

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

JOSIANE DALLE MULLE

**PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE
ENFERMAGEM SOBRE PERMANÊNCIA
CONJUNTA: IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS**

**Porto Alegre
2000**

JOSIANE DALLE MULLE

**PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE
ENFERMAGEM SOBRE PERMANÊNCIA
CONJUNTA: IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

Porto Alegre

2000

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D146p Dalle Mulle, Josiane
Percepções de uma equipe de enfermagem sobre
permanência conjunta: implicações educacionais. /
Josiane Dalle Mulle. – Porto Alegre, 2000.
101 f.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de
Educação, PUCRS.
Orientação: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

1. Educação e Saúde. 2. Crianças - Educação.
3. Permanência Conjunta. 4. Enfermagem. 5. Crianças
Hospitalizadas. I. Stobäus, Claus Dieter. II. Título.

CDD 371.7

370.193

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

JOSIANE DALLE MULLE

**PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE
ENFERMAGEM SOBRE PERMANÊNCIA
CONJUNTA: IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 26 de janeiro de 2000.

Banca Examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus
PUCRS

Prof. Dr^a. Nara Maria Guazzelli Bernardes
PUCRS

Prof. Dr^a. Eva Regina Carrazoni Chagas
PUCRS

Prof. Dr^a. Olga Rosária Eidt
UFRGS

*Dedico este estudo,
ao Pedro, meu esposo, amigo e companheiro que, no seu modo
peculiar de ser, sempre me incentivou e dividiu comigo as
alegrias e dificuldades enfrentadas nesta caminhada.*

*Aos meus pais David e Inez por acreditarem em mim,
bem como, cada um no seu estilo e disponibilidade
auxiliaram-me e estimularam-me nesta trajetória.*

*À minha irmã e amiga Lisiane, pela disponibilidade
e estímulo constante, assim como pela sua
especial colaboração nesta jornada.*

AGRADECIMENTOS

Ao professor Claus Dieter Stobäus, meu orientador, que com seu conhecimento e experiência, auxiliou-me na orientação desta dissertação.

Às minhas colegas de trabalho da Unidade 10° Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio e compreensão e, principalmente, à Janete Terezinha Pires de Oliveira pela disponibilidade e desprendimento nos momentos em que assumiu minhas funções na unidade;

À Professora enfermeira Helena Issi, pelo seu auxílio e motivação tão pertinentes em vários momentos desta caminhada.

Às colegas e amigas, Eva Néri Rubim Pedro e Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, pelo apoio, disponibilidade e incentivo constantes, bem como pelos momentos de aprendizado que compartilhamos.

À Equipe de Enfermagem, que foram sujeitos deste estudo, cujos nomes não posso citar, pela presteza, disponibilidade, alegria e entusiasmo com que realizaram as entrevistas e tornavam possível este estudo.

Ao meu cunhado Otamir, pelo desprendimento nos momentos em que eu precisei afastar do seu convívio sua esposa; e ao meu irmão Marcelo, pelo empenho no conserto do meu computador no momento em que eu mais precisava dele.

À Professora enfermeira Beatriz Regina Lara dos Santos, por ter me estimulado a realizar o Mestrado em Educação.

À Jâniffer Beiersdorf pela competência e eficiência na digitação deste trabalho final.

“Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças ou adolescentes”

(Estatuto da Criança e do Adolescente, Art. 12, 1990).

RESUMO

Este estudo se propôs a conhecer as percepções de uma Equipe de Enfermagem sobre Permanência Conjunta e suas implicações educacionais, possibilitando um repensar das nossas práticas profissionais e educacionais no cotidiano do cuidado. A permanência conjunta constitui-se no convívio diário de pais/família acompanhando a criança durante a hospitalização. O Referencial Teórico contempla três momentos que constituem a Área Temática da investigação: A Criança e a Família; Enfermagem; Hospital, Permanência Conjunta e Aprendizado. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, posteriormente submetido a uma análise de conteúdo. Os sujeitos da pesquisa foram intencionalmente escolhidos entre os membros da Equipe de Enfermagem (Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem) da Unidade de Internação Pediátrica 10^oN do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas e ficha informativa, utilizando a Técnica de Análise de Conteúdo para o tratamento dos dados. Da Análise dos Dados emergiram nove categorias: Opção em Pediatria, Percepções do seu Trabalho em Pediatria, Sentimentos Despertados, Orientação em Permanência Conjunta, Experiência em Permanência Conjunta, Importância da Permanência Conjunta, Facilidades Percebidas da Permanência Conjunta, Dificuldades Percebidas da Permanência Conjunta e Educação para a Saúde: uma realidade? Observando as opiniões da Equipe de Enfermagem a respeito do tema, percebemos que os profissionais gostam de trabalhar com as crianças, sentem-se gratificadas e consideram este momento como fonte de aprendizagem contínua. Podemos constatar após análise das categorias apresentadas, que os profissionais foram unânimes em concordar e aprovar a permanência das famílias com seus filhos, embora sabendo que existem situações problemáticas a serem trabalhadas.

Palavras-chave: Criança hospitalizada. Permanência conjunta. Enfermagem. Educação.

ABSTRACT

This study aims to be acquainted with the perceptions from a Nursing Team on the Joint Permanence and its educational implications, enabling a rethinking from our educational and professional practices in the care routine. The joint permanence consists of a family/parents daily coexisting accompanying the child during his/her hospitalization. The theoretical reference contemplates three moments which constitute the investigation of the Thematic Area: The Child and the Family; Nursing; Hospital, Joint Permanence and Learning. It is a study of a qualitative mark, subsequently submitted to a content analysis. The research subjects were intentionally selected among the members from the Nursing Team (Nurses and Nursing Assistants) from the Pediatric Hospitalization Unit 10^oN from the Clinics Hospital of Porto Alegre. The data were obtained from the semi-structured interviews and from the informative card, utilizing the Content Analysis Technique for the data treatment. From the Data Analysis arose nine categories: Option in Pediatrics, Pediatrics Work Perception, Arousing Feelings, Guidance in the Joint Permanence, Experience in the Joint Permanence, Importance in the Joint Permanence, Perceived Facility of the Joint Permanence, Perceived Difficulties of the Joint Permanence and Education for Health: a reality?. By observing the Nursing Team opinions regarding the theme, we perceived that the professionals enjoy working with children, feel gratified and consider this moment as a continuous learning source. We may notice that after the presented categories analysis, the professionals were unanimous in agreeing and approving the families permanence along with their children, although knowing that there are problematic situations which have to be worked on.

Key-words: Hospitalized Child. Joint Permanence. Nursing. Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
PRIMEIRA PARTE: REFERENCIAL TEÓRICO	13
1 CRIANÇA E FAMÍLIA	15
1.1 O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	15
1.2 DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA	17
2 ENFERMAGEM	20
2.1 UMA VISÃO HISTÓRICA	20
2.2 A TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM NO BRASIL E SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	23
2.3 PROFISSÃO ENFERMAGEM E SUA ATUAÇÃO NA PEDIATRIA HOSPITALAR COM VISTAS AO PROCESSO DE EDUCAR	26
3 HOSPITAL, PERMANÊNCIA CONJUNTA E APRENDIZADO	32
SEGUNDA PARTE: A INVESTIGAÇÃO	37
4 METODOLOGIA	38
4.1 SUPORTE TEÓRICO PARA O ENTENDIMENTO DA METODOLOGIA DA PESQUISA	38
4.2 OBJETIVOS	39
4.3 ÁREA TEMÁTICA.....	40
4.4 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA	40
4.5 O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO	41
4.6 SUJEITOS	41
4.7 INSTRUMENTOS	42
4.7.1 Ficha Informativa	43
4.7.2 Entrevista	43

4.8 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS.....	48
5.1 OPÇÃO EM PEDIATRIA.....	48
5.1.1 Gostar de criança.....	49
5.1.2 Oportunidade de emprego	51
5.1.3 Gostar de educar.....	52
5.2 PERCEPÇÕES DO SEU TRABALHO EM PEDIATRIA	53
5.2.1 Satisfação profissional.....	53
5.2.2 Satisfação pessoal.....	55
5.2.3 Conflitos pessoais/profissionais	56
5.3 SENTIMENTOS DESPERTADOS	57
5.3.1 Sentimentos de satisfação.....	57
5.3.2 Sentimentos conflitantes	59
5.4 ORIENTAÇÃO EM PERMANÊNCIA CONJUNTA	61
5.4.1 Não receberam orientação	62
5.4.2 Receberam orientação.....	62
5.4.3 Considerações a respeito da orientação no HCPA	63
5.5 EXPERIÊNCIA EM PERMANÊNCIA CONJUNTA	64
5.5.1 Adaptação	64
5.5.2 Experiência atual	68
5.6 IMPORTÂNCIA DA PERMANÊNCIA CONJUNTA.....	70
5.6.1 Recuperação da criança	71
5.6.2 Outros benefícios à criança.....	72
5.6.3 Tranqüilizar aos pais e criança	73
5.7 FACILIDADES PERCEBIDAS DA PERMANÊNCIA CONJUNTA.....	74
5.7.1 Atenção à criança	74
5.7.2 Pais cuidando	75
5.7.3 Pais proporcionando tranqüilidade à Equipe de Enfermagem.....	76
5.7.4 Pais facilitando a realização de procedimentos	77
5.8 DIFICULDADES PERCEBIDAS DA PERMANÊNCIA CONJUNTA	78
5.8.1 Problemas com os pais	78
5.8.2 Problemas com área física e condições para o trabalho	80

5.8.3 Problemas com a interferência dos pais na organização da unidade	81
5.9 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UMA REALIDADE?	82
5.9.1 A forma como se percebem realizando educação para a saúde	82
5.9.2 A continuidade da orientação	83
5.9.3 Assuntos abordados pela Equipe de Enfermagem com os pais.....	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES	97
Apêndice A - Termo de Consentimento	98
Apêndice B - Ficha Informativa	99
Apêndice C - Roteiro da entrevista com enfermeiros e auxiliares de enfermagem	100
Apêndice D - Quadro Síntese - Ficha Informativa.....	101

1 INTRODUÇÃO

O estudo que nos propomos a desenvolver está relacionado com o fato da autora trabalhar num Hospital-Escola do Sul do Brasil, onde se estimula a permanência dos pais/familiares junto aos seus filhos, nas 24 horas do dia.

Durante o processo de implantação da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 1979, a equipe multidisciplinar da época optou pelo Sistema de Permanência Conjunta/Pais-Filhos, tendo como filosofia de atendimento a promoção e manutenção das inter-relações afetivas entre pais e filhos. Para tanto, determinou que a criança lá hospitalizada ficasse acompanhada de seus pais, durante 12 horas do dia. Embora a equipe que participou da implantação conhecesse as teorias sobre a importância da manutenção da relação pais/filhos, não possuíam experiência dessa nova forma de assistência à criança hospitalizada. Essa era uma experiência inovadora, visto que, na maioria dos hospitais da região Sul do país daquela época, as crianças eram assistidas somente pelos profissionais da equipe de saúde excluindo assim a participação da família.

Com o passar dos anos, reafirmava-se o compromisso pelo zelo e manutenção de um cuidado humanizado, no qual tornava-se fundamental ter a família não apenas como membro da equipe de assistência, mas também como foco do cuidado. Desse modo, ampliava-se o horário para permanência dos pais, bem como estimulava-se a permanência de algum familiar próximo à criança, caso os pais não pudessem permanecer junto ao seu filho, visto que a realidade social estava mudando.

Durante a formação acadêmica da autora como Enfermeira, tendo realizado o Curso de Graduação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e alguns estágios curriculares, na referida instituição de saúde, foi introjetado e adotado o sistema de permanência conjunta como algo que considerava muito importante na assistência prestada à criança.

Ao concluir o Curso de Graduação em Enfermagem, em 1992, a autora foi trabalhar numa Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Infantil, que permitia aos pais permanecerem junto aos seus filhos somente nos poucos horários do dia, determinados pela instituição de saúde. Por acreditar num atendimento holístico e humanizado ao indivíduo, a autora, juntamente com as Enfermeiras daquela Unidade de Internação, começaram a questionar junto às suas chefias, bem como às Auxiliares de Enfermagem e Equipe Médica a possibilidade da liberação do horário de permanência dos pais daquelas crianças que lá se

encontravam hospitalizadas.

Em 1993, a autora foi contratada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como Enfermeira, para trabalhar na área da Pediatria, engajando-se nesta filosofia de incentivo à permanência da família junto à criança hospitalizada.

No contato direto com os pais e familiares, bem como na atividade de Grupo de Pais da Unidade na qual participa a autora seguidamente, ouve relatos dos pais que algumas instituições de saúde, ainda, não permitem a permanência deles junto aos seus filhos, apesar desse direito já estar assegurado por lei pelo Estatuto da Criança e do Adolescente no seu art. 12.

Além disso, vem observando que as relações Equipe de Enfermagem, criança e família têm suas peculiaridades e precisam ser investigadas, privilegiando um repensar das nossas práticas profissionais e educativas, no cotidiano do cuidado.

Nesses 20 anos de funcionamento do Sistema de Permanência Conjunta do HCPA, vários estudos foram realizados (Nunes, 1986; Issi, 1989; Ribeiro, 1991 e 1999; Motta, 1998) comprovando a importância da manutenção dos laços afetivos da criança e sua família no momento da hospitalização sob a ótica da família e da própria criança. Contudo, até o presente momento, pouco se tem estudado sobre a permanência dos pais junto aos filhos, diante a perspectiva da equipe de enfermagem.

Este trabalho propõem-se sistematizar e aprofundar os estudos na temática da Permanência Conjunta, a partir da percepção dos profissionais de enfermagem na sua prática diária, visando elucidar questões, inerentes ao trabalho com famílias, contribuir para efetivas transformações com implicações educacionais e proporcionar reflexões para futuras pesquisas.

PRIMEIRA PARTE: REFERENCIAL TEÓRICO

A compreensão teórica da Temática Permanência Conjunta: percepções de uma Equipe de Enfermagem e suas implicações educacionais envolvem a aproximação e integração de diferentes campos de conhecimentos.

Na primeira parte deste estudo, o Referencial Teórico, contemplará três momentos que constituem a nossa Área Temática. Essa dinâmica tem a finalidade de estabelecer subsídios para a compreensão dessa realidade, proporcionando conhecimento para coleta e análise dos dados.

No primeiro capítulo, na abordagem da criança e da família, focalizaremos algumas particularidades do desenvolvimento da criança e da família por serem esses os clientes da equipe de enfermagem.

No segundo capítulo, buscaremos, num primeiro momento, compreender a história dos profissionais da enfermagem, desde as suas origens até a sua contextualização como profissão. Posteriormente, descrevemos a trajetória da Enfermagem no Brasil, enfatizando os aspectos que contribuíram para a formação educacional destes profissionais. E, num terceiro momento, buscamos analisar a profissão Enfermagem, sua prática na Pediatria hospitalar e Educação para a Saúde.

No terceiro capítulo, apresentamos o Hospital como instituição de saúde e ensino e como as pessoas manejam as relações interpessoais na permanência conjunta.

1 CRIANÇA E FAMÍLIA

Cuidar dos filhos é um processo aprendido e não instintivo. Se fosse instintivo, haveria poucos enganos, e todos seríamos moldados de acordo com padrões similares e previsíveis, com pouca variação.

Nolan (*apud* Issi, 1989).

1.1 O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

A vida humana surge a partir da união do espermatozóide e do óvulo, originando o ovo, que se desenvolverá no útero materno e formará o indivíduo. O nascimento é o marco de chegada do indivíduo no mundo. Mas o ser humano só existirá como indivíduo/ser, ao interagir com o mundo. Para ele construir-se como ser, necessitará da influência dos adultos que o rodeiam, das oportunidades que tiver, das experiências enriquecedoras (ou não) que vivenciar, das relações com os outros e das situações geradas no seu dia-a-dia. A criança, para existir, precisará ir além de si, estar aberta ao desconhecido, ao diferente, ao novo, ao mundo. Isso ocorrerá, inicialmente, no pequeno mundo familiar, vivenciando a cultura, os hábitos, os costumes da família e introjetando-os como coisas do seu mundo.

Segundo Motta (1998, p.56):

A criança, a partir do nascimento, vai construindo o seu mundo biológico e simbólico com o afeto, proteção, estímulo e com as oportunidades oferecidas pelo mundo da família, estando aberta para todas as possibilidades de ser-no-mundo (existência).

Ao falarmos em criança, temos que considerá-la como um indivíduo único, com capacidades e necessidades específicas, em um contínuo processo de desenvolvimento, lembrando sempre que, apesar das suas necessidades serem as mesmas de todas as outras crianças, ela é diferente.

Ainda, conforme Motta (1996, p. 4), “a criança encontra-se potencialmente aberta a todas as possibilidades do viver. Suas vivências serão mais ou menos enriquecidas, com base nas oportunidades que o meio circundante possa lhe oferecer”.

A criança nasce para se comunicar. Quando bebê, ela já tem potencial para participar dessa comunicação, pois, desde antes do nascimento, faz uso de suas capacidades sensoriais, como, por exemplo, a audição e o olfato.

Ela precisa ser estimulada em seu ambiente cultural, pelos pais e familiares, a interagir, a se comunicar com o mundo que a rodeia. O sucesso dessa interação é um processo de união e conhecimento entre os pais e o bebê.

Para Burroughs (*apud* Vianna, 1998, p. 40):

A interação pode ser definida como o processo pelo qual dois indivíduos adquirem um compromisso emocional e afetivo. Este processo inicia na gestação, intensifica-se durante o parto e puerpério imediato e uma vez estabelecido, torna-se consistente.

Vianna (1998) infere que esse processo é muito importante para o bebê, pois do seu estabelecimento dependerá, em parte, sua sobrevivência. Para a mãe, também, é importante porque, por meio das respostas recompensadoras que o bebê lhe proporciona, seu sentimento de competência materna aumenta, bem como seu investimento afetivo na relação com seu bebê.

A mesma autora ainda enfatiza que esse momento de interação não é determinado, mas alguns fatores podem facilitar o entrosamento, como o papel do pai na relação com o novo membro da família.

Enfatizando essa temática, Motta (1996, p. 4) relata que:

O amor de pai/mãe e/ou substitutos é que dá condições à criança para desnudar sua humanidade. Os vínculos afetivos estáveis e duradouros entre pais e filhos têm como função promover uma melhor qualidade de crescimento e desenvolvimento da criança. Receber o afeto possibilita a ela aproveitar o seu potencial, sobretudo nos primeiros anos de vida, quando está em formação a sua estrutura psicológica. A atitude afetiva, sobretudo da mãe, é que determinará a qualidade de experiências vitais da criança, sendo de primordial relevância para a aquisição de conhecimento e para a aprendizagem.

A criança descobre-se e constrói-se como indivíduo ao experienciar no mundo, inicialmente por atos reflexos, geneticamente determinados, pela tentativa do acerto e do erro através da interação e, depois, pela relação harmoniosa e afetiva com os indivíduos.

Segundo Motta (1996, p. 13):

A vida é um movimento de relações onde a interdependência do ser humano é explicitada. A vida é experiência através das relações entre os seres humanos. A criança, no processo de vir a ser, está desde os primórdios de sua existência submetida à ação do adulto, que lhe possibilitará ou não uma melhor qualidade no desenvolvimento do seu potencial de humanidade.

A criança requer cuidados e proteção especial, para que nada de destrutivo lhe aconteça, de parte do entorno, do mundo. Por precisar ser protegida do mundo, o lugar ideal da criança é a família, cujos membros adultos diariamente retornam do mundo exterior e recolhem-se à segurança da vida privada.

Motta (1996), ao citar os autores Spitz e Mussen, afirma que o vínculo afetivo da criança com sua mãe, bem como o primeiro ano de vida, são bases de suas relações futuras com os outros indivíduos e fonte de orientação e direções para a criança. Seguindo o raciocínio, ela relata que a formação do ego e o desenvolvimento harmonioso da personalidade da criança são reflexos da qualidade da relação mãe-filho, ocorrida em condições seguras.

A família é a instituição social mais adequada para satisfazer as necessidades básicas do indivíduo, sobretudo nos seus primeiros anos de vida. Toda a criança, desde o nascimento, deve contar com uma família que lhe dê amor, carinho, alimento, conforto, proteção, enfim, educação no amplo sentido.

1.2 DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

A criança vai construindo-se como indivíduo/ser, no decorrer do seu crescimento e desenvolvimento, através das experiências adquiridas no convívio familiar. Introjetando hábitos culturais que são incorporados a outras vivências que tem do mundo, desenvolvendo

assim sentimentos e compreensões que servirão de base para constituição da sua identidade como ser único.

Complementando essa idéia, Motta (1998, p. 56) refere que:

O mundo da vida da família é construído com seu próprio modo de sentir, pensar, ver e interpretar o seu cotidiano. O seu viver no mundo é orientado por valores éticos, culturais e sociais e são estes referenciais que determinam a sua maneira de expressar-se no mundo, pois criam sistemas simbólicos que formam as estruturas do ser no mundo e, através destes referenciais, a existência do ser sadio é construída no seu mundo e manifesta-se na vida cotidiana.

Segundo Ackerman (*apud* SANTOS, 1996, p. 62), “a família é uma instituição tão antiga quanto a espécie humana e ao longo de sua história assumiu muitas formas, através de um processo de evolução”.

A família tem seu ciclo de vida semelhante a dos indivíduos, passa por etapas de desenvolvimento, com características próprias e com certos papéis que deverão ser desempenhados, para que seus membros consigam passar para a etapa seguinte.

Santos (1996, p. 72), lembrando idéias de Campos e Falceto, comenta que:

De forma semelhante ao indivíduo, a família se desenvolve em etapas distintas: **formação**, que consiste no início da vida do casal; **expansão**, relacionada ao nascimento e crescimento dos filhos; **consolidação**, período em que os filhos estão na adolescência e os pais na fase de Adultos Médios; **dissolução** ou '**ninho vazio**', ocasião em que ocorre a saída da prole, a aposentadoria, a morte de um dos cônjuges acompanhada de viuvez.

Para a criança, os cinco primeiros anos de sua vida são os mais vibrantes, pois contêm momentos de descobertas, de se conhecer como indivíduo da sociedade e de formação de sua personalidade. É um período de muita energia, atividades corporais, intelectuais e afetivas.

Nessa fase da vida, a criança necessita de auxílio para enfrentar essas transformações. Conforme Whaley e Wong (1989), as famílias é que assumem a responsabilidade pela criação das crianças, pois as mesmas não possuem recursos para enfrentarem o mundo, necessitando serem rodeadas por pessoas responsáveis e dispostas a compartilharem suas alegrias e auxiliá-las nos momentos difíceis.

