vai fazer exercícios respiratórios, uma massagem, isso é função do enfermeiro. E a gente fica restrito a quê? À medicação [...] fica nisso, o médico manda, a enfermagem faz (mãe de I.R.S.).

Eu vejo falha nos médicos, porque não tem o toque no paciente, ficam só no olho e na inspeção básica (mãe de I.R.S.).

As conversas, as brincadeiras, as piadas que eventualmente acontecem entre os componentes da equipe de enfermagem, e, muitas vezes, entre estes e os clientes, na tentativa de descontrair a tensão gerada pela situação de hospitalização, refletem negativamente na

percepção dos acompanhantes sobre os profissionais de saúde, conforme aparece nestes relatos.

O médico é mais sério no falar, fala mais lento. Os enfermeiros estão sempre conversando entre si, eles fazem piadas, brincadeiras. A impressão que dá é que o enfermeiro não tem noção da importância dele. Se eles se dessem conta de que o que estão fazendo é importante, eles não ficariam conversando, vendo televisão (pai de I.R.S.).

Eu vejo o pessoal da enfermagem muito disperso, têm aqueles que têm vocação e os que não têm. O enfermeiro pode dar conta sim dos pacientes, desde que não se disperse com outras coisas, numa conversa aqui, outra ali (mãe de I.R.S.).

Essas situações são vistas por alguns acompanhantes como uma "falta de compromisso", "dispersão no trabalho" e também de desrespeito à situação de hospitalização desses indivíduos. Sabe-se que essas atitudes, mesmo sem intenção, podem tornar-se inadequadas, dependendo da forma e do momento em que acontecem.

Solicitei ao grupo que pensassem como foi a chegada na Pediatria. Alguns comentaram sobre a demora em serem atendidos na Emergência Pediátrica, bem como o atendimento, às vezes pouco afirmativo do profissional médico, que por falta de experiência ou insegurança, ou ainda, por dificuldade de estabelecer um diagnóstico preciso, faz o encaminhamento da criança para casa, sendo que horas depois a família tem que retornar à instituição para nova avaliação, devido à piora do estado geral. Tal fato pode ser ilustrado pelo seguinte relato.

[...] o meu caso achei muito demorado [...] examinaram e mandaram embora, dizendo: 'olha, pode levar ela porque é só uma virose'. Eu não podia tocar nela que ela gritava. Ai, eu voltei [...] foi mais rápido, eles viram que ela estava 'malzinha'. Se eles tivessem atendido antes, talvez fosse mais fácil, porque a pneumonia dela não estaria tão avançada (mãe de A.C.L.).

[...] o meu caso foi a mesma coisa. Trouxe de manhã cedo, às seis horas, atenderam na Emergência, olharam e mandaram embora. Chegou a noite, tive que trazer novamente e aí internaram (mãe de J.F.F.).

Segundo Bellato (2001, p.62), as políticas que regem as instituições de saúde fazem "da vida e da morte um jogo de azar, posto que apenas alguns poucos terão a 'sorte' de terem seus problemas de saúde atendidos".

Isso faz com que as famílias que dependem dos serviços públicos de saúde se submetam às idas e vindas a essas instituições, sofrendo caladas a angústia de não perceberem a melhora do estado de saúde da criança, submetendo-se a condutas nem sempre adequadas dos profissionais da saúde.

Bellato (2001, p.62) conclui que "essa via crucis a que a pessoa doente se vê submetida para conseguir sua hospitalização, faz com que ela valorize sobremaneira, o fato de estar no hospital [...]".

Ao questionar sobre quais seriam as necessidades dos acompanhantes durante a hospitalização, além daquelas já apontadas, os acompanhantes identificaram a necessidade de mais conforto para os acompanhantes, traduzida num banheiro com mais privacidade, um local mais confortável para dormir e descansar, e uma área para fumar e fazer as refeições mais próxima da enfermaria.

Eu acho que o banheiro deveria ser, um para quem fuma e outro para os que não fumam (mãe de E. S.).

[...] o banheiro, a gente tem que sair do quarto para ir ao banheiro, lá fora, lá longe. Então, tenho que sair do quarto para ir ao banheiro, apesar de que elas [enfermagem] olham, mas nem toda hora elas estão aí, em cima. De repente, numa dessas, a gente sai e ele vomita? Para tomar banho [...] a tua roupa, tu tens que colocar ali, onde todo mundo vê [...] fica chato, porque fica bastante gente ali, tanto homem como mulher (mãe de P.M.S.M.).

O banheiro, às vezes, está mal cuidado, porque as próprias mães não cuidam. Elas [serventes da limpeza] limpam todo dia. Tem mães que são relaxadas, deixam o papel higiênico no chão [...] (mãe de S.E.M.).

A necessidade de acomodações mais confortáveis para passar a noite junto à criança, apareceu em todos os Encontros.

Para nós, uma cama. A cadeira, conforme tu deitas, ela abre e levanta, machucando as costas [...] uma caminha que esticasse e que desmontasse durante o dia" (mãe de P.M.P.M.).

Esta é uma necessidade bastante compreensível, uma vez que vivenciar a hospitalização da criança não é uma tarefa muito agradável e uma noite mal dormida implica num dia seguinte imprestável. Porém, alguns acompanhantes sentem-se constrangidos em solicitar melhorias que pudessem trazer-lhes mais conforto, pois consideram que a instituição já lhes oferece muito.

A gente sabe que é difícil, já pensou se tivéssemos que passar uma semana pagando comida todo dia? Não seria fácil, ainda bem que tem. A gente agradece que tem comida e onde tomar banho (mãe de S.E.M.).

Neves-Arruda e Nunes (apud KOERICH; ARRUDA, 1988, p. 221) fizeram uma análise teórico-conceitual sobre o conforto em seis estudos, com populações de diferentes idades,

contextos e situações de saúde e enfermidade, em que os significados de conforto comuns aos sujeitos desses estudos foram: “liberdade, integração, melhora, cuidado afetuoso, segurança, proteção e comodidade. Outros componentes de significado de conforto encontrados apenas em alguns desses estudos foram: gratificação, ânimo, auto- imagem”.

Alguns autores afirmam que o conforto não tem um significado universal, pois este fenômeno pode ser experimentado e percebido de forma distinta, por isso, os significados diferentes para pessoas diferentes.

No entanto, a oportunidade de um descanso adequado é fundamental na situação de tensão a que os acompanhantes são submetidos durante a hospitalização. O sono é uma necessidade fisiológica que possibilita a reposição da energia corporal. Com frequência, percebemos que o cansaço físico e mental, durante a hospitalização, aumenta o nível de estresse dos acompanhantes, causando dificuldades nas relações desses com a equipe de saúde, e, eventualmente, a incapacidade física e psicológica dos mesmos para prestarem a atenção adequada à criança hospitalizada.

Finalizada a apresentação das necessidades da criança e seu acompanhante, na visão destes sujeitos, faço, na seqüência, a descrição destas necessidades sob a ótica dos profissionais de saúde

5.2 As necessidades apontadas pelos profissionais de saúde

Conforme comentei anteriormente, o primeiro Encontro com os profissionais de saúde teve por objetivo fazer a identificação das necessidades da criança hospitalizada e seu acompanhante, a partir da percepção destes sujeitos.

Após a construção da Cidade da Criança, os profissionais, os quais foram subdivididos em três subgrupos, conforme aponto na Metodologia, fizeram os comentários que seguem.

Subgrupo A:

Na nossa cidade, tem um ônibus, a estrada, os carros, o hospital da Cruz Vermelha, cidade bem arborizada (Shimú).

Subgrupo B:

Na nossa Cidade, fizemos questão de não ter nenhum hospital, posto de saúde, porque desejamos muita saúde para as nossas crianças não ficarem doentes. Então, pensamos que qualquer coisa poderemos levar a criança para a cidade mais

próxima. Esta é uma cidade que tem muitas árvores, muitas flores, muitas áreas para diversão, um escorregador, um lago lindo imenso, com muitos peixes, tartarugas, tem pedras, tem cisnes, tem muitos banquinhos porque as pessoas gostam muito de vir aqui. As crianças vêm aqui brincar, elas gostam de brincar com os peixinhos. Esta cidade não tem ruas asfaltadas para carro, tem só pedrinhas porque a gente acha que carro aqui iria atrapalhar e iria poluir, então é só bicicletas, tem gente caminhando.

A escola é uma das áreas mais importantes da nossa cidade porque é uma área grande, tanto que a área de esportes é bem grande e o centro comunitário também fica próximo da escola. Para nós, a área nobre da cidade da criança é ali onde eles se formam cidadãos. Aqui temos algumas casas, temos também um culto ecumênico, uma igreja onde reúne todas as religiões, porque a gente acha importante a criança ter alguma religião. Dentro da escola tem uma mini-equipe de saúde que atende às intercorrências mais simples (Ivana).

E alguns componentes do grupo C, relataram o seguinte:

Temos a escola, essa área verde aqui é polivalente, ela serve à escola, serve ao Shopping Center, serve ao posto de saúde e é do lado de um lago. Então ela serve a todas as crianças desta comunidade. Tem amarelinha, um balanço, um laguinho com peixes, árvores, as ruas como na outra cidade, são de pedrinhas, não tem carros, é muito arborizada, florida, bem colorida. Ali, são casas, tem bonequinhos que são as crianças (Cacá).

Outro componente desse grupo comentou que

tem um Shopping Center que tem banco, lojas, tem lanchonete, computador, internet para crianças, como o Lucas que quer passear no Shopping. Inclusive as crianças das outras cidades estão convidadas para passearem no nosso Shopping. (Beija-flor).

Após terem feito seus comentários sobre a Cidade, por iniciativa própria resolveram unir as três maquetes, por considerarem que as mesmas se complementavam.

As necessidades apontadas, a partir da construção da Cidade foram: lazer, contato com a natureza e com os animais, educação, postos de atendimento à saúde, entretenimento, ou seja, segundo eles, essas são as condições para uma vida saudável.

A partir dessas representações, fui questionando sobre o que seria feito caso as crianças ficassem doentes. Um dos participantes idealizou “[...] elas nunca ficam doentes” (Osama).

Esse relato causou em alguns participantes uma expressão de surpresa e provocou em outra profissional o seguinte comentário:

Eu acho que uma criança com tanto lazer, tanta harmonia, dificilmente necessitaria de um hospital (Ivana).

Contraopondo-se a esse depoimento, outro participante do grupo disse o seguinte:

Claro que não, justamente por brincar tanto, ela pode quebrar uma perna [...] (Shimú).

Através da relação dialógica, propiciada pela opção metodológica adotada, os participantes foram apontando as necessidades dos sujeitos hospitalizados e seus acompanhantes.

Começaram refletindo sobre a necessidade da criança e seu acompanhante terem no hospital um ambiente que minimize os aspectos negativos da hospitalização, ou seja, um ambiente sereno, alegre, confortável, que propicie a recreação e o entretenimento, onde ela possa trazer os seus objetos de uso pessoal e de estimação, permanecer na companhia de seu acompanhante, ter contato com outras crianças, entre outras.

Para ela não sofrer naquele hospital ali, ela tem que levar um pouco dos aspectos positivos desta Cidade, para dentro dele [hospital]. Então, ela tem que levar o quê? Tem que levar amizade, lazer, [...] (Ivana).

[...] objetos de uso pessoal, cobertorzinho, travesseiro [...] (Shimú).

[...] foto da família [...] (Mi).

[...] recreação [...] percebemos que os acompanhantes também necessitam de um momento de respiradouro, um momento só para eles, longe das crianças (Margarida).

[...] ter um alojamento adequado para este acompanhante [...] (Shimú).

Apontaram também que a criança e seu acompanhante necessitam receber um atendimento humanizado. Questionando-os sobre o que isso significava, responderam que a humanização se constitui de várias coisas, dentre elas o estabelecimento de uma relação de confiança e de troca; promover uma boa inclusão da criança e seu acompanhante na hospitalização; respeitar a sua individualidade; reconhecê-los na sua totalidade; dentre outras.

Neste sentido, os profissionais comentaram que é preciso escutar e reconhecer as queixas da criança, respeitando os seus sentimentos e os seus medos, percebê-la além do seu diagnóstico, ou seja, respeitá-la como um ser humano em tudo que este conceito contempla.

Quando a criança diz que está doendo, é porque realmente está. Os profissionais devem tentar aliviar a dor e não apenas responder que já passa. Respeitar o que ela sente e não diminuir (Ivana).

Para outro sujeito da pesquisa, o atendimento humanizado pode ser estabelecido por um gesto de solidariedade.

[...] se colocar no lugar da pessoa. Se fosse o meu filho ou alguém da minha família? Tentar se colocar no lugar do outro. Acho que a partir daí passa a ser humanizado (Girassol).

Tratar a criança como um todo e não só a doença. Porque, muitas vezes, ela se interna com uma doença, mas tem muitos outros problemas além da patologia (Adri).

O atendimento humanizado também é poder reconhecer, além do tratamento da doença, o que essa criança e essa família têm como necessidade de indivíduo. Poder estar suprindo essa situação em conjunto, por exemplo: se ela sai daquela sociedade e vem para uma cultura diferente dessa cidade aqui, temos que procurar entender e conhecer que tipo de cultura é essa. Você não vai poder reproduzir a cultura, mas poder respeitar e acompanhar isso (João).

Respeitando, já é fundamental, [...] porque não deixa de ser uma violência. Imagina uma criança daquela Cidade, que saiu do imaginário, por exemplo, um índio. Uma criança indígena, que chega para a gente, não entende a nossa linguagem porque eles só se comunicam em guarani. Como se sente essa criança? O medo que ela tem? São as crianças mais agarradas às mães [...] (Ivana).

Algo que me causa muita preocupação, e a gente tem trabalhado muito este aspecto é o respeito às acompanhantes [...] estas têm que ser muito respeitadas, porque tem uma questão de relação do filho com a mãe. Você está agredindo também a criança se destrata a mãe. Algumas vezes eu já percebi situações, não exatamente aqui, mas em outros locais, não necessariamente em questões de saúde, mas onde a criança se ressentida se alguém destrata sua mãe [...]. Principalmente, reconhecer as queixas dessa mãe, porque às vezes a mãe está dizendo: 'meu filho está mal'. Essa mãe quando fala, ela sabe, mãe conhece o filho. Eu acho muito importante a gente estar atento ao que as mães dizem. Às vezes tem exagero, mas por que elas estão exagerando? Elas estão com alguma carência também. Muitas vezes é a primeira vez em que são chamadas pelo nome, que têm horário para comer, têm comida, um lugar seguro para dormir, que não vão ser ameaçadas de diversas formas, são respeitadas como seres humanos, cidadãs. Acho que temos que ter um carinho muito grande com essas mulheres trabalhadoras da Pediatria. A gente vê cada história de vida que quando começamos a conversar, percebemos que é muito doído mesmo [...], acho que temos que trabalhar muito para buscar uma forma melhor de compreender, porque nós também somos seres humanos (Ivana).

Uma profissional disse que é importante fazer uma boa inclusão da criança e do seu acompanhante.

Fazer uma boa inclusão na chegada da criança e seu familiar à hospitalização. Ficar receptivo, se apresentar dizendo o que faz e qual a sua função no hospital e o por que de estar ali (Lua).

Um outro participante comenta que o momento da realização do histórico de saúde pode ser o momento ideal para o profissional detectar outros problemas, além da patologia, e que

podem também interferir no bem-estar desses sujeitos e na sua integração ao período de hospitalização, bem como determinar os meios adequados para o atendimento de suas necessidades.

No primeiro atendimento, quando é feito o histórico médico e de enfermagem, tentar detectar o ponto fraco, além da doença, para ajudar a criança e a família. Se o acompanhante está se sentindo bem assistido, pois não é só a criança hospitalizada, ele vai conseguir passar esse bem-estar para a criança. A criança irá se sentir mais ambientada. Quem é mais próximo da criança é o acompanhante, o pai, a mãe, um vizinho, o que seja. Então devemos dar prioridade ao atendimento deles (Josi).

A interação com a criança e o acompanhante depende da disponibilidade dos sujeitos envolvidos neste processo, sendo que o julgamento de qualquer espécie pode interrompê-lo.

O pré-julgamento que a gente acaba fazendo, às vezes para nós é sem maldade, mas passa de um para outro e acaba criando conflito; falando para quem não é para falar ou com quem não precisa ouvir [...] (Adri).

Como última necessidade apontada pelos profissionais de saúde, ficou muito presente também ali a necessidade de comunicação adequada e o fornecimento das informações acerca do processo de hospitalização, como um dos meios de manter uma assistência humanizada à criança e seu acompanhante, bem como de proporcionar segurança sob todos os aspectos, isto é, física, emocional e biológica.

[...] primeiro saber o nome da criança e do seu acompanhante, de onde ela vem [...] (Ivana).

[...] dizer o nosso nome [...] (Shimú).

Acho que acima de tudo é preciso ter uma escuta, saber ouvir. Ter uma escuta qualificada como se chama no Serviço social, para saber ouvir o que a pessoa quis dizer (Cacá).

Uma linguagem homogênea (Cacá).

Com certeza, para não causar confusão (Ivana).

Isso é algo muito sério, que a gente acaba muitas vezes interrompendo o processo, por falta de comunicação. Muitas vezes a gente chega em um quarto e a mãe não sabe com quem falou. Se houve um problema com alguém, ela não sabe dizer o nome de quem foi. Quem é a médica? Quem é a enfermeira? Quem são os técnicos? Falta mesmo essa coisa da identificação, de comunicar o que está fazendo. Acho que a comunicação abrange a todas as necessidades, porque muita coisa pode ser resolvida, baseada na comunicação. Explicando, qual é o medicamento que está fazendo, para que ele serve, por que que está usando. Se a criança está com

temperatura, falar para o acompanhante que vai medicá-la e outras coisas que a gente vê que eles têm essas dificuldades e muitas vezes a gente não se comunica e as coisas degringolam de vez (Lua).

Os profissionais de saúde reconhecem como fundamental informar a criança e o acompanhante sobre os procedimentos, terapêutica e diagnóstico. Abordaram sobre a importância, principalmente dos profissionais médicos, de se mostrarem disponíveis para suprir os questionamentos da família, como também a necessidade da equipe multiprofissional saber perceber o momento certo para fornecer as informações, no sentido de estar respeitando o momento de cada um dos sujeitos hospitalizados e seu acompanhante.

Uma das participantes comentou que não basta apenas informar, é necessário ‘comunicar’, pois a comunicação contempla uma relação entre, no mínimo, dois sujeitos, sendo necessária a emissão de uma mensagem e a decodificação da mesma pelo receptor, com conseqüente feedback da mensagem recebida. Qualquer interferência neste circuito prejudica a comunicação.

Não só a informação, porque informação me passa aquela coisa que é só despejar. É comunicar mesmo, ou seja, ouvir o que aquela pessoa está te dizendo como dificuldade, como necessidade, e aí tu trazes o teu conhecimento para fazer essa troca. Daí vem a questão da cultura novamente, porque muitas vezes os cuidados populares que eles acabam desenvolvendo e que aos nossos olhos não são adequados; nós chegamos com o nosso conhecimento dizendo que é assim que se deve fazer e não do outro jeito. Isso acaba causando uma quebra na relação e provoca mais necessidades nessa família e nessa criança. Então, tem que estar conversando, trocando, eu sou o fulano de tal e o que você pensa [...] (Lua).

No relato desta profissional, aparece o reconhecimento da necessidade de manter a criança informada sobre o procedimento, dizendo-lhe inclusive se este causará dor ou não:

Uma explicação adequada dos procedimentos, pois muitas vezes esquecemos desta parte. Saber o que vai acontecer, mesmo sabendo que pode haver alguma dor. Mas, pelo menos ela sabe o que vai acontecer. Por menor que seja a faixa etária (Shimú).

Outra profissional de saúde comentou sobre a postura dos acompanhantes no momento da visita médica, que somente escutam o que estes profissionais discutem sobre a criança. Quando acaba a visita vão questionar o profissional de enfermagem sobre o que foi falado. Aqui, constata-se a postura de submissão do acompanhante diante da figura do médico, e, em contrapartida, a falta de abertura deste profissional para permitir que este acompanhante sintasse à vontade para questioná-lo.

[...] eles [os acompanhantes] estão mais acostumados com a gente [enfermagem] e solicitam mais a nós do que o médico. Por que os acompanhantes não perguntam nada para o médico? Não sei se é porque têm medo ou alguma coisa assim. Então o

médico vai embora, eles vêm até nós perguntar sobre o que a criança tem [...] então a gente explica que eles têm que perguntar ao médico [...] (Rô).

Em outros relatos, percebe-se o conflito deste profissional, que ao mesmo tempo em que reconhece a importância de respeitar a criança e seu acompanhante, na sua individualidade, dando-lhes atenção, procurando compreendê-los, conhecer seus costumes e cultura, existem as rotinas de trabalho que muitas vezes interferem nos hábitos da criança e seu acompanhante e na adaptação desses à hospitalização.

[...] não podemos esquecer que quem está vindo ali é uma pessoa que está fragilizada e fora do seu ambiente familiar do seu dia-dia. E ela virá cheia dos temores e medos que cada um tem pelo fato de estar dentro de uma instituição de nível terciário da saúde. Então ela virá para o último recurso que seriam os cuidados médicos de internação. E a gente está sempre imbuído de querer fazer à nossa rotina e muitas vezes não enxergamos o paciente como uma pessoa diferenciada que tem os seus anseios e seus medos e muitas vezes a gente ultrapassa, esquecendo-se disso. Por mais que a gente tente entender o 'todo' do paciente, a gente estabelece a nossa rotina e o paciente tem que se adaptar a nossa realidade[...] (Romariz).

Ao questioná-lo sobre os extremos entre o reconhecimento do sujeito do cuidado como um ser único e a rigidez em manter as rotinas, ele responde o seguinte:

[...] Eu acho que a gente também não pode fazer todas as vontades do paciente. Isso não pode ocorrer, temos que seguir um padrão para ter um atendimento padronizado. Definido como correto. A qualidade tem que ser mantida, de qualquer jeito. Mas o atendimento individualizado tem que ser específico para aquele caso, com os seus limites. Não podemos ilimitadamente servir todas as vontades de cada paciente. Uns precisam de bastante atenção, têm outros pacientes que a gente nota que o acompanhante está sugando um monte. Então, como a gente não tem padrão para dizer, esse precisa de mais atenção e esse menos, a gente tem que estabelecer um padrão. Mas o padrão tem que ser seguido, mas é importante a gente perceber que cada paciente é individual e cada um tem os seus medos e precisa ser atendido da melhor forma (Romariz).

Outra participante comenta:

Porque, esse padrão e essa rotina, muitas vezes atrapalham o andamento [...] [esta profissional referia-se ao desenvolvimento do trabalho e às relações interpessoais] Se a gente fala que a criança tem que vir para o hospital e continuar com os costumes que ela tinha em casa, para não sentir tanta diferença [...] mas quando ela chega aqui a gente quebra totalmente a rotina dela em casa. Por que muda o horário de dormir, da alimentação, do banho [...] (Adri).

