

ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE

THE PEDIATRIC WING: THE HEALTH STAFF PERCEPTIONS

ALOJAMIENTO PEDIÁTRICO CONJUNTO: PERCEPCIONES DEL EQUIPO DE LA SALUD

Neusa Collet¹, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira², Cláudia Silveira Viera³

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Oeste do Paraná/UNIOESTE.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Oeste do Paraná/UNIOESTE.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Oeste do Paraná/UNIOESTE.

PALAVRAS-CHAVE:

Criança hospitalizada.
Alojamento conjunto pediátrico.
Equipe de saúde.

KEYWORDS:

Child hospitalized.
Pediatric wings.
Health team.

PALABRAS CLAVE:

Niño hospitalizado.
Alojamiento pediátrico conjunto.
Equipo de la salud.

RESUMO: Este estudo teve como objetivo identificar as percepções dos profissionais da equipe de saúde acerca da assistência à criança hospitalizada em alojamento conjunto pediátrico a partir da inserção da família no hospital. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa realizada no alojamento conjunto pediátrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, cujo delineamento metodológico foi o estudo de caso e a técnica de coleta dos dados o questionário. Para a análise utilizaram-se os princípios que regem a interpretação de textos. Identificou-se que os profissionais ressaltam alterações na rotina de trabalho e percebem a inserção da família no hospital num sentido figurativo e instrumental. Apesar do cuidado ser concebido para além da assistência aos danos físicos, há uma hierarquização do mesmo e bem como das atividades de alguns profissionais. Salienta-se a importância da participação da família na assistência à criança numa concepção de interdependência e complementaridade das ações entre profissionais e família.

ABSTRACT: The present study had the objective to identify the professional health team's perceptions concerning the attendance of the child hospitalized in pediatric wings starting from the insert of the family in the hospital. It is a qualitative research accomplished in the pediatric wings of the University Hospital of Western Paraná. The case study was the methodology used and the technique of collection of the data was the questionnaire. For the analysis the beginnings that govern the interpretation of texts were used. As result of the analysis was identified that the professionals sad about work routine alterations and they perceived the insert of the family in the hospital with a figurative and instrumental sense. There is a hierarchization of the care and the same activities of some professionals. The importance of the participation of the family is pointed out in the attendance of the child in an interdependence conception and complementarities of the actions between professionals and family.

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo identificar las percepciones de los profesionales del equipo de la salud acerca de la asistencia al niño hospitalizado en el alojamiento pediátrico conjunto a través de la inclusión de la familia en el hospital. Investigación de naturaleza cualitativa lograda en la ala pediátrica del Hospital Universitario del Oeste de Paraná. La metodología usada fue el estudio del caso y la técnica de colección de los datos la encuesta. Para el análisis se usó los principios que rigen la interpretación de textos. Como el resultado del análisis fue identificado que los profesionales señalan las alteraciones en la rutina de trabajo y ellos notan la inserción de la familia en el hospital en un sentido figurativo e instrumental. Mismo que el cuidado sea percibido para además de la asistencia a los daños y perjuicios físicos, hay una jerarquización del cuidado y así como de las actividades de algunos profesionales. La importancia de la participación de la familia es fundamental en la asistencia al niño en una concepción de interdependencia y complementariedad de las acciones entre los profesionales y familia.

Endereço:

Neusa Collet

Rua Rio de Janeiro, 2406,

85801-031 - Centro, Cascavel - PR

E-mail: ncollet@terra.com.br ncollet@unioeste.br

Artigo original: Pesquisa

Recebido em: 15 de fevereiro de 2004

Aprovação final: 5 de julho de 2004

INTRODUÇÃO

O trabalho historicamente foi se modificando obtendo significados e naturezas diferentes. Com a evolução do homem, as novas exigências da vida produtiva levaram a uma complexificação do trabalho, com tarefas cada vez mais difíceis e uma especialização da produção, necessitando de muitos homens para um só trabalho, ocorrendo a divisão dos meios de produção e da força de trabalho¹.

O trabalho em saúde é desenvolvido com características de fragmentação, especialização, divisão técnica e sexual, complexificação, exemplificados na atenção à saúde no ambiente hospitalar, incluindo a assistência à criança.

Nesse contexto, a evolução da assistência à saúde da criança caminhou do internamento que rompia o vínculo afetivo com a família para o modelo de alojamento conjunto, o qual envolve a família na hospitalização, na promoção da saúde e prevenção de doenças a seus filhos². Essa situação acarretou mudanças no processo de trabalho da equipe de saúde nas unidades pediátricas, pois os profissionais passam a ter a presença da família* como um agente que está sendo envolvido no cuidado à criança e, portanto, participando do processo de trabalho.

Atualmente, os acompanhantes das crianças hospitalizadas têm prestado cuidados de higiene, alimentação, conforto, e outros, antes de responsabilidade dos profissionais de saúde, como medicação oral, inalação, recreação, apoio emocional. Tal atitude de repassar à família da criança tais cuidados merece atenção por parte da equipe, pois alteraram significativamente os modos de conduzir seu trabalho. Além desses fatores, percebemos que os profissionais não têm refletido sobre essas mudanças e os desdobramentos delas decorrentes.