Portanto, uma das funções mais importantes da família, na nossa opinião, é a ajuda na transformação das crianças em pessoas adultas, como participantes da sociedade, através do convívio com os membros da família que transmitem, de geração em geração, seus hábitos, costumes, crenças e modo de viver, isto é, as educam.

2 ENFERMAGEM

“Muito antes da enfermagem ser uma ciência, ela era uma arte. Muitos de seus aspectos atuais têm raízes em milhares de anos, durante os quais as enfermeiras empenhavam-se em curar o doente e dele cuidar com ternura, carinho, mais que com ciência”.

Seaman e Verbonick (*apud* ALMEIDA; ROCHA, 1986).

“O reconhecimento da enfermagem como uma arte é bem antigo. E arte é um conjunto de conhecimentos práticos que mostram como trabalhar para conseguir certos resultados. Uma arte não envolve qualquer entendimento do porquê das obras acabadas” .

Mcclain e Gragg (*apud* ALMEIDA; ROCHA, 1986).

2.1 UMA VISÃO HISTÓRICA

Inicialmente, faremos uma breve retrospectiva na história da Enfermagem, para tanto, retornamos às suas origens para contextualizá-la como profissão.

Podemos dizer que a idéia básica de zelar pela saúde nasceu com a humanidade, sendo, portanto, tão antiga quanto ela. Foi no lar, com a mãe de família, que se originaram os cuidados dos doentes. Com o passar do tempo, a responsabilidade passou para os sacerdotes, filósofos, feiticeiros, mágicos e médicos. Para o tratamento, variavam desde os métodos naturais, primitivos, torturantes, rituais místicos ou segregação e abandono fora dos muros das cidades.

Há referências na Bíblia, mostrando que Jesus Cristo deixou sublimes exemplos de respeito e restauração do corpo, mente e espírito humano. Com a queda do Império Romano, grandes degenerações aconteceram em relação ao atendimento aos doentes, que passaram a ser entregues para leigos e indivíduos desprezíveis pela sociedade, por exemplo, as prostitutas.

Concordamos com Daniel (1981), quando menciona que o progresso que vemos, hoje, na saúde teve início nos tempos das civilizações antigas, no tempo em que pessoa doente era vista como inconveniente e deslustre para a sociedade, principalmente quando havia distúrbio

mental ou moléstia contagiosa, passando por várias fases de desenvolvimento até nossos dias, em que se cuida do indivíduo como um todo.

Deve-se salientar que as religiosas desenvolveram um importante papel no atendimento dos doentes, de modo especial, nos aspectos espirituais e sociais.

Os conceitos predominantes através dos tempos foram os de tratar a doença em si, dando-se pouca atenção à pessoa do doente com as suas necessidades básicas afetadas.

Na metade do século XIX, na Inglaterra, surgiram os esforços pioneiros de Florence Nightingale, que determinaram que a Enfermagem, além de arte, inicia-se com o processo de progresso científico, estruturando-se como ciência.

Segundo Gomes et al. (1997), Nightingale colocou em prática uma parte do projeto social da saúde que se fazia necessário às transformações sociais da época, o que hoje podemos considerar como princípio da Educação para a Saúde e Educação Social.

Conhecendo o seu trabalho, poderemos entender a gênese do conhecimento da Enfermagem. Conforme nos foi relatado pelas mesmas autoras, ao mencionar o Relatório da Comissão Real sobre a saúde do exército na Guerra da Criméia, no século passado para Florence Nightingale, a preocupação primordial de seu empreendimento eram: administração de hospitais, formação de enfermeiras e a educação em serviço.

Era necessário de que fossem tomadas iniciativas para salvaguardar os soldados de guerra, que não morriam nos combates, mas perdiam suas vidas em hospitais militares, onde eram poucas as medidas tomadas em relação aos feridos.

Destaca Foucault (*apud* MACHADO, 1989, p. 104) que: “Quando se forma um soldado não se pode deixá-lo morrer. Se ele morrer deve ser em plena forma como soldado em batalha e não de doença”.

Primeiro, com a preocupação de salvar os soldados e, depois, com a força de trabalho que era instrumento insubstituível para o modo de produção capitalista que surgia, Florence deixava transparecer seu caráter de ordem e comando em tudo o que realizava. Muitas foram as providências de caráter organizacional que adotou: instalação de cozinhas e lavanderias, criação de grêmios e salas de leitura para soldados, higienização dos hospitais, suprimento de roupas e equipamentos.

Podemos dizer que Florence Nightingale introduziu uma visão de enfermagem não só de intervenção direta ao doente, mas também ampliou as funções para o meio ambiente, tendo o controle deste pela observação e supervisão rigorosas. Organizou a hierarquia e introduziu o rigor da disciplina na enfermagem, levando em conta o que diz respeito à moral, obediência e

confiança, dando ênfase à Educação dos profissionais de enfermagem.

Este episódio de sua atuação na Guerra da Criméia, que reverteu em redução dos índices de mortalidade, foi oficialmente reconhecido pelo governo da época, possibilitando-lhe continuar servindo à administração inglesa, como consultora nos assuntos da organização hospitalar de guerra e criar, em seu país, em 1860, a primeira escola de formação de Enfermeiras, no Hospital St. Thomas. Nasceu, assim, a Enfermagem Moderna, cujo trabalho passou a ser sistematizado através do ensino ministrado por enfermeiras e organizado principalmente dentro do espaço institucional hospitalar.

Para Almeida e Rocha (1986, p. 45), ao citar Florence Nightingale: “[...] a disciplina é a essência do treinamento”. Entretanto, sem contestar o valor de Florence, podemos dizer que a forma como foi conduzido o ensino da enfermagem teve fortes influências advindas daquela época, bem como as adquiridas por meio do sistema militar.

Em outro momento, as autoras (1986, p. 36) salientam a grande preocupação que se teve com a disciplina na sistematização das técnicas de enfermagem, visto que estas representavam a primeira expressão de saber em enfermagem: “[...] as técnicas foram os primeiros instrumentos que a enfermagem utilizou para manipular o seu objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem”.

A Enfermagem foi entendida por Nightingale como uma arte e uma ciência que requer uma educação formal, organizada e científica. A arte da Enfermagem Nightingaliana consiste em cuidar tanto de seres humanos sadios quanto dos doentes. A ciência da Enfermagem baseia-se no estudo e compreensão das **leis da vida**, que prevalecem para os seres humanos sadios e doentes, tendo como bases a observação meticulosa e análise dos dados na experiência do cuidado. As ações da enfermagem emergem deste estudo e são entendidas como: cuidar, educar, pesquisar e administrar.

Tendo essas ações enfocadas no cliente/paciente/família como o centro do cuidado de Enfermagem, buscando um atendimento individualizado e mantendo sempre a inter-relação dos sistemas bio-psico-sócio-espirituais da pessoa, desenvolveu-se a Enfermagem Moderna.

2.2 A TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM NO BRASIL E SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Ao analisarmos a trajetória da Enfermagem no Brasil, destaca Melo (1986) que devemos iniciar com os trabalhos desenvolvidos pelos feiticeiros, pajés ou sacerdotes das tribos indígenas, possuidores de conhecimento misterioso.

Quando os descobridores aqui chegaram, encontraram um povo indígena sadio e forte. Com a colonização, passaram a ser receptores de diferentes germes e de várias doenças, tornando-se frágeis, pois não possuíam resistência para combatê-los. Isso contribuiu para a grande dizimação indígena.

Os cuidados da doença que anteriormente eram exercidos pelos pajés, curandeiros e feiticeiros passam para novos elementos: jesuítas, religiosos, voluntários, escravos treinados. Surge a enfermagem mais para curar do que prevenir. Baseada no conhecimento empírico, perdurou até o início do século XX.

As primeiras instituições que prestaram assistência de saúde, no Brasil, foram as Santas Casas de Misericórdia, criadas a partir de 1543, nos moldes das existentes em Portugal, voltadas mais para a caridade, assistência espiritual e salvação da alma, do que para a cura dos males do corpo. Como o governo não assegurava a manutenção dessas instituições, com a chegada dos jesuítas, a administração das Santas Casas passou para os religiosos, que prestavam assistência como médico, professor e enfermeiro. Esta é a origem da associação da enfermeira com a figura da religiosa, que exerce a profissão por caridade e não por ser profissional.

No século XVIII, começaram a criar hospitais militares e lazaretos, local nos arredores das cidades, onde eram confinados doentes com problemas mentais ou outros tipos de doenças sem previsões de cura.

Não podemos deixar de destacar que a medicina jesuítica é importante para entender a saúde no Brasil Colonial, pois além de assistir, foram pesquisadores da flora nativa, que entendemos como uma preocupação educacional voltada para pesquisa.

Embora tenha havido algumas tentativas para sistematizar o preparo do pessoal de enfermagem, com as escolas de Enfermagem Alfredo Pinto, em 1890, e da Cruz Vermelha, em 1916, as quais formavam **auxiliares de saúde**, com duração de 2 anos de curso, não se observava uma concepção de enfermagem como ciência autônoma, mas a busca em suprir uma necessidade de pessoal da época.

Na primeira metade do século XIX, algumas medidas sanitárias são reativadas e inicia-se, no Brasil, a organização da saúde pública, para combater as epidemias que surgiram, principalmente no Rio de Janeiro. Mas somente no início do século XX, com a ameaça de boicote econômico ao Brasil, devido às precárias condições de saneamento nos portos, a enfermagem brasileira surge como uma medida imediata e paliativa, na tentativa de controlar doenças endêmicas, motivada pelo interesse econômico.

A possibilidade de ter os portos fechados fez com que Carlos Chagas, o Ministro da Saúde na época, realizasse um convênio com a Fundação Rockefeller, para que enfermeiras norte-americanas aqui implantassem serviços de saúde pública e criassem escolas de enfermagem.

Segundo Nakamae (1987), a enfermagem nasceu, em nosso país, na década de 20, voltado à saúde pública, dentro da concepção higienista, mais vinculada ao controle das epidemias, pois a política de saúde da época contemplava as exigências de um Estado capitalista, agrário-exportador e importador de mão-de-obra estrangeira.

A primeira Escola de Enfermagem abriu em 1922, no Rio de Janeiro, posteriormente chamada Ana Neri, organizada por enfermeiras norte-americanas, seguindo o modelo preconizado por Florence Nightingale.

A trajetória da enfermagem, segundo Gastaldo e Meyer (1989), corresponde de 1920 a 1930, como o período de sua implantação e consolidação, de 1930 a 1950, como o de expansão do Ensino na área da enfermagem e aumento da demanda de profissionais.

O início do processo da industrialização e urbanização, que ocorreu no Brasil a partir da década de 30, contribuiu para a consolidação da enfermagem. Era necessária a proteção da mão-de-obra para não prejudicar a produtividade. De duas Escolas de Enfermagem em 1933, passou-se para mais de vinte e três na década de 40.

A enfermagem esteve ligada ao serviço público, dividindo-se entre a saúde pública e área hospitalar, quando grandes e médios hospitais foram criados pela iniciativa privada ou com o capital misto na década de 50.

A partir de 1950, inverteram-se os dados, quase 50% das enfermeiras são encontradas em hospitais e 17% no campo da saúde pública.

Segundo Silva (1986), o modelo de política econômica, por volta de 1956, caracterizado pela crescente entrada de capital estrangeiro, inaugurou uma nova etapa no processo capitalista, que se consolida após o golpe de 1964. Inicia-se uma modernização no país: reformas sociais (telecomunicações, rodoviárias, hidrelétricas, energia nuclear, extração

de petróleo, etc.); reformas administrativas e econômico-financeiras (fiscal, bancária, salarial, do mercado de capitais).

Com as mudanças **sociais, econômicas e políticas** citadas, originaram-se uma série de reformas no campo da saúde: Previdenciária (1966-1977); constituição do Serviço Nacional de Saúde, em 1975; Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, entre outras. Visando racionalizar os serviços e diminuir os gastos com a atenção médica, elas favoreceram, sem dúvida, a produção privada dos serviços da saúde, sobretudo nas áreas mais urbanizadas e industrializadas do país. Nesse contexto, a saúde pública perde espaço para a medicina previdenciária, que se amplia significativamente desde o final dos anos 50, ganhando a hegemonia do setor.

Salienta Silva (1986, p. 83) que:

Sabe-se que, na época estudada, muitos foram os avanços científicos tecnológicos da indústria farmacêutica e da indústria de instrumentos e equipamentos médico-hospitalares, conjugados a uma política de saúde que se caracteriza pelo crescente favorecimento dos interesses capitalistas da área, os quais contribuem para o processo de medicalização da sociedade, a tecnificação do ato médico, e a multiplicação das especializações médicas e paramédicas.

Essas mudanças, no âmbito da sociedade global e de assistência à saúde, refletem-se inevitavelmente também na Enfermagem.

Atualmente, há, na enfermagem, três categorias profissionais: os enfermeiros, com formação profissional em nível de 3º grau; os técnicos em enfermagem, com formação de 2º grau e os auxiliares de enfermagem, em nível de 1º grau.

Segundo Nakamae (1987), no comando de uma Equipe de Enfermagem, encontra-se o enfermeiro que, em 1962, passou de nível médio para superior. Além da função assistencial, comum a todos os outros profissionais da enfermagem, possui, ainda, na prática, a direção de serviços e chefia de unidades, bem como, e com um maior destaque, o preparo, orientação e supervisão das categorias auxiliares e o ensino nas escolas dos vários níveis da profissão, cabendo-lhe, portanto, também o papel de educador.

Como em 1962 a formação profissional do Enfermeiro passou para o nível universitário, em 1972, incluiu-se a possibilidade desse profissional cursar várias especialidades na área, em cursos de especialização ou habilitação ou seguir carreira universitária através dos cursos de mestrado e doutorado.

Com relação ao Técnico de Enfermagem, segundo Silva (1986), merece menção neste processo da reconstituição sucinta da história da Enfermagem brasileira esclarecer que seu surgimento ocorreu em 1966. Além das funções praticadas pelo Auxiliar de Enfermagem, ele exerce as funções de supervisão de pequenas unidades e os cuidados aos doentes graves.

Quanto ao Auxiliar de Enfermagem, Nakamae (1987) menciona que o primeiro curso de Auxiliar de Enfermagem foi dado na escola de Enfermagem Ana Neri, só sendo oficializado para o país em 1949, apesar de já existir desde 1941.

Segundo Ojeda (1997), nos dias de hoje, a Enfermagem, em nosso país, convive com muitas dificuldades, a decadência dos sistemas de saúde e conseqüentes crises nos hospitais, as dificuldades nas áreas de ensino, a pouca valorização da profissão. No entanto, os movimentos sociais que começam a florescer, o resgate dos valores do ser humano e da natureza traz aos poucos, à luz da reflexão ainda tímida, mas que começa a dar um novo significado a enfermagem, buscando um saber centrado no cuidar e no ser humano, o qual será o beneficiado.

2.3 PROFISSÃO ENFERMAGEM E SUA ATUAÇÃO NA PEDIATRIA HOSPITALAR COM VISTAS AO PROCESSO DE EDUCAR

Segundo Almeida e Rocha (1997), a enfermagem é uma das profissões, dentro da área da saúde, com um estatuto socialmente reconhecido e legalizado, e como tal constitui-se dos critérios de universalidade, racionalidade, autoridade e competência no seu campo específico.

Não a negando como profissão, com seus critérios técnico-científicos de competência e valores ético-profissionais, vamos considerar a enfermagem como um trabalho, em prol da saúde, identificando seu momento, caracterizando sua finalidade, tecnologia, objeto e agentes ou seja a organização tecnológica da prática da enfermagem.

Na década de 1980, iniciou-se uma produção científica em enfermagem, colocando-a como uma prática social, possibilitando macroanálises na formação social capitalista e, em especial, na sua gênese e evolução histórica no Brasil, com autores como Germano (1985), Almeida e Rocha (1986), Silva (1986), Melo (1986), entre outros.

Se analisarmos a função peculiar da enfermagem, sem a fundamentação teórica das práticas consideradas socialmente, é limitante, pois ela é uma ação que visa à promoção da

saúde, prevenção de doenças e à recuperação do indivíduo ou controle da saúde da população.

Concordamos com Almeida e Rocha (1997, p.18), quando dizem que a enfermagem “é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde”. Ainda, poderíamos incluir a preocupação em proporcionar situações adaptativas ao indivíduo com relação à sua doença, isto é, um processo educacional, visto em seu sentido mais amplo, como um processo de construção de reajustes comportamentais, físicos, mentais e sociais que contribuíssem para o reconhecimento desta nova condição de vida.

Dentro da Enfermagem, a enfermeira realiza outra atividade além do **cuidar**. É o administrar que tem como finalidade imediata organizar e controlar o processo de trabalho e a mediata a de favorecer a ação de **cuidar** para atingir a cura.

O verdadeiro objetivo da Enfermagem, desde os tempos de Florence Nightingale, é o de colocar o paciente nas suas melhores condições de saúde, para que a natureza aja. Como já havia sido mencionado anteriormente, para que a enfermagem consiga ser ciência e arte, necessitou de alguns métodos que a auxiliasse, sendo o Processo de Enfermagem um deles, e aceito como a essência da Enfermagem.

Horta, em 1970, contribuiu para este desfecho, pois introduziu no Brasil uma nova visão de Enfermagem, ao preconizar a sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow. Buscando melhorar a assistência de enfermagem criou um método científico de trabalho denominado Processo de Enfermagem.

A enfermagem, segundo Daniel (1981), preocupada com o planejamento dos cuidados prestados por ela é apresentada como um **processo** ou **sistema**, que utiliza métodos, normas e procedimentos específicos, organizados e fundamentados com uma filosofia e objetivos definidos de enfermagem, visando conhecer e atender as necessidades básicas afetadas da pessoa humana. Tem o intuito de planejar a assistência da enfermagem preventiva, curativa e reabilitadora, ou ainda poderíamos acrescentar, promover a adaptação do indivíduo a situação de doença ou portador de limitações de saúde.

O Processo de Enfermagem é considerado como algo importante e valioso, porque a partir dele poderemos construir ações que auxiliarão o indivíduo no seu auto-cuidado, uma auto-educação num sentido mais amplo de se cuidar.

O propósito principal do uso do método científico no planejamento dos cuidados de Enfermagem é o de identificar os problemas encontrados pelos indivíduos carentes destes

cuidados, com suas necessidades básicas afetadas e prescrever ou recomendar especificamente o atendimento que se deve dar, buscando atender as reais necessidades do paciente, com um plano de cuidados que venha beneficiá-lo.

Para Horta (1979, p. 29),

enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torna-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

O Processo de Enfermagem, criado por Wanda Horta e adaptado a realidade social e política em que vivemos atualmente, é uma série de ações que tem como propósito da enfermagem, programar a assistência prestada ao indivíduo e a família. Obedecendo as seguintes fases:

- a) Anamnese e Exame Físico de Enfermagem;
- b) Diagnóstico de Enfermagem;
- c) Plano de Cuidados - Prescrição de Enfermagem;
- d) Avaliação - Evolução.

Enfatizamos que o Processo de Enfermagem tem implicações para a profissão como meio de programar a assistência para o paciente e família, visando à prevenção, conservação, promoção e adaptação da saúde do indivíduo; para o Enfermeiro, na valorização do seu processo de trabalho, a Enfermagem Pediátrica vem fazendo uso deste método para prestar o cuidado aos seus clientes.

Uma das definições de cuidar construída por um grupo de enfermeiros que participaram de um curso de extensão universitária o cuidado humano demonstra possuir forte influência de Wanda Horta.

Conforme nos relata Waldow (1998, p. 99), cuidar, significa: “[..] auxiliar alguém nas situações em que ela não consegue ou tem dificuldades para satisfazer suas necessidades biológicas, psíquicas ou sociais. Ensinando-a tornar-se independente, de acordo com suas possibilidades físicas, intelectuais e sociais”.

Outra definição mencionada pelo mesmo grupo é que o cuidar deixa de ser um procedimento e/ou intervenção para ser uma atenção/preocupação para com o outro. Algo que é feito junto, como um parceiro. Sendo evidenciado por Waldow (1998, p. 102), ao dizer que:

Cuidar é um ato consciente de amor, ajuda; é educar para a liberdade, auxiliar nas horas em que o sujeito necessita para voltar a caminhar sozinho; é respeitado pela individualidade como ser único e ser do mundo, que tem uma história e que faz a sua história colocando os seus conhecimentos, sua arte a serviço de quem dele necessita.

Concordamos com esta visão do cuidar e consideramos o cuidado como a essência da enfermagem e o fio condutor de todos os esforços para ajudar o homem a se recuperar de uma doença ou prevenir para que ela não se instale ou, ainda, criar meios para se adaptar a ela, isto é, se auto-cuidar.

Waldow (1998, p.103) entende cuidado como:

uma forma de relacionar-se com o outro, compreendendo a si mesmo e conseqüentemente o outro, respeitando a individualidade de cada um. Para prestar o cuidado é necessário que saibamos nos cuidar (amar) primeiramente. Se isso ocorrer, o cuidado ocorre com mais espontaneidade, simplicidade e acima de tudo, mais profundo e completo.

Ao falarmos de cuidado, concordamos com Boehs e Patricio (1990) quando mencionam que o cuidar, para Enfermagem, é compreendido de modo holístico, personalizado, o qual, além de colaborar com a cura, promove a saúde e auxilia o homem a se desenvolver com satisfação.

O foco da assistência prestada pela Enfermagem Pediátrica deve ser voltado para o cuidado, numa visão de indivíduo como um todo, com uma história de vida e que necessita compartilhar uma situação de doença na busca da saúde.

A Equipe de Enfermagem tem uma participação primordial, pois além do conforto assistencial, deve preocupar-se com o seu papel social, moral, emocional e espiritual. E ainda, visualizar aquele indivíduo/família com quem está interagindo como alguém que pode estar fragilizado, necessitando de vínculo, confiança, segurança, apoio, amor, carinho, compreensão e tranqüilidade.

Para Whaley e Wong (1989, p. 10):

[...] independente de onde as enfermeiras pediátricas atuem, sua principal preocupação é o bem-estar da criança e da família. [...] Como defensora da criança, a enfermeira utiliza seu conhecimento para adaptar sua assistência visando ao bem-estar físico e emocional de seu paciente.