[...] muda cama, muda roupa, companhia, muda tudo [...] Romariz.

A nossa rotina tira totalmente a rotina da criança em casa. Eu acho que em pediatria, a gente tem que quebrar e muito essa rotina, tanto da enfermagem como dos demais serviços. Para mim, bem mais da enfermagem porque nós estamos aqui 24 horas e essas rotinas acabam tornando tudo mecânico, tudo automático. Somos

obrigados a dizer para a mãe que agora é hora para isso e pronto. Não existe isso para a criança. Se a criança está com fome agora, só daqui a uma hora virá a comida, porque agora não é a hora de comer. Para a criança não tem isso. Fica complicado para tratar a mãe e dizer: 'agora a tia não tem comidinha para ti' ou qualquer outra coisa. Essa rotina deveria ter um jeito ou maneira da gente quebrar mais (Adri).

Eu acho que toda regra tem exceção, isso é algo que muitas vezes a gente não observa. A criança está aqui, a família vem visitar fora do horário de visita, e a gente impede. Isso é inadmissível para a criança. Como que se pode privar a criança de ver o pai porque não é horário de visita? (Adri).

Essa funcionária trabalha no noturno e muito provavelmente essa tem sido a postura da enfermeira do turno, devido ao horário em que o familiar comparece ao hospital. Porém, nos períodos matutino e vespertino, sempre que possível, as enfermeiras são flexíveis. Isso fez com que outras profissionais respondessem ao contrário:

De uma maneira geral, a gente é flexível para isso [...] (Ivana).

A gente já está mais flexível [...] Josi.

Encerrando esse capítulo, apresento um quadro com a síntese das necessidades apontadas pelos dois grupos de sujeitos dessa pesquisa.

Quadro 2 - NECESSIDADES APONTADAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA.

Necessidades apontadas pelas crianças hospitalizadas e seus acompanhantes.	Necessidades apontadas pelos profissionais de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Permanência de um acompanhante; • Segurança emocional, física e biológica; • Recreação e atividades de entretenimento; • Educação em saúde; • Comunicação e informações adequadas acerca do processo de hospitalização; e • Mais conforto para os acompanhantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente que minimize os aspectos negativos da hospitalização; • Atendimento humanizado; e • Comunicação e informações adequadas acerca da hospitalização.

No próximo capítulo, trago as possibilidades e os limites para o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante.

6 POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DA CRIANÇA E SEU ACOMPANHANTE NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Conforme apontei anteriormente, o segundo Encontro Vivencial realizado com os profissionais de saúde da CP teve por objetivo identificar as possibilidades e limites para o atendimento das necessidades apontadas pelos dois grupos de sujeitos desta pesquisa, a partir do processo de trabalho por eles desenvolvido.

Neste sentido, subdividi as necessidades apontadas pelos participantes do estudo em duas áreas temáticas: aquelas relacionadas à estrutura física, equipamentos e demais materiais, e as referentes à estrutura organizacional e às relações que ali se estabelecem.

Assim, à medida que apresento as possibilidades e limites identificados pelos profissionais, faço também a minha reflexão na qualidade de profissional e pesquisadora neste estudo.

6.1 Possibilidades e limites para o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante relacionadas à estrutura física, equipamentos e demais materiais

As necessidades aqui apontadas não dependem somente da iniciativa dos gerentes do HU-UFSC em atendê-las, pois estão condicionadas às possibilidades e limites institucionais, no que se refere à previsão orçamentária e área física.

Neste sentido, fiz a opção de apresentá-las sem a preocupação de fazer uma análise mais aprofundada, uma vez que enquanto gerente do Serviço de Enfermagem da Clínica Pediátrica

do HU-UFSC, farei o encaminhamento das necessidades apontadas, já trazendo também algumas sugestões à Divisão à qual o Serviço está subordinado.

Sabe-se que a crise enfrentada pelos Hospitais Universitários tem imposto aos seus gerentes a necessidade de contenção de despesas, e isso tem refletido diretamente na assistência àqueles que procuram estes serviços de saúde.

No HU-UFSC, desde 1996, não há a contratação de pessoal via concurso público. Com isso, para suprir as deficiências causadas pelas aposentadorias, demissões, óbitos, bem como para expandir determinadas áreas, entre elas a Maternidade, esse hospital passou a contratar profissionais via Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU), assumindo a folha de pagamento destes funcionários, que corresponde a mais de um terço da sua arrecadação. Por outro lado, o orçamento não tem suportado outros gastos além da compra de materiais de consumo, medicamentos, pequenos reparos e reformas, consertos possíveis de alguns equipamentos e pagamento dos serviços terceirizados, entre eles, limpeza e vigilância.

Neste sentido, existe o desgaste e sucateamento de muitos equipamentos, como também, a carência de materiais e determinados equipamentos mais modernos, de qualidade e em quantidade suficiente para atender à demanda.

A CP, por ser uma Unidade de Clínica Geral, não necessita de equipamentos sofisticados para a assistência. Porém, existe a deficiência de equipamentos básicos, tais como monitor de pressão arterial, oxímetro de pulso, e, quando são adquiridos, não comportam a demanda do serviço, havendo desgaste e funcionamento inadequado dos mesmos, devido à falta de manutenção preventiva.

Por conhecer a realidade da CP, gostaria de apontar que há deficiência também de outros materiais e equipamentos. E, embora não tenham sido mencionados pelos sujeitos da pesquisa e não sejam indispensáveis à assistência direta à criança, são imprescindíveis para promover um ambiente mais acolhedor, seguro e agradável a todos os envolvidos, tais como: ar condicionado ou um número maior de ventiladores e aquecedores, mais aparelhos de televisão, vídeo cassete, aparelho de som, cadeira de roda pediátrica, carrinho de bebê, bebê-conforto, entre outros.

Feita esta breve exposição sobre a realidade desta Instituição, passo a apresentar as necessidades apontadas pelos sujeitos da pesquisa.

Nos Encontros, os acompanhantes apontaram como necessidades deles os aspectos relacionados ao banheiro, condições de descanso, refeitório e local para fumar.

Quanto ao banheiro, falaram sobre a sua localização, considerando-a inadequada, pois fica longe da unidade.

Sobre a privacidade para o uso do chuveiro:

[...] para tomar banho, tinha que haver um tampão na frente [...] a tua roupa fica ali onde todo mundo vê [...] (mãe de P.M.S.M.)

Apesar dos profissionais de saúde concordarem com a necessidade de haver mais privacidade nesta situação, reconhecem as limitações da área física.

O banheiro dos acompanhantes está localizado no corredor externo da unidade, no mesmo andar da Pediatria. Sendo assim, são obrigados a se deslocarem da enfermaria, afastando-se da criança que acompanham. Isto provoca neles uma certa insegurança, pois as crianças acabam ficando sozinhas no leito, mesmo que por um curto espaço de tempo. Na ausência do familiar, elas choram, agitam-se, podendo ocorrer perda do acesso venoso, caso estejam em fluidoterapia, além de estarem sujeitas a riscos, como, por exemplo, vomitar e aspirar conteúdo gástrico.

Já o banheiro que possui o chuveiro para os acompanhantes, está localizado dentro da área da Hidratação ou Observação Pediátrica. Este local atende às crianças que necessitam ficar em observação por um período máximo de vinte e quatro (24) horas. Portanto, constantemente ficam pacientes e acompanhantes nesta sala. O chuveiro não possui uma ante-sala para que os que o utilizam possam colocar suas roupas secas e se trocarem. Esta situação é extremamente constrangedora, mesmo tendo sido colocado um biombo em frente à porta do chuveiro para amenizar o problema. Sabe-se que está em andamento uma reforma próxima à CP e esta obra vai atingir parte da área física da Clínica; por isso, existe no projeto a possibilidade de construção de um banheiro próximo ao corredor da Clínica, o qual dará mais privacidade aos usuários.

Quanto às condições de descanso, os acompanhantes foram unânimes em solicitar uma 'cama' ou cadeiras mais confortáveis:

Para nós uma cama [...] (mãe de P.M.S.M.).

Mesmo não havendo uma reflexão mais aprofundada sobre o assunto, os profissionais de saúde consideram que esta seja uma necessidade possível de ser atendida, mas que exige atenção, no sentido de procurar os meios adequados para satisfazê-la.

A Instituição em questão, desde 1980, quando começou a permitir a presença do acompanhante, já se preocupava em oferecer condições adequadas de alimentação, higiene e conforto para eles. Mesmo com todas as dificuldades que as instituições públicas vêm sofrendo, muitas vezes sem recursos financeiros para cumprir com suas metas orçamentárias, este hospital vem mantendo, dentro do que tem sido possível, condições razoáveis para o alojamento conjunto, apesar de estarem longe de ser consideradas ideais.

Neste sentido, enquanto gerente da CP, para amenizar o problema de conforto, penso que é possível confeccionar colchonetes, os quais poderão ser utilizados sobre as cadeiras reclináveis e guardados durante o dia, embaixo da cama da criança.

As outras necessidades apontadas pelos acompanhantes dizem respeito a um refeitório na própria unidade, bem como um local específico para fumar próximo à CP, sem que tivessem que sair do setor para se alimentar e fumar.

Pelas colocações feitas anteriormente, tanto os profissionais de saúde como eu, sabemos que não existe possibilidade para o atendimento destas necessidades, da forma como os acompanhantes apontam.

No entanto, para aqueles acompanhantes que demonstram ansiedade e medo de se afastar da criança, é solicitado ao Serviço de Nutrição da CP, que sirva as refeições na própria unidade até que a equipe de saúde perceba que a criança e o acompanhante já estão mais adaptados à hospitalização, podendo assim descer até o refeitório.

Quanto a fumar, sabe-se que a legislação proíbe o fumo em locais fechados e em instituições públicas, portanto, esta necessidade tem limites legais, sendo necessário que os acompanhantes se submetam às normas existentes.

6.2. Possibilidades e limites para o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante relacionadas à estrutura organizacional e às relações que ali se estabelecem

Conforme mencionei na metodologia desse trabalho, a estrutura organizacional do HU é composta por uma Direção Geral e quatro Diretorias (DM, DE, DA, DAA), cada uma dessas

com suas Divisões e Serviços, as quais têm normas, códigos de ética e atribuições próprias e diferenciadas.

No processo de trabalho em saúde, os profissionais que representam essas Diretorias estabelecem relações distintas entre si, caracterizadas muitas vezes por posições antagônicas e de concorrência, determinadas principalmente pelas posições que ocupam na escala hierárquica e também socioeconômica, bem como por suas características pessoais, etapa de vida em que se encontram, pelas expectativas às vezes frustradas, em função do trabalho que executam, entre outras.

Além dessas relações estabelecidas, há que considerar outras não menos importantes, que são as vivenciadas com aqueles que procuram os seus serviços, as quais, na maioria das vezes, são permeadas por grande tensão, em função justamente do momento vivido por estes sujeitos, que é a hospitalização e tudo o que isto implica.

Em função desta complexa teia de relações, não dá para perder de vista que isto demanda o atendimento das necessidades de todos os envolvidos neste processo, ou seja, tanto as dos trabalhadores, no que se refere aos seus desejos e necessidades pessoais e profissionais, tais como de subsistência e realização no trabalho, e tudo o que advém disto, bem como as do sujeito hospitalizado e seu acompanhante, buscando 'devolvê-los' o mais rápido possível ao seu meio, ou possibilitando-lhes uma condição humana, ética e digna de viverem o processo de uma enfermidade que leve à morte. Além disso, há que considerar ainda as necessidades daqueles que representam a Instituição, os quais têm que mantê-la em condições de funcionamento, apesar de toda a crise por que passa o setor saúde.

As necessidades do sujeito hospitalizado deveriam ter precedência sobre todas as demais necessidades colocadas numa instituição hospitalar. E, paralelamente, na seqüência, deveriam ser atendidas as necessidades do trabalhador e da instituição, em função das possibilidades e limites colocados, a partir do 'jogo de forças' existente entre esses diversos setores apontados.

Segundo Capella e Leopardi (1999), na instituição hospitalar, no atendimento das necessidades do sujeito hospitalizado, podem ser identificadas três (3) finalidades para o trabalho em saúde, quais sejam: a) a finalidade formal e objetiva da estrutura organizacional, associada à técnica, normas rígidas, próprias de uma estrutura inflexível, onde o indivíduo que busca esse serviço é visto apenas pelo seu problema específico (doença), submetendo-se passivamente aos cuidados preestabelecidos pelos profissionais de saúde; b) a finalidade

subjetiva, só podendo ser identificada pelo sujeito hospitalizado e ocorre paralela à citada anteriormente, na tentativa de transpor os obstáculos impostos pela inflexibilidade da primeira. Neste sentido, são os sujeitos hospitalizados que de maneira particular e singularizada expõem os seus desejos e necessidades; e c) a finalidade real, que se refere tanto à finalidade formal como à subjetiva, mas em graus variados, para mais ou para menos, dependendo da posição do trabalhador da área, que pode se colocar somente vinculado à finalidade formal ou tentar particularizar as necessidades do sujeito hospitalizado e seu acompanhante. É necessário acrescentar que depende também do posicionamento daquele que procura os serviços de saúde, a partir do seu conhecimento e habilidade em transitar nesse meio bem como dos seus direitos enquanto cidadão.

Capella (1998), ao refletir sobre a finalidade do trabalho em saúde, afirma que a lógica da instituição hospitalar é a do atendimento das necessidades da instituição, representada primeiramente pelo poder hegemônico do médico e depois pelos demais profissionais em saúde. Nesta lógica do trabalho, o sujeito hospitalizado tem suas necessidades desapropriadas, tendo que se submeter aos interesses da instituição e dos profissionais de saúde, que através de normas e rotinas desconsideram a sua individualidade e até mesmo os seus direitos.

Isso pôde ser constatado nas necessidades apontadas pelos acompanhantes e crianças hospitalizadas quando referem, na maioria das vezes, depender do 'outro' para o atendimento de suas necessidades. O 'outro', neste caso, é a própria instituição e os profissionais da área. À espera do que o 'outro' possa ou deseja oferecer, impõe aos sujeitos hospitalizados e seus acompanhantes muitas vezes uma condição de expectativa, desconforto, constrangimento, e, conseqüentemente, de submissão às ações desenvolvidas junto a eles.

Conforme aponto em meus pressupostos, o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante no período de hospitalização têm precedência sobre as demais necessidades colocadas nesse processo, constituindo-se assim na finalidade primeira do processo de trabalho em saúde.

Como esses sujeitos têm necessidades que ultrapassam ou vão ao encontro das necessidades colocadas pelas instituições de saúde, por meio de seus representantes, assim como Leopardi (1995, p.24), percebo que o grande desafio dos profissionais de saúde é "separar o momento mais geral do plano institucional do momento concreto ao plano de trabalho (assistência) para um indivíduo", na perspectiva de atender à finalidade apontada acima, uma vez que atualmente a lógica do hospital é o atendimento das necessidades

genéricas⁵ e o objeto de trabalho comum a todos os profissionais da área é um ser individual, único.

O processo de trabalho em saúde se caracteriza por ser um trabalho coletivo, envolvendo vários profissionais da saúde, como também aqueles trabalhadores que atuam na manutenção da estrutura institucional.

Pires (1999) comenta que para atender à complexidade de um problema de saúde faz-se necessário haver o inter-relacionamento entre os profissionais das diversas áreas. No entanto, as instituições de saúde não seguem essa lógica da ‘inter-relação’, uma vez que o trabalho não é planejado em conjunto e não há a interdisciplinaridade.

Neste sentido, a organização do trabalho segue a lógica da fragmentação dos conhecimentos, mantendo o poder hegemônico do médico, sendo este o detentor do saber e o elemento central nas ações assistenciais. Os demais profissionais da saúde participam da assistência subordinados às decisões médicas, embora tenham uma certa autonomia em algumas de suas decisões.

Os acompanhantes apontam que a enfermagem deveria prestar um atendimento mais abrangente, oferecendo o cuidado além da execução apenas da prescrição médica, o que pode ser observado neste depoimento:

Ela [enfermagem] tem outras áreas que poderiam ser exploradas. No processo agudo, fazer a medicação é importante, mas passada a crise, vai fazer exercícios respiratórios, uma massagem, isso é função do enfermeiro. E a gente fica restrita a quê? À medicação [...] fica nisso, o médico manda e a enfermagem faz (mãe de I.R.S).

Conforme Capella (1998, p.113), há que se ter um outro olhar para o trabalho, é preciso olhar a instituição a serviço do ser humano. Para isso, é preciso “construir uma instituição dialogante, onde o paciente deixe de ser o objeto para a cura e passe a ser um sujeito de diálogo”.

Não dá para negar que legalmente o profissional médico é o responsável final nas decisões que envolvem o processo terapêutico. No entanto, há que se entender e perceber que aquele que procura os serviços de uma instituição de saúde é ‘proprietário’ do seu corpo,

⁵ As necessidades genéricas, para Capella (1998, p.108), “são aquelas comuns a grupos, mas que, no interior do hospital, se projetam individualmente, e, portanto, para serem reais e objetivadas, faz-se mister serem vistas individualmente, colocadas por um corpo individual”.

cabendo a ele a decisão final daquilo que vier a lhe ser proposto, ou seja, não é ele que se submete à instituição e aos profissionais que ali atuam, mas sim a instituição e os profissionais por ela contratados é que estão à sua disposição, de acordo com as suas possibilidades de acesso a esses serviços, a partir das condições materiais postas. Ao mesmo tempo, este sujeito reconhece naquele que está lhe assistindo as mesmas características enquanto ser humano, que presta um serviço a um outro ser humano. Dessa forma, estabelecem entre si uma interação verdadeiramente humana, ou seja, é um processo de mão dupla, mas a prioridade é dada àquele que necessita dos serviços de saúde.

Conforme comentei anteriormente, as necessidades apontadas pelos acompanhantes e crianças hospitalizadas são aquelas que na maioria das vezes dependem da disponibilidade do profissional de saúde em atendê-las, e as mesmas surgem normalmente a partir das relações estabelecidas entre estes sujeitos no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

Acredito que as possibilidades para o atendimento dessas passam necessariamente pelo entendimento do apontado acima, a partir das relações interpessoais desenvolvidas, onde todos os sujeitos possam tornar-se co-responsáveis pelo processo como um todo.

Assim, a análise que faço das possibilidades e limites no atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante tem como base o suporte filosófico e teórico metodológico apresentado no Capítulo 3, com mais ênfase nas dinâmicas da interação humana desenvolvida no processo de trabalho em saúde.

Entende-se por interação humana um circuito relacional entre o sujeito trabalhador, a criança hospitalizada e seu acompanhante, que é mediado pelas características pessoais de cada um dos sujeitos, pela atuação profissional do sujeito trabalhador, pela demanda do sujeito hospitalizado e pelas condições dadas pela instituição.

Nesta interação os sujeitos envolvidos também têm necessidades diferenciadas em cada uma das etapas da dinâmica relacional, quais sejam: inclusão (acolhimento), controle (respeito à autonomia), ajustamento e avaliação (separação).

As necessidades identificadas pelos sujeitos da pesquisa apontaram aspectos que estão relacionados a cada uma dessas etapas citadas. Porém, estiveram muito presentes as necessidades de respeito à autonomia, comunicação adequada e fornecimento de informações acerca do processo de hospitalização, desvios que ocorrem nas dinâmicas de controle e ajustamento.

A Interação Humana na Dinâmica de Inclusão/Acolhimento

A inclusão se caracteriza pela necessidade dos indivíduos pertencerem a um grupo. Nesta fase, o sujeito trabalhador tem a necessidade de ser reconhecido como indivíduo e profissional responsável pela execução de suas atividades. A ansiedade desta fase é o receio de ser excluído, ou seja, de ser ignorado ou reduzido a uma das suas dimensões pessoal, profissional ou institucional, ou ainda, de ser 'aprisionado na relação', passando a ser responsável por todas as necessidades do sujeito e seu acompanhante, através de constantes solicitações.

Para a criança e o acompanhante a necessidade inicial é o acolhimento, ou seja, ser recebido e localizado na unidade. A ansiedade desta etapa é o medo de não ser respeitado na sua individualidade e diferenças, não ser ouvido, de ser desconsiderado nas suas queixas. Caso suas necessidades não sejam atendidas, pode reagir com atitudes agressivas, enfrentamento e cobranças.

A adequada inclusão depende tanto do trabalhador como do sujeito hospitalizado e o acompanhante, ou seja, havendo o reconhecimento das necessidades de cada um destes indivíduos, o vínculo e o sucesso terapêutico da assistência estarão garantidos.

A interação humana entre o profissional em saúde, a criança hospitalizada e seu acompanhante inicia no momento do primeiro contato entre eles. Esse contato inicial pode se dar numa consulta no ambulatório, num atendimento na emergência desta instituição ou em outra instituição hospitalar de onde a criança tenha sido encaminhada.

Sendo assim, a inclusão da criança e seu acompanhante à hospitalização, começa em um destes setores, porém a inclusão na CP se dará a partir do momento em que eles forem recebidos pelos profissionais nesta Clínica.

Devido à inabilidade de alguns profissionais da área, na inclusão podem ocorrer comentários ou questionamentos aos acompanhantes das crianças que denotam um certo grau de julgamento, acusação ou cobrança, no que se refere ao estado de saúde das mesmas. Isso remete o responsável pela criança a uma condição de culpado ou negligente, que associados aos sentimentos de medo e nervosismo, próprios do momento da hospitalização, podem provocar prejuízos maiores à interação destes sujeitos com a equipe de saúde.

Neste sentido, existem situações em que mesmo após a família ter passado pela angústia e espera do atendimento adequado, vê-se submetida a críticas indevidas, em que responsabilizam os pais pelo agravamento do estado de saúde da criança. Os pais assumem uma

atitude que Bellato (2001) chama de resignação trágica. Este autor comenta que, para Maffesoli, essa palavra resignação significa mais uma atitude de não ter ilusões, marcando as coisas com um acento trágico. Esta forma de proceder é bem expressão de um vitalismo que reside no princípio do ‘quem perde ganha’, sábia maneira de ‘sobreviver’ num ambiente que não é seu. Tal situação pode ser representada pelo relato desta acompanhante, quando se falava sobre como foi a chegada (inclusão) na emergência desta instituição.

Eu cheguei aqui no hospital de manhã, a médica perguntou: 'como é que tu deixas a criança num estado desses?' A criança estava no mesmo estado de madrugada e o médico mandou embora! Eu achei isso um absurdo (mãe A.C.L.).

Essa mãe não expressou para a médica a revolta com esse julgamento, assumindo a postura da ‘resignação trágica’, colocada por Bellato (2001), garantindo assim, o tratamento e a internação de sua filha.

Os profissionais de saúde participantes desta pesquisa refletiram sobre esse relato e comentaram que, neste caso, provavelmente, a mãe não tenha sido bem orientada sobre o estado da criança e não tenha percebido a mudança nos sintomas.

Sem a intenção de desqualificar a reflexão feita por eles, gostaria de destacar que, na percepção dos profissionais de saúde, aflora novamente uma atitude de julgamento, ou seja, ‘a mãe foi quem errou’, fugindo da atitude de que “alguém deveria ter orientado”, imputando a culpa a outrem.

Os profissionais de saúde focalizaram a discussão também em relação ao desrespeito do médico com a mãe.

[...] o que pegou para nós foi a questão da bronca que foi dada na mãe. Achamos que isso não deve acontecer (Ivana).

As questões referentes à inclusão da criança e do acompanhante na hospitalização, devem ser mais discutidas com a equipe de saúde, pois os problemas relacionados com esta etapa poderão causar transtornos nas fases subseqüentes da interação humana.

Penso que no acolhimento da criança e seu acompanhante na CP, há que se ter um cuidado redobrado, procurando reconhecer suas diferenças e suas necessidades, a fim de não causar obstáculos na relação.

Os profissionais de saúde reconhecem a necessidade de inclusão da criança e seu acompanhante na CP, quando apontam que é preciso recebê-los com respeito, apresentando-se e tratando-os pelos seus nomes, ouvindo-os em suas queixas e percepções. Apontam que a-

adequada inclusão pode ser uma das maneiras de oferecer um atendimento humanizado, como se pode inferir da fala a seguir.

Fazer uma boa inclusão na chegada da criança e seu familiar [...] ficar receptivo, se apresentar dizendo o que faz, qual a sua função no hospital e o porquê de estar ali (Lua).

Acredito que para a criança a boa inclusão na hospitalização também está na garantia da permanência do seu acompanhante, no sentido de não se sentir abandonada ou desprotegida. Essa foi uma das necessidades apontadas pelos dois grupos de sujeitos da pesquisa, e é reconhecida como uma necessidade inquestionável da criança e do acompanhante.

Neste sentido, na CP, desde 1980, é permitida a presença de um acompanhante por criança hospitalizada. Apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) prever este direito ao menor hospitalizado, sabe-se que essa ainda não é uma prática adotada por muitas das instituições hospitalares, em âmbito estadual e nacional.

Os benefícios à criança advindos da presença do acompanhante durante a sua hospitalização, já estão comprovados por vários estudos na área. Porém, sabemos que não basta simplesmente permitir a presença do familiar, há que se dar condições para este alojamento conjunto, aspectos já apontados no item anterior deste capítulo.

Reafirmando o exposto, Collet e Oliveira (1988, p.264) apontam que, no desempenho da função de cada profissional que trata diretamente ou indiretamente com a criança internada, não basta apenas a técnica e afeição pela criança, mas também um 'sentimento de infância', assim definido por considerar a criança como sujeito de sua história e pleno de direitos, nos quais ressalta o direito ao respeito, à liberdade e à dignidade, e, sobretudo, o direito de estar junto aos entes queridos num momento de crise, como é a hospitalização.

Considerando que as atividades lúdicas auxiliam a criança no seu desenvolvimento cognitivo e na sua socialização, acredito que a brincadeira e a recreação auxiliam também na sua integração à hospitalização, favorecendo o atendimento das necessidades desta fase.

Neste sentido, na CP, existe uma sala de recreação, na qual se realiza um trabalho dirigido pela psicóloga do setor, junto com estagiários do Curso de Psicologia da UFSC, de segunda a sexta-feira, no período vespertino. Apesar das instalações simples e dos poucos recursos que dispõe, neste local proporciona-se às crianças internadas e aos seus acompanhantes a possibilidade de brincar e desenvolver sua capacidade criativa.

Porém, no atendimento desta necessidade, o horário de seu funcionamento e a falta de uma recreacionista lotada no setor limitam a continuidade do trabalho, no período matutino, finais de semana e feriados. Observa-se que as crianças sentem falta deste espaço, permanecendo ociosas e inclusive em expectativa, aguardando o período de abertura da sala, devido à carência de brinquedos disponíveis no setor. Essa instituição, pelos poucos recursos que tem, recebe eventualmente doações de brinquedos que, muitas vezes, não atendem à demanda da unidade. Com frequência, as crianças hospitalizadas utilizam brinquedos quebrados e material de sucata do próprio hospital, tais como frascos de soro, rolo de esparadrapo, luvas de procedimentos que se transformam em balões, entre outros.

Para amenizar esse problema, a equipe de enfermagem, sempre que possível, estimula a brincadeira, adaptando os materiais disponíveis do setor, os quais apontei anteriormente, por reconhecerem que brincar é uma necessidade inerente à infância.

Ultimamente, tem-se conseguido, com as estagiárias de psicologia e psicóloga, reservar alguns brinquedos e jogos da sala de recreação para disponibilizá-los às crianças, nos horários e dias em que a sala de recreação não está funcionando.

Como chefe do Serviço de Enfermagem da Clínica Pediátrica, gostaria de acrescentar, nesta análise, uma outra dificuldade do serviço, no que se refere à rotina vigente para a internação das crianças na CP. A partir nas necessidades destes sujeitos, na fase de inclusão, é preciso que os profissionais de saúde estejam preparados e disponham de um certo tempo que lhes permita acolhê-los na unidade. A demanda de trabalho neste setor impõe aos profissionais de saúde, e, aqui, destaco a enfermagem, uma sobrecarga simultânea de atividades, que exige um trabalho de equipe para serem concluídas.

Neste sentido, percebe-se ser necessário um espaço de tempo entre uma e outra internação, para que seja possível receber cada criança e seu acompanhante de forma individualizada, permitindo o atendimento das suas necessidades de inclusão, tais como, serem bem recebidos pelo grupo, contextualizá-los no ambiente da Clínica, além da execução dos procedimentos de rotina de uma internação, quais sejam, os procedimentos de admissão, coleta de material para exames, execução da terapêutica prescrita, entre outros.

Atualmente, ao priorizar o atendimento destes indivíduos, o que se tem é a possibilidade de contar com o bom senso de alguns profissionais em saúde das unidades envolvidas na hospitalização. É possível estabelecer, na inclusão, formas pouco dispendiosas e sensíveis de abordagem à criança, tais como, uso de papel, lápis coloridos, giz de cera, entre outros, no

momento de sua chegada. No entanto, essas atitudes demandam um sobre agir que exige um empenho e um esforço maior, muitas vezes difícil, em razão justamente do tempo que se dispõe para refletir acerca disso e, como não existe uma política institucional, que reafirme essa necessidade, passa a ser apenas uma iniciativa individual de alguns profissionais.

Acredito que a inclusão adequada, bem como das demais dinâmicas, depende de reflexão mais aprofundada com os profissionais de saúde sobre as necessidades dos envolvidos, como também sobre a atual política de atendimento do sujeito hospitalizado e seu acompanhante.

Conforme aponta o profissional médico, na fala a seguir,

o que não podemos esquecer, é que quem está vindo ali é uma pessoa que está fragilizada e fora do seu ambiente familiar, do seu dia-a-dia [...]. E a gente está imbuído de querer fazer a nossa rotina e muitas vezes não enxergamos o paciente como uma pessoa diferenciada que tem os seus medos e muitas vezes a gente ultrapassa, esquecendo-se disso [...] É um erro que muitas vezes nós profissionais de saúde cometemos e deveríamos melhorar a nossa atenção para este aspecto (Romariz).

A Interação Humana na Dinâmica do Controle/Respeito à Autonomia

Segundo Leite e Ferreira (2001b, p. 29), satisfeita a necessidade de inclusão, ou seja, após a criança e o acompanhante serem recebidos na CP, localizando-os em seu quarto e leito, conhecerem as demais áreas da unidade, bem como as pessoas que os cercam e também a dinâmica e as rotinas do setor, “tendem a emergir as questões relacionadas ao grau de poder de influência e de autoridade de cada um frente à tomada de decisões”.

Na fase do controle, a necessidade do sujeito hospitalizado e o acompanhante são o respeito à sua autonomia, mesmo que relativa, devido aos limites da hospitalização e da condição de dependência do outro, neste caso, os profissionais em saúde.

A necessidade do trabalhador de saúde é de profissionalização, mediada pela autonomia profissional e institucional, no poder de decisão. Essa autonomia remete o poder a uma dimensão ética reguladora.

Os desvios desta etapa levam os sujeitos envolvidos a um jogo de forças, provocando no sujeito hospitalizado e mesmo acompanhante, posturas de subordinação ou confronto e desobediência.

O confronto é uma reação à negação da autonomia destes sujeitos e, muitas vezes, pode aparecer nas entrelinhas das reclamações e questionamento feitos por eles.

Neste sentido, a maioria das necessidades identificadas pelos acompanhantes e crianças desta pesquisa, aponta um certo grau de reclamação e questionamento sobre aquilo que a equipe de saúde não conseguiu satisfazer.

Neste sentido, o confronto de uma acompanhante pode ser identificado no comentário deste profissional de saúde:

[...] já houve caso, do paciente vir para a observação e a mãe estar super agoniada. Tu vais lá ver, constatas que a criança está estável e a mãe diz que vai processar o hospital porque não gostou disso ou daquilo [...] (Romariz).

Questionado esse profissional médico, se essa mãe que ameaçava processar o hospital, não estaria necessitando de mais atenção e informação, o mesmo concordou, mas também comentou sobre a falta de preparo e a dificuldade pessoal para lidar com esse tipo de situação.

[...] também acho, para isso existem as rotinas para tentar que se faça o mais correto possível, independente das variáveis, que são enormes. Até você sentir e entender cada paciente e até onde você pode chegar, a gente vai tateando, vai experimentando, e muitas vezes eu vejo que eu erro no dia-a-dia. Eu tento fazer o melhor de mim, passei ou deixei de dar informações. Se tivesse alguém para dividir, a gente se gruda nos médicos mais antigos [...] (Romariz).

Diante da ameaça, os profissionais de saúde podem reagir com revolta, indignação e agressividade com o outro, demonstrando uma fragilidade pessoal e incapacidade para lidar com essas situações num nível profissional, como podem também intensificar o poder de manutenção das normas, ou ainda, reformular as suas atitudes, na tentativa de estabelecer uma relação mais simétrica, como pode ser analisado neste depoimento.

[...] parece que o profissional de saúde acha que o paciente de instrução 'X' não vai entender [...], quando tu dizes que és da área da saúde, o tratamento muda na tua frente [...] (pai de I.R.S.).

Apesar dos profissionais de saúde não concordarem que exista diferenciação no tratamento dos sujeitos hospitalizados e acompanhantes, não há como negar que, na maioria das vezes, as condições materiais e econômicas e tudo o mais que advém delas, ou seja, educação formal, conhecimento e acesso a tantos outros bens, proporcionam oportunidades diferenciadas, fazendo com que esses tenham posicionamentos distintos perante as situações por eles vividas. Neste sentido, essas condições levam a relações diferenciadas entre os sujeitos.

O acompanhante e o sujeito hospitalizado podem adotar também atitude oposta ao confronto que é a de subordinação ou submissão, representando um tipo de desvio da fase do controle.

A subordinação tem relação com as condições materiais apontadas anteriormente e também ao poder de decisão que os acompanhantes e sujeitos hospitalizados atribuem ao profissional de saúde.

Neste sentido, uma profissional de saúde comentou que a maioria dos acompanhantes adota uma postura passiva e submissa diante das determinações dos médicos, não questionando e tampouco solicitando explicações. No cotidiano, observa-se que isso é comum acontecer logo após a visita médica, quando os acompanhantes procuram a enfermagem para tirar suas dúvidas, como se deduz na fala a seguir.

Eu acho que os médicos deveriam colocar a gente mais a par do que está acontecendo. Eles vão ali, a gente pergunta para as meninas que fazem injeção. Tu tens que perguntar o que está acontecendo, senão tu não ficas sabendo. Eu acho que eles deveriam deixar a mãe ou quem está acompanhando mais a par" (avó de K.S.V.).

Ao questionar os profissionais de medicina participantes dos Encontros, se percebia essa inibição dos acompanhantes, um deles respondeu:

Sim, é bem visível. Já tem vários trabalhos demonstrando que, por mais que o médico [...] é claro, tem vários tipos de médicos e tem vários tipos de abordagem ao paciente. Mas, vários trabalhos têm demonstrado, que após a consulta e por mais que se explique, ou se faça entender da melhor maneira possível, o paciente capta de 50% a 70% daquilo que se falou. [...] uma coisa que eu noto, especificamente no ambiente hospitalar, a gente está sempre seguindo rotinas, atividades, ou seguindo preceitos que devem ser seguidos para manter o padrão do hospital, claro dentro dos seus limites (Romariz).

Penso que até pode haver, por parte do acompanhante, além da dificuldade de se colocar como sujeito em relação ao profissional de saúde, uma capacidade reduzida de entendimento das orientações dadas, porém parece que, primeiramente, o profissional ignora o direito do acompanhante e do sujeito hospitalizado de serem informados adequadamente, subestimando sua capacidade, como também não dá abertura para a comunicação adequada.

O desvio relacional do sujeito trabalhador, na fase do controle, faz com que este passe a personalizar o seu exercício de autoridade ou o endurecimento das normas e rotinas do seu processo de trabalho.

Quando o profissional de saúde comenta que as rotinas existem para garantir a execução correta de algo, penso que isso traduz, além da necessidade do controle do seu trabalho, o controle dos seus subordinados.

As rotinas do trabalho existem para organizá-lo, porém, a preocupação em demasia para manter as normas, pode despersonalizar o atendimento, prejudicando a interação.

A nossa rotina tira totalmente a rotina da criança em casa. Eu acho que, em Pediatria, a gente tem que quebrar e muito essa rotina, tanto da enfermagem como dos demais serviços (Adri).

Esse comentário causou, uma reflexão mais ampla entre os profissionais, emergindo comentários antagônicos, pois, ao mesmo tempo em que consideram que as normas e rotinas são necessárias para manter a 'qualidade' e o 'padrão' da assistência, apontam também que elas afetam a individualidade do sujeito hospitalizado e também do acompanhante. Dentre os profissionais de saúde, parece que a enfermagem tem mais flexibilidade quanto às normas e rotinas, talvez por permanecer mais tempo com os sujeitos hospitalizados, mas ainda entre os profissionais de enfermagem, existem aqueles mais resistentes, utilizando-se inadequadamente do poder para controle e delimitação do seu espaço.

Ao refletirem sobre a rotina do trabalho em saúde, um profissional médico diz o seguinte:

A rotina existe para manter o atendimento hospitalar num determinado padrão. Muitas vezes, tenta-se quebrar a rotina, mas nem sempre se consegue individualizar o tratamento da criança. Por exemplo, os vícios de alimentação, horário do banho etc [...] conseguimos quebrar algumas rotinas, mas não em tudo (Romariz).

Neste sentido, o grupo aponta que é preciso que os profissionais de saúde fiquem atentos a essa questão para não impossibilitar a relação com a criança e o acompanhante.

Já os acompanhantes 'denunciam', em seus comentários, a necessidade de uma relação menos autoritária por parte dos profissionais de saúde, como se pode entender nas falas a seguir.

[...] tornar as coisas menos formais. Regras, pode, não pode [...] (pai de I.R.S.).

[...] explicar o porquê das normas, mas de forma explicativa e não punitiva [...] (pai de I.R.S.).

"[...] hoje eu peguei uma criança no colo e a enfermeira disse que não pode. Eu queria saber por que não pode?" (mãe de N.D.O.).

Tanto os acompanhantes como os profissionais de saúde, apontam a inflexibilidade das normas e rotinas, retratando uma postura de poder dos profissionais e da própria instituição.

Porém, nas reflexões junto aos profissionais de saúde, sobre as possibilidades e limites para o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante, eles identificaram que é possível flexibilizar algumas normas e rotinas, e que tudo depende da interação dos sujeitos envolvidos na hospitalização, quando o diálogo e a revisão das posturas cristalizadas dos profissionais possam permitir o respeito e a autonomia de ambos (LEITE; FERREIRA, 2001b), confirmado pela fala a seguir.

Quando falamos o que o acompanhante pode ou não fazer, vai até certo ponto. Existem normas que podem ser modificadas, dependendo da necessidade do acompanhante [...] (Lua).

Também é preciso que os sujeitos hospitalizados e seus familiares respeitem a autonomia relativa dos profissionais de saúde no desenvolvimento das suas atividades, conforme comenta uma profissional, em sua fala.

A gente se adapta ao paciente, mas eles têm que se adaptar um pouco à nossa rotina, senão vai ser uma bagunça. A gente tem que ter um padrão, algo estabelecido [...], mas mantendo também a tua unidade, senão não dá para prestar todos os cuidados. A medicação tem um horário-padrão, [...] alguns acompanhantes vão tomando o teu espaço e não respeitam o teu lado profissional (Josi).

A Interação Humana na Dinâmica de Ajustamento/Integração

No curso probabilístico da dinâmica da interação humana, após o enfrentamento e resolução de forma clara e direta dos conflitos da fase do Controle, surge a necessidade de integração, da fase do Ajustamento, que se caracteriza pela fluência do contato e da comunicação (LEITE; FERREIRA, 2001b).

Antes de abordar os aspectos da fase de Ajustamento, gostaria de acrescentar, aqui, uma breve reflexão acerca do compromisso ético e educativo dos profissionais de saúde em reconhecer a autonomia do sujeito hospitalizado e seu acompanhante, possibilitando o acesso às informações necessárias para compreender o processo de hospitalização.

Segundo Seli (1998, p.57), a bioética procura “refletir e estabelecer as bases para a solução de problemas decorrentes de visões diferentes sobre a saúde, vida e morte, a partir dos princípios e características que a fundamentam”. Assim, Durand, citado por Seli (1998),

aponta que a bioética se interessa pelo equilíbrio dos direitos do indivíduo (independentemente de sua posição na sociedade) e o seu grau de maturidade para tomar decisões autônomas, bem como pelas decisões políticas e administrativas que interferem na saúde das pessoas.

Ainda esta mesma autora, citando Pessini e Barchifontaine, aponta que a bioética “pretende humanizar e personalizar os serviços de saúde, bem como promover os direitos dos clientes, articular ética e ciências biomédicas, ser interdisciplinar, intercultural e ter o diálogo como um de seus métodos privilegiados” (1998, p.58).

Segundo Seli (1998), Cohen e Marcolino (1999) e outros autores, a bioética fundamenta-se em três princípios: beneficência, justiça e autonomia.

O princípio da beneficência prevê para os profissionais de saúde o compromisso com o bem do outro, não prejudicando e não fazendo mal a quem quer que seja. Assim, ‘fazer o bem’ e ‘não causar dano’ são as bases deste princípio.

O princípio da justiça, especificamente para as questões de saúde, prevê a reflexão filosófica que o percebe como um conceito normativo, que orienta os legisladores para o estabelecimento de políticas de saúde com acesso de todos os cidadãos, de forma igualitária.

O princípio da autonomia prevê a capacidade do indivíduo decidir por si próprio nas questões que lhe dizem respeito, segundo os seus objetivos.

Seli (1998, p.58), citando Watcher e Japiassu, aponta que a bioética tem a característica de ser uma filosofia em que o ser humano é sujeito e não objeto, em que esses três princípios formam a tríade bioética, cuja articulação é representada pelo “médico (pela beneficência), cliente (pela autonomia) e sociedade (pela justiça)”. Para esse estudo, faz-se necessário substituir, na tríade bioética, mais especificamente, no princípio da beneficência, a palavra ‘médico’ por ‘profissionais da área da saúde’.

Nos Encontros Vivenciais realizados, o direito à informação, que se constitui em uma das condições para que o ajustamento se estabeleça, foi uma das necessidades mais apontadas pelos acompanhantes.

Porém, para essa reflexão, optei por deter-me no princípio da autonomia, por entender que o direito à informação é uma das condições básicas para contemplar esse princípio.

Ao terem acesso à informação, os indivíduos podem fazer opções acerca daquilo que lhes é apresentado, e, desta forma, exercitarem e exercerem o poder de decidir, de forma

autônoma, o que, naquele momento, parece ser o mais adequado. Assim, a informação adequada permite aos indivíduos terem autonomia e optarem pelo caminho que desejarem seguir.

Cohen e Marcolino (1999) apresentam um modelo dinâmico (pendular) para abordar as questões ligadas à autonomia e o que se contrapõe a essa, que é o paternalismo. Para esses autores, entre o binômio "autonomia/paternalismo", existe um movimento pendular que oscila entre os dois pólos

No pólo autônômico, o sujeito ideal está numa posição simétrica em relação ao outro, estabelecendo uma condição de igualdade e de liberdade. No pólo oposto, o pólo paternalista, existe a assimetria na relação entre os sujeitos; havendo a idealização de um relacionamento sujeito-coisa, sustentado pela desigualdade e total submissão.

O movimento pendular é dinâmico, onde os autores afirmam que "quanto maior é a simetria de relação, mais presente estará a autonomia de seus integrantes e, quanto maior a assimetria, mais forte a evidência do paternalismo" (1999,p.52).

"Na relação médico-paciente, a autonomia e o paternalismo são complementares, por esse motivo não pode existir uma autonomia total nem um paternalismo absoluto". (Cohen e Marcolino, 1999,p.52).

Os autores comentam que na relação profissional da saúde-paciente podem acontecer duas situações: uma em que o médico ignora a possibilidade de autonomia do paciente, não lhe dando liberdade para optar; na outra, ele passa a considerá-la sem pensar na competência para a autonomia, ou seja, desconsidera a possibilidade do paciente não ser competente. Para que haja uma verdadeira relação, deve haver autonomia e competência de ambas as partes.

Legalmente, a criança é considerada incompetente para decidir, por isso precisa do seu responsável que decide por ela, até que essa tenha idade suficiente para assumir as conseqüências de seus atos.

Durante a hospitalização, os responsáveis legais pela criança devem ter autonomia para autorizar ou não um determinado tratamento ou procedimento. Isso pressupõe que eles sejam adequadamente informados e competentes para decidir. No entanto, existem situações em que a autonomia desses pode prejudicar a criança envolvida, caso a decisão tomada atinja o princípio da beneficência. Portanto, o princípio da autonomia não é absoluto, ele está vinculado às condições determinantes também dos princípios da beneficência e da justiça.

Cohen e Marcolino (1999, p.57) dizem que "os profissionais de saúde estabelecem uma relação de confiança com seus pacientes, tendo, conseqüentemente, absoluta obrigação de passar-lhes as informações".

Nos relatos dos acompanhantes, observei que existe uma certa 'desqualificação' ou um exercício exacerbado do poder dos profissionais de saúde para com o sujeito hospitalizado e seu acompanhante, no que se refere ao direito à informação. Parece haver uma 'interpretação' de que esses indivíduos são limitados na capacidade de compreender e assimilar certas informações, o que, de certa forma, justificaria a atitude dos profissionais da saúde em naturalizar e reafirmar que 'quanto menor o detalhamento da informação, melhor', ou seja, quanto mais informações se fornecem, mais possibilidades de questionamentos, e com isso os profissionais acabam tendo que expor o seu conhecimento. Caso não tenham as respostas é como se perdessem a autoridade.