Tobias (1986), enfatiza que devemos ainda ter em mente que a humanização da situação da família e da criança constitui arma eficiente contra a desumanização crescente de nossa era, representada pelo desenvolvimento de uma medicina mecânica e sem alma, podendo ser esse o primeiro passo para a recuperação global do pequeno paciente.

O impacto da hospitalização é uma situação difícil de ser suportada pela criança e pela família. A família pensa que não cuidou de seu filho o suficiente. Sente-se culpada. Esse sentimento de culpa é muito intenso, gerando uma ansiedade que pode ser deslocada e projetada em alguém. A equipe que atende essa criança com a devida atenção, pode ser questionada pelos pais quanto à forma adequada do atendimento ao seu filho. Essa mesma equipe tem que estar orientada para entender esta situação de inquietude dos pais.

Pode acontecer também de os pais não poderem ir ao hospital acompanhar seus filhos, pelos mais variados motivos. Não cabe à Equipe de Enfermagem julgar essa situação, porém entendê-la e auxiliá-los.

Para Zamo et al. (1997), a equipe de enfermagem tende a passar mais tempo junto à criança e à família, mais por força do volume de procedimentos executados. Daí a importância de se preparar esses profissionais na identificação de sentimentos de insegurança, de condutas que demonstram cansaço, irritação e que podem prejudicar o relacionamento de pais/crianças com a equipe.

Sempre que for realizar algum procedimento, os profissionais devem aproximar-se dos pais e da criança, explicando-lhes o que será feito, mesmo quando dolorosos e incômodos. Salientando que o procedimento será feito para o restabelecimento da saúde da criança. A presença e o conforto oferecidos pela equipe, irá encorajar a família e o paciente para enfrentar o procedimento.

Para Zamo et al. (1997), quando falamos em cuidar, em Pediatria, temos que pensar o processo de cuidar constituído de apoio emocional, escuta atenciosa, presença, proteção contra os desconfortos da instituição, que não se dissociam da prestação dos cuidados objetivos voltados ao corpo biológico e das terapêuticas específicas para debelar a doença ou

seu quadro de sintomas físicos.

Motta (1996, p.18) afirma que:

O cuidado e a ação educativa da equipe de saúde, adequadas à compreensão e às peculiaridades de cada criança, são fatores que auxiliam na adaptação ao hospital, favorecendo o relacionamento da criança com a equipe e estabelecendo um vínculo de confiança criança/família/ equipe.

A Enfermagem precisa estar ciente do seu papel de educadora no fortalecimento do vínculo pais/filhos, incentivando os pais a tomar seus bebês no colo, alimentá-los, higienizá-los, levá-los para brincar. Ao proporcionar-lhes tal encontro, os profissionais da enfermagem estão ensinando aos pais a prática da cidadania, e as crianças o direito ao amor, compreensão, segurança, nutrição, recreação, etc.

Contemplando esse mesmo assunto, Valle (1984) considera que a enfermeira vem se constituindo uma efetiva educadora em saúde e, em Pediatria, como educadora ela deve ter conhecimento das teorias de desenvolvimento infantil, programando atividades capazes de prevenir problemas da hospitalização, oportunizando à criança o melhor proveito desta situação. Segue dizendo que a enfermeira pode demonstrar seu verdadeiro papel de educadora em um ambiente hospitalar, através de informações e posturas adequadas, tanto para a criança como para os familiares e os outros trabalhadores de saúde.

Precisamos dividir com os pais a responsabilidade pela sua saúde, pela saúde de seus filhos e de sua família. Este envolvimento dos pais, na adoção desta prática, só será possível se adotarmos atitudes de educadores para a saúde nas nossas atividades diárias. Ajudando os indivíduos a desenvolverem suas potencialidades na construção de um entendimento da sua vida e do viver saudavelmente.

Concordamos com Mosquera e Stobäus (1984, p. 9), quando expressam que: “A educação para a Saúde deveria propiciar uma responsabilidade para cada ser humano como ator do seu próprio desempenho, no sentido de que seja responsável pela sua própria saúde e a dos que o rodeiam”.

Em Pediatria, ao interagirmos com a criança e a família no nosso dia-a-dia, estamos desenvolvendo educação para saúde.

3 HOSPITAL, PERMANÊNCIA CONJUNTA E APRENDIZADO

“OS HOSPITAIS

Estas casas comunais de doentes que funcionavam como substitutos da família, fazendo circular o mesmo olhar da compaixão (familiar)”.

Foucault (*apud* OLIVEIRA, 1993).

*“Fique certo de que há nesse amor
(entre pais e filhos) uma força e uma
benção a que não se arrancará mesmo
se for para muito longe [...]”*

(RILKE *apud* OLIVEIRA, 1993).

Segundo Silva (1999), no final do século passado, após a Proclamação da República, alguns médicos de prestígio na época começaram a substituir os religiosos, então provedores da instituição hospitalar. Desse modo, o hospital passa a ser uma empresa de serviço, da qual o homem depende para nascer, desenvolver-se, curar as suas doenças e morrer.

De acordo com Nakamae (1987), o hospital é o lugar privilegiado de atenção à saúde, pelas transformações dos procedimentos médicos, avanços técnicos e científicos e, igualmente, pela expansão das indústrias ligadas às estruturas hospitalares (farmacêutica, equipamentos, materiais de consumo). Converteu-se em opção de investimento, tomando a feição de uma grande indústria. A saúde tornou-se um produto (objeto de lucro) oferecido aos necessitados desta mercadoria.

Castillar (*apud* SILVA, 1999), em relação ao hospital enquanto instituição, diz que sua finalidade básica se constitui de atendimento, assistência em regime de internação com funções: prevenção, cura, reabilitação, ensino e pesquisa (área médica, de enfermagem e outras da saúde).

Essas organizações necessitam de serviços diferentes, executados por especialistas de diversas áreas, com formação universitária, nível técnico e outros tipos de treinamentos.

No hospital, entre as diferentes áreas de trabalho da saúde, os profissionais que mais mantêm contato com os pacientes e familiares são os da equipe de enfermagem. São eles que ouvem seus sofrimentos, dão os remédios, consolam, estimulam e esclarecem dúvidas.

Conforme Cursino (1992), é no início deste século, que a medicina começou a se preocupar com serviços especiais para assistência de crianças. Antes eram raros hospitais ou departamentos para elas, hospitalizadas em leitos ao lado dos adultos. Somente em Paris e em Londres, no início do século XIX, surgiram os primeiros hospitais infantis. Mais tarde, um foi inaugurado na Filadélfia, Estados Unidos.

Após a vinda dos colonizadores ao Brasil, foram criadas as Santas Casas, onde eram abrigados os doentes adultos e crianças.

A partir de 1832, é que foram criadas as primeiras Escolas de Medicina e a Pediatria esteve muitos anos exclusivamente nas mãos dos médicos de adultos.

A Pediatria, como campo individualizado de ensino e pesquisa, é recente. Somente em 1970, foi criado o Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Verificaram-se avanços no ensino e Assistência de Enfermagem Pediátrica e a criança doente passou a ser assistida globalmente: faixa etária, desenvolvimento neuropsicomotor e sua patologia.

Para Motta (1996, p. 5):

A infância é, para Rousseau, um período de grande exploração para a criança, em que a sua interação com o meio ambiente é um fator de fundamental importância na passagem para a vida adulta. O amor, a pureza e a liberdade que estimulam a criança na relação familiar, lhe oferecem subsídios para um trilhar confiante, criativo e equilibrado nos tortuosos caminhos do viver.

A hospitalização representa, para a criança, a separação do ambiente familiar e de tudo aquilo que ela conhece e compreende. Significa estar em um lugar hostil, fechado, cercado por pessoas estranhas a falar e se movimentar de um lado para o outro, afastada dos seus amigos e brinquedos, em um mundo novo e amedrontador.

Para Whaley e Wong (1989, p. 15), “[...] as necessidades essenciais das crianças, durante todos os estádios de desenvolvimento, são as necessidades físicas, biológicas e emocionais, incluindo amor, segurança emocional, disciplina, independência e auto-estima”.

Como essas necessidades são básicas para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança, segundo Tobias (1986), não poderiam ser interrompidas durante a hospitalização, devendo o hospital assumir papéis que ficam além de suas funções curativas e dar grande

importância a questões como brinquedo, relações com outras crianças e o prazer de viver na descoberta.

A hospitalização é quase sempre súbita e inesperada, gerando na criança e na família uma situação de crise emocional. Mesmo numa família estruturada, quando a criança adoecer, a família pode adoecer junto.

Issi (1989, p. 8) reforça que:

[...] a hospitalização provoca sensações de insegurança, seja pela separação do ambiente que lhe é familiar, pela ausência dos pais quando sua presença lhe é negada ou restringida, pelas alterações em hábitos cotidianos e individuais, ou ainda pela rotinas e procedimentos invasivos impostos pela situação de enfermidade, no que tange a diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A doença, na criança, é uma situação ameaçadora, incompreensível, podendo ser percebida até como um castigo. Os familiares sentem-se culpados, com medo, inseguros numa situação de doença.

Schimitz (1989) enfatiza a ansiedade que a hospitalização provoca nos pais, inibindo as ações de cuidado e afeto para com a criança, as quais lhe são conhecidas, dificultando a assimilação de novas ações inerentes ao tratamento. Os pais tornam-se mais indulgentes e a criança solicita mais sua presença e atenção, gerando uma grande necessidade de pais e filhos de estarem juntos.

Quando se adota a permanência dos pais junto à criança hospitalizada, deseja-se uma participação efetiva deles no cuidado à criança, além de manterem um relacionamento diário e contínuo com a Equipe de Enfermagem.

Issi et al. (1982, p. 86), também, consideravam importante essa integração ao propor alguns objetivos para a instalação do Sistema de Permanência Conjunta:

- a) evitar a separação criança/família;
- b) adaptar ambas a nova situação (hospitalização);
- c) reduzir o tempo de internação;
- d) ter os pais como participantes no tratamento e recuperação de seus filhos;
- e) educar a família para a saúde;
- f) proporcionar aos membros da equipe e aos alunos condições de ensino-aprendizagem de acordo com os valores do ser humano nessa importante fase do crescimento e desenvolvimento; e
- g) colaborar na dinâmica do atendimento da enfermaria.

Dentre as vantagens destacadas por Van Der Shyff (*apud* NEIRA HUERTA, 1984), quando os pais são envolvidos no cuidado de seu filho hospitalizado, podemos citar a oportunidade ideal para educar os pais.

Concordamos com as citações dos autores acima, e, reforçamos que este momento de hospitalização, pode proporcionar aos pais uma oportunidade bastante peculiar de apropriação, de conhecimentos fundamentais, que podem contribuir para melhoria da sua qualidade de vida e de sua família.

Atkinson e Murray (1989, p. 97) reconhecem a instituição hospitalar como um ambiente onde é possível a Educação para a Saúde, salientando que “quase todas as situações que envolvem a assistência a pacientes apresentam potenciais de ensino”.

Ao falarmos de internação pediátrica, devemos lembrar que a demanda dos atendidos nos hospitais infantis são, na sua grande maioria, crianças pequenas de até cinco anos de idade e que, muitas vezes, essas internações freqüentes, são provocadas por doenças evitáveis e que até poderão se repetir se não dermos alguns suportes educacionais para aquelas famílias. Portanto, parece-nos adequado enfatizar a importância do desenvolvimento de um processo assistencial educativo realizado pelos profissionais de enfermagem junto aos pais e às crianças durante as suas estadias no hospital.

Contemplando esta idéia, Eidt e Issi (1980) consideram que, o momento da doença pode tornar-se uma oportunidade para o aprendizado dos pais sobre saúde e para adquirirem habilidades e confiança no cuidado de seus filhos.

A família cria os filhos com amor, afeto, carinho, dedicação, sempre buscando conhecimento capaz de acompanhar seu crescimento e desenvolvimento. Numa situação de doença, os pais esquecem de si, perdem o contato com o seu mundo, afastam-se dos outros filhos.

Conforme Whaley e Wong (1999), os irmãos sadios experimentam a doença ou hospitalização de um irmão doente com reações de solidão, medo e preocupação, bem como raiva, ressentimento, ciúme e culpa. Relatam, ainda, que esses sentimentos podem ser potencializados por algumas situações como crianças menores experimentando muitas alterações; cuidados externos realizados por pessoas que não são parentes, recebimento de poucas informações sobre seu familiar, percepção de que os pais os tratam de forma diferente, quando comparado com o período anterior à hospitalização do irmão.

A enfermagem tem um papel importante de auxílio à família, esclarecendo as dúvidas sobre a doença da criança internada e orientando os pais da importância de manter os outros

familiares informados quanto à evolução da criança hospitalizada. Além de estimular a visitação dos irmãos sadios, para que todos, pacientes e familiares, não se sintam afastados.

Consideramos a visitação dos irmãos sadios ao irmão doente, no ambiente hospitalar, como um momento de compreensão da ausência dos pais e de esclarecimentos sobre a doença do irmão. Pois os pais deverão preparar essa criança sadia, sobre o ambiente hospitalar, bem como as reais condições de saúde do irmão doente, para que a mesma possa enfrentar o desconhecido de forma adequada.

Neira Huerta (1985) afirma que, na literatura, vários são os autores que enfatizam os benefícios que têm a presença dos pais junto aos filhos hospitalizados, tanto para a criança como para os próprios pais. Sua presença no hospital constitui o método mais efetivo para reduzir traumas psicológicos e emocionais decorrentes da hospitalização. Os pais têm a oportunidade de sentirem ajudando de uma maneira construtiva na recuperação do filho, o que provoca neles sentimentos de competência e realização.

Para que a criança saia do hospital com o mínimo ou nenhuma seqüela emocional causada pela hospitalização, assim como para que haja educação do paciente e sua família em relação à saúde acreditamos ser de extrema importância a adoção do Sistema de Permanência Conjunta.

Para concluir, gostaríamos de ressaltar que apesar dos questionamentos e estudos científicos que comprovam a importância dos hospitais adotarem o Sistema de Permanência Conjunta, somente em 1990, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, (Brasil, 1990), em seu Artigo 12, esse procedimento tornou-se lei, o que não significa seu cumprimento em todas as instituições hospitalares infantis.

SEGUNDA PARTE
A INVESTIGAÇÃO

4 METODOLOGIA

“A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados”

Minayo (1993, p. 15).

Neste capítulo, pretendemos elucidar como foi desenvolvido o **Suporte Teórico para o Entendimento da Metodologia da Pesquisa, os Objetivos** considerados, a motivação para a escolha da **Área Temática, as Questões Norteadoras da Pesquisa** que serviram como guia do estudo e o **Contexto da Investigação** onde foi realizada a pesquisa. Ainda, descreveremos os critérios aplicados para selecionar os **Sujeitos, os Instrumentos** adotados para coleta dos dados e **Procedimentos Metodológicos** utilizados para a implementação da pesquisa.

4.1 SUPORTE TEÓRICO PARA O ENTENDIMENTO DA METODOLOGIA DA PESQUISA

O propósito do presente trabalho, que nos dispomos a investigar é a permanência conjunta crianças/família e suas implicações educacionais, através da percepção de uma Equipe de Enfermagem num ambiente hospitalar. Optamos pelo emprego de um método do tipo qualitativo, de nível exploratório-descritivo, visto que este nos proporciona desvelar novas facetas da realidade estudada e sua vida de relações.

Para Triviños (1987), um estudo exploratório possibilitará ao investigador aprofundamento dos estudos, partindo de uma hipótese em busca de uma realidade específica. E a natureza descritiva, tem como foco essencial, o desejo de conhecer determinada comunidade, suas problemáticas, suas características, suas particularidades; pretende descrever os fatos e fenômenos estudados com exatidão.

Benoliel (*apud* POLIT, HUNGLER 1995, p. 269-270), ao caracterizar a pesquisa qualitativa, descreve como “modos de inquirição sistemática preocupados com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas transações consigo mesmos e com seus arredores”.

Dessa forma, procurando compreender o fenômeno estudado, fizemos a coleta dos depoimentos da Equipe de Enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica 10º andar – Ala Norte (10ºN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), bem como, mantivemos um contato direto e prolongado com o ambiente e a situação que estava sendo investigada.

A pesquisa qualitativa, segundo Bogdan e Biklen (*apud* LÜDKE, ANDRÉ, 1986), tem algumas características básicas: o ambiente natural como fonte dos dados e o pesquisador como seu principal instrumento; os dados coletados são predominantemente descritivos; a preocupação com o processo é muito maior do que o produto; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador; a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo.

4.2 OBJETIVOS

Levando em consideração o nosso trabalho no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), como Enfermeira Assistencial e, no momento, no cargo de Chefia de uma das Unidades de Internação Pediátrica, bem como o Referencial Teórico consultado, buscamos testemunhos na temática das percepções da Permanência Conjunta sob a ótica da equipe de enfermagem.

Assim posto, esta investigação tem como objetivos:

- a) conhecer as percepções da Equipe de Enfermagem no convívio diário com famílias acompanhantes de crianças hospitalizadas acerca da Permanência Conjunta;
- b) contribuir para o aprimoramento das ações educacionais desenvolvidas pelas Equipes de Enfermagem, no Sistema de Permanência Conjunta Pais/Filhos das unidades de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.3 ÁREA TEMÁTICA

A motivação para a realização deste estudo está intimamente ligada à nossa condição de Enfermeira Assistencial e membro de uma equipe de enfermagem, vivenciando esta realidade, bem como escutando relatos de pais que acompanham seus filhos hospitalizados. Sabemos que, em alguns hospitais, ainda, não é permitido aos pais permanecerem junto aos seus filhos, quando estes, encontram-se hospitalizados, para que estes relatos aqui apresentados sirvam de subsídios para que, outros hospitais passem a implementar o Sistema de Permanência Conjunta, também nos motiva a investigar o tema.

A partir das considerações contidas no Referencial Teórico e observadas na nossa prática diária na enfermagem, acreditamos ser o tema proposto para essa pesquisa plenamente justificado e de alta relevância, visto que, a participação dos familiares na assistência à saúde da criança que se encontra hospitalizada é muito importante e deveria ser uma prática em todos hospitais e serviços de saúde. Além disso, conhecer o que os profissionais da enfermagem pensam, sentem e desenvolvem na permanência conjunta, podendo repercutir em readequações necessárias a esta prática de cuidado à criança e à família.

Portanto, configura-se a Área Temática dessa pesquisa da seguinte forma: **Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o tema permanência conjunta e suas implicações educacionais.**

4.4 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA

As Questões Norteadoras da pesquisa são um possível guia de estudo. Nesta pesquisa, adquirimos conhecimentos que possibilitaram um aprofundamento e compreensão da temática Permanência Conjunta. Dessa maneira, as questões norteadoras desta pesquisa ficaram assim definidas:

- a) Como a Equipe de Enfermagem percebe a Permanência Conjunta?
- b) Quais as implicações educacionais na Permanência Conjunta?

4.5 O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Internação Pediátrica 10°N (UIP 10°N), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a qual faz parte das Unidades de Internação Pediátrica (UIP), de um grande hospital geral. Nesta UIP, são internadas, preferencialmente, crianças entre dois meses e cinco anos de idade, em Sistema de Permanência Conjunta.

Os pais são incentivados, pela equipe de saúde, a permanecerem com seus filhos na UIP 10°N, dando-lhes apoio e auxiliando na assistência a eles prestada, durante as vinte e quatro horas do dia. O livre acesso dos pais a essa Unidade se dá através de dois cartões especiais, nominais, que são fornecidos aos mesmos no momento da hospitalização da criança.

É estipulada uma hora diária para a visita de outros familiares, que não os pais, além da liberação para a visita de crianças, como, por exemplo, irmãos, primos, amigos.

As crianças são assistidas por uma equipe de saúde, composta pelos seguintes profissionais:

- a) Equipe Médica: médicos assistentes, residentes e contratados;
- b) Equipe de Enfermagem: enfermeira chefe de unidade, enfermeiras de unidade e auxiliares de enfermagem;
- c) Equipe de Nutrição: nutricionistas, técnicas de nutrição e atendentes de nutrição;
- d) Equipe de Recreação: recreacionistas;
- e) Equipe de Apoio: assistente social, pedagoga, psicóloga, secretária, mensageiro;
- f) Equipe de Higienização: supervisora de higienização, auxiliar de higienização.

4.6 SUJEITOS

Os sujeitos desta pesquisa foram intencionalmente escolhidos entre os membros da Equipe de Enfermagem (enfermeiras e auxiliares de enfermagem) da Unidade de Internação Pediátrica 10°N do HCPA, atendendo critérios previamente estabelecidos.

Os critérios que utilizamos para selecionar os sujeitos que participaram do estudo foram os seguintes:

- a) estarem no exercício da função, nesse local, há pelo menos 2 anos;
- b) não exercer cargo de chefia da unidade;
- c) apresentar receptividade e disponibilidade em participar do estudo;
- d) aceitar participar do estudo (conforme Termo de Consentimento - Apêndice A).

Esclarecemos que escolhemos o critério de dois anos no exercício da função, por acreditarmos ser esse um período mínimo que o sujeito necessita para ter, realmente, uma vivência na área em estudo, ou seja, vivenciar a dinâmica da Unidade em que trabalha, conhecer completamente as finalidades e objetivos da unidade e, sem dúvida, poder responder adequadamente sobre o tema. Além de não se encontrar em período probatório, o que poderia provocar receio, medo e inibição nos entrevistados.

O critério estabelecido previamente quanto ao sujeito não exercer o cargo de chefia de unidade, dá-se pelo fato de que a enfermeira ocupante do cargo conhece, pelo menos teoricamente, todos os aspectos filosóficos da instituição e isso poderia mascarar os dados encontrados.

Quanto aos critérios de receptividade, disponibilidade e aceitação em participar do estudo, são para nós vitais, pois acreditamos que a opção de participar ou não de uma investigação dessa natureza é fundamental para a sua qualidade.

Após o levantamento dos possíveis sujeitos da pesquisa, a partir dos dois primeiros critérios estabelecidos, fez-se um convite individual para cada um, a partir de um contato direto e verbal. Dos trinta e oito sujeitos que atendiam aos critérios da pesquisa, apenas dezessete participaram das entrevistas, sendo cinco Enfermeiros e doze Auxiliares de enfermagem. No final, permaneceram os dezessete sujeitos.

4.7 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, este estudo utilizou dois instrumentos: a ficha informativa e a entrevista.

Olabuenaga e Ispizua (1989, p. 126) afirmam que: “Na entrevista, o investigador busca encontrar o que é importante e significativo na mente dos informantes, seus significados, perspectivas e interpretações, o modo que eles vêem, classificam e experimentam seu próprio mundo”.