Segundo Cohen e Marcolino, uma conduta paternalista se justifica quando fundamentada nos princípios da beneficência e não-maleficência, com a intenção de beneficiar o outro e não a si próprio. Para os autores, "o paternalismo é um comportamento impositivo da prática médica" (1999, p.58). Esse é um comportamento de difícil avaliação, sendo o cerne de muitos problemas éticos. Os autores citados destacam alguns comportamentos do profissional de saúde que são considerados paternalistas, entre os quais: "tratar o paciente sem o seu consentimento; dar um placebo; sonegar uma informação sobre o prognóstico de uma determinada doença; realizar procedimento cirúrgico sem dizer ao paciente que outros médicos usariam um método alternativo" (1999, p.58).

Esses autores apontam que um ato paternalista tem que ter uma justificativa, porque envolve a violação de regra moral; portanto, a intervenção sobre uma pessoa sem o seu consentimento, só é justificada pelo princípio da beneficência e não-maleficência.

Os mesmos dizem que a compreensão de autonomia e paternalismo emerge da prática, e esses dois pólos estão sempre interagindo entre si.

Para que o consentimento ou rejeição de um tratamento seja válido, Culver (1999, p.63) diz que existem três critérios que devem ser atendidos: "o paciente deve receber do médico informações adequadas sobre o tratamento sugerido", em que devem constar os benefícios do tratamento, possíveis complicações, o possível curso da doença, caso o paciente recuse o tratamento; "o paciente não deve ser coagido a consentir..."; e o "paciente deve ser totalmente competente para consentir ou rejeitar um tratamento". Esse autor define que o paciente é

competente "se souber entender e valorizar a informação que o levará a tomar uma decisão" (1999, p.66).

Sendo a autonomia um dos princípios da bioética, após essa exposição teórica sobre o tema, posso afirmar que a autonomia da família, ou melhor, do responsável pela criança hospitalizada não está sendo atendida adequadamente.

Não havendo a informação clara e objetiva sobre os aspectos que determinam a hospitalização, bem como das ações terapêuticas adotadas para a recuperação da saúde da criança, como podemos considerar estes sujeitos competentes para aderir ou rejeitar o tratamento?

Segundo os autores citados, a partir do momento em que não se oferece a informação àquele que procura os serviços de saúde, neste caso específico, o acompanhante da criança hospitalizada é considerado pouco capaz para compreender e decidir, passando a vigorar o princípio do paternalismo.

Porém, caso se opte pelo princípio do paternalismo, este tem que ser justificado e a omissão de uma informação não é uma justificativa válida. Portanto, alguns profissionais de saúde não estão sendo éticos, uma vez que omitem algumas informações ou as oferecem de maneira incompreensível e incompleta, desconsiderando a individualidade do ser humano com quem se relacionam. Existem ainda situações em que as informações são oferecidas com o objetivo de normatizar as ações, havendo posteriormente a cobrança de regras e normas, de uma maneira rígida e de certa forma punitiva.

Pereira (2000, p.70) entende a autonomia como "a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e pô-los em prática sem opressões". Esse autor afirma que essa noção de autonomia defende a "democracia como o recurso capaz de livrar os indivíduos não só da opressão sobre as suas liberdades (de escolha e de ação) mas também da miséria e do desamparo."

Pereira (2000) aponta que existem três categorias-chave que afetam a autonomia individual:

o grau de compreensão que a pessoa tem de si mesma, de sua cultura e do que se espera dela como indivíduo dentro dessa cultura; a capacidade psicológica que a pessoa possui de formular opções para si mesma; e as oportunidades objetivas que lhe permitam atuar, como consequência (2000, p. 71).

Esse autor complementa, afirmando que "as regras culturais (exclusão de minorias e certos papéis), circunstâncias econômicas (desemprego ou pobreza) até sobrecarga de demandas conflitivas (dupla jornada de trabalho da mulher)", são causas que podem determinar a ausência de algumas das categorias-chave citadas anteriormente (2000, p. 73). Neste sentido, eles defendem a idéia de que a falta de qualquer uma dessas categorias causa restrições à autonomia pessoal.

Fazendo uma análise da realidade socioeconômica e a capacidade crítica e compreensiva dos acompanhantes que participaram deste estudo, constatamos que a maioria deles tem alguns destes fatores causadores da ausência das categorias-chave.

Seguindo esse raciocínio, a autonomia destes indivíduos também está afetada pelas condições pessoais colocadas, tais como, o nível de consciência crítica e oportunidades sociocultural e econômica.

Na situação específica deste estudo, a autonomia do acompanhante da criança hospitalizada, além de sofrer a influência dos fatores acima apresentados, também está sendo afetada pelas atitudes dos profissionais de saúde, no que se refere à informação educativa de sua clientela.

Acredito que seja necessário criar na instituição um espaço que possibilite a reflexão dos profissionais de saúde sobre os princípios que a Bioética aponta, a fim de detectar as nossas incoerências, tornando-as conscientes, para buscarmos mudanças que possibilitem à nossa clientela não somente autonomia, mas também o direito de ser incluído no processo de hospitalização da criança que acompanham.

Caso não tenham sido superadas as dificuldades relacionais da fase do Controle, elas poderão causar interferência no ajustamento dos sujeitos envolvidos na relação.

Leite e Ferreira (1998) comentam que os desvios que podem aparecer na fase do Ajustamento se referem à dificuldade de estabelecimento de uma interação com o outro, pois isso depende da maturidade psicoemocional e da competência interpessoal, integrada ao desenvolvimento de cidadania do sujeito hospitalizado e da ética profissional do sujeito trabalhador.

No que se refere à maturidade psicoemocional, está a dificuldade do sujeito trabalhador em estabelecer contato, resultando em mecanismos de defesa que promovem a fragmentação da relação, o distanciamento e a negação de sentimentos.

A competência interpessoal, para Moscovici (1998, p. 36), “é a habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada um e às exigências da situação”.

E, na comunicação, o obstáculo maior do ajustamento da relação é o que Leite e Ferreira (1998) denominam de ‘ocultamento’ das informações.

Neste sentido, trago alguns relatos dos sujeitos da pesquisa, que retratam as dificuldades de estabelecerem uma interação e comunicação adequada, dificultando ou prejudicando o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante.

Os profissionais de saúde, ao refletirem sobre as possibilidades e limites para o atendimento das necessidades dos sujeitos hospitalizados e acompanhantes, trouxeram de uma maneira muito contundente os seus desconforto e sofrimento frente à dor e ao sofrimento do outro, bem como às dificuldades socioeconômicas das famílias que procuram os recursos de saúde deste hospital.

[...] a gente não pensa só na doença da criança, é o problema da família, por que que aquela criança é desnutrida? Será que a mãe é negligente? Mas, se for observar, a mãe também é desnutrida. Então, a realidade é tão difícil! E a nossa realidade é diferente da deles. E isso tudo a gente vai absorvendo [...] (Josi).

[...] vejo tanto sofrimento e acabo sofrendo junto. Ali na emergência, a gente vê tanto sofrimento e acaba sofrendo com um e outro. A gente passa o dia inteiro vendo o sofrimento, no hospital se vê alegria também, mas não tem como não sofrer junto vendo isso tudo. Então falta apoio para a gente, falta alguém que ampare a gente, para tirar nosso sofrimento [...]. Não dá para agüentar (Beija-flor).

[...] a gente tenta dar um suporte para a família e a criança durante a internação, mas a gente sabe que não existe esse suporte quando a criança sai daqui. A criança sai super bem, tu acabas vendo a criança que volta cada vez pior. Tem uma menina que se interna com a gente, a cada vez que ela retorna a gente pensa que dessa internação ela não passa, mas é guerreira e tu sabes que é um caminho sem volta para ela. E é isso que te cansa. Se tu tratasses a criança e visses que ela tem suporte em casa, tudo bem, mas não, ela volta (Josi).

Esse sofrimento foi considerado por alguns dos participantes como o fator desencadeador, não apenas do afastamento do profissional de saúde do sujeito do cuidado, como também da omissão da informação e à inadequação da comunicação, numa tentativa de auto-proteção.

Isso confirma a falta de maturidade psicoemocional apontada por Leite e Ferreira (2001b), como um dos fatores que dificulta a integração do sujeito trabalhador com o sujeito hospitalizado.

Questionou-se sobre a possibilidade deles utilizarem como mecanismo de defesa o distanciamento do sujeito hospitalizado e acompanhante e alguns participantes do grupo comentaram o seguinte:

dessa criança que estávamos falando, houve um momento da internação em que eu evitei ao máximo me aproximar dela, porque na última internação eu pensei: essa criança volta cada vez pior. É um horror! Ela chega com o couro cabeludo cheio de crostas. Então, na última internação me afastei dela, como uma forma de proteção. Como eu não estava cuidando dos escolares, eu evitei ao máximo ter contato com essa criança. A gente precisa se proteger [...] (Josi).

[...] eu não me distanciei dela, mas tentei ao máximo me proteger [...] ela é super carente [...] (Tânia K.).

[...] ela é carente e tenta te envolver, como tinha alguém da enfermagem responsável por cuidar dela, eu evitei me aproximar (Josi).

Perguntou-se aos demais participantes se usavam do distanciamento para auto-proteção, e um profissional de medicina comentou que após as ameaças de uma acompanhante, dizendo que processaria o hospital, a sua reação foi de afastamento.

[...] ora, fatalmente tu vais começar a evitar aquela mãe, ao invés de enfrentar a situação. O que está te machucando, você tenta se preservar, fecha o teu corpo e passa a falar estritamente o necessário. Existem aqueles que estão interessados por saber isso e aquilo e muitas vezes você acaba falando demais [...] (Romariz).

Esse depoimento expõe a fragilidade e a negação dos sentimentos dos profissionais de saúde, que, muitas vezes, por não terem o suporte adequado da instituição, no que se refere às questões subjetivas da relação profissional paciente-família, utilizam-se da fragmentação da relação para se preservarem.

Uma profissional da enfermagem resgata a questão do trabalho multiprofissional como sendo a diferença e o caminho para que a assistência ao sujeito hospitalizado se torne individualizada, como também a possibilidade da equipe de saúde ter o suporte para lidar com o próprio sofrimento, evitando o distanciamento do seu objeto de trabalho.

Por isso que tem que existir esse trabalho multiprofissional. Porque, como estávamos falando, têm famílias que sempre querem mais atenção. Então, se existe um trabalho com assistente social, psicólogo, é possível identificar que aquele acompanhante está precisando mais atenção e fazer o encaminhamento para os serviços afins. Depois, estes profissionais vão retornar para o restante da equipe de saúde o que eles fizeram e o modelo que o grupo deverá seguir para atender a família [...] (Josi).

Diante dessas dificuldades, os profissionais de saúde podem também fazer uso de outros recursos para escamotear as tensões no trabalho, que são as 'brincadeiras'.

No entanto, para os acompanhantes essas 'brincadeiras' podem ser interpretadas como descaso, conforme expressam alguns acompanhantes e profissionais de saúde.

o médico é mais sério para falar, fala mais lento. Os enfermeiros estão sempre conversando entre si, eles fazem piadas, brincadeiras. A impressão que dá é que os enfermeiros não têm noção da importância deles (pai de I.R.S.).

Sobre esse comentário, os profissionais de saúde disseram que:

para nós nem tudo é verdadeiro. Muitas vezes fazemos brincadeiras na frente do paciente e estes não entendem. Estamos desrespeitando a individualidade deles ou os anseios e medos de cada paciente? Muitas vezes brincamos para descontrair o nosso ambiente e sem querer estamos desrespeitando a individualidade do outro, por isso colocamos no amarelo" [significando que devem ter atenção para este tipo de atitude para que não haja interpretações equivocadas] (Romariz).

Estes profissionais apontam que as brincadeiras constituem-se, em muitos momentos, como possibilidade de 'respiradouros' e liberação de tensões causadas pela sobrecarga física e emocional que o trabalho lhes impõe. Porém, infelizmente, acontecem situações totalmente inadequadas que passam a ser 'naturalizadas' pelos sujeitos trabalhadores da saúde, apontando uma imagem profissional equivocada, envolvendo inclusive aspectos técnicos e éticos do seu trabalho, conforme pode ser constatado na fala a seguir:

a moça esqueceu de ligar o oxigênio, pois foi atender ao celular que tocou e não voltou mais. Eu sabia ligar e liguei (pai de I.R.S.).

Os profissionais de saúde reconhecem a necessidade de terem cuidado com as brincadeiras. Para isso, é preciso que se tenha profissionalismo na relação com os sujeitos hospitalizados e acompanhantes. Alguns profissionais da enfermagem nem sempre conseguem manter uma relação profissional com os sujeitos que procuram o serviço de saúde, adotando uma relação pessoal e doméstica com os mesmos. Como os demais profissionais de saúde normalmente não costumam agir desta forma, isso dá a impressão de que a enfermagem não é séria no que faz.

Gostaria de acrescentar que, nestes casos, cabe um olhar mais atento da enfermeira coordenadora do turno de trabalho, uma vez que a ela compete a supervisão do trabalho dos demais integrantes da equipe de enfermagem. Para este tipo de atividade, é necessário um

olhar mais distanciado, demandando o estabelecimento de ações planejadas, de modo a minimizar essa problemática apontada.

A outra dificuldade do ajustamento refere-se às inadequações da comunicação.

Leite e Ferreira (1998) comentam que a comunicação é um processo que nem sempre acontece da forma como se pretende, e com isso tem resultados diferentes do desejado. Para entender as dificuldades da comunicação, é preciso compreender como se dá o circuito comunicacional, envolvendo sempre uma interação entre pessoas.

No circuito comunicacional é preciso existir no emissor o desejo de comunicar-se e a disponibilidade para a interação, pois a sua mensagem pode ser ignorada, mal compreendida ou voltar-se contra ele.

A mensagem por ele enviada poderá sofrer ruídos internos ou externos que dificultam a recepção e a decodificação, ou seja, o conteúdo de uma mensagem expressa os seus pressupostos, crenças, valores, conceitos e conhecimentos, que serão filtrados, bloqueados ou resignificados pelos valores, crenças e conhecimentos do receptor.

Neste circuito é preciso também considerar o desejo ou a necessidade do receptor receber a informação, o que lhe determina a abertura e receptividade (querer ouvir e saber ouvir) ou o bloqueio e fechamento (negação e desqualificação da mensagem ou do próprio emissor) (LEITE; FERREIRA, 1998).

A compreensão da mensagem emitida depende da sintonia do receptor com o outro. As barreiras psicológicas do receptor constituem uma tendência a filtrar e bloquear a comunicação por dificuldade de aceitar as atitudes, crenças e valores do outro.

Os aspectos apontados podem justificar, em parte, os problemas apontados pelos sujeitos desta pesquisa no que se refere à comunicação.

Os acompanhantes dizem que não são informados sobre as normas e rotinas da CP, porém a enfermagem tem a preocupação de orientá-los nestes aspectos. Acredito que esse antagonismo de argumentos pode ser explicado pelas interferências no processo de comunicação entre estes sujeitos. Ocorre que na maioria das vezes essas informações gerais das normas e rotinas são fornecidas logo após o acolhimento da criança e seu acompanhante na unidade e há que se considerar que, neste momento, esses sujeitos estão pouco receptivos às informações, em função da ansiedade, medo e até mesmo da negação do momento vivido.

Isso foi apontado por uma profissional, quando diz que é preciso rever a rotina do trabalho:

[...] respeitar o ritmo na hora da internação [...] a gente faz o histórico e tenta orientar sobre as rotinas do setor e sobre a doença, justamente na hora de maior estresse, que é a hora da internação, quando a mãe está preocupada com uma série de coisas. Você dá várias informações [...] temos que trabalhar mais esta questão. Onde você vai dar as informações, respeitando o ritmo e a capacidade de arquivar estas informações? (Shimú).

Nesta problemática apontada, além da necessidade de respeitar o ritmo e as condições emocionais de cada indivíduo, existe o desconhecimento da necessidade do feedback da informação recebida.

O feedback é a resposta à mensagem emitida. Portanto, para que o circuito de comunicação se concretize é preciso ter o feedback, permitindo que a comunicação avance e se ajuste numa interação dialógica.

Leite e Ferreira (1998, p.53) apontam que

o pleno funcionamento do circuito de comunicação ocorre na interação dialógica que se estabelece pela troca de informações entre os indivíduos, na constante retroalimentação do processo, baseada na capacidade individual e grupal de expressar-se e de perceber o outro, no impulso para enviar mensagens e na abertura para recebê-las.

Os distúrbios na comunicação são gerados pelas limitações e inadequações do feedback no processo comunicacional. Sem a resposta adequada (feedback) rompe-se o circuito e a comunicação deixa de ser dialógica.

Neste sentido, destaco alguns relatos dos acompanhantes relacionados à dificuldade de comunicação entre estes e os profissionais de saúde da CP.

[...] falta diálogo com o paciente, com o acompanhante, com o médico [...] (mãe de N.D.O.).

[...] tem que haver disposição para isso [...] diálogo é uma relação (pai de I.R.S.).

A comunicação entre os sujeitos envolvidos no processo de hospitalização não se estabelece, porque não existe um diálogo, ou seja, existe é o monólogo, em que cada um diz o que quer, sem interação, ou um somente fala e o outro escuta.

Faria (1998) comenta que na comunicação existe o aspecto verbal, ou seja, as palavras que são ditas e ouvidas, e a linguagem não verbal da comunicação, que é a entonação de voz,

postura corporal e a expressão facial, podendo ser estas as características que podem provocar barreiras.

Um profissional de saúde comenta que

[...] cada vez que se vai fazer uma conversa você vai interagir de forma diferente, sempre existe uma troca, mesmo que você só olhe para o paciente, a troca existe dos dois lados (Romariz)

Os profissionais de saúde, ao refletirem sobre as possibilidades e limites para o atendimento das necessidades relacionadas à comunicação e informação comentam o seguinte:

Nós colocamos várias coisas no verde e amarelo [sinalização das possibilidades], porque a comunicação e a informação são a base para que o todo do serviço funcione e só acontece na medida que nos colocarmos à disposição (Lua).

Há profissionais que consideram que fornecem as informações sobre o processo de hospitalização, ou seja,

[sobre a informação] é básico, toda pessoa que chega no hospital, num ambiente novo, precisa ser informada dos seus deveres e direitos, quem somos nós, o que estamos fazendo para o bem-estar daquelas crianças que estão com alguma deficiência ou dificuldade. Isso a gente faz, mas muitas vezes não tão bem de forma que a família e a criança possam entender (Lua).

Embora exista a preocupação em fornecer as informações, os profissionais reconhecem que a comunicação com os sujeitos envolvidos no processo de hospitalização não tem sido a mais eficiente.

Faria diz que “os problemas relativos à comunicação estão muito mais além da falta de informação” (1998, p.60).

Neste sentido, os profissionais de saúde comentam que

a dificuldade de linguagem que temos com uma criança ou familiar é uma barreira para o nosso atendimento. A linguagem inadequada é uma dificuldade mas não é impossível de ser sanada; talvez devamos tentar outras formas de comunicação para sanar esse problema (Romariz).

No entanto, não existem fórmulas para se comunicar. É preciso permitir que o circuito comunicacional seja concluído, ou seja, após a emissão de uma mensagem, o receptor irá decodificá-la e fará a retroalimentação ou feedback da mensagem recebida. É nesse processo de retorno que o emissor poderá reformular ou confirmar a mensagem enviada.

No cotidiano do trabalho em saúde os profissionais não costumam concluir este circuito, pois não solicitam ou não estão dispostos a receber o feedback, checando se o acompanhante e a criança hospitalizada compreenderam a informação dada.

A linguagem técnica e científica permeia todo o processo de comunicação dos profissionais de saúde, fazendo com que alguns acompanhantes comentem o seguinte:

Eu não conhecia a doença da minha filha, nem consigo falar o nome e não entendi o que ela tinha. Acho que deveria ser mais explicado. A gente não é analfabeta (mãe de J.F.F.).

Como não existe o diálogo, o acompanhante e a criança não têm coragem e nem são estimulados para perguntar o que não sabem.

Conforme Faria (1998, p. 132),

[...] não há diálogo nas relações entre os usuários e profissionais, o que transparece é um forte distanciamento desses atores sociais. O saber não é compartilhado, e a adoção de uma postura distante indica um poder explícito pela representação da autoridade que sabe, que não necessita da participação do interessado nos encaminhamentos a serem dados frente ao problema de saúde.

Esse afastamento do profissional do sujeito hospitalizado e acompanhante faz com que sejam valorizados apenas os aspectos técnico-científicos, em detrimento dos aspectos relacionais. Os alunos de medicina participantes desta pesquisa comentaram que durante o último ano do curso, devido às diversas atividades que têm que cumprir antes da chegada dos médicos para a visita, ficam impossibilitados de ter um tempo para uma interação com o acompanhante e a criança, como se isso não fizesse parte de todo o processo terapêutico.

[...] a função do doutorando é observar que existe uma rotina de atividades que devem ser seguidas, mas eu não tenho como observar que aquela criança está na terceira ou quarta internação, porque eu só estou acompanhando-a nessa internação. Não dá para perceber que ela tem problemas com os pais ou outros problemas sociais. Tive pouco tempo para observar, mas não é minha função [...] o objetivo é aprender as rotinas, ter aula, tentar absorver um pouco do conhecimento que o doutor ou o residente têm que passar, [...] a gente acaba tendo pouco contato com o paciente por falta de tempo (Osama).

Outro acadêmico de medicina disse o seguinte:

[...] na enfermaria, às vezes, a gente tem três ou quatro pacientes para atender, temos que chegar às oito horas, ver como o paciente passou após o meio-dia de ontem até agora. Tem que ir conversar com o paciente, examinar os quatro pacientes até as dez horas, porque o 'staff' [médico] está chegando para a visita médica. Então, não dá muito tempo para conversar com a mãe sobre como é que é em casa [...]. Se temos quatro pacientes e formos conversar trinta minutos com cada um, já passaram as duas horas para nossa visita e a gente não preencheu nenhum

papel. Vem o 'stáff' chamar a atenção, e, às onze horas, temos aula. Então, não dá tempo para conversar com o paciente [...] (Beija-flor).

Pergunto: qual é o papel do aluno? O que está sendo ensinado na academia? Onde está o desenvolvimento da capacidade interativa com o paciente e seu familiar? Será que as condições sociais, econômicas e psicológicas dos indivíduos hospitalizados não afetam suas condições de saúde? Que tipo de profissionais a universidade está formando?

Esses relatos dos alunos de medicina refletem o modelo de atendimento vigente, sendo que o importante é a técnica e o conhecimento científico, e a interação passa a ser pouco valorizada.

No entanto, existe entre os profissionais de saúde, aquele que tem uma outra visão de mundo e de sociedade e que valoriza as relações, demonstrando capacidade para interagir com a criança e o acompanhante, preocupando-se em estabelecer uma relação profissional que transmita segurança, respeito e profissionalismo.

O que pode ser confirmado no relato deste pai, que diz estar satisfeito com o atendimento recebido neste hospital, tendo a oportunidade de desmitificar a idéia que tinha em relação a um hospital-escola.

Estou sendo muito bem atendido no HU, diferente da experiência que tive em outro hospital de Florianópolis. Aqui, realmente estão atendendo a minha filha. Eles primeiro estão investigando o problema dela para depois começar uma medicação. Lá no outro hospital, deram uma receita que eu acho que acabou piorando o problema. Eu vi que aqui não atende um médico sozinho. Tem dois a três médicos. Por que que aqui atendem mais de dois médicos? (pai de T.S.).

Expliquei que é um hospital escola, tem alunos e também médicos especialistas, no caso desta criança havia o atendimento de um reumatologista.

O acompanhante comentou o seguinte:

Eu sempre achei que por ser um hospital-escola, aqui não atendessem bem. Achei que havia só aprendizes e eu me surpreendi com o que estou vendo. Dá a impressão que aquele que está aprendendo tem mais interesse do que aquele que é formado. Isso comparando com aquele hospital que eu não me dei bem. Por que o profissional dá um péssimo atendimento, enquanto aquele que está aprendendo dá um ótimo atendimento? Será que isso é um problema de remuneração? Então, a culpa é do governo [...].Eu acho que o governo deveria investir mais na saúde e na educação, pois quem paga é o paciente. Aqui eu vejo muita boa vontade de todos os profissionais que trabalham (pai de T.S.).

Retomando o comentário dos acadêmicos, uma profissional comentou que os alunos de enfermagem têm uma postura diferenciada dos alunos de medicina com relação aos sujeitos hospitalizados e seus acompanhantes.

Sabe que eu acho, que vocês têm razão quando colocam isso, porque não foi passado para vocês essa necessidade. As acadêmicas de enfermagem têm outra visão porque foi passado para elas a importância do social numa assistência globalizada e humanizada. Essa é uma grande falha da medicina, que não é culpa de vocês, pois estão sendo orientados dessa maneira. Mas com a mudança de paradigma na saúde, vai ter que haver uma outra visão. Haverá o tempo em que o estudante vai tratar pneumonia, mas vai ter que entender um pouco da antropologia, como funcionam essas comunidades, como se organizam [...] (Ivana).

Neste sentido Faria (1998, p. 54) aponta que

a relação está mais impessoal, rápida e artificial e leva a que cada vez se saiba menos do usuário que procura os serviços de saúde e dos profissionais que o atendem nesses serviços [...], o que antes era fundamental na relação médico/paciente, como a conversa, o olhar, ou seja, o espaço do diálogo, não existe mais. Hoje essa relação está mediada por tecnologias e procedimentos que distanciam cada vez mais as subjetividades nela inseridas.

Essa autora comenta que, de uma maneira geral, existe um descomprometimento dos profissionais em saúde com a comunicação e esses não se dão conta do espaço vazio que aí existe.

Neste sentido, gostaria de destacar a questão da educação em saúde, que foi apontada pelos acompanhantes como uma possibilidade de aprendizagem durante a hospitalização. Além disso, chama a atenção que os profissionais deste estudo não tenham mencionado a educação em saúde como uma necessidade para as crianças hospitalizadas e seus acompanhantes.

Como chefe do Serviço de Enfermagem da Clínica Pediátrica, posso afirmar que a enfermagem reconhece a importância da educação no processo de hospitalização como um compromisso profissional com aqueles que procuram os serviços de saúde da CP. Portanto, nos planejamentos anuais da CP esta possibilidade sempre esteve presente. Para atingirmos esse objetivo, previa-se a realização de reuniões com os acompanhantes, a fim de proporcionar a educação em saúde e ou reforçar as rotinas do setor, a disciplina e a ordem na enfermaria. Porém, constatou-se nos relatórios anuais, que essas reuniões não aconteciam conforme o cronograma proposto, uma vez que na sua maioria, o objetivo deste momento era, invariavelmente, resgatar as normas e rotinas do setor, ou seja, usava-se este recurso para promover o controle. Também, nas vezes em que se realizaram atividades de educação em saúde, esta seguiu os moldes da educação tradicional, não havendo a troca de conhecimentos entre os integrantes, tampouco o reconhecimento dos reais interesses da clientela, fazendo com que prevalecesse o interesse apenas dos "detentores do saber", ou seja, dos profissionais em saúde.

Apesar das dificuldades apontadas, essa sempre foi uma situação que causou desconforto e descontentamento à equipe de enfermagem da CP, pois se tem consciência das limitações e de que essa não era uma prática educativa eficiente. Assim, as enfermeiras da CP, refletindo sobre esses problemas e na busca de exercer a educação de forma mais eficiente, propuseram o envolvimento de toda a equipe de enfermagem nesta prática, uma vez que a educação em saúde não é função exclusiva da enfermeira.

Então, no ano de 2000, promoveram-se atividades de educação em saúde, as quais foram programadas pelos funcionários de enfermagem dos diversos turnos de trabalho na CP e apresentadas primeiramente para a equipe de enfermagem, e, posteriormente, aos acompanhantes e crianças hospitalizadas. Houve o comprometimento com a proposta e a demonstração de capacidade criativa das equipes, dando resultados positivos, os quais foram expressos pela clientela naquela ocasião. Porém, essa proposta ainda tem que ser assimilada pela enfermagem como uma atividade sistemática.

Toda essa reflexão tem por objetivo reafirmar que a educação em saúde é de extrema importância para os sujeitos hospitalizados e acompanhantes, porém ela não ocorre de forma sistemática na CP, fazendo com que os acompanhantes percebam esta deficiência no Serviço. Além disso, atualmente para mim é muito difícil imaginar a enfermagem realizando isoladamente atividades desse tipo, pois considero que, invariavelmente, tem que haver a participação de todos os profissionais em saúde envolvidos no atendimento à criança hospitalizada e seu acompanhante.

Para que a educação em saúde ocorra de maneira a atingir o objetivo a que se propõe, ou seja, educar, trocar, aprender com, é preciso que se estabeleça um processo de comunicação eficiente através da interação entre os sujeitos.

O referencial adotado para essa pesquisa preconiza a aprendizagem como um “processo integral contínuo, voltado à ampliação do repertório existencial e à sensibilização para o contato de cada pessoa consigo mesma e em suas múltiplas interações com o meio natural e social” (LEITE; FERREIRA, 2000, p.7).

Isto significa considerar a pessoa humana como um ser permanentemente imperfeito e inacabado, que busca sua plenitude. Esse processo acontece na interação da pessoa com o meio natural, social e cósmico, percorrendo um curso probabilístico de evolução, a partir de limites e possibilidades determinadas principalmente pelas condições materiais e do meio em que vive, e conseqüentemente, com maior ou menos acesso às informações.

A minha experiência profissional mostrou que a educação ou o processo de aprendizagem só é possível por meio da reflexão crítica da realidade vivida. Todo o processo educativo que permite o diálogo, a reflexão e a ação compartilhada entre os envolvidos, torna as pessoas capazes de pensar, formando uma consciência crítica na busca de soluções dos problemas, gerando mudanças e ampliando as possibilidades colocadas.

A comunicação entre os profissionais de saúde também sofre interferências, fazendo com que os acompanhantes percebam e apontem essas necessidades:

Outra coisa que precisa da parte dos médicos, principalmente dos novos estagiários, é a atenção, não sei se é da parte deles ou da enfermagem [...] (mãe de S.E.M.).

Essa acompanhante referia-se ao repasse de informações sobre o paciente entre os profissionais de saúde, a fim de agilizarem a marcação de exames, solicitação de medicamentos e outros, evitando as confusões na comunicação, além de retardar o atendimento bem como aumentar os dias de permanência da criança no hospital.

Os profissionais de saúde comentam o seguinte:

Discutimos no grupo que é difícil que isso ocorra. Pensamos em que tipo de situação que isso pode acontecer? Foi um caso isolado? Às vezes, acontece de um doutorando, por desconhecimento da rotina ou por imaturidade, levar uma criança, por exemplo, para drenar um abscesso na Emergência e não avisar a enfermagem. Chega alguém perguntando onde está a criança e a enfermagem não sabe responder. Acharmos que isto está relacionado com a comunicação entre os componentes da equipe (Lua).

Outra profissional aponta que é preciso ter uma comunicação adequada entre os componentes da equipe de saúde porque

[...] cada um faz a sua parte, só que não adianta nada se não tem a comunicação e o complemento de cada um [...] (Adri).

Finalizando a reflexão sobre as necessidades relacionadas à dinâmica de ajustamento, gostaria de acrescentar o relato de uma das profissionais de saúde.

[...] penso que apesar de nós profissionais de saúde percebermos a necessidade de desenvolvermos habilidade na comunicação e estarmos dispostos a isso, acho que isso deve ser mais difundido entre os profissionais, para que incorporem esta necessidade. Muitas das coisas que apontamos no verde e amarelo [possibilidades de atendimento], são feitas, mas depende muito do individual [ou seja, não são atitudes unânimes entre os profissionais, depende do tipo de personalidade, formação pessoal, visão de mundo]. Acho que existe a possibilidade de estarmos trabalhando mais sobre esta questão [...] (Lua).

Portanto, para transpor as dificuldades desta fase, é necessário estabelecer a interação dialógica baseada na co-responsabilidade dos sujeitos, possibilitando e permitindo o contato e a comunicação adequada.

A Interação Humana na Dinâmica de Avaliação/Separação

Quando a interação entre os sujeitos está finalizando, seja de forma momentânea ou definitiva, Leite e Ferreira (2001b) denominam de fase da separação/avaliação. Na situação de hospitalização, a separação pode se dar pelo óbito, alta ou a cada vez que a relação entre os sujeitos se encerra, como por exemplo, o final de cada turno de trabalho.

Neste sentido, os sujeitos tendem a mudar o seu comportamento, manifestando desejos contraditórios entre a necessidade de preservar a relação ou a necessidade de individuação. Ocorre também uma forte tendência para evitar esta fase (LEITE; FERREIRA, 2001b).

Segundo os autores acima citados, “a separação, a morte e a despedida tornaram-se verdadeiras ‘zonas cegas’ para os indivíduos e para a sociedade atual, por revelar a finitude e os limites da vida humana” (2001b, p.34).

Os sujeitos desta pesquisa não apontaram situações que pudessem ser interpretadas como necessidades da fase de separação/avaliação. Isso pode ter acontecido em função dos envolvidos estarem refletindo sobre o momento presente e a maioria não estar vivendo e processando esta dinâmica, ou, até mesmo, podendo este fato ser considerado como uma negação desta etapa.

De todo o processo vivido posso afirmar que a interação humana entre os sujeitos envolvidos no processo de hospitalização está prejudicada devido aos desvios apontados nas dinâmicas de controle e ajustamento, ou seja, há diversas dificuldades em promover o respeito à autonomia e estabelecer a comunicação adequada com a criança hospitalizada e seu acompanhante, impedindo a sua integração à hospitalização.

A partir do momento em que se criar possibilidades para estabelecer uma relação que tenha como base o diálogo, o respeito às diferenças de cada indivíduo e à autonomia dos mesmos, as necessidades das crianças e seus acompanhantes estarão mais facilmente sendo atendidas.

Porém, não basta apenas vontade de alguns profissionais de saúde, ou seja, o compromisso pessoal, é preciso que a Instituição dê condições e cobre para que isso se

expanda a todos os profissionais de saúde, como parte de sua filosofia de atendimento, que pretende ser humanizado, competente, profissional e acessível a todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do referencial filosófico e teórico-metodológico adotado, favoreceu a criação de um espaço de reflexão junto aos sujeitos do estudo, onde os acompanhantes e crianças hospitalizadas tiveram seus direitos, desejos e questionamentos reconhecidos.

Neste sentido, por meio de uma relação dialógica, foi dado o direito de 'voz' às crianças e aos acompanhantes, no que se refere às suas necessidades na hospitalização. Da mesma forma, os profissionais de saúde, além de identificarem as necessidades dos sujeitos hospitalizados e acompanhantes, refletiram acerca das possibilidades e limites para o atendimento destas, no desenvolvimento dos seus processos de trabalho em saúde.

Nestas discussões, o que poderia se constituir numa zona de conflito e competição pelo poder transformou-se num diálogo, que permitiu a esses profissionais reconhecerem que as possibilidades para o atendimento das necessidades das crianças hospitalizadas e seus acompanhantes, encontram-se na interação e na comunicação adequada, entre si, enquanto equipe de saúde, e destes com os sujeitos que procuram os serviços deste local. Esses profissionais reconheceram também que é possível flexibilizar as normas e rotinas, respeitar a individualidade dos sujeitos hospitalizados e seus acompanhantes, e desenvolver a capacidade de fornecerem informações mais claras e objetivas acerca dos aspectos relacionados à internação da criança.

Os limites para o atendimento das necessidades apontadas estão relacionados principalmente à estrutura física, especificamente no que se refere às instalações sanitárias, refeitório e local para fumar próximo à enfermaria.

Para mim, a escolha por um determinado tema de pesquisa constitui-se num compromisso pessoal, profissional e institucional.

Na dimensão pessoal, esse trabalho proporcionou o exercício de uma relação mais próxima às crianças e seus acompanhantes, onde o respeito à individualidade de cada um

esteve presente. Adquiri novos conhecimentos e experimentei outras possibilidades para uma relação verdadeira com os sujeitos que me cercam.

Na dimensão profissional, senti-me desafiada, pois para abordar questões relacionadas ao trabalho no qual também estou envolvida, demanda coragem e disposição para reconhecer as dificuldades e buscar as soluções. Através dos Encontros Vivenciais realizados, houve a oportunidade de constatar o quanto nós [utilizo o plural, para reforçar a minha participação neste processo], profissionais da saúde, assumimos uma posição de superioridade em relação aos sujeitos que procuram os serviços de saúde, uma vez que comandamos o processo de trabalho conforme as nossas necessidades e da instituição, não havendo o reconhecimento do objeto de trabalho em saúde.

Na dimensão institucional, representada pelo cargo de gerente de enfermagem da CP, sinto o compromisso redobrado, pois sendo responsável pelo gerenciamento da equipe de enfermagem e da CP, tenho que pelo menos criar possibilidades para a reflexão do grupo no que se refere às questões aqui identificadas.

Acredito que para modificar o que hoje está instituído, é preciso que a equipe multiprofissional busque o diálogo entre si, a fim de encontrar meios comuns para o atendimento das necessidades dos sujeitos hospitalizados e seus acompanhantes. Com certeza esta não é uma tarefa fácil, uma vez que estão envolvidos diversos grupos que “coabitam” num mesmo ambiente com necessidades específicas, muitas vezes diferenciadas e até mesmo antagônicas.

Neste sentido, é preciso também ampliar a discussão e redefinir a lógica atual do ensino, que hoje valoriza muito mais as questões objetivas da doença e cura, do que a capacitação dos profissionais para as relações interpessoais.

Além disso, faz-se necessário que a instituição também dê condições para esta mudança, envolvendo os gerentes em uma discussão mais ampla sobre a atual assistência de saúde prestada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADOLESCENTE, Estatuto da criança e do. Lei 8069/90. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Florianópolis, 1994.120p.

BELATO, R. **A vivência da hospitalização pela pessoa doente**. 2001.210f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

BERGER, P; LUCKMAM, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 5 ed. Petrópolis: Vozes. 1983.

CAPELLA, B B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” trabalho de enfermagem**. Pelotas: Universitária/ UFPEL; Florianópolis : UFSC. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. 183p.

COHEN, C; MARCOLINO, J A M. Autonomia & paternalismo. In: SEGRE, C; COHEN, C. **Bioética (org)**. São Paulo : USP, 1999, p. 51-61.

COLLET, N. e OLIVEIRA, B.R.G. de. Criança hospitalizada sem acompanhante: experimentando o sofrimento. **Rev. Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis,v.7, n.2, p.255-267, mar./ago.1988.

CULVER, C M. Competência do paciente. In: SEGRE, C; COHEN, C. **Bioética (Org)**. São Paulo : USP, 1999, p. 63-73.

CREPALDI, M. A. **Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos**. Taubaté/SP : Cabral Editora Universitária, 1999. 273p.

ELSEN, I; PATRÍCIO, Z M. 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**. Rio de Janeiro : Atheneu,1989, 477p, 169-203.

FARIA, E. M. **Comunicação na saúde fim da assimetria?** Pelotas : Universitária / UFPel; Florianópolis : Programa de Pós- Graduação em Enfermagem / UFSC, 1998. 185p.

FERREIRA, L.C. Enfermagem e qualidade de vida: o sujeito-trabalhador na assistência hospitalar In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51 E CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10. Florianópolis 1999. **Anais...** Florianópolis: ABEn-SC, 2000. p. 245-253.

KOERICH, C. da L; ARRUDA, E. N. Conforto e desconforto na perspectiva de acompanhantes de crianças e adolescentes internados em um hospital infantil. **Rev. Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.7,n.2, p.219-243, mai./ago. 1988.

LEITE, E. Método evolutivo de dinamização de grupo: repertório de atividades. **Centro de Aprendizagem vivencial**. Brasília. 1998.

LEITE, E; FERREIRA, L C. **Vivendo e trabalhando melhor**: uma proposta de reflexão e atualização das relações na Enfermagem do HU-UFSC. Proposta de trabalho. Centro de aprendizagem Vivencial. Brasília. Agosto 1996. Mimeo.

_____ **O processo evolutivo das relações grupais**: referências teóricas e conceituais. Vivendo e Trabalhando Melhor- Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília. 1997. Mimeo.

_____ **Treinamento do papel gerencial** – relatório de acompanhamento evolutivo. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 1998. Mimeo.

_____ **Método de Dinamização de Grupos para o Desenvolvimento Interpessoal e de Equipe**. Vivendo e Trabalhando Melhor - Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília. 1999 a. Mimeo.

_____ **Quarta etapa: Complementação consolidação e supervisão do programa**. Vivendo e Trabalhando Melhor: uma proposta de reflexão e atualização das relações na enfermagem do HU-UFSC. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília. 1999 b. Mimeo

_____ **Atualização de papel e desenvolvimento interpessoal: as relações grupais no trabalho de enfermagem**. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 2000. Mimeo.

_____ **Reflexões e atualização de uma política assistencial humanista**. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 2001a. Mimeo

_____ **Notas sobre a interação humana na assistência de enfermagem**: contribuições do Sistema de Aprendizagem Vivencial. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 2001b. Mimeo.

LEOPARDI, M T. Necessidades de saúde e cidadania. **Rev. Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v.1, n.1, p.54-79, jan./jun. 1992.

_____ **A finalidade do trabalho da enfermagem: a ética como fundamento decisório**. **Rev. Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.4, n.2, p.23-29, jul./dez. 1995.

_____. **Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis : NFR/ UFSC; Florianópolis : Ed. Papa-livros, 1999.

MINAYO, M.C. de S (Org). **Pesquisa social.** 16ed. Petrópolis : Vozes, 2000.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento de grupo.** 8º ed. Rio de Janeiro : José Olympio, 1998

PEREIRA, P A P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo : Cortez, 2000. 198p.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In : LEOPARDI, M.T. (org.) **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: UFSC – Ed Papa-livros, 1999, 179, 25-48.

RIBEIRO,R. L. R. **A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da intervenção terapêutica.** Cuiabá : UFMT ; Florianópolis : UFSC Mestrado Interinstitucional. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – UFSC, 1998. 125.

SCHMITZ, E M e cols. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** Rio de Janeiro : Atheneu, 1989. 477p.

SCHUTZ, W. **Psicoterapia do encontro.** São Paulo: Atlas,1978.

SELI, L. **Bioética na enfermagem.** São Paulo : Ed. UNISINOS, 1998. 154p.

SILVA e col. **Projeto de Pesquisa: papel do acompanhante na internação hospitalar.** Florianópolis: CEPEN-HU-UFSC. 2001. Mimeografado.

SILVA, L. R. A utilização do brinquedo terapêutico na prescrição da assistência de enfermagem pediátrica. **Rev. Texto & Contexto Enferm.,** Florianópolis, v.7, n.3, p.96-105, set/dez.1998.

SILVA, L A A da e POLI, G. A impregnação do uso das rotinas na enfermagem. **Rev. Texto e Contexto Enferm.,** Florianópolis, v.10, n.1, p. 94-103, jan./abr. 2001.

TRENTINI, M; PAIM, L M. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis : Ed. da UFSC, 1999. 162p.

WHALEY, L F; WONG, D. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

À DIRETORA DE ENFERMAGEM do Hospital Universitário

Venho por meio deste encaminhar meu Projeto de Prática Assistencial para apreciação da Comissão de Ética da Enfermagem, ao mesmo tempo em que solicito a autorização para realizar vivências integradoras com os acompanhantes das crianças internadas na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) deste hospital, com a finalidade de cumprir uma das etapas deste projeto intitulado IDENTIFICANDO AS NECESSIDADES DA CRIANÇA HOSPITALIZADA E SEU ACOMPANHANTE: uma proposta baseada na Abordagem Sócio Humanista para um "modo de fazer" o trabalho da enfermagem e no Sistema de Aprendizagem Vivencial, sob a orientação da Prof. Dra. Enfa. Beatriz B. Capella.

Esclareço que, caso seja autorizado, pretendo realizá-lo nos meses de maio e junho do corrente.

Acrescento ainda que os encontros deverão ocorrer na CP, no período noturno.

Sem mais, agradeço antecipadamente, colocando-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cinara Porto Pierezan

Anexo 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Florianópolis, de outubro de 2001.

Ilm^a. Sr^a
Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário.

Senhora Diretora:

Ao cumprimentar-lhe, vimos por meio desta, solicitar autorização para desenvolver o segundo momento do estudo para a Dissertação do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UfSC, iniciado em junho do ano corrente, neste hospital, sob a orientação da Prof. Dr^a. Beatriz B. Capella.

Neste sentido, encaminhamos a proposta de Dissertação, para ser apreciada pela Comissão de Ética da Enfermagem do HU.

O grupo junto ao qual pretendemos desenvolver este segundo momento da Dissertação, será constituído pelos profissionais de saúde da Unidade de Internação Pediátrica desta instituição, incluindo os residentes e alunos de medicina e enfermagem.

O tema do trabalho a ser desenvolvido, nesta segunda etapa do estudo, refere-se às **necessidades da criança e seu acompanhante no processo de hospitalização, na visão dos profissionais de saúde**. Para tanto, pretendemos fazer dois Encontros vivenciais com estes sujeitos.

Teremos presente, o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho.

Os encontros serão desenvolvidos nas duas últimas semanas do corrente mês, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Na certeza de contar, mais uma vez, com seu apoio, desde já agradecemos por esta oportunidade, ao mesmo tempo que nos colocamos ao inteiro dispor para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cinara Porto Pierezan
Mestranda

Anexo 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CARTA CONVITE

Caro Sr (a) acompanhante,

Ao cumprimentá-lo (a), venho por meio deste oficializar o convite para participar de um encontro com os acompanhantes das crianças internadas nesta unidade, uma vez que já é do seu conhecimento que estou desenvolvendo um trabalho de Prática Assistencial intitulado IDENTIFICANDO AS NECESSIDADES DA CRIANÇA HOSPITALIZADA E SEU ACOMPANHANTE: uma proposta baseada na Abordagem Sócio-Humanista para um "modo de fazer" o trabalho da enfermagem e no Sistema de Aprendizagem Vivencial, pois em ocasião anterior tive a oportunidade de lhe apresentar detalhadamente a proposta.