4.7.1 Ficha Informativa

Nessas fichas, foram coletados os dados que possibilitaram a obtenção do perfil demográfico dos sujeitos participantes. Reunindo questões relativas à situação profissional, dados pessoais, formação, atividades profissionais (Apêndice B).

4.7.2 Entrevista

Para Triviños (1987, p.146): “a entrevista semi-estruturada ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com os membros da Equipe de Enfermagem, Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagens da UIP 10^oN do HCPA (Apêndice C).

As entrevistas realizaram-se no próprio local de trabalho para os membros da Equipe de Enfermagem.

4.8 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Partindo do Referencial Teórico e, na constante busca de encontrar respostas às questões norteadoras deste estudo, várias foram as etapas percorridas para o desenvolvimento da pesquisa, descreveremos a seguir como passos de investigações:

1^a etapa: Comunicação da Pesquisa para aprovação pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (Comissão Científica) do HCPA. Concomitantemente, contatamos com a Chefia de Serviço de Enfermagem Pediátrica para expor o projeto e obter seu consentimento.

2^a etapa: Com a aprovação pela Comissão Científica do HCPA, contatamos com a Chefia da UIP 10^oN e fizemos o levantamento de possíveis sujeitos.

Com o devido esclarecimento da pesquisa, primeiramente participando de uma reunião com os enfermeiros da unidade e, posteriormente, de algumas reuniões com a Equipe de Enfermagem dos turnos de trabalho. Nestas reuniões além de esclarecermos sobre a pesquisa, já fazíamos um convite coletivo para participarem do estudo. Após este primeiro contato, começamos a freqüentar a Unidade de Internação Pediátrica 10^oN nos seus variados turnos (manhã, tarde, noite 1, noite 2 e noite 3) para aproximação com os sujeitos e início das entrevistas propriamente ditas.

Dos trinta e oito membros da equipe de enfermagem que preenchiam os dois primeiros pré-requisitos para participarem da pesquisa como sujeitos, foram entrevistados dezessete, os demais não participaram. Realizamos duas tentativas de aproximação com cada um dos possíveis sujeitos. Alguns mencionaram que tinham interesse em participar. Outros não estavam disponíveis naquele momento da coleta de dados pelos mais variados motivos: unidade movimentada, pacientes que necessitam de bastante cuidado, folga, férias, trocas de turno de trabalho, entre outros.

3ª etapa: A Coleta de Dados. Segundo Triviños (1987, p. 137):

O processo da pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, parceladas, estanques. Ela se desenvolve em interação dinâmica, retroalimentando-se, reformulando-se constantemente, de maneira que, por exemplo, a Coleta de Dados num instante deixa de ser tal, e é Análise dos Dados, e esta, em seguida, é veículo para nova busca de informações.

Conforme Lüdke e André (1986), a entrevista pode ser considerada um dos instrumentos básicos para a coleta dos dados, desempenhando um importante papel nas atividades humanas. Tem um caráter de interação, ocorrendo numa atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Segue, ainda, inferindo que a entrevista semi-estruturada se desenvolve a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que as necessárias adaptações sejam feitas pelo entrevistador. Algumas exigências e cuidados devem ser adotados pelo entrevistador, como um grande respeito pelo entrevistado, pela sua cultura e valores. O entrevistador deve estar atento e estimular o fluxo natural das informações por parte do entrevistado, garantindo um clima de confiança, proporcionando ao informante vontade para se expressar livremente.

Chegávamos na Unidade de Internação Pediátrica, nos dirigimos a enfermeira questionando a movimentação da unidade e após procurávamos pelos sujeitos que poderiam participar da pesquisa nas suas respectivas enfermarias ou posto de enfermagem. Antes do início propriamente dito da entrevista, houve um rápido diálogo entre entrevistado e entrevistador esclarecendo novamente a finalidade e objetivos da pesquisa, o termo de consentimento, reforçando a manutenção do sigilo e anonimato das informações, bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas. Solicitávamos a permissão dos sujeitos para gravar as entrevistas, com que todos concordaram.

O início da coleta de dados deu-se com a aplicação dos instrumentos da pesquisa. As entrevistas com a Equipe de Enfermagem ocorreram em seu local e horário de trabalho, com exceção de um entrevistado que optou por participar da entrevista fora do seu horário de trabalho, sendo essa marcada no horário mais adequado a ele na referida instituição de saúde. As entrevistas foram realizadas conforme a disponibilidade e interesse dos sujeitos em participarem, procurando a autora encontrar-se na Unidade de Internação Pediátrica no horário mais adequado para realização da pesquisa, no período de setembro a novembro de 1999. O tempo de duração das entrevistas foi de 20 a 60 minutos.

Iniciamos a coleta de dados pela Ficha Informativa. Esta estratégia foi utilizada para quebrar a inibição do entrevistado causada pela presença do gravador. Quando entrávamos na entrevista propriamente dita o clima era mais descontraído, possibilitando a espontaneidade nas respostas. Cabe salientar que o Termo de Consentimento era apresentado no início das entrevistas, e que a grande maioria dos sujeitos foram logo assinando.

Na maioria das entrevistas sentimos um clima de espontaneidade, confiança e cordialidade. Ocorrendo, em algumas delas, da conversa se estender por mais algum tempo após desligarmos o gravador. E até, mesmo no dia seguinte a entrevista com determinado sujeito, o mesmo vir procurarmos para acrescentar ou comentar determinado assunto da entrevista.

As entrevistas foram gravadas com o intuito de dinamizar o processo de coleta dos dados e registrar todas as informações orais transmitidas pelo entrevistado, possibilitando ao entrevistador observar as expressões faciais, os gestos, postura, que puderam ser registradas imediatamente após o término da entrevista ou no momento da transição das fitas, quando consideradas relevantes.

Ao término das entrevistas com a Equipe de Enfermagem, iniciamos a análise dos dados.

4ª etapa: Análise dos Dados. Na nossa pesquisa, com abordagem qualitativa, ao analisarmos os dados, segundo Lüdke e André (1986, p. 45), buscamos: “Trabalhar todo o material obtido durante a pesquisa [...], a análise está presente em vários estágios da investigação, tornando-se mais sistemática e mais formal após o encerramento da coleta de dados”.

Para Triviños (1987), a utilização do método Análise de Conteúdo possibilita uma análise das atitudes, intenções, valores, crenças e motivações a partir do desvelamento das ideologias que não aparecem com a devida clareza a olho nu.

A Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1995) está organizada em três fases: na **primeira fase** de pré-análise, ocorre a organização do material e realização de uma leitura flutuante do material obtido; na **segunda fase**, de descrição analítica, o material é submetido a um estudo aprofundado e orientado pelas Questões Norteadoras e o Referencial Teórico, em que se realiza uma categorização auto-excludente, por temas semelhantes, isto é, de sentido e texto semelhantes, através de frases e parágrafos oriundos das falas dos entrevistados; na **terceira fase**, de interpretação referencial, apoiada nos materiais de informação, alcançou-se sua maior intensidade, desvelando o conteúdo latente, destacando as informações mais importantes para a análise e a inferência finais.

Por entendermos como apropriado a Técnica de Análise de Conteúdo para alcançarmos a compreensão da Permanência Conjunta sob a perspectiva da equipe de enfermagem, optamos por utilizar como referência, este método, proposto por Bardin (1995) e as etapas de análise descritas por Moraes (1999).

Na nossa investigação, os dados coletados a partir das entrevistas foram primeiramente transcritos, na íntegra. Após, realizamos leituras e releituras, buscando uma melhor **impregnação** no seu conteúdo. Utilizamos como técnica, o ler e reler todo o tipo de informação escrita, seguindo Bardin (1995), na sua primeira e segunda fase. A seguir os dados foram submetidos a descrição analítica possibilitando-nos reunir os temas semelhantes num sistema categorial.

Para facilitar a compreensão do método empregado descreveremos os passos e procedimentos adotados para análise, segundo Moraes (1999):

- a) preparação das informações: inicialmente de posse das entrevistas transcritas, lemos atentamente o material e o codificamos numericamente, para que nos proporcionasse um retorno às entrevistas na sua íntegra, sempre que precisássemos;

- b) unitarização ou transformação do conteúdo em unidades: nesse momento, realizamos uma releitura para definir as unidades de análise, aqui também denominadas unidades de registro ou de significado, que em nosso caso constituí-se em frases ou parágrafos retirados das respostas dos entrevistados. Nesse processo de codificação do material, teve-se o cuidado de manter a compreensão e significação do contexto original;
- c) categorização ou classificação das unidades em categorias: a terceira etapa da análise dos dados constitui-se num processo de sistematização e agrupamentos das unidades de significado. Utilizamos os critérios semânticos originando assim as categorias temáticas;
- d) descrição dos resultados: nessa etapa, procuramos construir um texto síntese que apresentasse os aspectos mais significativos presentes em cada categoria. Podendo ser considerado como o momento de comunicação da captação e intuição dos significados expressos pelos entrevistados, nas mensagens analisadas;
- e) interpretação dos dados: essa etapa constituiu-se como um momento de movimentação circular na busca da compreensão do texto, ora à luz da fundamentação teórica, ora a partir dos resultados encontrados. É um movimento de aprofundamento dos conteúdos, buscando a interpretação dos conteúdos manifestos e latentes no discurso dos sujeitos. Cabe destacar que não realizamos essa etapa.

As percepções da Equipe de Enfermagem acerca da Permanência Conjunta estão apresentadas sob a forma de descrições e compõem o capítulo que segue.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

“O ato de conhecer, no seu primeiro impulso é uma descoberta plena de incerteza e de dúvida. Sua raiz é o julgamento desconfiado, seu sucesso, um acesso verificado”.

Lukács (*apud* MINAYO, 1993)

A análise e discussão de dados deste estudo serão apresentadas neste capítulo sob a forma de descrição. Os dados foram analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo. As unidades de significado, que emergiram da exploração das entrevistas, foram agrupadas em categorias.

Com o intuito de proporcionar um contato mais íntimo com os sujeitos da pesquisa, várias falas foram incluídas nas categorias.

Os dezessete sujeitos da pesquisa, além da entrevista, preencheram uma Ficha Informativa (Apêndice D).

Queremos salientar que, neste capítulo, as letras AE referem-se à palavra Auxiliar de Enfermagem e E à palavra Enfermeiro. Enquanto o algarismo que acompanha a letra refere-se ao número do sujeito do estudo.

Também, esclarecemos que para mantermos o anonimato, em determinadas situações, manifestadas pelos sujeitos optamos por utilizar esta sigla (**) e para salientar falas por nós acrescentadas para esclarecimento de alguma informação, utilizamos (**negrito entre parêntese**) quando necessário.

A seguir, as categorias com suas respectivas subcategorias.

5.1 OPÇÃO EM PEDIATRIA

A primeira categoria refere-se aos aspectos relativos à opção pela área de Pediatria, em que os sujeitos manifestaram a escolha profissional por gostarem de criança, com maior quantidade de respostas, e pela oportunidade de emprego, bem como pela proximidade com a área de ensino, isto é, por gostar de educar.

Passaremos agora a apresentar as subcategorias, relatando pelo menos duas falas, escolhidas como as mais representativas, procurando diversificar entre os entrevistados.

5.1.1 Gostar de criança

Nos relatos da Equipe de Enfermagem, apesar dessa opção ter ocorrido de diferentes maneiras, destacamos aqui que a maior ênfase foi dada pelos entrevistados no sentido de, como profissionais, gostarem de trabalhar com criança, como nos demonstram as falas dos oito sujeitos, sete auxiliares de enfermagem AE1, AE3, AE5, AE6, AE9, AE10, AE11 e um enfermeiro E3.

Alguns mencionam que nunca vacilaram ou pensaram em trabalhar com adulto, como é o caso do entrevistado AE5, que não queria trabalhar com adulto, mas quando chegou no estágio de Pediatria do curso de Auxiliar de Enfermagem, menciona que

[...] quando eu fui para Pediatria [...], eu me apavorei de ver o pessoal punccionando uma criança, eu me apavorei de ver aquela fincação de Buterfly na cabeça [...]. Quando eu terminei o tempo de curso, tive que optar entre o estágio lá na Pediatria e o adulto, eu quis ficar lá, eu pedi. Foi só o susto do primeiro momento de nunca ter visto [...].

Já AE1 diz que tinha isso bem definido durante o curso, pois

[...] eu gosto muito de criança, eu me relaciono bem, tem um lado meu muito brincalhão, infantil, e eu gosto disso”, e ainda completa “[...] a gente vê ao longo do curso que a maioria dos colegas não desejam a pediatria, normalmente as pessoas tem um bloqueio porque vai judiar das crianças, então eu achava assim, alguém tem que fazer esse serviço, alguém tem que optar por Pediatria.

AE10 destaca que “[...] sempre quis criança para atender, eu que escolhi [...]”.

Achamos importante destacar a fala, haja vista que a entrevistada menciona, posteriormente, que escolheu enfermagem aos quatorze anos de idade, quando foi realizar

uma cirurgia de coluna num hospital de freiras, numa Casa de Saúde, onde vivenciou uma situação de internação. Conta que uma freira chegou em seu quarto, pois seu pai tinha convênio e portanto direito a um quarto sozinha, e convidou-a para passear dizendo “[...] vamos passear, mas deixa a mãe”. Ela que não gostava de se afastar da mãe, nem deixando-a passear no corredor, tendo a mãe que permanecer por quinze dias sem sair de dentro do quarto, pois queria a mãe junto dela o tempo todo. Aceitou o convite para o passeio e foi passear, “[...] saí feliz da vida porque ia passear com ela”. Diz que apesar de já ter quatorze anos de idade na época, considerava-se ainda uma criança. Descreve a situação gesticulando com o corpo todo e delimitando os espaços, além de repetir dados da informação, mais de uma vez. Conta com detalhes como ocorreu a situação:

Aí ela me colocou numa salinha quase igual a essa aqui, não disse nada, somente, tira a roupa e sobe naquela maca, bem assim, aí eu subi, vira para o canto, aí eu virei. Era para fazer o enema. Eu não sabia para que era, quando ela introduziu, que eu senti, e eu: ué introduziram alguma coisa. Aí olhei para trás, era um látex, não esqueço da cor, amarelo escuro, e subia assim (ela gira com o corpo para mostrar) e na mão dela tinha um jarro de louça, naquela época era uns jarros de louça com a beirinha azul, eu nunca esqueço esse jarro

E continua,

[...] Aquilo foi cruel! Acho que assim até uma criança grandinha, quando tu vai puncionar, tu vai levar o material, tem que dizer. Aquilo ali me marcou olha quantos anos, mais de 30 anos e eu lembro direitinho, não lembro quase a fisionomia da pessoa, mas o jarro [...], [...] mas lembro que era assim, alto assim (e ergue o braço demonstrando), embaixo tinha um caninho, que eles botavam o látex, o látex era amarelo, o jarro era branco, com bordas azul bem forte’.

Diz, ainda, que, ao retornar para o quarto, ficou quieta e sua mãe perguntou o que havia ocorrido, mas ela não dizia o que era. Contou o ocorrido para a mãe após a cirurgia e disse: “*Eu vou fazer enfermagem e vou trabalhar com criança para sempre explicar o que vai ser feito antes. Aquilo me marcou, se eu fechar os olhos eu enxergo o jarro direitinho*”.

De modo geral, todos os entrevistados reforçam o quanto gostam de trabalhar com crianças, pois consideram como algo gratificante, alguns até mencionam que sentem falta quando não estão trabalhando, porque se apegam às crianças, adoram a pediatria, estão contentes no seu trabalho.

5.1.2 Oportunidade de emprego

Outro aspecto ressaltado pelos sujeitos é a oportunidade de emprego que ocorreu de modo peculiar para seis entrevistados, sendo quatro auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras.

Três entrevistados, E2, E5 e AE12, que optaram por Pediatria relatam que não tinham isso bem definido, mas como esta tinha sido a primeira proposta de emprego, que haviam recebido aceitaram.

AE12 diz:

*[...] eu tinha dúvidas, no início, se eu queria trabalhar na área com adultos ou pediatria. Ai, quando o (**) me chamou, lá só era pediatria praticamente e casualmente, eu peguei crianças assim numa idade que, hoje eu gosto de trabalhar que era praticamente, três meses até quatro/cinco anos, então, eu me adaptei super bem.*

E2 diz que:

*Quando eu me formei, era recém formada, não tinha experiência nenhuma, tinha largado o meu curriculum em vários hospitais, inclusive no (**), que é hospital pediátrico, fui chamada no (**) e comecei a trabalhar e vi que me identifiquei mais com a Pediatria do que trabalhar com adulto. E desde então, eu só trabalho com Pediatria [...].*

Já para outros três entrevistados, AE2, AE7 e E1, observa-se uma associação da primeira proposta de emprego com experiência ou vivências anteriores com a área de Pediatria.

AE2, ao falar da sua escolha diz: “*eu levei um choque, tinha uma fila enorme atrás de mim [...]*”, a mesma estava numa fila, para se inscrever no processo seletivo para o cargo de Auxiliar de Enfermagem, seu atual emprego, e apesar de já ter preenchido os dados do requerimento, não havia observado que precisava optar entre a Área de Pediatria ou Adulto, relatando que:

[...] eu tinha que decidir naquele momento entendeu, e eu nunca tinha trabalhado, o meu estágio de Pediatria foi super fraco e eu achei horrível, achei o lugar super sujo, morri de pena das crianças sabe, aí eu respondi Pediatria, sabe, não sei bem como. Daí cheguei em casa e disse para o meu marido, eu acho que errei porque eu disse Pediatria, eu acho que não quero.

Conta que o marido sugeriu que ela se inscrevesse novamente para área de Adulto e, no dia, optasse por qual concurso iria fazer; e ela prossegue, “*eu pensei naqueles dias, e disse não, acho que se foi aquilo que eu escolhi na hora é porque é para ser. Daí, entrei*”.

Para os outros dois entrevistados, a oportunidade de emprego deu-se a partir de um convite. No caso de AE7, foi via carta, endereçada ao curso de auxiliar de Enfermagem que cursava na época, convidando os futuros Auxiliares de Enfermagem para trabalharem em determinado hospital. Já E1 recebeu um convite pessoal. Ambas, nos seus relatos, mencionam uma peculiaridade. AE7 diz que não teve muito contato com criança no seu estágio, considerava ter tido pouquíssimo contato com criança, tendo noção de Pediatria quando começou trabalhar. Já E1 nos relata que:

Na verdade, eu não optei. Quando eu estava no andar de adulto em que trabalhava uma oportunidade e uma pessoa veio me convidar e eu achei interessante mudar de área, porque, na Faculdade, eu gostei muito da cadeira de Pediatria, mas, na verdade, foi uma coincidência, não foi uma escolha própria, eu tenho que trabalhar em Pediatria. Aconteceu, eu fui, gostei e fiquei na Pediatria.

5.1.3 Gostar de educar

Parece fundamental assinalar as alusões sobre o gostar de ensinar enfatizado por três entrevistados, dois Auxiliares de Enfermagem e uma Enfermeira, quando questionadas sobre a opção pediatria.

O sujeito E4 lembra que: “*[...] durante o meu tempo de escola, eu dei aula, principalmente, aula de matemática, mas lógico, para as primeiras séries e sempre gostei muito de lidar com crianças*”. Conta-nos que dava aula particular, de reforço, para os alunos que estavam indo mal no colégio, sempre para as 3^a e 4^a séries, tinha até 6 alunos. Diz ainda “*[...] trabalhava com adulto, mas em função de já ter essa pequena experiência e gostava, eu*

acho que tinha uma troca boa, eu disse que, na primeira oportunidade que tivesse, eu gostaria de trabalhar em pediatria”.

A sujeito AE4 conta-nos que: *“sempre gostei de pequeninhos, e até meus 15, 16 anos eu pensava que ia ser professora, era meu sonho ser professora e estou quase chegando lá porque fiz vestibular para Pedagogia e passei [...].*

A proximidade da profissão que já exercia, fez com que AE8 optasse pela Pediatria, conforme relata-nos, *“[...] a necessidade de trabalhar em algo que me desse sustento maior e, sempre, em contato com a criança, porque já trabalhava com escola, criança pequena. Daí eu tive vontade de trabalhar em hospital também, com criança também”.*

5.2 PERCEPÇÕES DO SEU TRABALHO EM PEDIATRIA

Os profissionais de enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica que participaram da pesquisa falaram-nos sobre o seu trabalho em Pediatria, emergindo assim a segunda categoria. Narram-nos como sendo algo que lhes traz satisfação profissional, satisfação pessoal e conflitos profissionais e pessoais.

Procuraremos, em cada uma dessas subcategorias, apresentar pelo menos duas falas escolhidas, como as mais representativas, por destacarem o pensamento de outros participantes.

5.2.1 Satisfação profissional

Na visão de nove entrevistados, sendo cinco auxiliares de enfermagem e quatro enfermeiros, observamos que quatro deles: E4, E5, AE2 e AE10, se vêem como bons profissionais, se vêem como bem integrados nas suas atividades, como nos relata E5:

Olha me vejo como uma pessoa integrada, na minha Unidade de Trabalho, eu me sinto super à vontade, eu acho que eu tenho um bom manejo com a criança, me sinto à vontade com bebê, gosto de pegar no colo, de dar mamadeira, de fazer aquelas coisas que acho que são importantes para a criança pequena, mas também me sinto bem à vontade para fazer procedimentos, apesar de às vezes ficar com pena, mas acho que é importante para criança, apesar de ver a criança chorar, aquela coisa toda, e acho também que eu tenho um bom relacionamento com a minha equipe, me sinto bem a vontade para fazer as colocações, e a impressão que eu tenho é que o pessoal gosta de trabalhar comigo, é a impressão que eu tenho.

AE2 diz que:

Eu me vejo assim, bem organizada, eu gosto de coisas tipo assim bem organizada [...], quando eu estou entrando, não tenho medo sabe, [...] esses dias eu estava conversando com uma prima, eu disse é uma coisa assim que tu nunca sabe o que vai acontecer e quando vai acontecer, está tudo bem daqui a pouco alguém piora, mas assim, tinha medo antes, desse tipo de coisa, quando eu não tinha experiência, hoje eu não tenho mais. Acho que sou carinhosa com as crianças, assim gosto de crianças, com as mães, me dou super bem com os familiares. Uma coisa assim que eu acho bem difícil é lidar com eles, mas eu consigo, me vejo assim conseguindo lidar com situações assim que [...]. Sou responsável, chego no horário, não me atraso, nunca me atrasei, nunca faltei, sei lá. Com os colegas, eu gosto do pessoal, gosto da Unidade, agora à noite está [...], [...] está um pouco mais difícil, porque tu está entrando, mesmo que tu já conheça às pessoas é diferente, de tarde assim eu estava em casa, agora eu estou tentando furar a casca, que é uma coisa que as pessoas criam, assim, mas eu acho que estou conseguindo sabe. Tive algumas dificuldades, pedi ajuda para a chefia, conversei com elas (as enfermeiras), e está, que estou conseguindo.

Outras três entrevistadas, AE1, AE3 e AE11, também, se vêm bem nas suas atividades, mas consideram-se em constante aprendizado, procurando estar sempre melhorando, como nos relata AE11:

Olha, eu tenho uma mania de ser muito perfeccionista, às vezes, até me atrapalho em função de querer fazer as coisas perfeitas demais. Eu acho que eu sou um bom profissional. Não vou dizer ótimo, porque tenho muita coisa para aprender e acho que é isso aí, que o ótimo é uma coisa meio distante. [...] nessa área, a gente sempre tem coisas novas para ver, para conhecer, tem muita coisa que eu não vi ainda [...] eu acho assim que eu sou uma boa profissional, eu procurava fazer o melhor que eu posso, acho que às vezes o tempo é um pouco curto, talvez até por eu querer fazer perfeito demais, sabe, me atrapalho em função disso. Quanto o resto, acho que é uma coisa boa o que faço (risos). Tento fazer o melhor sempre.

E2 e E3 dizem que também se vêm bem, mas demonstram preocupação com o aprendizado, como demonstram suas falas. E3:

Eu acho assim, que eu me sinto segura quando realizo um procedimento, quando eu entro numa atividade, quando eu estou trabalhando, a única coisa que, na parte científica, assim cursos, que eu estou um pouco parada [...] como profissional eu me sinto segura, eu realizo o que faço com segurança, o dia-a-dia, no batente assim.

E2:

Com certeza, bem melhor. Porque quando tu te forma, tu tens expectativas que, nem sempre são compatíveis com a realidade [...] hoje, eu me vejo assim, uma pessoa com mais maturidade para trabalhar, adoro trabalhar na pediatria, mais tranqüila em função dessa segurança, desse tempo que eu estou trabalhando e pretendo, assim, acho que agora eu estou mais estabilizada, pretendo ampliar esses meus conhecimentos através de cursos, pensando até em fazer o mestrado.

Observa-se, nos relatos dos sujeitos, que estes fazem uma avaliação positiva, sentem-se bons profissionais, integrados nas suas atividades. Outros, apesar de também sentirem-se bem, acham que o trabalho é um constante aprendizado; outros vão além, vêem-se bem só que gostariam de aprender mais.

5.2.2 Satisfação pessoal

Quanto à satisfação pessoal relatada por cinco entrevistados, sendo todos Auxiliares de Enfermagem, AE5, AE6, AE8, AE9, AE12, encontramos as seguintes constatações: AE8 afirma: “*como eu me vejo, olha, eu não sei se eu me vejo, mas eu procuro fazer o melhor possível, me doar o máximo possível. Me vejo assim, me doando*”.

AE9 diz:

Olha, eu me vejo como uma mãezona. Me vejo como uma psicóloga, sem querer, porque as mães vêm para a gente desabafar. Muitas vezes, coisas íntimas que, às vezes, tu fica surpresa. Não sei se é porque sou mais velha, de repente, talvez transmito essa coisa de mãe, sem eu querer. Então, às vezes, eu me surpreendo, até fica meio pesado para mim, porque enfrento problemas que vêm e tu não pode resolver. Mas tu dá sempre uma palavrinha amiga, uma coisa, também, esse lado é gratificante.

AE5 relata que “[...] *no serviço que eu faço, eu faço com vontade, estou feliz com o que eu faço, gosto dos pacientes. Eu sei que os pacientes, as crianças me adoram também, os*

maiores e os menores, me dou super bem [...] Estou fazendo o que realmente eu me formei para fazer”.

Observa-se, nos relatos dos cinco sujeitos desta subcategoria, uma satisfação pessoal dos profissionais. Visualizam-se, doando-se como uma mãezona, informando os pais, fazendo as coisas com vontade, sentindo-se feliz, super bem e mais humano.

5.2.3 Conflitos pessoais/profissionais

Nesta subcategoria, composta pela fala de três entrevistados, uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem, E1, AE4 e AE7. Constatamos que uma delas vê-se frustrada por não ter se especializado e, ao mesmo tempo, contente porque o principal está fazendo, como nos conta E1:

Se eu voltar para o passado um pouco, eu fico um pouco frustrada, eu gostaria de ter estudado mais, me especializado. Em termos de saber um pouco mais das áreas que eu trabalho, ou seja, agora, na pediatria. Mas a vida aconteceu assim, as coisas aconteceram. [...] No começo, porque eu estava cansada de estudar e aí eu quis dar uma parada; depois, tudo exigia um pouco de dinheiro, e eu, sei lá, não quis estudar logo, aí o tempo foi passando; depois, eu deixei um pouco a enfermagem e, depois, eu tive filhos e aí não consegui. Aí eu queria deixar em primeiro lugar a minha família, então, é mais prático assim [...]. Por outro lado, eu me sinto bem porque eu acho que o reconhecimento vem do próprio paciente ou da família, no caso de criança, que tu vê que eles estão contentes com o teu trabalho, na maioria das vezes. Então eu acho que por um lado, eu tenho essa frustração, por outro lado, eu me sinto contente porque o principal eu estou fazendo.

Outro nos diz que se sente realizada em trabalhar naquele local, comenta que recebeu proposta de transferência e aumento de salário, mas preferiu ficar porque gosta muito daquele local. Demonstra preocupação em fazer tudo certo, cobrando-se bastante.

AE7 afirma:

[...] eu acho, eu me sinto realizada aqui, eu gosto de trabalhar aqui, eu não posso nem me lembrar de ir para outro lugar trabalhar. [...] foi a primeira experiência de trabalho aqui [...]. Eu me preocupo muito se vou fazer alguma coisa errada, eu estou sempre atenta, se eu estou fechando um balanço, eu somo duas vezes sempre aquilo [...]. Eu sou muito confiante, [...] sou muito sincera. [...] Eu me cobro, me

cobro bastante. Pode ver a minha enfermaria, pode até não ter muita coisa, mas eu estou sempre funcionando, a noite toda achando coisa, estou limpando uma bomba, limpando uma prateleira, estou arrumando uma coisa e outra, [...] procurando fazer tudo certo, sempre atenta, eu tenho medo que aconteça alguma coisa, sei lá.

AE4 fala: “*eu me vejo às vezes pequena, eu queria ser maior, eu queria fazer mais, eu queria resolver, às vezes, uma situação mais rápida, eu me sinto pequena às vezes*”.

5.3 SENTIMENTOS DESPERTADOS

Esta categoria originou-se a partir dos relatos dos sujeitos da pesquisa ao serem questionados como se sentem trabalhando com pais/família e criança hospitalizada. A primeira subcategoria reúne um número maior de depoimentos e sujeitos, refere-se aos relatos dos sentimentos de satisfação, demonstrados pelos entrevistados; a segunda subcategoria refere-se aos sentimentos conflitantes.

A partir de agora, passaremos a apresentar as subcategorias.

5.3.1 Sentimentos de satisfação

Na visão de nove sujeitos, sendo seis auxiliares de enfermagem e três enfermeiros, percebemos um sentimento de satisfação pelo trabalho.

Dois sujeitos AE5 e AE6 comentam que se sentem bem, porque, conforme AE5,

Eu me sinto bem, mas é que eu já aprendi a lidar com os familiares, [...] tem que saber lidar com os dois, não só com a criança, tem que saber manejar com quem está junto também, saber tratar dos dois [...] com o tempo, vivendo isso, alojamento conjunto e permanência dos pais todo tempo, só com o tempo mesmo para aprender.

AE6 diz, “[...] eu me sinto bem porque eu superei muita coisa, eu venci algumas coisas, algumas etapas, tipo o relacionamento com os pais, tu chegar numa enfermaria e eles te perguntarem, se é tu que vai ficar, [...]”.

AE8 demonstra o mesmo sentimento que os sujeitos AE5 e AE6 e ainda complementa: “olha, eu me sinto bem, [...] com os pais sempre eu me senti bem, nunca, tive problema com ninguém [...] sempre tentando ajudar alguém”.

Nessa mesma situação que AE8, encontra-se E4 que nos relata, “eu me sinto um ser útil, que estou tentando ajudar, minorar, a diminuir esse sentimento para criança e para família, [...] eu me sinto bem, gosto do que eu faço. [...] para mim é um prazer vir fazer plantão”.

E1 nos diz:

Quase como ter dois pacientes, temos de tratar da criança e da mãe, mas, no geral, apesar de todos esses problemas, eu me sinto bem, é satisfatório, [...] apesar de todos os problemas, [...] acho que há um retorno, que dá para fazer alguma coisa mesmo que tenha suas razões. Mas eu acho que vale a pena. É bom.

Outros quatro sujeitos demonstram sensação de normalidade, ajuda, amor, carinho, prazer, alguns enfocando mais a mãe; outros mais a criança ou, ainda; outros a ambos.

AE9 infere:

Eu estou ali para o ser humano, estou trabalhando para ajudar, se eu não fizer, alguém vai ter que fazer, eu não estou judiando. Eu estou ajudando para ele se recuperar o mais breve possível, dentro das minhas limitações, dentro do meu trabalho. Seria isso. Então aí fica mais fácil.

AE10 diz: “sentimento, assim, procurar dar sempre o melhor da gente, [...] dar amor, carinho, para uma mãe, para uma criança”.

AE3 considera como “normal, faz parte”.

E2 comenta,

É difícil de falar [...] do meu sentimento assim. Acho que é um conforto, assim, é um prazer de poder ver que a gente trabalha num hospital, numa unidade em que isso é permitido e que tu sabe que os benefícios são muito maiores do que os riscos. Então, para mim, é um prazer, sabe. Uma coisa que já me habituei, claro que tem pais que são mais difíceis, mas acho que tu tem que saber entender, saber conversar.

5.3.2 Sentimentos conflitantes

Esta subcategoria é composta pela fala de alguns sujeitos. Seus relatos revelam sentimentos conflitantes, na medida em que, ao mesmo tempo em que afloram sensações de tristeza, impotência e ansiedade, paradoxalmente, revelam atitudes de enfrentamento às situações de dificuldades inerentes ao convívio com a família e a criança doente.

AE12 comenta:

*Às vezes é difícil para gente, [...] como nós auxiliares de enfermagem, a gente tem essa característica de estar junto da criança, então, às vezes, é muito difícil para nós porque os pais são muito de falar, muitas vezes, nós levamos novidades para as enfermeiras, que elas não estavam sabendo, porque eles se sentem seguros para se abrir com a gente e falar, então, é muito difícil, às vezes, a gente precisa passear aqui, virar as costas e ir tomar um ar, principalmente, aquelas crianças que ficam muito tempo internadas. Ali no (leito), o (***) é um exemplo, às vezes, até quem sabe se a mãe não tem mais vínculo com a criança, não é que nem no início da internação, só que esses dias eu fiquei ali, daí eu comecei a conversar com ela, ela disse assim: AE12 estou me tratando na psiquiatria, ela disse assim: não é o filho que eu planejei, levei dois anos e meio para engravidar, agora, ele nasceu assim, eu estou doente, meu marido cada vez mais doente. Ele vem bem pouquinho. Eu digo: pois é, eu nem estou vendo ele de manhã, ela disse assim: ele só vem de tarde. Naquela mesma tarde, eu fiz doze horas, aí ele veio e se sentou do lado da cama e não tinha emoção nenhuma no semblante dele. Tudo isso é difícil para a gente. Claro tem aqueles pais que são um agito, aí a gente tem que ter mais paciência, não sei eu não tenho grandes dificuldades. Não sei eu sou uma pessoa muito calma, eu sempre penso assim, às vezes, quando eles estão agitados, me xingam, eu me ponho um pouco no lugar deles, acho que isso é importante, a gente se colocar no lugar das dores do outro [...] eu acho assim ser solidária também, entender essa situação, saber quantas vezes é difícil para eles, quantas vezes eles faltam ao trabalho e às vezes perdem o emprego, largam a mão de tudo, as mães, principalmente, elas se anulam na vida delas, é só a criança, então eu acho assim solidariedade eu sinto e certa pena até da situação que eles enfrentam.*

AE2 fala-nos,

[...] eu acho assim que se tu pensar bem tu tem pais perdendo filhos, crianças sofrendo e tal, mas a gente acaba assim deprimido, não é uma coisa assim, é normal, não entro na enfermaria achando que eu estou trabalhando com doentes, eu estou ali para cuidar, para fazer a medicação das crianças, para brincar com elas, é como se elas não tivessem a doença.

AE4 conta-nos que:

A minha felicidade é voltar no outro plantão e ver a melhora. Que ouve melhora. Eu fico curiosa para ver se ouve melhora. [...] eu gosto daquela criança, que é só BCP, aquelas que fazem o antibiótico e daí tão rindo, indo embora, coisa boa. E me estresso bastante, assim com os crônicos, eu me estresso bastante, mas sei que eu quero fazer aquilo, então, eu me doando, virando, vivo trocando, mexendo.

AE7 fala-nos,

para mim não tem problema nenhum. [...], sabe muitas coisas tu fica bem angustiada, nem que tu não mostre ali, às vezes, tem crianças que têm uma permanência, tu te apega tanto com aquela mãe, com aquela criança, tu já está envolvida com aquela criança. Eu sinto. Quer ver que coisa triste, quantas crianças eu tenho naquela enfermaria ali? Que coisa triste aquelas mães com aquelas crianças. Eu acho que o sentimento é mais de ajudar, não seria tanto o lado profissional, sabe. Porque se fosse o lado profissional, até não penso tanto em dinheiro, se não teria trocado pelo técnico. É o ambiente que eu me sinto bem, sei lá tu vai chegando aqui e tu vai pensando em ajudar sabe, eu gosto de trabalhar com coisa de doente, eu gosto de ajudar. [...] Eu sempre gostei disso, tu quer ver, eu fico triste, quando a gente investe, investe, cuida, cuida de uma criança, e a criança morre. Outra coisa tu pega uma criança que vem ruim, mal e depois tu vê a criança bem recuperada. Daí tu fica pensando eu dei um pouquinho daquela ajuda ali, eu acho, isso aí é muito gratificante para gente. Eu sou uma pessoa feliz, apesar de trabalhar no lado negativo da vida, eu sou uma pessoa feliz.

AE11 diz,

eu, às vezes, me sinto meio chateada quando ocorrem as coisas que a gente não quer aquelas coisas ruins, mas me sinto bastante confortável quando a gente vê as crianças saírem daqui caminhando, brincando, depois de terem passado, às vezes, por maus pedaços, esse é o sentimento acho geral.

AE1 acrescenta,

eu sempre procuro separar bem as coisas, mas às vezes a gente sai daqui muito impressionada, muito deprimida, penalizada assim com a história que a gente vê, a gente não consegue isolar, a gente é um ser humano, por mais que a gente tente misturar, a gente tem filhos, [...] tu cumpre um pouco a tua parte, tu dá um pouco do teu carinho, tu dá um pouco da tua atenção, tu procura amenizar. Tanto um pai ou uma mãe, até às vezes são tão mais carente que a criança, acho que no momento que tu troca uma gentileza assim, pode ser uma coisa, para gente pode ser mínimo mas para eles é tão importante, então eu vejo assim, às vezes eu tenho uns piripaque, eu me deprimos sabe, com o dia-a-dia dessas mães, às vezes por não terem um lanche a gente tem aquele pânico, ai meu Deus o quê que tu pode fazer? [...] eu exorcizo essas minhas agonias, assim procurando auxiliar, e me relacionar bem com eles porque eu acho que eles estão passando e sempre eu procuro desculpar quando eles tem aquelas crises, até são grosseiras e tal, tu não pode revidar não adianta, tu tem que sempre procurar desdobrar, [...] então eu faço isso, eu me relaciono o melhor que eu posso, eu brinco, converso, dou uma animada, às vezes elas estão tudo mais enturmada assim, já te trás um pouco de energia positiva, acho que é uma forma boa da gente não se contagiar tanto. [...] é muita história triste, tem o outro lado, tu vai para a tua casa tu não pode ir com tudo aquilo senão tu pira.

E5 conta-nos que tenta ajudar os pais com o auxílio de outro serviço ou até tenta atendê-los, mas, ao mesmo tempo, não consegue e sente-se impotente, como nos demonstra sua fala,

eu me sinto impotente até, porque não se consegue fazer um bom acompanhamento, não se consegue dar, como vou te dizer, a gente não consegue dar o atendimento que a família precisava, a gente aborda mais a questão da doença da criança. Acho que a família fica mais, com mais necessidades que não se consegue atender. Muitos dos nossos pacientes precisariam, por exemplo, de um acompanhamento com a psicologia, por conta do sentimento, da ansiedade, e a gente não consegue, às vezes até tenta, não sei se seria a nossa função, mas a gente vê que eles saem daqui continuam ansiosos, continuam com dificuldades de manejar aquelas criança e a gente não conseguiu trabalhar, essa situação talvez pelo tempo, pelo tempo pequeno, muitas vezes.

5.4 ORIENTAÇÃO EM PERMANÊNCIA CONJUNTA

Os sujeitos da pesquisa, nesta categoria, falaram a respeito da sua orientação em permanência conjunta sob vários aspectos. Falaram se receberam ou não orientação, quando e quem os orientou, quem eles achavam que deveria orientá-los e como ocorreu a orientação.

Dos dezessete sujeitos entrevistados, doze (oito auxiliares de enfermagem e quatro enfermeiros) receberam algum tipo de orientação e cinco (quatro auxiliares de enfermagem e

uma enfermeira) dizem não terem recebido qualquer orientação a respeito da permanência conjunta.

Dos doze sujeitos que receberam alguma orientação, onze deles receberam no HCPA.

5.4.1 Não receberam orientação

Dos cinco sujeitos que relataram não terem recebido qualquer orientação a respeito da Permanência Conjunta, dois (AE2, AE4) mencionaram que consideram isso normal e, desde que começou na Pediatria, os pais sempre estiveram, como nos fala AE4: *“Isso a gente descobre sozinha, é um direito da criança [...] é natural, se uma criança chega (**na unidade**), ela tem que chegar com o pai e a mãe, ela não pode (**conseguir**) chegar sozinha”*. AE2 diz: *“eu não sei, eu acho tão normal, [...] eu acho assim tão necessário no caso da Pediatria que eu acho que não precisa assim explicação”*.

Os outros três (AE7, AE11 e E3) dizem que não tiveram uma aula sobre este assunto, que foram descobrindo, vendo. AE11 afirma: *“Olha, que eu lembre não. A gente foi descobrindo as coisas aos poucos, eu acho que foi esta situação que aconteceu comigo, fui descobrindo aos poucos”*. E3 fala: *“Na verdade, a gente faz as coisas sem ter uma orientação, a gente foi entrando, foi vendo, e foi vendo que estava trabalhando dessa forma [...]”*.

5.4.2 Receberam orientação

Dos doze sujeitos que receberam orientações, seis (AE3, AE5, AE8, AE9, AE12 e E5) foram orientados somente ao serem admitidos no HCPA, como nos conta AE9: *“Sim, nós tivemos orientação da enfermeira, em como proceder com permanência conjunta”*.

Já outros três (AE1, AE10 e E2) contam que foram orientados em outro local de trabalho, além do HCPA, conforme relata-nos AE10:

Já, na (outra instituição de saúde) que, naquela época, não tinha permanência, aí começaram a fazer pesquisa sobre a permanência, e eu fui uma que votei para ter permanência, em oitenta e poucos. Na UTI, era uma hora só de visita de manhã e uma hora de tarde. Aí começaram as pesquisas [...], eu fui uma das que ajudei [...].

AE6 e E4 comentam que, durante a sua formação profissional, receberam orientação, só que a abordagem foi diferente além da orientação do HCPA. AE6 diz: *“Sim, até porque é uma lei, antes não exista isso nas Pediatrias, dos pais ficarem com os filhos, aí é uma lei que diz que os pais podem ficar, [...] não é muito enfatizado no curso em si, [...] sobre a lei sim”*. E4 narra-nos, *“[...] a Dulce foi minha professora. Então, ela já pregava isso desde a faculdade, e foi em função da Dulce mesmo, todo o modo de pensar dela”*.

E1 relata-nos que: *“A primeira vez que eu ouvi falar, acho que foi quando eu tive nenê e alguém me explicou [...]”*.

5.4.3 Considerações a respeito da orientação no HCPA

Dos onze entrevistados que receberam alguma orientação sobre permanência conjunta, no HCPA, oito auxiliares enfermagem e três enfermeiros consideram a orientação dada como breve e superficial, sendo para alguns profissionais, apenas comentado sua existência junto com a orientação dos pais, outros receberam uma explicação detalhada, e, para outros, esta orientação ocorre no momento da internação do paciente quando a enfermeira orienta aos pais as rotinas da unidade.

Cinco deles AE3, AE8, AE10, AE12, E5 consideram uma orientação breve, onde é comentado que os pais ficam acompanhando os seus filhos e que se deve estimular a família, como nos demonstra a seguinte fala do sujeito E5: *“[...] o que foi dito é que, se estimule que a família fique”*.

Três AE1, AE9 e E4 comentam que foram bem orientados como nos diz AE1: *“[...] quando a gente chega a Enfermeira Chefe, explica tudo direitinho, que os pais permanecem, o que pode, o que não pode, as limitações [...]”*.

Dois entrevistados AE5 e E2 relatam que receberam a orientação das rotinas da unidade, onde estava incluída a orientação sobre a permanência conjunta, AE5 diz: *“A enfermeira me apresentou a unidade e falou: aqui fica a mãe ou pai 24 horas. Como se fosse*

outra unidade qualquer, as rotinas”.

AE6 comenta-nos que “[...] a enfermeira passa essa informação para os pais quando eles chegam e automaticamente tu está ali, tu participa também”.

Em relação a quem orientou a respeito da Permanência Conjunta, ao chegar no HCPA, quatro auxiliares de enfermagem AE3, AE5, AE6 e AE9 receberam orientação da enfermeira como já foi citado anteriormente pelo sujeito AE5. Quatro sujeitos (AE8, AE10, AE15 e E5) não lembram. Dois (AE1 e E2) pela Chefia de Unidade e o E4, conta que foi orientado pela Chefia de Serviço.