Neste sentido, ao confirmar sua participação neste encontro, encaminho juntamente com esta o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atenciosamente,

Cinara Porto Pierezan

Fpolis, maio de 2001

Anexo 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pelo presente documento, eu, _____, acompanhante do(a) menor _____ internada na Unidade de Internação Pediátrica/HU/UFSC, declaro para os devidos fins que estou ciente de proposta da pesquisa apresentada pela mestranda, Enfa. CINARA PORTO PIEREZAN, através do acesso ao seu projeto e da carta convite a mim formulada.

Neste sentido concordo em colaborar com este estudo, a partir da participação em uma "vivência integradora"(encontro de grupo de acompanhantes) no dia ___/___/___ das _____ às _____. Além disso, autorizo a gravar em fita cassete a mesma, e a utilização dos dados obtidos bem como o uso de máquina fotográfica, caso seja necessário, desde que seja garantida a confidencialidade de minha identificação e o direito de desistir da participação em qualquer momento.

assinatura

Anexo 5

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Florianópolis, 24 de outubro de 2001.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Cinara Porto Pierezan, aluna do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, convido-o (a) para participar do segundo momento do processo de elaboração de minha Dissertação, sob a orientação da professora Beatriz B. Capella.

O primeiro momento desse estudo aconteceu nos meses de junho e julho deste ano, durante a Disciplina de Prática Assistencial. Nessa ocasião, utilizando o referencial filosófico e teórico-metodológico da Abordagem Sócio-Humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem e do Sistema de Aprendizagem Vivencial, realizei Encontros Vivenciais com as crianças hospitalizadas e os acompanhantes da Clínica Pediátrica do HU-UFSC. O objetivo dessa primeira etapa foi refletir e identificar as necessidades desses sujeitos no processo de hospitalização, na CP do HU-UFSC.

Ao proceder à análise dos dados dessa etapa, concluímos que para ampliar o estudo e criar possibilidades de avanço no atendimento das necessidades dos sujeitos que procuram os serviços de saúde da CP do HU-UFSC, era necessário desenvolver uma segunda etapa deste estudo, agora com os profissionais de saúde que atuam neste local.

Neste sentido, utilizando o mesmo referencial adotado anteriormente, pretendemos desenvolver **com os profissionais de saúde da CP** (incluindo residentes e alunos de medicina e enfermagem), **um processo vivencial reflexivo que permita identificar com esses sujeitos, as possibilidades e limites para o atendimento das necessidades da criança e seu acompanhante por ocasião da hospitalização na CP do HU-UFSC.**

Sua colaboração nesta pesquisa se dará pela participação em dois Encontros Vivenciais, previstos para acontecer nos dias 1 e 8 de novembro de 2001, a partir das 16 horas, na sala de aula da ginecologia no 2º andar do HU.

A metodologia utilizada para os Encontros Vivenciais seguirá as premissas do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), o qual foi criado por Edimar Leite e desenvolvido juntamente com Luiz C. Ferreira, ambos consultores do Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM), o qual foi desenvolvido na Diretoria de Enfermagem do HU-UFSC, de 1996 a 2001.

O SAV, em suas aplicações institucionais, constitui-se numa proposta psicopedagógica e sociológica, *“que busca facilitar os processos de relação grupal e a integração pessoal, focando*

os aspectos sociais e psicoemocionais presentes na interação do indivíduo com os diversos grupos, numa apreensão complexa, sistêmica e holística do processo vital humano". Essa abordagem utiliza diferentes recursos didáticos, "visando a facilitar o envolvimento corporal, psicoemocional e cognitivo dos participantes, integrando exposições teóricas, atividades expressivas, exercícios corporais e experimentos de interação em grupo"⁶.

Segundo uma das premissas do SAV, todo o processo vivencial reflexivo realizado tem a perspectiva de "construção coletiva das transformações pretendidas".

Neste sentido, o SAV não se propõe apenas a uma investigação de levantamento de dados ou de implantação de um modelo previamente formulado pelo investigador, mas acima de tudo, segue "a orientação (...) de uma investigação ativa, que articula compreensão e ação enquanto um projeto partilhado com os sujeitos e com o campo investigado".

Os Encontros serão registrados em fita K7, sendo mantida a confidencialidade de sua identificação, bem como o direito de desistir da participação em qualquer momento.

Após ler este Termo de Consentimento Livre Esclarecido e aceitar participar do estudo, peço que assine as duas vias do mesmo, sendo que uma delas ficará em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito deste estudo pode ser obtido comigo, através dos fones 2334988 / 99835390.

Eu,

abaixo assinado, declaro através desse documento, meu consentimento em participar como sujeito do segundo momento da pesquisa **Identificando as necessidades da criança hospitalizada e seu acompanhante: uma proposta baseada na Abordagem Sócio Humanista para um "modo de fazer" o trabalho da enfermagem e no sistema de Aprendizagem vivencial.**

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, inclusive do uso do gravador, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

Assinatura: RG:.....

Florianópolis,/...../.....

⁶ As citações contidas neste Termo de Consentimento Livre Esclarecido são de autoria de FERREIRA, Luis Carlos. Enfermagem e qualidade de vida: o sujeito-trabalhador na assistência hospitalar, 1999. (mimeo).

Anexo 6

MODELO GENÉRICO DE UM ENCONTRO VIVENCIAL

Modelo Genérico de um Encontro Vivencial
<ol style="list-style-type: none">1. Apresentação do facilitador e da proposta de trabalho2. Jogo de apresentação dos membros do grupo3. Estabelecimento do contrato com o grupo4. Aquecimento (temático, corporal, interativo)5. Atividade nuclear do encontro (exercício ou experimento - corporal, verbal, entre outros)6. Processamento (comentários e reflexões sobre as experiências vividas)7. Avaliação e encerramento

Fonte: Leite e Ferreira. Método de dinamização de grupos para o desenvolvimento interpessoal e de equipes, Centro de Aprendizagem Vivencial- 1999A.

Anexo7

PLANEJAMENTO DO ENCONTRO VIVENCIAL (Realizado com os acompanhantes e crianças hospitalizadas e o primeiro encontro com os profissionais de saúde)

Participantes: 10 a 15 pessoas

Duração: 2hs (20:30 às 22:30)

Local: Sala de aula da pediatria

Recursos: Aparelho de som, CDs, gravador, máquina fotográfica, papel, cartolina, caneta hidrocor, cola, tesoura, cartolina, papel crepom, cordão, revistas, caixinhas, e outras sucatas.

Facilitadoras: Cinara e Beatriz

Objetivo: Fazer o levantamento das necessidades da criança e dos acompanhantes durante o período de hospitalização, utilizando a metodologia do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV).

1. Contrato:

Tempo: 5 min

Apresentação formal das facilitadoras.

Agradecimento pela participação.

Apresentação dos objetivos, tempo previsto para o encontro, permissão para utilizar o gravador e a máquina fotográfica.

Reafirmado o direito de abstenção de depoimentos, anonimato e confidencialidade, bem como o direito de desistir da participação.

2. Jogo de apresentação:

Atividade: "Cartão de visita"

Tempo para a atividade: 20 min

3. Aquecimento temático e interativo:

Atividade: Jogo "Quem tem medo de quê?"

Tempo: 30min

Roda: Roda com ciranda de roda.

Música: Cantigas de roda

Disco: Remix Baby Dancing (40 sucessos infantis)

4. Experimento:

Atividade: construção de uma cidade para as crianças

Tempo: 20min

Colocar no centro do círculo todo o material de sucata e outros, solicitando que o grupo se divida em sub-grupos, sendo no mínimo 3 pessoas e no máximo 5 pessoas. Solicita-se que os subgrupos construam com o material disponível, uma Cidade para as crianças, pensando nas coisas que as crianças necessitam.

Música de fundo: Canções de ninar.

Após o termino da construção da cidade, dar um tempo para cada grupo estar comentando sobre o experimento e fazendo a apresentação da cidade que produziram.

5. Processamento:

Tempo: 30min

Após a apresentação da cidade da criança, a facilitadora lança a pergunta: "O que é feito nesta cidade para a criança quando ela fica doente? "

A partir do que eles responderem, questionar:

- quais são as necessidades de uma criança internada?
- quais as necessidades dos acompanhantes da criança internada?

Como eles percebem o atendimento das necessidades da criança e deles na pediatria do HU:

- o que funciona bem?
- o que poderia ser melhorado?
- O que não funciona?

Recurso: gravar as falas

6. Fechamento:

Tempo: 15min

Lembrando do processo transcorrido, permitir que falem sobre como foi para as pessoas participarem desta atividade: como se sentiram? Como foi viver este momento? Do que gostaram?

Agradecimentos ao grupo, solicitar a permissão para ficar com os trabalhos produzidos.

PLANEJAMENTO DO SEGUNDO ENCONTRO VIVENCIAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Participantes: 16 pessoas

Duração: 3hs

Local: Sala de aula da ginecologia

Recursos: Aparelho de som, CDs, gravador, máquina fotográfica, papel, cartolina, caneta hidrocor, cola, tesoura.

Objetivo: Apresentar as necessidades apontadas pelos dois grupos de sujeitos, na perspectiva de identificar as possibilidades e limites para o atendimento destas necessidades, baseando-se no processo de trabalho individual e coletivo enquanto equipe multiprofissional de saúde.

1 - Contrato: (10 min)

O facilitador inicia o contato com o grupo, fazendo os agradecimentos ao grupo de profissionais pela participação neste encontro.

Abre espaço para comentários sobre o encontro anterior.

2 – Aquecimento

a) Aquecimento corporal e temático (30 min):

Caminhada

- música Drops de Hortelã
- dar o significado da caminhada, padrão cruzado.

Átomo

- andar a dois, a três, a quatro

Roda

- significado da roda: unidade formada pela diversidade; as diferenças que se complementam

Pau de fita

b) Aquecimento temático (20 min)

O processo de trabalho dos profissionais de saúde

3 – Experimento

- A sinaleira multiprofissional (30 min)

Dividir o grupo em três subgrupos. Entregar a cada subgrupo, um formulário com a listagem das necessidades categorizadas, onde deverão ler, refletir e identificar as possibilidades e limites no atendimento destas necessidades através da sinalização na cores vermelho, amarelo e verde.

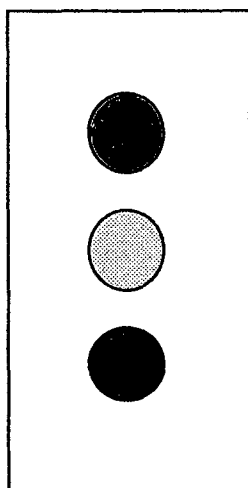
O sinal verde representa as necessidades possíveis de serem atendidas e que a equipe pode atender;

Sinal amarelo são aquelas necessidades que sugerem atenção e são possíveis de atender, porém, por alguma razão, não estão sendo atendidas, ou ainda, existe alguma tipo de limitação;

Sinal vermelho são as necessidades difíceis, com muita limitação no seu atendimento pois sugerem mudanças nas normas da CP, ou que estão fora da alçada dos profissionais, pois não têm autonomia para atendê-las.

Após a reflexão dos componentes dos subgrupos, estes devem organizar as necessidades apontadas, distribuindo-as nas cores da 'sinaleira', conforme explicação acima.

Abaixo do protótipo da cartolina que cada subgrupo recebeu representando uma sinaleira, a qual foi denominada: Necessidades da criança e seu acompanhante: possibilidades e limites.



4 – Processamento (tempo 70min)

a) Sobre o experimento a respeito das necessidades das crianças e de seus acompanhantes apresentação dos subgrupos com a reflexão e validação das possibilidades e limites identificados

b) comentários gerais sobre a experiência vivida nos dois encontros

5- Fechamento e avaliação (tempo 10 min)

Roda de despedida – O principio do prazer ou João e Maria

Despedida e agradecimentos ao grupo pela colaboração

Anexo 8

Quem Tem Medo de Quê?

DE RICARDO CHA

ILUSTRAÇÕES DE IVAN E MARCELO



noGráfica

temas mágicos

Copyright © 1986 by

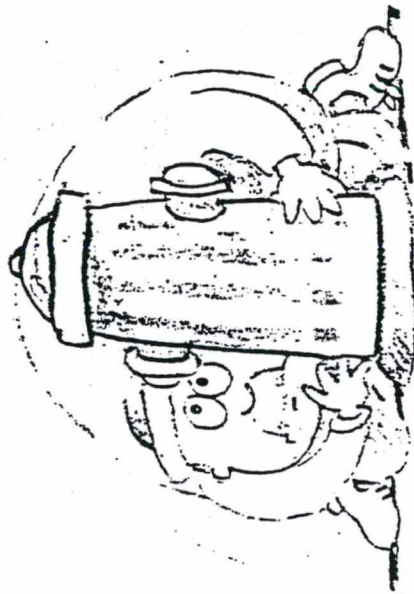
Ruth Rocha

Todos os direitos desta edição reservados à

EDITORA RIO GRÁFICA LTDA.

Rua Itapiru, 1209 — Rio Comprido

Rio de Janeiro - RJ



CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte.

Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

Rocha, Ruth, 1931 -

Quem tem medo de quê? / Ruth Rocha; ilustradores
Ivan e Marcello. — Rio de Janeiro: Rio Gráfica, 1986.

I. Literatura infantil-juvenil. I. Ivan (Ilustrador).
II. Marcello (Ilustrador). III. Título.

R576q

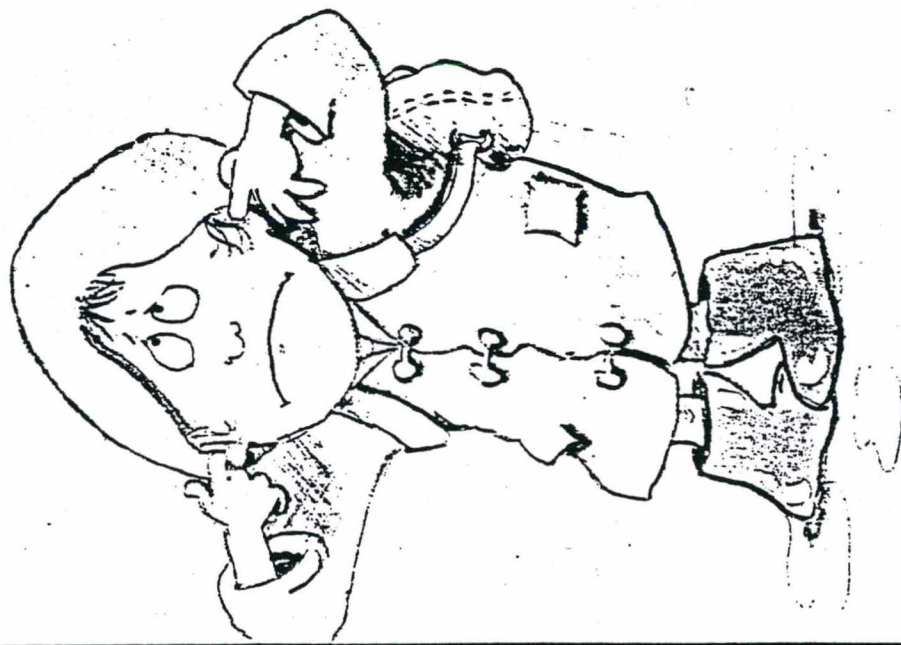
86-0401

CDD - 028.5

CIDU - 087.5

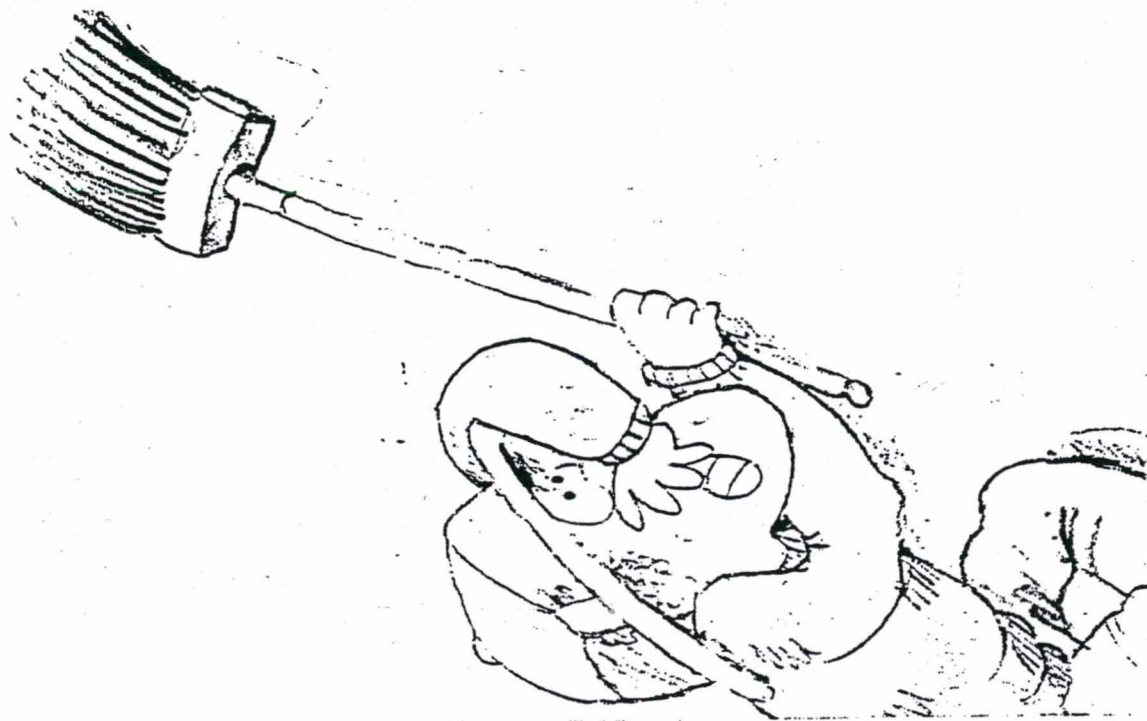
Eu vou contar pra voce
O que é meu maior segredo.
Há uma coisa no mundo
Que me mete muito medo!

Não tenho medo do pai,
Nem da mãe e nem do irmão.
Mas eu tenho muito medo
Do barulho do trovão!



Do trovão? Mas que bobagem!
Que medo mais infantil!
Quando o trovão faz barulho
O raio até já caiu...

Medo eu tenho, vou dizer...
De uma coisa muito mixa...
Mas o que é que eu vou fazer?
Eu detesto lagartixa!



Lagartixa? Vejam só!

Isso parece piada...

Nem ligo pra lagartixa!

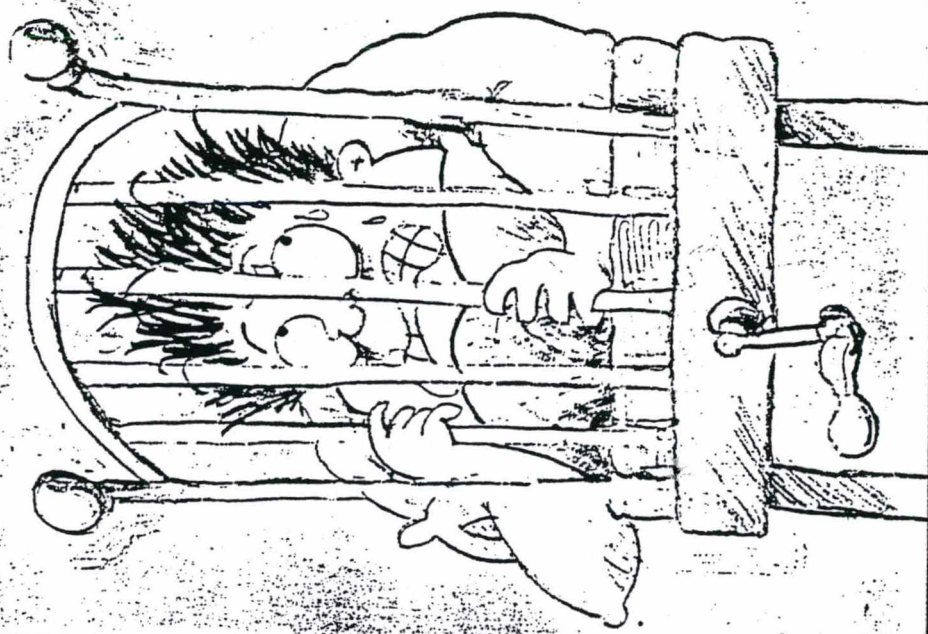
Acho ela uma coitada!

Sabe dó que eu tenho medo?

Que me dói o coração?

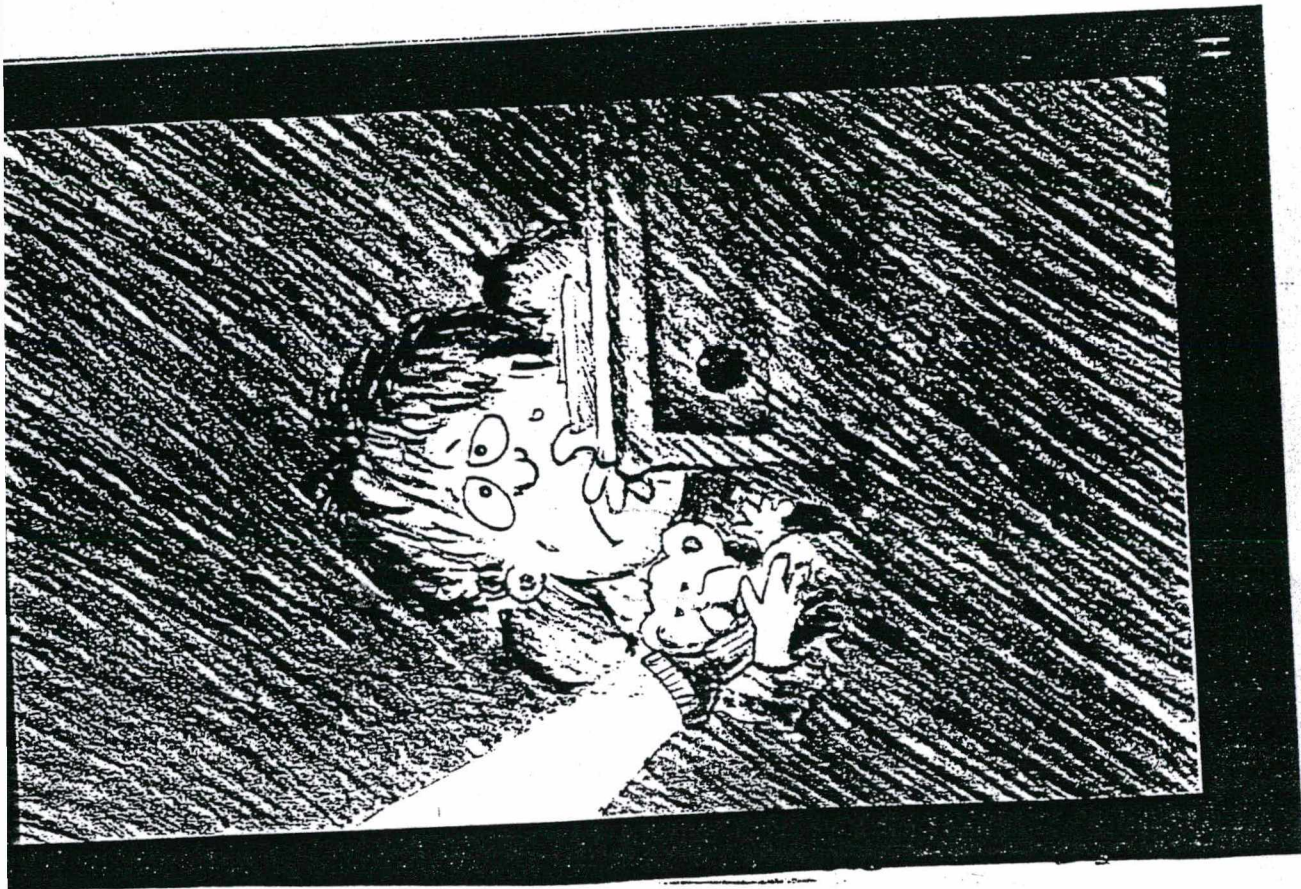
Até me arrepiou a espinha...