Dos dezessete sujeitos, oito AE1, AE3, AE6, AE7, E2, E3, E4, e E5 pensam ser a Enfermeira quem deveria orientar, cinco AE8, AE9, AE10, AE11 e E1 pensam ser a Chefia, dois AE5 e E3 não sabem e AE2 acha que não precisa é óbvio e AE12: *“Olha eu acho que deveria ter uma pessoa específica [...]. Teria que ser alguém que de repente, se aprofundasse no assunto”.*

5.5 EXPERIÊNCIA EM PERMANÊNCIA CONJUNTA

Esta categoria emergiu do relato dos sujeitos referente às suas experiências com a situação de Permanência Conjunta, onde os pais têm livre acesso de permanecer acompanhando os filhos. Oito deles já haviam tido esse tipo de experiência em outras instituições de saúde, como é o caso de AE1, AE5, AE8, AE10, AE11, AE12, E2 e E5, três deles AE3, AE7 e E1, nesta mesma instituição, e AE2, AE4, AE6, AE9, E3 e E4 não tiveram experiência anterior.

As subcategorias são relatos da compreensão dos sujeitos quanto à sua adaptação à situação de permanência conjunta e como se encontram nesta experiência atualmente.

5.5.1 Adaptação

Esta subcategoria aborda a percepção dos entrevistados a respeito da sua adaptação à situação de Permanência Conjunta.

Constatamos que sete sujeitos, sendo seis Auxiliares de Enfermagem AE1, AE3, AE4, AE8 e AE10, AE12, e um Enfermeiro, E4, consideram a adaptação como algo positivo, fácil.

AE4 diz: *“Lembro. Foi muito bom. Eu lembro e foi muito bom mesmo. Hoje já as coisas estão mais difíceis pelo nível das pessoas que estamos tendo, está mais tumultuado”*.

E4 considera ter sido fácil, visto que o serviço era novo, conta-nos que:

Foi fácil em função que, aqui, era um serviço novo e não foi aquela demanda muito grande de pacientes, então, nós tivemos tempo para nos adaptar eram poucos pacientes, eram poucos familiares, ao mesmo tempo, nós tínhamos o respaldo da chefia, que sempre ficavam nos orientando e conversando sobre isso, foi uma coisa muito tranqüila, porque entrou gradativamente.

AE10 comenta como foi sua adaptação em outro hospital,

foi boa porque elas (mães) ficavam no corredor, tempo inteirinho, não podiam entrar, aí quando elas começaram entrar mais, a gente via que elas ficaram mais tranqüilas, tinham mais participação, embora, elas muitas vezes não tocavam quase que na criança, a não ser um carinho, mas elas estavam ali, estavam vendo o que estava acontecendo, do que estar lá no corredor e não a par do que está acontecendo.

AE12 revela que, *“para mim não foi difícil, porque a minha visão, quando eu comecei a trabalhar na enfermagem, já foi com os pais acompanhando, eu nunca trabalhei antes, [...]”*.

Dois sujeitos, um auxiliar enfermagem AE5 e um enfermeiro E5, consideram a permanência conjunta algo bom, favorável, mas tiveram dificuldades de adaptação no início, com a presença dos pais, pela insegurança de estar iniciando naquela atividade.

E5 nos diz,

[...] porque eu estava retomando coisas que eu não fazia há três anos, e, nesses momentos, por insegurança minha, às vezes, não era tão bom para mim que o pai ou mãe estivessem ali, porque se eles fizessem algum comentário, ou se eles não estivessem gostando da situação, o que é muito comum, isso era uma coisa que me atrapalhava muito.

O AE7 considerava estressante não a permanência conjunta em si, mas a situação de trabalho que se apresentava com outra realidade, naquele momento.

AE7 comenta que:

Naquela época, era muito mais estressante que trabalhar agora, porque a gente ficava numa enfermagem com cinco crianças, era tudo com butterfly, tudo com soro dependurado. Hoje não, as crianças tudo com abocath, hoje tem muito mais facilidade do que antes de trabalhar. Eu não me lembro se a gente teve problema [...].

Um outro grupo, dois Auxiliares de Enfermagem AE2 e AE9, consideraram a adaptação como algo difícil, porque nunca tinham trabalhado com aquela realidade.

AE2 diz o seguinte,

no começo, foi difícil. Porque eu nunca tinha trabalhado num Hospital, sabe que a gente faz estágio, é outra coisa. O quê que é tu lidar com os pais? É tu ter respeito por eles e tu passar segurança para eles, para eles poderem te respeitar, e para eles saberem que tu é uma profissional, que tu sabe o que tu está fazendo. Quando tu está chegando, principalmente que nem eu, assim, que não tinha vindo de outro hospital, tu não passa isso para os pais, daí é difícil, aí eu aprendi bem na cacetada, depois que eu consegui experiência tudo, daí só vai, mas eles sentem, sentem direitinho, assim quando tu tem segurança no que tu está fazendo, e quando tu não tem, e até a criança sente, por incrível que pareça.

AE9 concorda com o sujeito AE2 quanto à dificuldade de adaptação pelo fato de nunca ter trabalhado, mas também, assim como o sujeito AE6, considera difícil trabalhar com os pais.

AE9 fala-nos: “*Eu nunca tinha trabalhado nessa área, então, lógico, no início, é difícil até tu te adaptar, as coisas não são tão fáceis, [...] porque tu tem que lidar não é só com o paciente, com o familiar que é muito difícil, com o público em geral*”.

AE6 nos diz que:

Trabalhar com os pais era uma coisa que considerava difícil, eu fui aprendendo, pela necessidade em primeiro lugar, a necessidade que tu tem de superar aquilo ali, não podia ser um empecilho para que não desse certo ou que eu não fosse aprovada.

AE11 tinha experiência anterior em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e faz um comentário a respeito da sua adaptação a essa situação de Permanência Conjunta na Unidade de Internação Pediátrica,

olha, eu acho que um pouco mais difícil, por exemplo, lá na UTI, os pais parecem que eles acham, que o filho está pior, estado mais grave, então, eles parecem ser mais cooperativos, sabe, eles se afastam. E já na unidade, tu já tem que, às vezes, certas coisas tu tem que fazer procedimento, os pais estão dormindo ao lado da criança, se torna mais difícil, outras vezes parece que não querem cooperar muito, que eles acham que tu vai judiar da criança, sabe, é um pouquinho mais complicado numa unidade de pediatria.

E1 comenta, “*eu não sei direito como falar. Não é difícil, é claro que eu sabia que os pais estariam presentes, não é difícil isso, tanto lá como aqui*”.

E2 conta-nos como foi sua adaptação a essa situação em uma outra instituição de saúde,

é angustiante sabe. [...] quando começou a permanência conjunta, bom, virou um caos! Virou uma bagunça a unidade, o hospital, assim! Era cobertor para um lado, travesseiro para outro, a unidade totalmente desorganizada, os pais que traziam alimento e deixavam ali em cima. E tu orientava, e tu via que as coisas não estavam funcionando como tu imaginava, a gente imagina uma coisa, mas, na prática, é outra bem diferente. Então, não é fácil tu aceita. [...] Então, no início, foi difícil, mas também se começou a ver os benefícios assim, que a criança não ficava tão agitada, não ficava tão angustiada; até para receber a medicação era mais tranqüila assim. Mas que foi um caos, foi um caos. A nível de desorganização foi. Tu não sabia mais quem estava lá, além do que, às vezes, tu não sabia se era pai, se era mãe, porque entrava um monte de gente, não era liberado, o limite ideal que fosse os pais, mas entrava outras pessoas que não eram os pais.

E3 expõe outra situação, quando os pais precisavam se afastar dos filhos porque tinha horário limitado 8 às 20h e tinham que ir embora às 20h. E3 relata-nos:

Eu acho que era muito triste, tipo assim, das 8:00 às 20:00 e uma determinada hora os pais irem embora. Tiveram muitas situações que a gente teve que acalmar uma criança, a criança sabendo que os pais iam embora, então eu acho que isso é [...] foi uma coisa maravilhosa essa mudança foi ótima. Poder colocar no cartão livre, os pais tem acesso livre, entram e saem, fazendo revezamento com os familiares.

5.5.2 Experiência atual

Esta subcategoria vai apresentar como os sujeitos encontram-se nessa experiência de trabalho, na qual os pais têm livre acesso de permanecer acompanhando seus filhos atualmente.

Cinco sujeitos, sendo quatro auxiliares de enfermagem AE2, AE3, AE5, AE7 e um Enfermeiro E5, disseram que se encontram bem e mais à vontade.

O sujeito E5 nos diz:

Hoje, eu já me sinto bem mais a vontade, eu até peço que o pai fique ou que a mãe fique ou enfim. Agora, eu me sinto mais à vontade, até porque estou totalmente adaptada, quatro anos aqui, e aquelas situações que eu me sentia insegura com a família presente, em punção ou outros procedimentos como passar sonda, enfim, eu até já solicito, então, a permanência do pai ou da mãe, de alguém que acompanhe a criança para confortar, para dar apoio. Eu reforço, então, que é importante para a criança se sentir mais segura, mesmo, às vezes, eles não querendo acompanhar, se for possível ficar junto.

AE7 fala-nos:

Eu me encontro bem. Eu nunca tive problema com mãe nenhuma [...] eu tinha ali aquela mãe, que estava bem estressada, por causa da criança, claro que ela deve de estar assim, tem todo o direito, mas o que eu vou fazer? [...] então eu procuro acalmar ela. Vamos fazer. Nem que não esteja na hora de fazer o HGT, vamos fazer agora, para deixá-la calma. Eu acho que incomoda a enfermeira também.

Outros cinco sujeitos, três enfermeiros E2, E3 e E4 e dois auxiliares de enfermagem AE1 e AE12, comentam que os pais têm que participar, pois, acreditam nesse tipo de filosofia, consideram fundamental para as crianças, assim, consideram muito bom.

E4 verbaliza,

eu acho e acredito nesse tipo de filosofia, porque não dá para dissociar a criança da família em momento nenhum, [...] porque acho que não adianta tu só tentar curar a criança e não tentar entrar um pouco nessa família, para ver porque essa criança veio doente dessa família [...].

AE1 fala que:

Eu acostumei, em função daqui mesmo sempre ter alguém, o pai, ou a mãe, ou a tia, eu acho super bom, [...] a mãe é fundamental ou o familiar que esteja acompanhando, porque te ajuda bastante, nas trocas (de fraldas), o mínimo que faça já é uma grande ajuda, então eu acho muito importante.

Já AE8 e AE9 destacam a confiança que os pais têm neles.

AE8 diz:

Hoje em dia, eu noto que os pais até perguntam, procuram perguntar para a gente [...], Tia quando é que tu acha que ele vai ter alta, tu acha que ele está melhorando? Eu não sou a médica dele, eu sou só a auxiliar, eu faço medicações, cuidado do bem-estar dele, mas eu noto que eles têm muita confiança no auxiliar, elas têm mesmo, eu sinto isso [...].

AE9 declara: “*Eu me sinto gratificada quando eu vejo que a mãe tem confiança em mim [...]*”.

Outras duas AE6 e AE10, também, se dizem bem nesta experiência, mas levantam algumas situações.

AE6 destaca que:

Eu acho que agora estou bem, [...] eu tenho mais dificuldade em colocar em prática as rotinas que me são colocadas nas reuniões hoje, [...] quando tu vai colocar as rotinas em prática junto aos pais dependendo da maneira que te coloca diante deles tu não consegue nada.

AE10 afirma: “*Bem, bem mesmo, tem mães nervosas, a gente tem que ver o lado delas, se pôr no lugar e, por mais nervosas que elas estejam, depois que eu chego, a gente conversa com elas e elas se acalmam*”.

Um outro grupo de sujeitos, AE4, AE11 e E1, apresenta uma compreensão um pouco diferente. Consideram que está mais tumultuado, trabalhando com pessoas de baixo nível, que falam das colegas, e que não estão interessadas nos seus filhos, e, esta situação os incomoda.

E1 comenta: “*A gente se frustra também, porque são pessoas mais pobres, que precisam muitas coisas, não têm o que comer e tu não pode ajudar muito; a assistente social*

ajuda, mas não muito”. E ainda complementa com uma avaliação, “eu vejo assim, na minha primeira fase de Hospital de Clínicas, era mais fácil nesse sentido, porque o nível era outro, agora as pessoas são bem mais pobres, entre aspas, mais sem acesso às coisas, ou sem dinheiro, ou sem emprego”.

AE4 relata que:

Hoje, eu já sinto um tumulto pela falta de conhecimento das pessoas [...] parece que elas não estão interessadas, [...] acho que às vezes eu saio de um plantão estressada, cansada, porque nós ficamos ali na cabeceira da cama e ali nós temos que escutar tudo, além da doença da criança que estamos ali querendo saber alguma coisa, [...] daquelas colocações, assim que nada a ver de uma mãe com um filho doente, é claro que eu não quero que ela fique triste e que ela fique chorando [...] besteira total. Enormes. Falam da minha colega de ontem, de anteontem. Eu já levei até a fama daquela que não gosta que falem das colegas, porque quando eu chego eu vejo que falam das minhas colegas, eu já corto, eu digo: gostaria de estar amanhã, na forma de qualquer coisa, para escutar o que você vai falar de mim. Aí elas ficam [...].

AE11 afirma que fica chateada com os pais que abandonam os filhos e, quando aparecem, chegam cobrando, pensa que eles deveriam participar mais, diz:

Sabe eu fico muito chateada quando os pais abandonam os filhos aqui, praticamente abandonam. Porque, às vezes, eles largam. Pais que têm um único filho, que tu sabe que é só aquele que está aqui, às vezes, eles não vêm pela manhã, eles não vêm à tarde, às vezes, nem aparecem em determinados dias ou quando vêm, eles vêm com uma cobrança assim em excesso, tu sabe, acho que não é por aí, acho que certas coisas têm que ser conversadas, têm que se cobradas, acho que eles têm que exigir explicação, esclarecimento sobre tudo, mas acho também que eles têm que participar mais.

5.6 IMPORTÂNCIA DA PERMANÊNCIA CONJUNTA

Quando os entrevistados relatam para que serve a permanência conjunta, destacam como significativos os benefícios proporcionados à criança, como a recuperação mais rápida do paciente, a manutenção do seu bem-estar, do vínculo, do carinho, afeto, segurança e alguns mencionam, ainda, os benefícios proporcionados a ambos, pais e a criança.

Para melhor entendermos essas considerações passaremos a apresentar as subcategorias, que emergiram das falas dos entrevistados.

5.6.1 Recuperação da criança

Esta subcategoria constitui-se com seis sujeitos, quatro Auxiliares de Enfermagem, AE6, AE7, AE9, AE11, e dois Enfermeiros, E1 e E4, que consideram como principal benefício proporcionado à criança a sua recuperação mais rápida, a cura, claramente exposta nos seus depoimentos.

AE9 esclarece e justifica que a Equipe de Enfermagem, apesar de tentar, não pode substituir os pais no momento em que a criança mais precisa, fala-nos, então,

é para recuperação do paciente, mais rápido. Já foi feito estudos a respeito disso. Seria isso. A criança se sente mais segura porque está com o pai ou a mãe, é lógico que a gente, por mais que faça, a gente não é pai e mãe, substituir um pai ou uma mãe é impossível. A gente tenta, dentro do possível, a ajudar, a dar carinho, mas um pai, uma mãe é imprescindível, é quando a criança mais precisa.

AE6 manifesta a importância dos pais não só para a recuperação do filho, mas, também, para que os mesmos proporcionem uma melhor adaptação da criança ao ambiente hospitalar. Expressa-se assim,

eu acho de extrema importância os pais ficarem lá com os filhos, eu acho que acelera bastante a recuperação deles, para mim é o principal. Em tudo, as crianças ficam muito melhor com os pais perto, até para encarar isto; se os pais são simpáticos com a gente, se eles aceitam o nosso trabalho e as nossas recomendações, a criança também é receptiva. E a criança sem os pais ela demora mais na adaptação, mas ela se adapta. Mas eu vejo que o principal é a recuperação mais rápida do paciente.

E4 concorda com os sujeitos anteriores, destacando, ainda, como um momento propício para reconhecimento daquela família que se encontra doente, assim, verbaliza

serve para acelerar a cura da criança, o processo de restabelecimento da criança, além do que, serve para conhecer essa família, dinâmica familiar, o diagnóstico da família em função da criança hospitalizada e o que pode ser feito, o que pode resultar em que medidas tomar ou que encaminhamentos fazer. E para criança é fundamental, lógico para acelerar o restabelecimento clínico dela, assim físico. Então não tem como dissociar.

5.6.2 Outros benefícios à criança

Esta subcategoria constitui-se com os depoimentos de oito entrevistados, seis Auxiliares de Enfermagem AE2, AE3, AE4, AE5, AE8 e AE12 e dois Enfermeiros E2 e E5, que destacam a importância da permanência conjunta como um auxílio à criança na manutenção do bem-estar, da segurança da tranquilidade, do vínculo e amenizando o sofrimento.

Os cinco sujeitos, AE3, AE4, AE5 e AE8 e AE12, relacionam o benefício ao sentimento de segurança, tranquilidade, bem-estar, vínculo, o não-abandono, a estimulação como nos demonstram os seus relatos.

AE8 declara,

para dar mais tranquilidade, mais conforto para criança, ficar mais tranquila, sem aquele estresse todo de quando a mãe vai embora e elas choram, se sentem abandonadas. Deve ser horrível, eu não consigo me colocar no lugar do bebê, mas deve ser horrível, ficar sem a mãe, num lugar estranho, tomando medicação e chorando, deve ser terrível. Acho que é ótimo para criança, todos deveriam ficar com os filhos, fazer um revezamento: o pai, a mãe, irmão, tia, alguém familiar para dar segurança. Eu acho bom.

Já o sujeito E5 comenta, também, sobre o atendimento imediato das necessidades da criança, quando a equipe não pode dar e a questão da estimulação

eu acho que serve para fazer com que a criança se sinta mais segura, que ela possa ser atendida nas suas necessidades básicas de alimentação, troca de fralda no momento em que ela está precisando, e não na hora que alguém possa atendê-la. Na questão da estimulação, de conversar com a criança, de oferecer o brinquedo, de acompanhá-la na recreação, muitas das nossas crianças não vão para a recreação porque não tem alguém junto, acho que é isso, acho que, psicologicamente, é imprescindível para criança alguém da família.

Os entrevistados AE2 e E3 concordam com E5 quanto ao sentimento de carinho, segurança e ajuda prestado pelos pais, como nos demonstra a fala da E3:

Para mim o mais importante é a parte afetiva, claro que oferecer alimentação, a higiene, vestir a criança, brincar com a criança tudo isso a mãe vai fazer, mas o mais importante é ela sentir aquele carinho, aquela segurança da mãe estar junto, [...] porque os outros cuidados a gente pode transferir, a tia pode fazer mas esse que é o primordial, [...] de estar junto e ali, em todas as horas tristes, alegres, de brincar, de alteração física [...].

Observa-se, nas falas dos sujeitos E3 e E5, que, apesar de salientar o sentimento da criança, como algo mais importante para a instalação da permanência conjunta, ressaltam a participação dos pais no brincar.

5.6.3 Tranqüilizar aos pais e criança

Esta subcategoria é composta pelo relato de dois Auxiliares de Enfermagem e um Enfermeiro.

Apesar de somente três entrevistados (AE1, AE10 e E2) ressaltarem como benefício para ambos, pais e criança, sabemos que a hospitalização proporciona uma alteração emocional tanto para a criança como para a família, que poderá ser amenizada com a permanência conjunta, como nos mostram os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

AE10 conta-nos “*serve tanto para mãe como para criança, para mãe porque ela fica mais tranqüila, para a criança, ela também fica mais tranqüila. E eu acho que a cura é bem mais rápida. Emocional para os dois*”.

AE1 considera que:

[...] a partir do momento que os pais estão participando, estão orientados, estão ali junto, serve também para eles se tranquilizarem, e [...] ajuda na melhora da criança, porque ela está passando por um período que nem ela consegue entender direito, fora de casa do lar, da família, então se o pai e mãe não podem ficar junto imagina o que a criança vai pensar, [...] para os pais também é muito importante porque está ali diariamente, vendo o que está acontecendo, pode perguntar, pode cobrar, quer dizer a partir do momento que vai dissipando as dúvidas, vai ficando mais tranquilo, menos ansioso, porque uma internação sempre é uma internação, [..].

E2 comenta sobre a manutenção do vínculo pais e filhos,

manter o vínculo dos pais com a criança até para aqueles pais que têm dificuldades de manter um vínculo com o filho, acho que trabalhar esse vínculo familiar, serve para diminuir o tempo de internações, diminuir a ansiedade tanto dos pais, quanto das crianças, deixar as crianças mais tranquilas.

5.7 FACILIDADES PERCEBIDAS DA PERMANÊNCIA CONJUNTA

Esta categoria formou-se das falas dos sujeitos que nos demonstram quatro situações distintas, mas que têm em comum o cuidado à criança. Na primeira subcategoria, emerge a idéia de que a facilidade da permanência conjunta está focalizada na atenção à criança. Na mesma proporção de sujeitos que a subcategoria anterior, a segunda subcategoria contempla a ajuda prestada pelos pais à equipe no cuidado às crianças. A terceira relaciona a presença dos pais com a tranquilidade causada na equipe de enfermagem ao saber que a criança está com acompanhante. A quarta focaliza os pais como facilitadores do cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

A partir de agora passaremos a apresentar as subcategorias.

5.7.1 Atenção à criança

Na visão de cinco entrevistados, sendo quatro Auxiliares de Enfermagem, AE4, AE6, AE10 e AE12, e um Enfermeiro, E2, formou-se esta subcategoria, onde mencionam perceber a facilidade da permanência conjunta voltada para a atenção à criança, ou seja, em atender as

necessidade pessoais da criança naquele momento.

AE10 declara: *“Acho que só facilita tudo [...] da criança ficar mais tranqüila, ir mais cedo para casa, melhorar mais rápido, não dá trauma”*.

E2 lembra *“[...] , as crianças com menos estresse e com mais alegria. Porque o hospital já é um lugar que causa traumas para a criança, imagina longe dos pais. Estão bem mais tranqüilas”*.

AE12 diz *“[...] toda a criança gosta de colo, o nosso ritmo de trabalho, geralmente, é difícil para poder dar um colo para um outro, então seria assim para criança se acalmar [...]”*.

Observamos, no relato dos sujeitos, a valorização da presença dos pais para acalmar, tranqüilizar, amenizar os traumas que causam uma hospitalização na vida de uma criança. Os pais são vistos pelos sujeitos como suporte emocional à criança.

5.7.2 Pais cuidando

Nesta subcategoria, relatamos a visão de cinco entrevistados que mencionam como facilidade a participação dos pais no cuidado, ajudando em procedimentos como troca de fralda, alimentando e acalmando a criança, relacionando como auxílio ao trabalho da equipe.

A subcategoria foi composta por quatro auxiliares de enfermagem, AE2, AE3, AE9 e AE11, e um enfermeiro, E1.

Para AE2: *“Os pais ajudam bastante [...] para mim só dar mamá, trocar a fraldinha, pegar no colo quando eles estão chorando já está mais do que bom, acho que ajudam bastante, a gente facilita bastante a presença deles aqui”*.

AE3: *“Olha eu acho que até a própria amamentação que a mãe faz, dar a mamadeira, até segurar um nebulizador te facilita [...]”*.

AE11:

[...] a gente não pode deixar de citar isso, porque eles ajudam em troca de fralda, num banho, às vezes, até mães que têm crianças já em situações mais crônicas, eles já estão acostumados a realizar certos procedimentos tipo aspiração, isso aí facilita bastante o nosso trabalho, apesar da gente saber que seria um trabalho da enfermagem, mas aí são crianças que dependem sempre desse procedimento, ajudam bastante.

Observamos que esses sujeitos dão uma ênfase maior à participação dos pais relativamente aos cuidados físicos da criança.

5.7.3 Pais proporcionando tranquilidade à Equipe de Enfermagem

Quatro entrevistados, sendo três auxiliares de enfermagem (AE5, AE7 e AE8) e uma enfermeira (E3), consideram como facilidades a situação dos pais estarem acompanhando seus filhos, nos seguintes aspectos: a tranquilidade por saber que a criança está acompanhada, a praticidade de poder sair da enfermagem para realizar outra atividade, a segurança de ter alguém olhando pela criança.

AE7 destaca-nos, “*para mim é muito mais prático eu ter a mãe ali do lado deles, eu fico muito mais tranqüila. Eu estou tranqüila porque as mães estão ali, não estão dormindo ainda, por isso que estou mais tranqüila para estar aqui contigo*”.

E3 fala-nos:

[...] em sentir esta segurança de que alguém está junto com a criança, está observando, [...] a mãe estando junto, muitas vezes a mãe chama por ajuda e realmente a criança complicou naqueles minutinhos que a gente se afastou, assim quantas vidas são salvas, [...] às vezes é um pai de outra criança ao lado que avisa que está terminando a medicação, porque não é o tempo todo que alguém está ali, por algum motivo tem que se afastar, [...] a gente olha assim quando chega, uma coisa tão interessante, para mim pelo menos, que eu olho qual é a criança que está acompanhada. Eu gosto.

AE5 conta-nos que

[...] é bem melhor. Às vezes, a gente quer sair da sala, do quarto e se não tem acompanhante, a gente vai fazer o serviço que tem que fazer, pegar medicação, fazer alguma coisa, mas está sempre com o pensamento lá, não sabe o que está acontecendo, se a criança caiu, se a criança está chorando, se arrancou o abocath, se arrancou o oxigênio. Acho que tendo alguém junto tu faz as outras tarefas mais seguro.

Observamos, nos relatos dos sujeitos, a tranquilidade que a presença dos pais causa na equipe de enfermagem, pois estão seguros que as crianças estão acompanhadas.

5.7.4 Pais facilitando a realização de procedimentos

Esta subcategoria constitui-se pelas falas de três entrevistados, dois Enfermeiros e um Auxiliar de Enfermagem, que abordam um outro aspecto facilitador da permanência dos pais. O fato dos pais estarem presentes favorece a aproximação com a criança. A mãe, estando junto à criança, fica mais tranqüila, facilitando a realização de algum procedimento. Também, acreditam que isso permite um menor número de profissionais de enfermagem.

AE1 nos diz:

Eu acho que tudo é melhor com os pais presentes, eu avalio dessa maneira, porque acho que tudo se torna mais fácil a aproximação com a criança, porque a mãe estando junto passa aquela segurança, 'não a tia vai fazer só isso', eu acho que tudo é melhor com os pais presentes, sem sombra de dúvidas.

Complementando esta idéia, E4 acrescenta:

Acho que toda facilidade, mesmo quando tu vai fazer um procedimento doloroso numa criança, eu acredito, olha são 20 anos, é muito mais fácil tu puncionar uma veia em uma criança que está com a mãe, eu acredito, e, comprovadamente, é assim a criança fica mais tranqüila, é mais fácil de conseguir, no início, até parece que te dá uma certa inibição, mas se tu veres pelo lado da criança e pelo que vai facilitar a tua tarefa, tu vai sempre pedir que a mãe acompanhe, porque ela é só uma facilitadora, principalmente, de coisas dolorosas para criança, ela vai ver aquele rosto conhecido, ela vai te ajudar [...].

E1 contempla a idéia dos dois sujeitos anteriores e relaciona com a necessidade de pessoal

acho que pelo fato das crianças ficarem mais tranqüilas a grande maioria com a mãe junto, eu acho que a criança iria exigir muito mais, em termos de pessoal, se tivesse separada dos pais, se não tem ninguém tu tem que estar mais presente, tem que pegar no colo seria uma função tua, teria que estar mais junto com a criança. A gente vê que a enfermaria que não tem nenhum pai junto dá bem mais trabalho. Eu acho que a facilidade é menos pessoal, menor número de pessoas para trabalhar aqui. E de deixar as crianças mais tranqüilas.

Os relatos dos sujeitos ilustram-nos como a presença dos pais é considerada importante por auxiliarem no esclarecimento e acompanhamento as crianças na realização dos procedimentos.

5.8 DIFICULDADES PERCEBIDAS DA PERMANÊNCIA CONJUNTA

Os entrevistados que participaram desta pesquisa narram-nos as dificuldades encontradas por eles ao trabalharem num local que adota o sistema de permanência conjunta.

Constatamos que os sujeitos apresentam problemas com os pais, problemas com a área física da unidade e condições para o trabalho da equipe de enfermagem e, ainda, apontam a interferência dos pais com a organização da unidade.

A partir de agora apresentamos as subcategorias.

5.8.1 Problemas com os pais

Os sujeitos relatam-nos como dificuldade percebida por eles, as situações vivenciadas com pais estressados, nervosos, agressivos, rebeldes, pais alcoolizados, que estão sempre arranjando motivos para brigar, pais que interferem nos procedimentos.

E3 nos diz:

Muitas vezes, a gente enfrenta dificuldades, em relação a alguns procedimentos que eles interferem, muitas vezes, por falta de esclarecimento ou por serem agressivos, [...] pais descontrolados, com problemas psiquiátricos, que interferem diretamente nas condutas, são bem agressivos com a gente, infelizmente, às vezes, precisamos pedir interferência para a segurança, e às vezes, as crianças maiores estão vendo tudo isso acontecer. [...] podemos dizer que prejudica um pouco o serviço, mas também a gente consegue contornar a situação.

AE12 complementa: [...] às vezes, tem mães ou pais que aparecem embriagados, [...] arrancam o soro, seria essa dificuldade, o casal que não se entende, briga ao redor da criança, acabam se expondo [...]”.

AE5 diz,

aqueles trabalhosos, aqueles problemáticos que sempre trazem problemas para todo mundo, [...] que complicam com todo mundo, são rebeldes, sempre tão arranjando motivo para brigar, para discutir, reclamam de um, reclamam de outro, nunca estão felizes com nada. Aqueles problemáticos que só sabem fazer isso mesmo.

E4 afirma:

A dificuldade maior é quando ela está realmente estressada e acha que não estão fazendo o melhor para seu filho, [...] que tu vai machucar a criança, que tu vai judiar da criança. [...] mas aí tu tem que conversar com esta mãe para ela tentar ver o outro lado.

Outras colocações feitas pelos entrevistados foram à dificuldade em trabalhar com os pais que maltratam as crianças e aqueles que não colaboram e não se empenham para a recuperação dos filhos.

Como nos diz AE11:

*[...] pais que não querem colaborar, [...] chegam tarde, ficam aí um pouquinho só com a criança, senta, do lado da criança, às vezes nem a, nem b, para criança (**não falam com a criança**), tem muitos assim. [...] não estão se empenhando para a recuperação do filho, para agradar a criança, para a situação se tornar melhor.*

E1, ainda, acrescenta que:

A dificuldade é ter que suportar pais que tu não gostaria, aqueles que estão na equipe de proteção, que a gente vê que são pais que maltratam as crianças. Tu vê aquilo e até pode ajudar, mas acho que muito pouco. Tu tem que conviver com aquilo, pai bêbado mãe que vai fumar e não pode, mãe que não fica presente, está ali do lado, mas não dá nem bola. Ter que suportar este tipo de coisa.

5.8.2 Problemas com área física e condições para o trabalho

Esta subcategoria emergiu a partir dos comentários dos sujeitos quanto às dificuldades dos profissionais em executar suas atividades em função da área física e a acomodação dos pais ao lado do paciente. Constatamos, no relato de cinco Auxiliares de Enfermagem, AE3, AE4, AE7, AE8, AE9, e uma Enfermeira E5.

AE8 nos diz que:

A única dificuldade que, às vezes a gente vê é, as mães, chegam, elas dormem, e dormem ali do lado e ocupam um espaço que tu tem que chegar para mexer num soro, numa bomba e, realmente, tu tem que acabar acordando ela ou chamando para poder chegar lá em cima, atrapalhando, atrapalhando um pouquinho o movimento da gente para nebulizar, ver sinais, isso aí que, às vezes, a gente nota. Eu considero um pouco de dificuldade, isso aí. Tu fica às vezes por cima de um pai parece que num trapézio, nebulizando a criança, isso, aí, é um absurdo, a gente fica lá longe. Eu digo: gurias olha só o jeito que eu estou nebulizando, mas o que é que eu vou fazer? Eu considero isto uma dificuldade. Eu acho que é isso aí, mais de chegar próximo da criança, próximo de um soro. Claro se é uma coisa mais grave tu vais chamar. Eu digo assim, em relação ao trabalho da gente é um pouco de dificuldade sim. Mas eu acho que não é o pior.

AE7 concorda com o sujeito AE8 e, ainda, relata a sua dificuldade quando o acompanhante é um pai, conta-nos:

A dificuldade é só essa, quando fica dois. Não precisa ficar dois, fica atrapalhando, porque o espaço que a gente tem é pouco. Esse negócio das mães ficarem deitadas dos lados dos berços, fica uma mãe aqui; outra ali; ou um pai e outro ali, tu sabe a gente fazer uma nebulização para ligar uma nebulização tu tem que estar deitando por cima da pessoa. Se é uma mãe tudo bem, tu te encosta, mas quando é um pai tu te atirando ali por cima, tu não quer acordar, e tu te atirando por cima, é uma coisa [...]. Sei lá também, eles não querem sair também, não querem descansar lá na sala de lanche. A dificuldade é só essa.

E5, também, faz um comentário a esse respeito, diz:

Eu acho que o nosso espaço para acompanhante é muito pequeno, uma acomodação péssima assim, acho que dificulta, a enfermaria fica mais cheia, para ti chegar perto da criança, uma coisa que o pessoal da noite muito refere; a mãe está ali na cadeira dormindo, eu não consigo chegar para aspirar, para botar a mamadeira, então atrapalha, isso é uma coisa muito comentada, no turno da noite

AE9, ainda, sugere,

[...] eu acho até que em determinados horários eles tinham que ir para casa descansar. Porque não adianta, à noite, por exemplo, às vezes eles ficam dormindo ali, aí sim, às vezes, eles atrapalham a gente [...] Lógico que a gente entende esse lado, estão ali durante o dia têm que descansar, uma hora tem que descansar. Eu acho que à noite, a não ser que a criança seja muito agitada, mas se a criança dorme, acho que a mãe ou o pai deveriam ir para o albergue, para poder retornar em melhores condições, porque também não adianta. Às vezes, eu até solicito para eles: mãezinha vai descansar um pouquinho, uma hora, duas que tu durma tu vai voltar melhor. Realmente, a gente tem um limite, chega uma hora que tu não consegue.

5.8.3 Problemas com a interferência dos pais na organização da unidade

Esta subcategoria partiu dos relatos dos sujeitos quanto à dificuldade dos pais em seguir as rotinas da unidade e manter a organização e limpeza da mesma.

Para dois Auxiliares de Enfermagem, AE6 e AE9, e duas Enfermeiras, E2 e E5, esta é uma dificuldade encontrada.

AE9 comenta que os pais têm dificuldade em seguir as rotinas e que “[...] tu tem que estar falando para não comer no quarto, elas sabem, elas são orientadas mas às vezes elas, como em tudo, testam a gente”.

Ainda, com relação a esta questão, E5 nos diz:

Na questão da limpeza, eles sujam mais, eles trazem alimentos, enchem as prateleiras de coisas, às vezes deixam no chão, então, fica um ambiente desorganizado, mais sujo. E como a nossa população é uma população de baixa renda, normalmente, com bastante problemas sociais, então é mais cacareco [...].

Para complementar as idéias dos sujeitos anteriores, E2 nos diz que a dificuldade identificada por ele está relacionada com

organização. Por mais que tu trabalhe, converse com os pais, é uma dificuldade tu manter a organização, tu explicar que tem que manter só uma pessoa, como eles estão muito angustiados, tem um monte de gente na sala, tu tem que conversar. Então, no geral, organização assim. Alimentação que eles trazem para dentro da enfermaria, é mais a organização.

5.9 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UMA REALIDADE?

Esta categoria emergiu das falas dos sujeitos que acreditam estarem realizando educação para a saúde, através da orientação dada pela equipe aos pais e da observação dos pais no trabalho da equipe. Consideram que a educação ocorre durante todo o processo de internação. Apontam, ainda, os assuntos mais abordados por eles na orientação aos pais, como poderemos ver a partir de agora.

5.9.1 A forma como se percebem realizando educação para a saúde

Ao serem questionados, a respeito de educação para a saúde, os entrevistados percebem-se realizando a educação através da orientação dada pela equipe de enfermagem aos pais e da observação dos pais no trabalho da equipe.

A grande maioria dos profissionais percebe-se realizando educação para a saúde por meio da orientação dos cuidados prestados a criança.

AE9 diz:

Eu acho que realizo assim, eu vou falar o que eu imagino, eu ajudando, orientando a mãe, porque a gente sempre orienta também, conversamos. Tem mães que precisam disso, serem orientadas, acho que é muito importante. [...] tem mães adolescentes, tem bastante e, [...] às vezes elas não têm quem oriente, elas são novas e não têm os familiares, não estão junto, [...].

AE8 e E1 entendem que realizam orientação verbal e ensinam fazendo. AE8 nos diz:

Acho que sim, porque a gente orienta o melhor possível, em dúvidas ou mesmo coisas que a gente vê que estão fazendo errado, a gente procura orientar. Mães que não limpam muito bem as crianças quando trocam a fralda, a gente cansa de ver mãe que tira fralda e bota outra, então, tem que orientar que tem que pegar uma água com sabão, quem sabe um sabonete, uma água morninha, limpar bem, para poder trocar. São coisas básicas que, às vezes, elas, por preguiça ou por sei lá, não fazem. E a gente faz, calça a luva, pega a fraldinha umedece, isso a gente faz. Então, quando a gente vê que não fazem acho que a gente tem que falar. Mãe, assim não vai adiantar nada tu trocar. Aí depois está com o períneo vermelho, não sabe porque. Isso é coisas básicas assim, que eu acho que até tu pode chegar a falar com jeito.

Dois sujeitos, AE4 e AE11, entendem que educam os familiares ao fazer os cuidados a criança.

AE4 conta-nos:

Acontece isso porque os familiares vêem a forma como a gente trabalha e alguma coisa eles pegam, alguma coisa eles aprendem, então por isso eu tenho que me cuidar um monte e fazer as coisas exatamente, não posso dar um desvio, porque eu sei que os pais estão ali junto e eles gravam tudo.

AE11 destaca:

Acho que no momento que a gente está mostrando o trabalho da gente bem feito, [...] como certas coisas são feitas, os cuidados que tu tem que ter de higiene, de posicionar bem a criança, de dar atenção, acho que em tudo isso aí, tu já está educando para a criança ter em casa.

5.9.2 A continuidade da orientação

Os sujeitos, nesta subcategoria, demonstram-nos que a orientação se caracteriza como uma função contínua, durante toda a internação.

Três sujeitos, E1, E3 e AE3, consideram a orientação um processo contínuo e que tem ocorrido desde a admissão do paciente até a sua alta, realizada por todos os profissionais.

E3 fala-nos,

[...] a mãe é orientada o tempo todo, quando as coisas vão acontecendo a gente vai esclarecendo as dificuldades ou, colocando coisas novas para elas. Às vezes elas, até sabem, mas não sei por uma forma ou outra se descuidam. Durante toda a internação, [...] é desde que chega no momento da internação a gente já vai observando as falhas, as coisas positivas. Tipo coisas boas, então a gente elogia, incentiva até para que isto ocorra sempre, e coisas que não estão bem, muitas vezes, não é porque elas não querem, é porque não estão sabendo lidar com a situação e assim vai durante toda a internação.

E2 enfatiza:

Desde a admissão até a alta. Na admissão, tu já conversa com os pais, tu já faz o histórico de enfermagem, tu orienta como funciona as rotinas da unidade, além de que tu também, quando surgem problemas, tu orienta quanto aos problemas levantados. Durante a internação, na medida do possível, quando tu vais fazer algum procedimento e se o pai/mãe está junto tu procura orientar também. E, na alta, principalmente na alta, orienta quanto aos cuidados. Inclusive higiene pessoal que é feita todos os dias, o banho, porque os pais que não estão habituados com isto, então tu já está fazendo educação. Tu já está orientando, tanto nós quanto as auxiliares de Enfermagem.

Dois sujeitos, AE6 e E4, associam a orientação para a saúde com a prática das rotinas da unidade, como nos diz AE6:

[...] quando eu estou colocando as rotinas em prática eu sou obrigada a explicar o porquê. Porque tu não pode pegar uma fralda do chão? [...] Porque que tal coisa é num lixo, outra coisa em outro lixo? Porque a criança não pode caminhar de pé descalço nesse chão? Porque pode ter agulha, vidro.

E1, ainda, lembra a continuidade do aprendizado nas reinternações dos pacientes, ela diz “*tem aquelas mães que voltam seguido, aquelas crianças que vêm seguido por problemas crônicos. [...] então elas vão aprendendo. Tem mães que sabem como um auxiliar, que sabem muitas coisas, que aprendem aqui, praticamente*”.

5.9.3 Assuntos abordados pela Equipe de Enfermagem com os pais

Os relatos dos sujeitos mostram-nos que vários são os assuntos abordados com os pais, quando estão realizando educação para a saúde. Citam alguns em maior destaque como higiene, alimentação e, ainda, prevenção de acidentes e infecções e estimulação.

AE12 nos diz:

A gente sempre consegue passar alguma coisa para eles, [...] quando os pais chegam da rua, geralmente, a reação deles é ir direto na criança; aí tem que falar que tem que lavar a mão para manusear a criança, orientar também, às vezes, eles não lavam, só enxáguam a mamadeira que vem de casa, só passam uma aguinha fria, aí, tem que orientar a pegar uma espátula, tem que lavar com sabãozinho, essas coisas assim mais de higiene.

AE5 fala: “*Explicar como fazer a higiene em geral, como escovar os dentes, cortar as unhas, limpar os ouvidos, coisa básica*”.

Justificam a necessidade de orientação sobre determinados assuntos como nos esclarece E3:

Por mais incrível que pareça, têm mães que não sabem fazer higiene perineal correta, elas fazem de uma forma errada, fazem como eu vou dizer o termo, fazem mal feita, mal acabada, e, muitas vezes vejo elas fazendo e elas parecem estar seguras, mas ela está fazendo de forma errada e é uma coisa tão simples. Alguém vai dizer, como é que a enfermeira vai ensinar a mãe a limpar a bundinha da criança. Muitas situações a gente tem que intervir.

Sobre alimentação, AE3 responde:

[...] o próprio reforço do aleitamento, às vezes a mãe não quer dar mamá. Esses dias teve uma mãe, eu disse tu tem que dar sim, tem que tomar bastante líquido, reforcei bastante, então eu acho que é isto aí, é uma educação que tu dá, para o bem da criança e da própria mãe também.

E1 conta-nos que: “[...] tu orienta como dar alimento quando a criança tem refluxo (gástrico-esofágico) [...]”.

AE2 diz:

Incentivar a mãe com o leite materno, [...] eu digo mas tenta dar o peito, toma bastante líquido, toma chazinho, a gente pega chá na copa, toma bastante líquido, não te estressa, eu sei que é difícil, está internada, aquela coisa toda, é eu sempre digo, tenta o peito, não dá mamazinho, se tu der mamá ele vai largando o peito, explico porque, [...].

Quanto às orientações relacionadas à prevenção de infecções e acidentes nos conta E3:

Eles têm aquela orientação de como deve ser feita as coisas, até a prevenção de certas coisas, muitas vezes, a gente observa que algumas coisas que as mães fazem põem em risco as crianças, jeito de dar alimentação, risco de queda do leito e, assim, teria que listar ‘n’ coisas.

Ainda, E1 argumenta que, “[...] tu orienta muitas vezes quanto à vacinação, se a criança não está vacinada, que ela pode procurar o posto ou fazer aqui mesmo, [...]”.

Para AE1:

[...] eu acho que eles levam daqui algumas lições, até mesmo coisas básicas, de higiene, de manhã a gente dá banhinho, a gente faz uma higiene oral, então eu acho que quando eles saem daqui, o que eles puderem evitar, porque eu acho que higiene e saúde estão ligados diretamente, eles já saem com um aprendizado, [...].

E5 diz que realiza educação para a saúde,

abordando a questão da higiene do nenê, do contato com a criança, estimular a brincar, a pegar no colo para dar mamadeira, a própria estimulação para levar para recreação, para brincar acho que lá o pessoal estimula bastante, mostra as atividades que podem ser feitas com a criança. Acho até que poderia ser feito mais, mas alguma coisa se faz. Isso aí.

Concluindo este capítulo, gostaríamos de salientar que as percepções da Equipe de Enfermagem acerca da Permanência Conjunta foram agrupadas por temas semelhantes, originando a Tese da Categoria.