Tenho medo... de injeção!



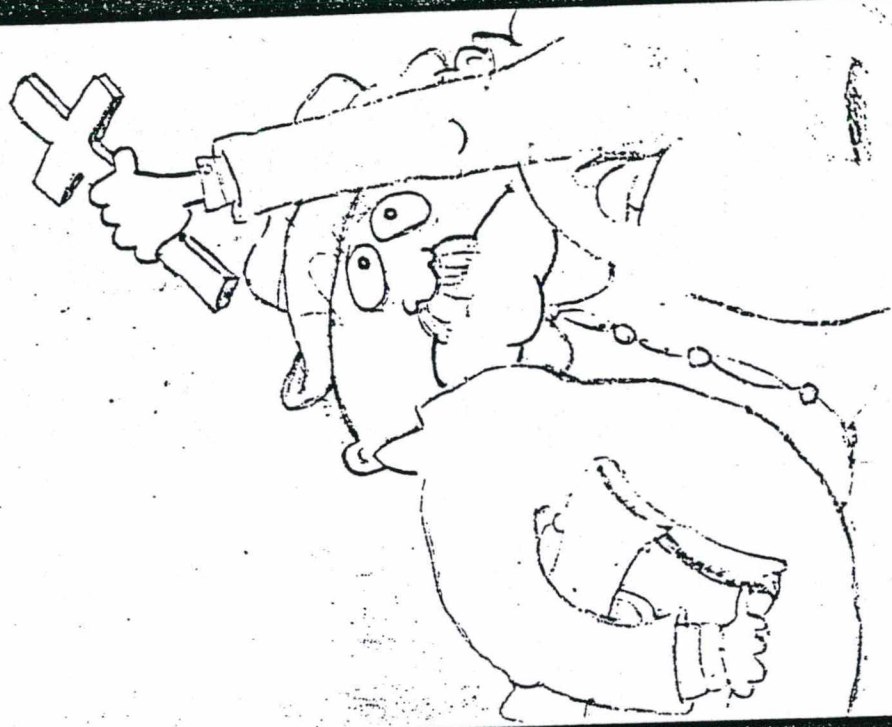
Ah, injeção eu não gosto,
Mas não fico apavorada.
Existe só unha coisa
Que me deixa até gelada...

O que eu tenho muito medo,
Que me deixa num apuro...
É uma coisa meio besta.
É ter de ficar no escuro...



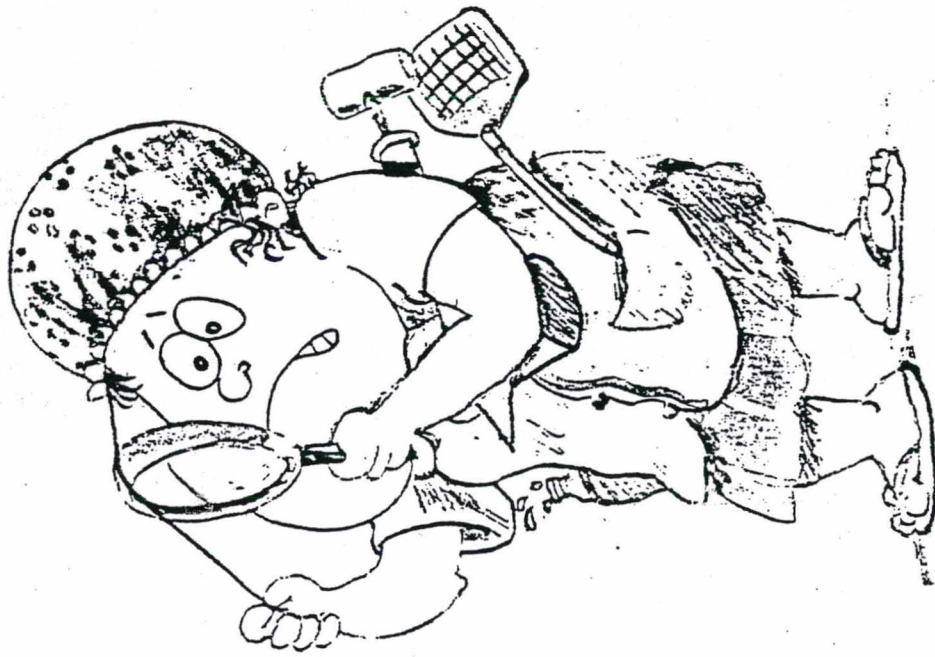
Que medo mais dobo o seu!
Não tenho medo de escuro.
É só acender a luz
É pronto! Acaba-se o escuro!

O que eu tenho muito medo,
O que me causa pavor,
É de pensar em vampiro.
Vampiro me causa horror!



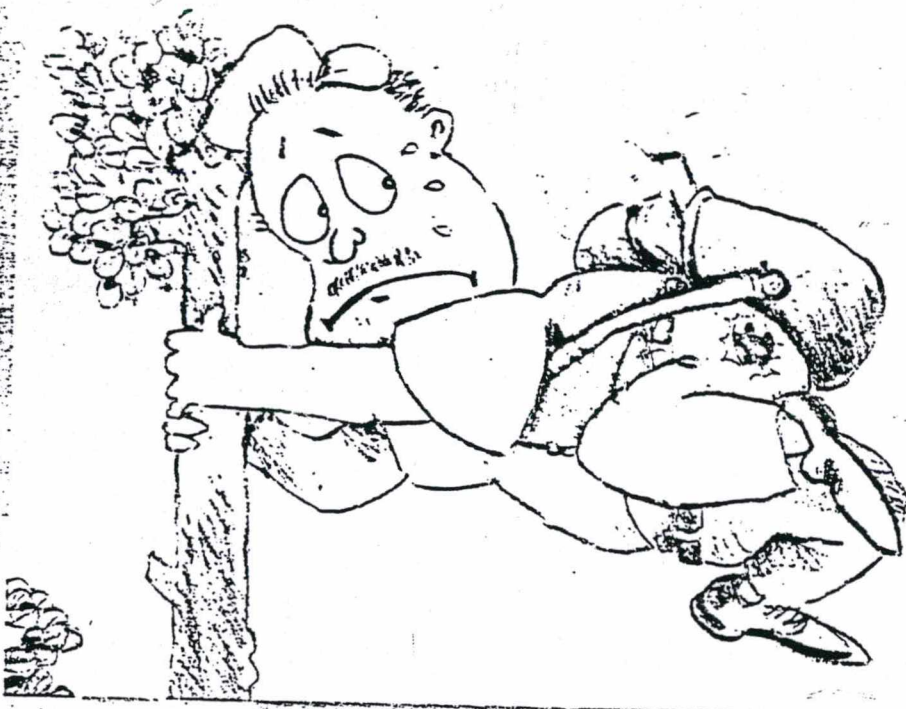
vampiro não me dá medo...
Acho que eu nunca senti...
Tenho medo do que existe!
E não do que eu nunca vi.

Mas existe uma coisinha...
Eu de medo até me encolho!
Eu tenho um medo danado
Mas é de pegar piolho!



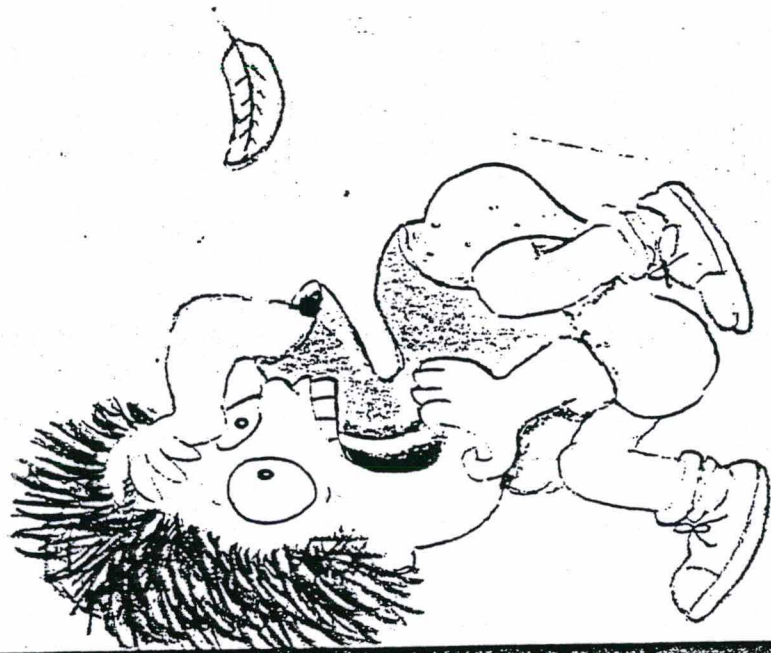
olho é um bichinho à-toa...
ão complica nossa vida.
coisa que a gente cura
om sabão e inseticida!

gora, mais perigoso,
a mim, até que leão,
enho medo é de cachorro,
ichorrinho ou cachorrão!



Avião é uma delícia!
Ando pra baixo e pra cima...
Não tenho medo nenhum,
Desde que era pequenina.

Mas peru, pato, galinha,
Galo, grande ou garnizé,
Tudo que é bicho de pena,
Me põe de cabelo em pé!



Cachorro eu até que gosto.
Na minha casa tem três.
Agora, o que eu tenho medo
Eu vou contar de uma vez.

Não tenho medo de nada!
Nem de bicho nem ladrão!
Mas apesar de valente
Tenho medo de avião!



Ter medo não é vergonha.
Todo mundo tem um medo,
Que a gente nem mesmo sonha.

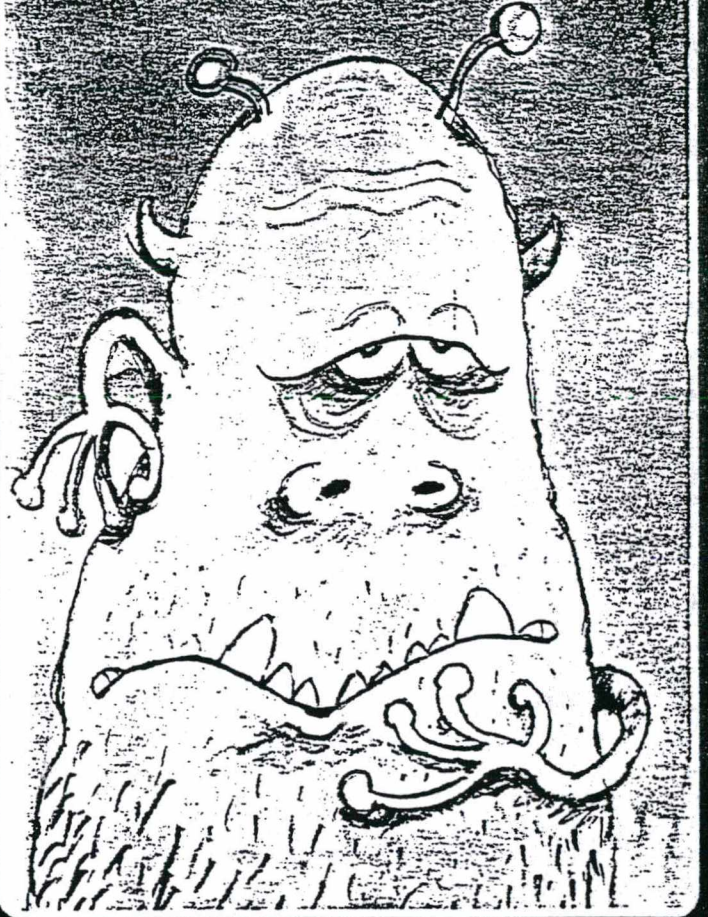
E eu agora vou andando,
Não temo bicho, nem homem!
Mas está chegando a hora
De aparecer lobisomem...



Quem Tem Medo de Monstro?

DE RUTH ROCHA

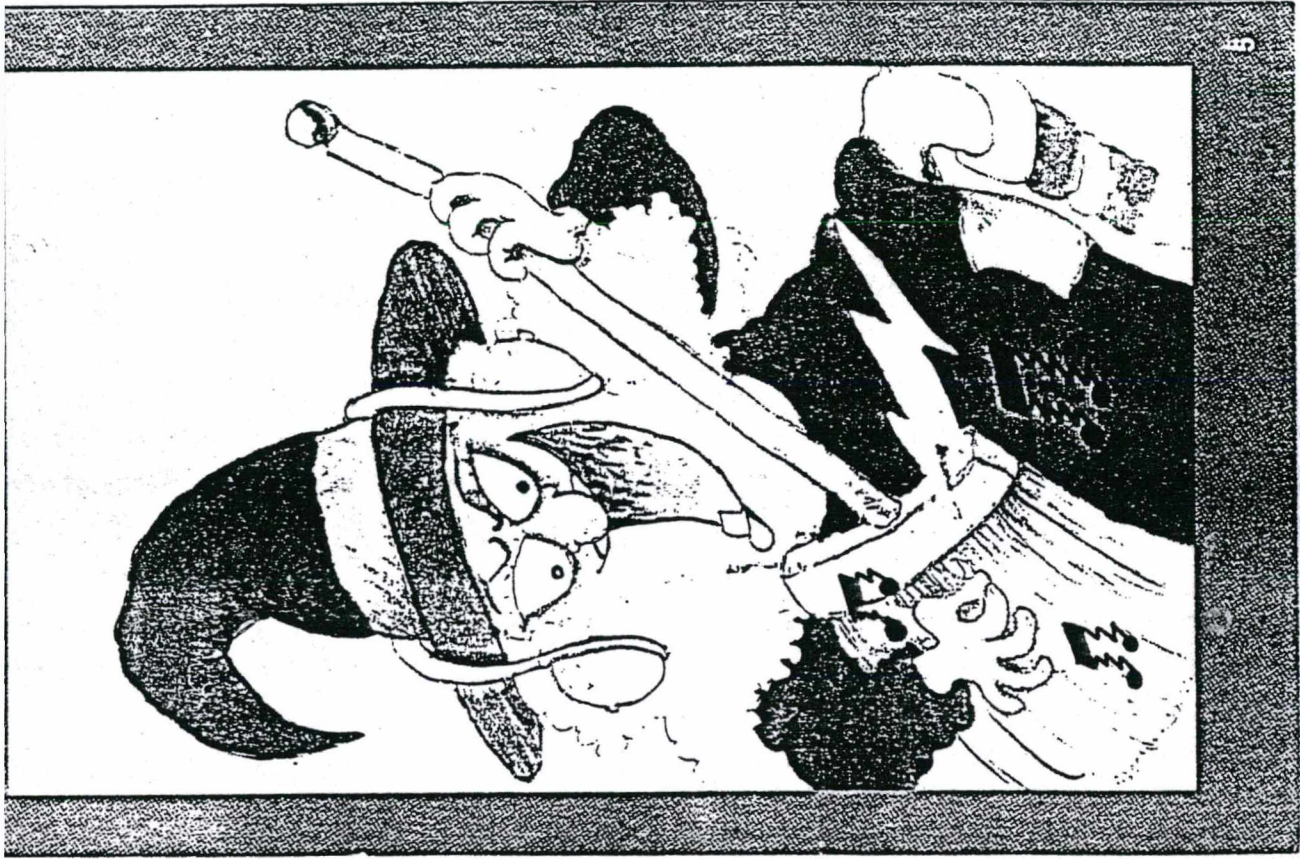
ILUSTRAÇÕES DE IVAN E MARCELLO



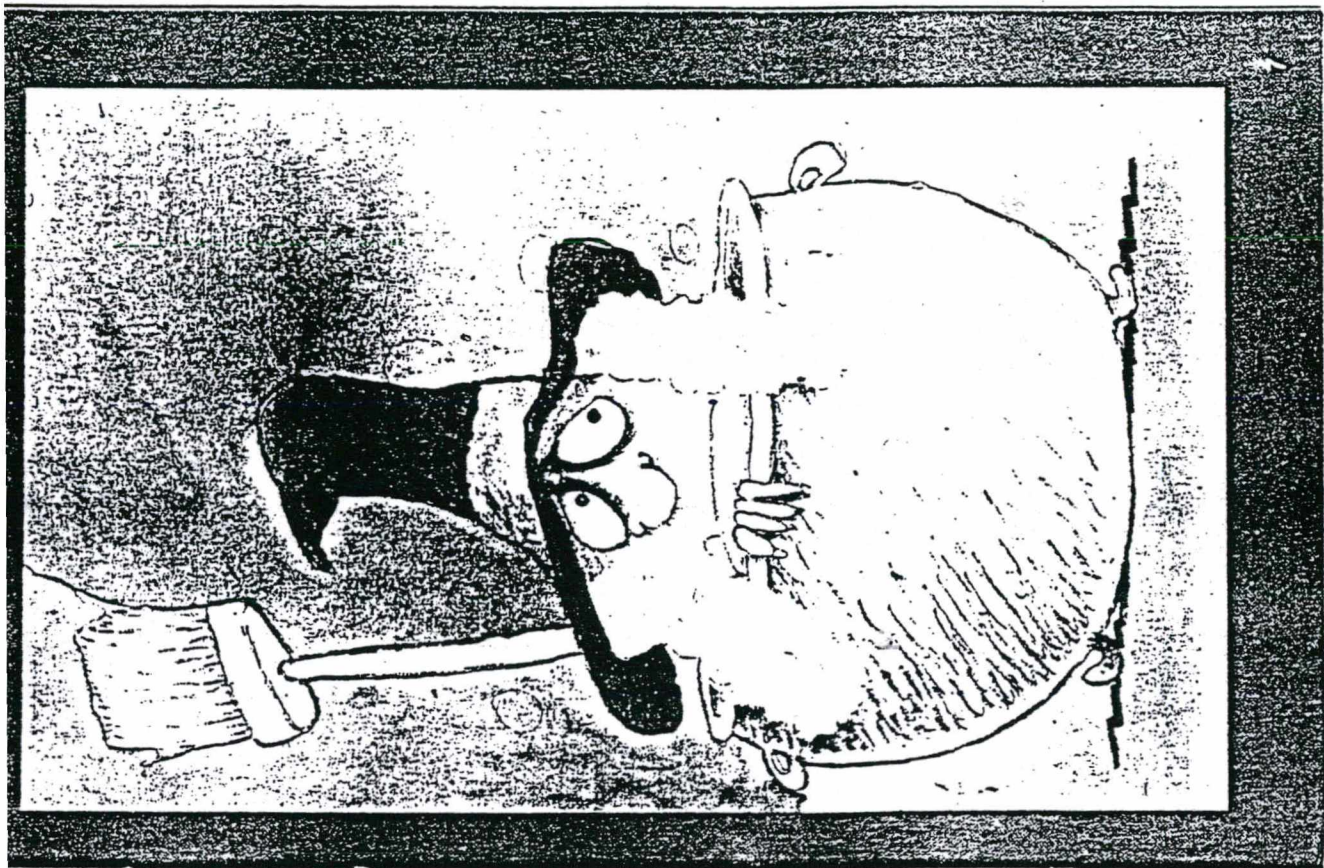
roGráfica

Tempos Mágicos

Era uma druxa maivada
Que assustava a criançada
Com seu horrível ruído...



mas o que ninguém sabia
É que ela também sofria,
Tinha medo de bandido!



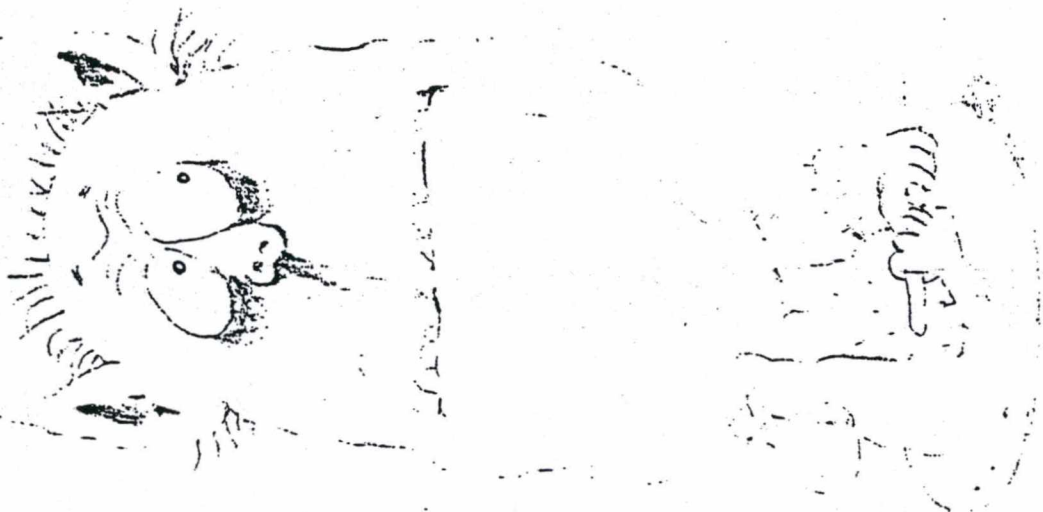
Era um bandido terrível,
E era muito temível
A sua voz de trovão!

Mas ele tem um segredo.
É que ele também tem medo,
Medo de bicho-papão!



O bicho-papão é um chato,
faz barulho e espalhafato.
Amedronta e desacata...

Mas na verdade, coitado,
Ele está muito apurado...
Pois tem medo de pirata!