Cabe também ressaltar que os depoimentos dos sujeitos foram transcritos na íntegra, ocorrendo uma transcrição fiel do foi dito pelos entrevistados. É importante lembrar que algumas falas foram destacadas por serem representativas do pensamento de outros participantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Os bons pesquisadores são aqueles que conseguem reconhecer e apreciar a importância do inesperado”.

Beveridge (1981).

Esta pesquisa de cunho qualitativo oportunizou-nos a conhecer as percepções de uma Equipe de Enfermagem sobre Permanência Conjunta e suas implicações através da análise e discussão dos dados.

Este estudo foi bastante enriquecedor para o nosso conhecimento profissional e possibilitou um desenvolvimento interior muito gratificante. Gostaríamos de salientar que, mesmo com experiência na área da Pediatria e vivenciado esta situação de permanência conjunta na prática profissional, sempre temos muito a aprender. Podemos destacar ainda, que ele foi também um momento de reflexão para os entrevistados, pois alguns sujeitos da pesquisa já estavam repensando suas práticas, ao verbalizarem que nunca tinham parado para pensar neste assunto, ou ainda, que saíram da entrevista refletindo sobre suas práticas diárias no cotidiano do trabalho e se observando mais como cuidador/educador de criança e família.

Por meio do levantamento bibliográfico, constatamos a existência de vários estudos, no Brasil, relacionados à Permanência Conjunta, muitos deles voltados para o enfoque da criança e pais/família; raros, relacionados à perspectiva da equipe de enfermagem.

A área temática escolhida foi um desafio constante, mas consideramos que o estabelecimento das categorias facilitou nossa análise. Porém, temos consciência que estes compõem uma unidade a qual estabelece inter-relações com o contexto em que se inserem.

Ao longo do estudo, algumas dificuldades foram vivenciadas por nós. A primeira dificuldade relacionou-se com a liberação do projeto de pesquisa pela Universidade e, posteriormente, pela Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, visto que esta última solicitou alguns esclarecimentos, e como ela se reunia mensalmente para deliberações, precisamos aguardar a data da próxima reunião.

A aprovação do projeto de pesquisa foi deliberada no mês de julho de 1999. A partir daí, então, fizemos contato com a Enfermeira Chefe de Unidade para participarmos das reuniões de unidade e apresentamos o nosso projeto a toda equipe.

Como os meses de julho e início de agosto de 1999, foram de cursos para os profissionais, visto que, estava sendo implantado o programa 5S – Qualidade Total, nas Unidades de Internação Pediátricas, as reuniões com a Equipe de Enfermagem começaram a ocorrer somente no final de agosto, ocasionando a demora no início da coleta de dados, que ocorreu a partir de setembro, estendendo-se até novembro de 1999.

Durante a coleta de dados, a autora encontrava-se em intensa atividade profissional na unidade em que trabalha, bem como desenvolvendo suas atividades curriculares do mestrado, o que dificultou um pouco a sua presença diária na unidade para a coleta dos dados.

Outra dificuldade vivenciada pela autora foi a saída de seu orientador, para realização do pós-doutorado no exterior, justamente no período da coleta e análise dos dados, bem como elaboração do relatório final.

Podemos apontar, neste momento, como ponto facilitador da pesquisa, a grande receptividade que tivemos por parte dos sujeitos da pesquisa. Todos mostrando bastante motivação em participar do estudo, verbalizando a satisfação de contribuir e procurando-nos em outros momentos para comentar algo que ficaram pensando após as entrevistas.

Quanto aos dados pessoais dos sujeitos entrevistados, podemos dizer que dezesseis deles são do sexo feminino e um do sexo masculino. Seis deles são casados, cinco solteiros, três divorciados, dois viúvos e um separado, sendo que possuem um número mínimo de nenhum ou um filho e no máximo de quatro filhos. Possuem entre vinte e sete e cinquenta e cinco anos de idade.

Seis, dos doze auxiliares de enfermagem, possuem 2º Grau Completo, um possui 2º Grau Incompleto, três possuem 2º Grau e o Curso Profissionalizante em Técnico de Enfermagem, dois possuem o Curso Superior Incompleto em outras áreas de ocupação. Todos os cinco enfermeiros possuem somente Curso Superior.

Quanto à formação profissional, o curso profissionalizante de maior prevalência realizado pelos Auxiliares de Enfermagem foi o CEDEN, Centro Desenvolvimento em Enfermagem, a profissionalização ocorreu entre 1978 e 1995. Os enfermeiros, em sua maioria, graduaram-se na UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entre 1976 e 1988.

Quanto à atividade profissional, os auxiliares de enfermagem têm entre três e vinte anos de exercício profissional, sendo dois anos e três meses a dezessete anos de atuação na Unidade de Internação Pediátrica, onde foi realizada a pesquisa. As enfermeiras têm entre dez e vinte e três anos de exercício profissional, sendo entre dois anos e quatro meses a onze anos e seis meses o tempo de atuação na unidade.

Com relação ao turno de trabalho, nove trabalham no noturno, oito no diurno.

Com relação à experiência anterior, dos dezessete entrevistados, onze tinham experiência e seis não possuíam. Em outra atividade profissional, encontra-se apenas uma pessoa, sendo na área de ensino.

Na análise dos dados obtidos através da entrevista, cabe no momento tecer algumas considerações sobre o exposto neste capítulo, seguindo as categorias explicitadas, os objetivos e a questão norteadora.

Constatamos que a equipe de enfermagem enfatiza que gosta de trabalhar com criança, sente-se gratificada pela aprendizagem constante, com satisfação pela doação contínua, tornando-se mais humanas, embora apareçam às vezes sentimentos conflitantes, impotência, ansiedade, tristeza, os mesmos revelam atitudes que ajudam a enfrentar as situações inerentes ao convívio com a família e a criança doente.

Em relação à orientação em permanência conjunta, a maioria da equipe recebeu orientação, para uns detalhada, para outros breve, ou junto com as orientações das rotinas nas unidades e outros ainda foram descobrindo através convivência com as famílias. Quanto a experiência da permanência, em maior número, opinaram que não atrapalha, acham positivo, embora enfrentaram dificuldades, insegurança pela presença dos pais ou por ser a primeira experiência de emprego. Atualmente estão bem mais a vontade e incentivam a participação dos pais por ser bom para a criança doente.

Quanto à importância da permanência conjunta familiar e a criança doente, foi apresentado em primeiro lugar como principal os benefícios proporcionados às crianças: recuperação mais rápida, manutenção do vínculo com a família, segurança para a criança pela presença dos pais e para os pais pelo acompanhamento do tratamento.

Quanto às facilidades, salientaram a atenção à criança no momento em que, ela mais precisa, e com o auxílio dos pais à equipe em alguns procedimentos, a mesma fica mais tranquila pela presença dos pais olhando por aquela criança, já que, os auxiliares de enfermagem ficam com cinco crianças em cada enfermaria. E, tendo ainda, os pais como facilitadores, favorecendo a aproximação da equipe com a criança.

Em relação às dificuldades, salientamos que muitas vezes os pais são nervosos e estressados, alguns alcoólatras e outros que maltratam as crianças, não contribuindo assim para melhora da criança. Os entrevistados também relatam que encontram problemas com relação ao tamanho da área física dos quartos, consideram o local pequeno, visto que, as acomodações dos pais ficam ao lado do leito do paciente, limitando a circulação e o acesso

dos profissionais ao leito da criança para prestar o cuidado. Entendem que este problema atrapalha o trabalho da equipe, e comprometendo a assistência prestada. Cabe ainda destacar que esta situação gerada pela dificuldade do profissional chegar próximo ao paciente acarreta em esforço físico e desdobramento corporal, comprometendo a postura e integridade física do profissional. Outro item apresentado é a dificuldade dos pais de seguir a rotina do hospital, manter a organização e limpeza da unidade. Todas estas dificuldades trazidas pelos profissionais geram neles muitas inquietações e desconforto, e em certas situações sentem-se desvalorizados e agredidos.

Todo período de internação contribui para a aprendizagem em educação para a saúde, tanto no momento em que os pais estão observando o cuidado prestado, pela equipe de enfermagem à criança, quanto nas orientações que muitas vezes eles recebem dos profissionais, aproveitamos para destacar os assuntos mencionados por eles: higiene, alimentação, estimulação, prevenção de acidentes e infecções. Cabe ainda reforçar que neste momento em que a equipe de enfermagem encontra-se a beira do leito cuidando destas crianças e famílias é de extrema importância para observarmos como estas famílias cuidam, amam, acariciam, alimentam e educam suas crianças. As equipes de enfermagem devem se apropriar destes momentos para ajudar estas famílias a aprenderem a amar, seus filhos.

É importante destacar que a equipe de enfermagem não se percebe aprendendo com os pais, num processo de trocas de saberes e experiências, nos seus relatos apresentam-se como educadores, e raramente como aprendizes. Entendemos que esta dinâmica pode ser resgatada com as equipes visto que o profissional também pode aprender com os pais, com as famílias, com o outro.

Frente ao exposto podemos afirmar que a Permanência Conjunta na prática hospitalar é percebida pela equipe de enfermagem como algo de relevante importância para a criança que se encontra fragilizada pela doença, e também pela segurança de sentir a presença dos pais junto dela. Devemos salientar que para os pais também é enriquecedor pela oportunidade de adquirir orientações para melhorar a saúde da família.

Gostaríamos de esclarecer que durante a coleta dos dados ao questionarmos os sujeitos como eles definiriam em uma só palavra Permanência Conjunta, os mesmos responderam: Segurança, Dedicção, Recuperação Facilitadora, Vínculo, Carinho, Amor, Interação, Necessidade e Amor-Dedicção. Devido a sua abrangência sugerimos a utilização destas palavras como subsídios para realização de uma Oficina de Trabalho enfocando este tema.

Este estudo contribuiu para a compreensão da Permanência Conjunta, pais e familiares, a partir da percepção de uma equipe de enfermagem, possibilitando um repensar da nossa prática profissional e ampliar nossa visão para esta temática. Podemos garantir que no momento das entrevistas alguns sujeitos já estavam repensando suas práticas, refletindo sobre suas condutas e alguns até verbalizando que nunca haviam pensado neste assunto.

Ao concluirmos apresentamos algumas sugestões que poderiam contribuir para o sucesso da permanência conjunta nos hospitais, que atendem crianças. Sugestões de atividades a serem propostas para a Equipe de enfermagem:

- a) Cursos Psicopedagógicos com abordagens nas relações interpessoais;
- b) Grupos de Vivência com vários profissionais da Equipe, como apoio para enfrentamento das situações difíceis inerentes ao convívio com a família e criança doente;
- c) Grupos interativos com dinâmicas para despolarização de saberes onde os profissionais também poderão aprender com os pais.

Sugestões de atividades a serem trabalhadas com os familiares das crianças doentes.

Oficina de trabalho:

- a) com abordagem sobre Educação para a saúde (Palestras sobre etapas do desenvolvimento humano, características, necessidades da criança);
- b) orientação psicológica para melhorar o relacionamento com os filhos.

Grupo de Apoio, abordando a situação da hospitalização, doença do filho e sentimentos relativos a problemática em questão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ATKINSON, Leslie; D, MURRAY, Mary. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BEVERIDGE, W. I. B. **Sementes da descoberta científica**. São Paulo: Queros, 1981.

BOEHS, Astrid Eggert; PATRÍCIO, Zuleica Maria. O que é este cuidar/cuidado: uma abordagem inicial. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 24, n.1, p111-116, 1990.

BRASIL. Ministério da Ação Social: Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: 1990.

CURSINO, Maria Rosa et al. **Assistência de enfermagem em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1992.

DANIEL, Lílían Felcher. **A enfermagem planejada**. 3.ed. São Paulo: EPU, 1981.

EIDT, Olga Rosária; ISSI, Helena Becker. Participação da mãe e da família na assistência à criança hospitalizada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, 3, 4, p. 83-90, jun./set./dez. 1980.

GASTALDO, Denise Maria; MEYER, Dagmar Estermann. A Formação da Enfermeira: Ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 42, n. 1/2/3/4, p. 7-13, jan./dez. 1989.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2.ed., São Paulo: Cortez, 1985.

GOMES, Elizabeth Laus Ribas, et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU-USP, 1979.

ISSI, Helena Becker. et al. Enfermagem a nível de internação pediátrica. **Revista do HCPA**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 85-92, jun. 1982.

_____. **Vivências, percepções, sentimentos e experiências de aprendizagem de mães de crianças portadoras de doenças crônicas com prognóstico reservado**: implicações para o ensino de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Educação, Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1989.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Roberto (Org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MELO, Cristina Maria Meira de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo, Análise de discurso, temática, Educação**, Porto Alegre, ano XXIII, n. 37, p.7-32, mar. 1999.

MOSQUERA, Juan José Mouriño; STOBÄUS, Claus Dieter. **Educação para a saúde**: desafio para sociedades em mudança. 2.ed. Porto Alegre: Luzzatto, 1984.

MOTTA, Maria da Graça Corso da. A Criança na Proposta do Processo de Desenvolvimento Humano. In: EINLOFT, Liane et al. **Manual de Enfermagem em UTI Pediátrica**. Porto Alegre: Médica e Científica, 1996.

_____. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital**: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: UFSC/Centro de Ciências e Saúde, 1998.

NAKAMAE, Djair Daniel. **Novos caminhos da enfermagem**: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo: Cortez, 1987.

NEIRA HUERTA, Edelia del Pilar. Internação Conjunta: critérios para decisão sobre que mães poderão acompanhar seus filhos durante a hospitalização. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 13-21, 1984.

_____. Interações entre Enfermeiras e Pais de Crianças Hospitalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-93, abr. 1985.

NUNES, Dulce Maria. **Percepções e estado emocional da mãe, relativos à Assistência Hospitalar prestada a seu filho no Sistema de Permanência Conjunta**. São Paulo: Escola de Medicina, 1986. (Dissertação de Mestrado).

OJEDA, Beatriz Sebben. Transformações Paradigmáticas do Cuidado a partir do “Mundo-Vivido” de Enfermeiros Pediatras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p.63-70, jan. 1997.

OLABUENAGA, José I. Ruiz; ISPIZUA, Maria Antonia. **La descodificación de la vida cotidiana**: métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.

OLIVEIRA, Helena de. A Enfermidade sob o Olhar da Criança Hospitalizada. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 326-332, jul./set., 1993.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernardete P. **Fundamentos de pesquisa em e enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, Nair Regina Ritler. **A experiência da criança na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico**: subsídios para a prática e o ensino de enfermagem. Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991. (Dissertação de Mestrado).

_____. **Famílias vivenciando o risco de vida do filho**. Florianópolis: Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, 1999 (Tese de Doutorado).

SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. **Educação, enfermagem e prática profissional com famílias**: vivências de professores de um curso de graduação. Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996. (Tese de Doutorado).

SILVA, Ana Gracinda Ignácio da. **Satisfação do usuário e a qualidade de assistência de enfermagem**. Belém: Imprensa Oficial do Estado, 1999.

SILVA, Graciete Borges da. **A enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SCHMITZ, Edilza Maria R. A problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos. In: SCHMITZ, Edilza Maria R. et al. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

TOBIAS, Leonice et al. Humanização na UTI Pediátrica em Florianópolis. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 60, n. 4, p.164-70, abr. 1986.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLE, Elizabets Ranier Martins do. A Psicologia na Formação e Manutenção do Desempenho da Enfermeira-Pediatra. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 105-108, jul./set. 1984.

VIANNA, Rosa Magrinelli. Interação Criança, Pais e Família. Interação Pais-Bebê. In: VANZIN, Arlete Spencer. **Atenção integral à saúde da criança: um enfoque epidemiológico**. Porto Alegre: RM & L. Gráfica, 1998.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WHALEY, Lucille F; WONG, Donna L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção coletiva**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

_____. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção coletiva**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.

ZAMO, Clair da Graça de Souza et al. O cuidado: terapia de enfermagem na pediatria. In: CECCIN, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci (Orgs.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta a vida**. Porto Alegre: UFRGS, 1997.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento

Queremos convidá-lo para participar do nosso estudo, que está sendo realizado pela Enfermeira Josiane Dalle Mulle, da Unidade Internação Pediátrica 10º Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em atendimento a um requisito do Curso de Mestrado em Educação da PUCRS, na linha de Pesquisa Educação, Saúde e Comunidade. Esta pesquisa tem como objetivo aprofundar o estudo na temática da Permanência Conjunta, tendo como sujeitos da pesquisa os membros da equipe de enfermagem.

Com essa finalidade, serão realizadas entrevistas individuais pela própria pesquisadora, com duração de aproximadamente uma hora. Estas entrevistas serão gravadas e desgravadas para serem analisadas. Para isto está garantida total confidencialidade a todos os participantes, pois os dados serão utilizados apenas para a pesquisa.

A participação de cada um é voluntária, isto significa que você não é obrigado a participar ou dar informações que não deseje. Necessito da tua colaboração, expressando as tuas percepções sobre a realidade vivenciada neste contexto. Podemos afirmar que o seu relato é de extrema importância, uma vez que poderemos compreender melhor esta dinâmica da permanência conjunta, se ouvirmos a sua experiência profissional e pessoal.

Não tenha dúvidas em pedir mais esclarecimentos sobre o nosso estudo. Estamos à sua disposição. Agradecemos a sua atenção e colaboração.

Título da Pesquisa: *Permanência Conjunta: percepções de uma Equipe de Enfermagem.*

Eu, _____, declaro que fui informado(a) a respeito da natureza e do objetivo da pesquisa acima descrita, concordando em participar. Minha participação na entrevista é voluntária, tendo ciência que a mesma vai ser gravada com o objetivo de facilitar o registro dos dados.

Data: ___/___/___.

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador _____

Apêndice B - Ficha Informativa

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Categoria Profissional: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ N° de filhos: _____

Grau de instrução: _____

Escola que frequentou o curso profissionalizante: _____

Ano que concluiu o curso: _____

Número de anos que trabalha na enfermagem: _____

Número de anos/meses que trabalha nesta unidade: _____

Turno de trabalho: _____

Já trabalhou em outra unidade de internação pediátrica? _____

Trabalha em outro local? _____

Onde e em que atividade? _____

Apêndice C - Roteiro da entrevista com enfermeiros e auxiliares de enfermagem

- 1) O que levou você a trabalhar em Pediatria?
- 2) Como você se vê como enfermeiro/auxiliar de enfermagem na sua prática profissional?
- 3) Você foi orientado alguma vez sobre a Permanência Conjunta? Quem você acha que deveria orientá-lo?
- 4) Quando você veio trabalhar nesta instituição, alguém lhe orientou sobre Permanência Conjunta?
- 5) Você já havia trabalhado com Permanência Conjunta, onde os pais têm livre acesso de permanecer acompanhando seus filhos? Como você se encontra nessa experiência? Como foi a sua adaptação a essa nova situação?
- 6) Para você, a Permanência Conjunta serve para quê?
- 7) Como você se sente trabalhando com os pais/família e crianças hospitalizadas?
- 8) Que facilidades você encontra ao trabalhar num local que adota o Sistema de Permanência Conjunta?
- 9) Que dificuldades você encontra ao trabalhar num local que adota o Sistema de Permanência Conjunta?
- 10) Como você definiria, em uma só palavra, Permanência Conjunta?
- 11) Você acha que realiza Educação para a Saúde, no contato direto com os pais/ familiares?
- 12) Você gostaria de falar mais alguma coisa a respeito da Permanência Conjunta que não foi abordado nessas questões?

Apêndice D - Quadro Síntese - Ficha Informativa

Quadro 1 - Síntese

NOME	CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO	IDADE (ANOS)	ESTADO CIVIL	N.º FILHOS	GRAU INSTRUÇÃO	CURSO PROFISSIONAL	ANO CONCLUSÃO	N.º ANOS ENFERMAGEM	TEMPO FUNÇÃO UNIDADE	TURNO TRABALHO	EXPERIÊNCIA ANTERIOR PEDIATRIA	OUTRO TRABALHO
A	Aux. Enfermagem	Fem.	38	Divorciada	2	2º Grau Incompleto	CEDEN	1989	10	2a 3m	Tarde	Sim	Não
B	Aux. Enfermagem	Fem.	33	Casada	2	2º Grau	SOS REALEZA	1995	3	3a	Noite	Não	Não
C	Aux. Enfermagem	Fem.	50	Viúva	2	2º Grau/ Téc. Enfermagem	CRUZ VERMELHA	1984	20	14a	Noite	Não	Não
D	Aux. Enfermagem	Fem.	55	Casada	4	2º Grau	MOINHOS DE VENTO	1979	20	9a	Noite	Sim	Não
E	Aux. Enfermagem	Masc.	27	Divorciado	0	Superior Incompleto	CEDEN	1990	9	2a 4m	Tarde	Sim	Não
F	Aux. Enfermagem	Fem.	42	Solteira	0	2º Grau	SENAC	1991	6	3a	Tarde	Não	Não
G	Aux. Enfermagem	Fem.	43	Solteira	1	2º Grau	HPS	1979	11a 6m	11a 6m	Noite	Não	Não
H	Aux. Enfermagem	Fem.	50	Divorciada	3	Superior Incompleto	HCPA	1993	6	5a 2m	Noite	Sim	Sim (Escola/ Professora)
I	Aux. Enfermagem	Fem.	47	Viúva	2	2º Grau/ Téc. Enfermagem	HCPA	1990	17	17a	Noite	Não	Não
J	Aux. Enfermagem	Fem.	45	Casada	2	2º Grau Aux. Enf. Trabalho Téc. Enfermagem	FACEN	1978	16	2a 5m	Manhã	Sim	Não
K	Aux. Enfermagem	Fem.	36	Separada	2	2º Grau	CEDEN	1994	5	3a	Manhã	Não	Não
L	Aux. Enfermagem	Fem.	30	Solteira	0	2º Grau	SOS REALEZA	1993	6	4a	Manhã	Sim	Não
M	Enfermeira	Fem.	44	Casada	2	Superior	UFRGS	1979	10	3a	Tarde	Sim	Não
N	Enfermeira	Fem.	32	Solteira	0	Superior	ULBRA	1988	10	3a	Noite	Sim	Não
O	Enfermeira	Fem.	44	Casada	1	Superior	UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL	1979	23	2a 4m	Noite	Sim	Não
P	Enfermeira	Fem.	45	Solteira	0	Superior	UFRGS	1976	22	11a 6m	Noite	Sim	Não
Q	Enfermeira	Fem.	35	Casada	2	Superior	UFRGS	1988	11	4a	Manhã	Sim	Não