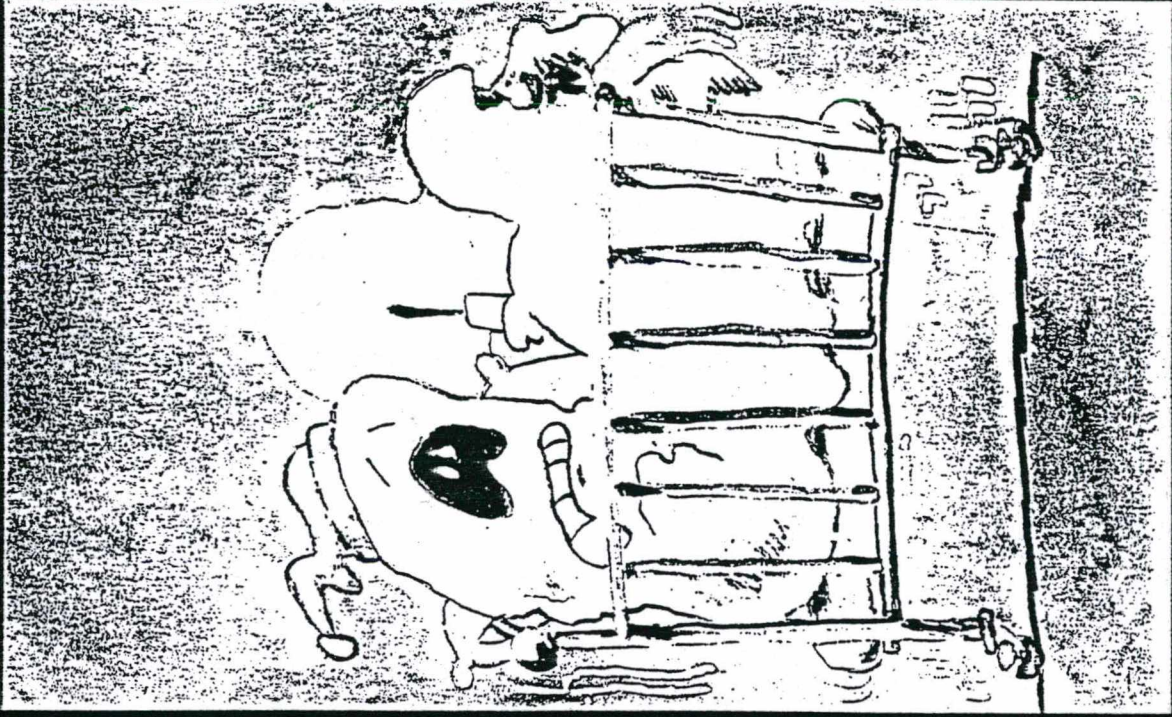
O pirata é tão danado,
Ruim, tinoxoso, malvado,
Que a gente até fica pasma!

Mas o que é mesmo engraçado,
É que ele é apavorado,
De medo de ver fantasma...



O fantasma, que arrepio!
A gente até sente frio
Com seu jeitão infernal...

Mas pra dormir ele custa,
Mexe, remexe, se assusta,
Tem medo de lobo mau...



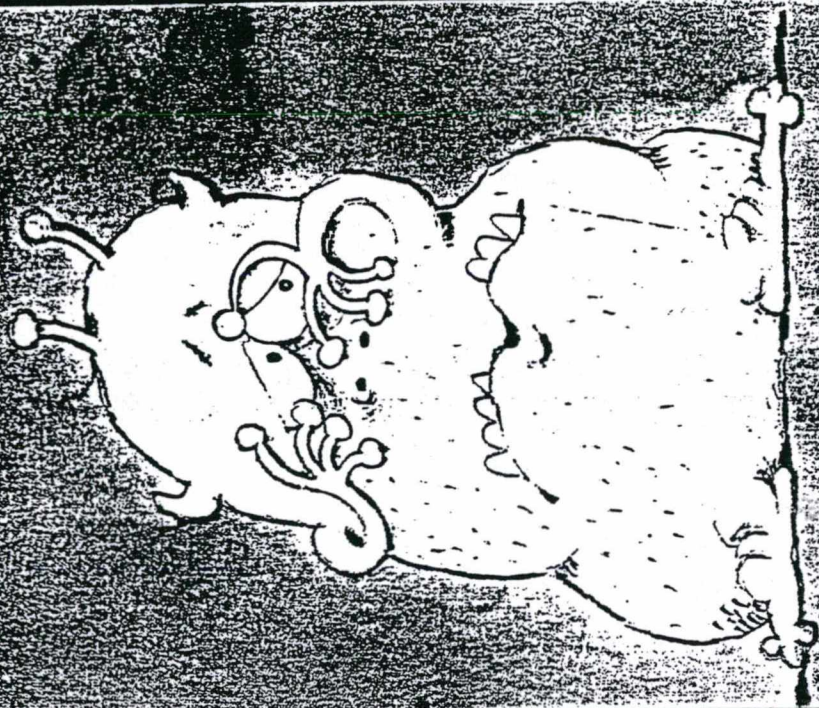
O lobo mau é um perigo...
éja amigo ou inimigo
rega susto volta-e-meia...

Mas ele é um pobre coitado...
vive sempre apavorado
De monstro de cara feia...

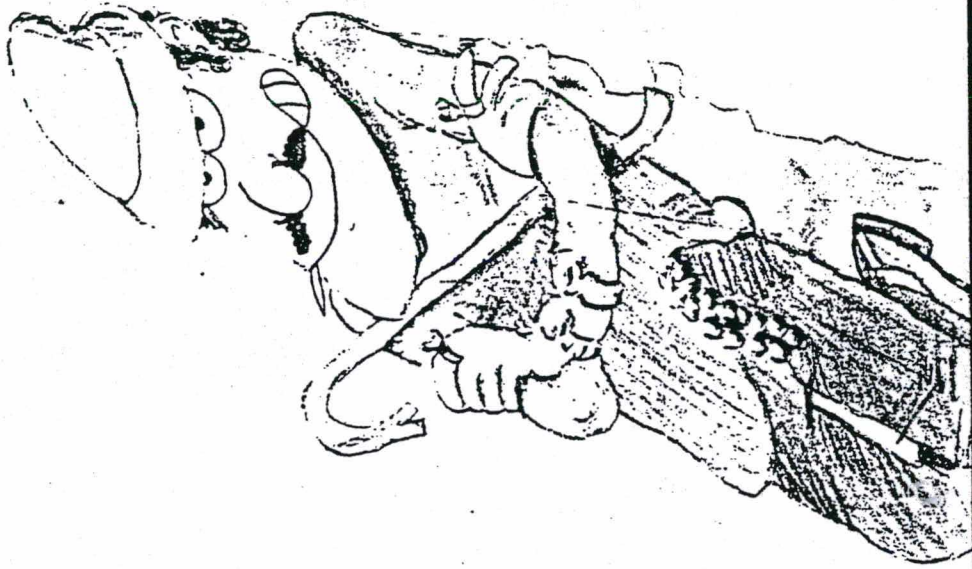


E o monstro? que coisa incrível!
Apesar de ser horrível
É parecer valentão,

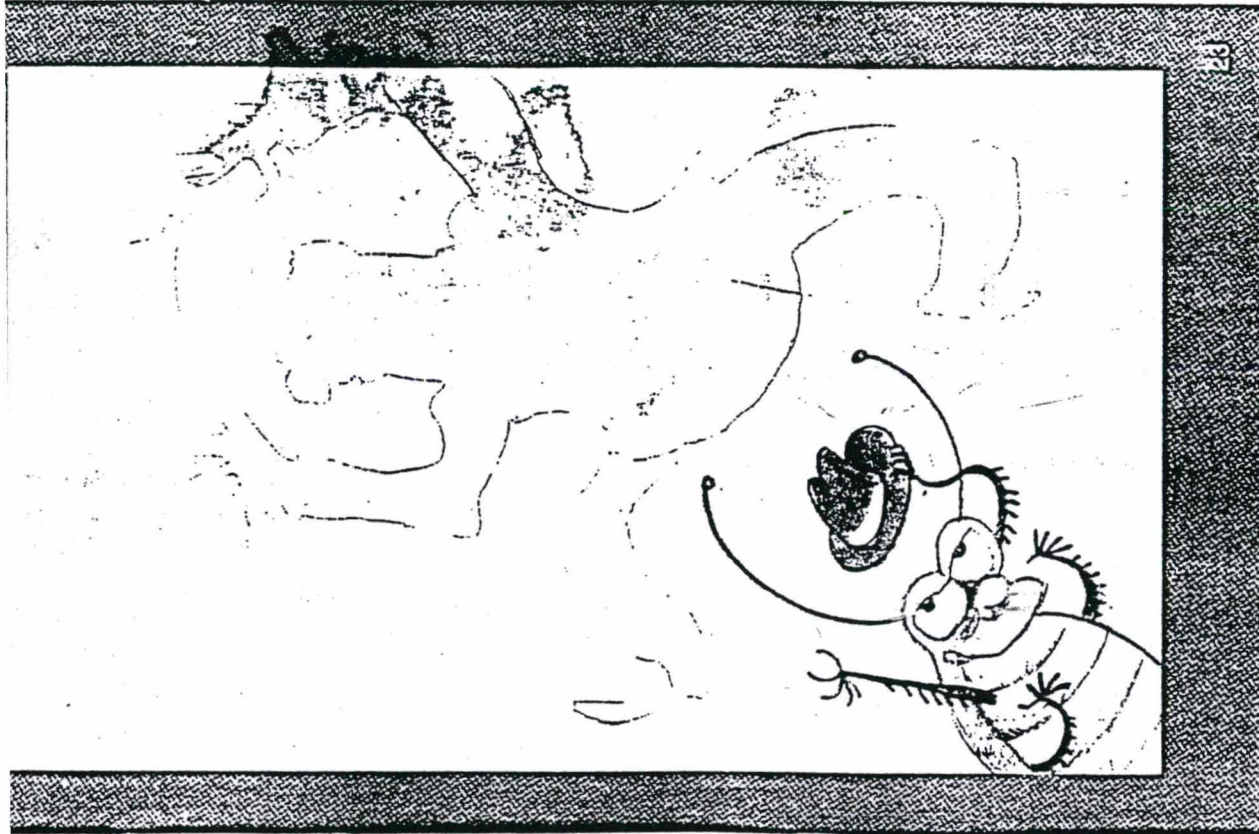
Não tem nenhuma maldade...
Toda a sua ansiedade
É de medo do ladrão...



É o ladrão que é tão valente,
Mete tanto medo à gente
É a polícia desacata...



Porque ele morre de medo
De tudo quanto é barata...



Anexo 9

AS NECESSIDADES DA CRIANÇA HOSPITALIZADA E SEU ACOMPANHANTE, SOB A ÓTICA DOS DOIS

GRUPOS DE SUJEITOS DO ESTUDO.

SINAL: Verde = Ve

Amarelo= Am

Vermelho= Vrm

Necessidades apontadas pelas crianças e os acompanhantes	Sinal	Necessidades apontadas pelos profissionais de saúde.	inal
<p>Conforto / ambiente Conforto: banheiro próximo aos quartos, alimentação na enfermaria, colchonete, cama ou cadeira mais confortável para dormir, privacidade no banho com local adequado para colocar seus pertences. Local para fumar, próximo à enfermaria. Uso de roupas mais coloridas e atrativas, tanto para o profissional como para os pacientes. Horário de visita flexível aos familiares e amigos. Receber carinho e atenção. Para ilustrar as necessidades apontadas por estes sujeitos, destaco alguns dos seus depoimentos: “ ... o banheiro, ... a gente tem q. sair do quarto para ir no banheiro lá fora, lá</p>	<p>Vrm Am Am Vrm Am Ve Ve</p>	<p>Conforto / ambiente “Que ela tenha lazer...” Ivana “objetos de uso pessoal, cobertorzinho, travesseiro...” Shimú “... foto da família...” Mi “... recreação...” Margarida “... percebemos q. os acompanhantes necessitam de um momento de respiradouro, um momento só para elas longe das crianças” Margarida “A rotinização das atividades atrapalha e muito...” Adri “a gente vê a necessidade do acompanhante a partir do momento q. tu tens um familiar adoentado, onde tu te tornas acompanhante. Acho q. é pior porque tu és da área da saúde, tu tens consciência q. existem rotinas a seguir, e tu pensas: porque q. a pessoa não foi</p>	<p>Am Ve Ve Am Am Am Am</p>

<p>longe... De repente numa dessas a gente sai e ele (filho) vomita... Para tomar banho, tinha q. haver um tampão ali na frente. Sendo q. a tua roupa, tens q. colocar onde todo mundo vê. Fica chato porque fica bastante gente naquela sala. Tanto homem como mulher..." (Prímula)</p> <p>"...para nós uma cama,... que desmontasse durante o dia.. A cadeira, conforme tu deitas, ela abre e levanta (encosto) machucando as costas." (Prímula)</p> <p>"a criança no hospital precisa ter alegria. Alegria é ter como brincar" (Estrela).</p> <p><u>Segurança</u> Para a criança: ter a segurança de ser bem atendida, de permanecer na companhia do seu acompanhante,</p> <p>receber tratamento adequado e não lhe faltar o medicamento.</p> <p>Para o acompanhante: ter segurança de um atendimento de qualidade, continuidade do tratamento da saúde da criança.</p> <p>Segurança no ambiente hospitalar (pessoal, profissional e institucional).</p> <p>Abaixo, apresento alguns depoimentos para ilustrar esta necessidade apontada pelos acompanhantes:</p> <p>" Ter segurança. Ver que está sendo bem tratada "(Cravo).</p> <p>"Estou sendo muito bem atendido no HU, diferente da experiência que tive em outro hospital de Florianópolis. Aqui realmente estão atendendo, a minha filha. Eles primeiro estão investigando o problema dela para depois começar uma medicação. Lá no outro hospital, deram uma receita, que eu acho que acabou piorando o problema. Eu vi que aqui não atende um médico sozinho. Tem dois a três médicos. Por que que aqui atendem mais de dois médicos?...Eu sempre achei que por ser um hospital escola, não atendessem bem..., eu me surpreendi com o que estou vendo... Aqui eu vejo muita boa vontade de todos os profissionais que trabalham" (Plutão).</p>	<p>um pouquinho flexível comigo? é muito ruim tu te veres no lugar do acompanhante, e o profissional te barrando." Josi</p> <p><u>Segurança</u> " ter o pai, a mãe..." Shimú " ... alguém da família terá que ficar junto...." Ivana</p>
<p>Vrm</p> <p>Am</p> <p>Am</p> <p>Ve</p> <p>Am</p> <p>Am</p> <p>Am</p>	<p>Ve</p> <p>Ve</p>
<p><u>Respeito à individualidade</u></p>	

<u>Respeito à individualidade</u>	
<p>Conversar com a criança, sempre no mesmo nível (posição) que ela. Ser ouvida e compreendida através do estabelecimento de uma relação de diálogo.</p>	<p>Ve</p> <p>“...respeitar o que ela sente e não diminuir. Muitas vezes a criança diz: Tá doendo. E a gente diz: Já passa. Não. Tá doendo, é porque está doendo.” Ivana</p>
<p>Ser bem tratado, respeitado na sua individualidade e unicidade. Trago alguns depoimentos dos acompanhantes, que ilustram estas necessidades: “... atender bem a criança, conversar. ...tem pessoas que, como estão acostumadas a lidar com aquilo (o tratamento, a doença, os procedimentos) o tempo não faz diferença...” (Lírio)</p>	<p>Ve</p> <p>“Acho que acima de tudo ter uma escuta. Saber ouvir. Ter uma escuta qualificada como se chama no Serviço Social. Para saber ouvir o que a pessoa quis dizer.” Cacá</p>
<p>“Quando tu não abres a boca para falar o teu grau de escolaridade, o tratamento é diferente. Quando tu dizes que és da área da saúde, o tratamento muda na tua frente”. (Rubi)</p>	<p>Ve</p> <p>“Acho que, também, se colocar no lugar da pessoa. Se fosse o meu filho ou alguém da minha família. Saber entender o outro. Tentar se colocar no lugar do outro. Acho que a partir daí passa a ser humanizado.” Girassol</p>
<p>“O médico é mais sério no falar, fala mais lento. Os enfermeiros estão sempre conversando entre si, eles fazem piadas, brincadeiras. A impressão que dá é que o enfermeiro não tem noção da importância dele. Se eles se dessem conta de que o que estão fazendo é importante, eles não ficariam conversando, vendo televisão” (Rubi).</p>	<p>Ve</p> <p>“Tratar a criança como um todo e não só a doença. Porque muitas vezes se interna com uma doença mas tem n. problemas a mais.” Adri</p>
<p>“Eu cheguei aqui no hospital de manhã, a médica perguntou: 'como é que tu deixas a criança num estado desses?' A criança estava no mesmo estado de madrugada, quando o outro médico mandou embora! Eu achei isso um absurdo” (Cristal)</p>	<p>Ve</p> <p>“O tratamento humanizado também é poder reconhecer além do tratamento da doença o que essa pessoa tem, essa família tem, como necessidade de indivíduo. Poder estar suprindo essa situação em conjunto, por ex. Se ela sai daquela sociedade, e vem para uma cultura diferente dessa cidade B aqui, temos que procurar entender e conhecer que tipo de cultura é. Vc não vai poder reproduzir, mas poder respeitar e acompanhar isso.” João</p>
<p>“(...) criança precisa de carinho, atenção da mãe, do médico, conversar com a criança, explicar para ela (...) dar atenção, ser ouvida” (Lírio).</p>	<p>Am</p> <p>“Respeitando, já é fundamental,... porque não deixa de ser uma violência. Imagina uma criança daquela cidade, que saiu do imaginário, um índio. Uma criança indígena, que chega para a gente, não entende a nossa linguagem porque eles só se comunicam com o guarani. Como se sente essa criança? O medo que eles têm? São as crianças mais agarradas as mães...” Ivana</p>
	<p>Am</p> <p>“Tratar a criança como um todo e não só a doença. Porque muitas vezes se interna com uma doença mas tem n. problemas a mais.” Adri</p>
	<p>Am</p> <p>“... O q. não podemos esquecer, é q. quem está vindo ali é uma pessoa q. está fragilizada e fora do seu ambiente familiar do seu</p>

	<p>dia-a-dia.... E a gente está sempre imbuído de querer fazer a nossa rotina, e muitas vezes não enxergamos o paciente como uma pessoa diferenciada q. tem os seus anseios e seus medos e muitas vezes a gente ultrapassa (esquecendo-se disso)” Romariz</p> <p>“Mas o atendimento individualizado tem q. ser específico para aquele caso, com os seus limites..., mas é importante a gente perceber q. cada paciente é individual e cada um tem os seus medos e precisa ser atendido da melhor forma. Cada vez q. se vai fazer uma conversa você vai interagir de forma diferente. Sempre existe uma troca, mesmo q. você só olhe para o paciente, a troca existe dos dois lados.” Romariz</p> <p>“ A nossa rotina tira totalmente a rotina da criança de casa. Eu acho q. em pediatria com criança acho q. a gente tem q. quebrar e muito essa rotina, tanto da enfermagem como dos demais serviços” .Adri</p> <p>” Algo q. me causa muita preocupação, e a gente tem trabalhado muito este aspecto é o respeito às acompanhantes ,... , essas têm que ser muito respeitadas... Principalmente, reconhecer as queixas dessa mãe, porque às vezes a mãe está dizendo : meu filho está mal. Essa mãe quando fala, ela sabe, mãe conhece o filho. Eu acho muito importante a gente estar atento ao q. as mães dizem. Às vezes tem exagero, mas por que elas estão exagerando? Elas estão com alguma carência também....” Ivana</p>	<p>Ve</p> <p>Am</p> <p>Ve</p> <p>Ve</p>
	<p>“No primeiro atendimento, quando é feito o histórico médico e de enfermagem, tentar detectar o ponto, além da doença, o fator, para ajudar a criança e a família. Se o acompanhante está se sentindo bem assistido, pois não é só a criança hospitalizada. Se o acompanhante está bem ele vai conseguir passar esse bem-estar para a criança. A criança irá se sentir mais ambientada. O q. é mais próximo da criança é o acompanhante, o pai, a mãe, um vizinho, o que seja. Então devemos dar prioridade ao atendimento deles.” Josi</p>	<p>Ve</p>

<p>sempre respondida com dificuldade. O enfermeiro não gosta de dizer o que ele está fazendo. ... a impressão que dá é que o enfermeiro ao dizer o que está fazendo, ele torna a coisa clara e perde o mistério"(Rubi).</p> <p>"(...) eu sei que tem corticoide, mas qual? Porque eu pergunto e a resposta é sempre a mesma, é corticoide"(Rubi).</p> <p>"(...) parece que o profissional da saúde acha que o paciente com instrução "X" não vai entender, mas o que custa dizer: 'mãe ou pai, a medicação que a gente está dando é tal, o que, que ela vai fazer? Vai fazer isso'. O negócio é que se diz só o favorável, mas tem que dizer os contras também"(Topázio).</p> <p>"Eu não conhecia a doença da minha filha, nem consigo falar o nome, e não entendi o que ela tinha. Acho que deveria ser mais explicado. A gente não é analfabeta. Eu fiquei preocupada" (Água- marinha).</p> <p><u>Comunicação entre os profissionais e dos profissionais com os sujeitos do cuidado.</u></p> <p>" Outra coisa que precisa da parte dos médicos, principalmente dos novos estagiários, é a atenção, não sei se é da parte deles ou da enfermagem ..." (Lírio). Esta acompanhante, referia-se ao repasse de informações sobre o paciente, entre os profissionais de saúde, a fim de agilizar a marcação de exames, medicamentos, e outros como também evitar confusões na comunicação.</p> <p>"(...) falta diálogo com o paciente, com o acompanhante, com o médico. Diálogo traz segurança"(Esmeralda).</p> <p>"(...) tem que haver disposição para isso (...) diálogo é uma relação"(Rubi).</p> <p>"Eu vejo falha nos médicos, porque não tem o toque no paciente, ficam só no olho e na inspeção básica" (Topázio).</p> <p>"O profissional deve se apresentar, dizer o seu nome, qual seu cargo" (Rubi).</p>	<p><u>Comunicação entre os profissionais e dos profissionais com os sujeitos do cuidado.</u></p> <p>"...o nome é básico, o nome da criança, de onde vem essa criança, nome da mãe da criança que vai estar junto com a gente..." Ivana</p> <p>"...o nosso nome, o nome do profissional que vai atender." Shimú</p> <p>"...uma boa inclusão na chegada, ficar perto receptivo, se apresentar, dizer o que que faz, qual a sua função dentro daquele hospital, e o porquê que está ali..." Lua</p> <p>"...a comunicação entre a equipe para poder ter o atendimento melhor para a criança. Porque cada um faz a sua parte, só que não adianta se não tem um completo (complementação). Isso causa muito transtorno para o atendimento da criança. Tudo reflete no atendimento". Adri</p> <p>"Uma linguagem homogênea" Cacá</p>
<p>Ve</p> <p>Am</p> <p>Am</p> <p>Ve</p> <p>Ve</p> <p>Am</p> <p>Ve</p>	<p>Ve</p> <p>Ve</p> <p>Ve</p> <p>Ve</p> <p>Ve</p>