Um estudo procurou conhecer e apresentar o cotidiano de duas unidades de internação conjunta pediátrica de hospital da rede pública, por meio dos significados atribuídos pelas enfermeiras e pelos familiares participantes às suas ações e seus comportamentos³. O que emergiu desse estudo foi a carência de diálogo entre profissional/profissional e entre profissional/familiar participante; a utilização instrumental do familiar pela equipe de enfermagem para atender às necessidades da criança, executando cuidados de higiene, conforto e alimentação e participando ainda de maneira direta e indireta da administração de

medicação oral e endovenosa; e a constatação que o binômio criança/família participante não recebe atenção direcionada às suas reais necessidades, revelando o distanciamento entre esse contexto e as proposições existentes para o ACP, que tem como prioridade a humanização da assistência prestada ao binômio.

Com base nessa compreensão, esse estudo teve como objetivo identificar as percepções dos profissionais da equipe de saúde acerca da assistência à criança hospitalizada em alojamento conjunto pediátrico a partir da inserção da família no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa realizada junto à equipe de profissionais de saúde do alojamento conjunto pediátrico (ACP) do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), constituindo-se estes os sujeitos da pesquisa, cujo delineamento metodológico empregado foi o estudo de caso.

A técnica de coleta dos dados empíricos utilizada foi o questionário, construído com base no referencial clínico-epidemiológico com questões abertas e fechadas. O mesmo foi aplicado aos membros da equipe multiprofissional da unidade em estudo. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O tempo de aplicação do questionário foi de três meses.

As questões éticas foram delimitadas de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁴ e o projeto de pesquisa submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Unioeste, tendo sido aprovado sob o parecer CR 005469/2002.

Para a análise dos dados empíricos foram utilizados os princípios que regem a interpretação de textos, a saber, organização prévia fundamentada em nossa experiência, contextualização da linguagem em sua realidade histórica e reflexão sobre o significado dos resultados⁵. Num primeiro momento realizamos leituras repetidas do material coletado a fim de identificarmos temáticas afins. Nesse processo, já fomos fazendo um agrupamento temático o qual nos permitiu construir as unidades de análise e a elaboração do texto final o qual é apresentado na discussão dos resultados.

A identificação dos sujeitos da pesquisa é apresentada no texto seguida de parênteses com a sigla

* O termo "família" será utilizado neste trabalho para fazer referência ao acompanhante da criança durante o período de hospitalização, seja ele pai, mãe, outro familiar ou responsável pela criança.

adotada para cada categoria profissional da seguinte forma: enfermeiro (E), auxiliar de enfermagem (AE), assistente social (As), psicólogo (Ps), farmacêutico (Fa), fonoaudiólogo (Fo), fisioterapeuta (Fi), auxiliar de serviços gerais do lactário (ASGL), auxiliar de serviços gerais de Apoio (ASGA), médico (Me), nutricionista (Nu). A numeração que, porventura, aparece nas identificações é devido à presença de mais um profissional da mesma categoria na unidade. Aquelas não numeradas significam que na unidade em estudo havia somente um profissional daquela categoria.

PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ACERCA DO ALOJAMENTO CONJUNTO PEDIÁTRICO

No alojamento conjunto pediátrico a participação da família durante a hospitalização contribui muito para o restabelecimento precoce da criança, bem como para o processo de interação entre ela e sua família, diminuindo o estresse causado pela hospitalização. Contudo, a inserção da família no período de hospitalização trouxe mudanças no processo de trabalho da equipe multiprofissional nas unidades pediátricas, uma vez que tiveram que lidar mais diretamente com esses indivíduos.

Essa situação gerou conflitos entre os membros da equipe, em especial a enfermagem, pois estavam acostumados a “controlar” as crianças sem interrupções ou questionamentos sobre o que estavam fazendo. O lidar com a família traduziu-se em sentimentos diversos vivenciados pela equipe.

De acordo com os sujeitos da pesquisa a presença da mãe traz modificações em sua rotina de trabalho.

As mães não são orientadas como deveriam, sendo assim interferem muito nas punções [...]. Acho que tem pouco espaço para muita coisa (AE4); Muitas vezes algumas mães são chatas, tem que se ter muita paciência, atrapalham o serviço, toda hora querem alguma coisa ou outra, não deixam organizados os leitos, estão mais bagunçados de quando as crianças ficavam sozinhas (AE5); Às vezes as mães não colaboram com a limpeza, usam calçados sujos, derramam alimento e líquido, pisam, não chamam o serviço de apoio (ASGA3).

Dentre as modificações citadas, salientamos: interferências da família durante os procedimentos como venopunção; a presença de objetos que são trazidos em excesso para a unidade e que tornam o ambiente visualmente desagradável; a presença de conflitos na

convivência com a família que exige paciência e tolerância por parte dos profissionais, pois questionam ou ficam solicitando atenção; a não colaboração com a limpeza do setor nem da unidade da criança.

Alguns enfermeiros desenvolveram um trabalho sobre a percepção da equipe de enfermagem em relação às famílias presentes na unidade, mais especificamente em relação à criança, à mãe e ao pai. Nele discutem a possibilidade da família também se tornar cliente da enfermagem durante a internação hospitalar da criança⁶.

Conhecer o significado de cuidar da família para os membros da equipe e identificar como esse significado se reflete na prática, conhecendo as crenças que norteiam o significado de cuidar da família, são fatores que devem ser considerados na assistência prestada pela equipe multiprofissional no ACP. A conotação ainda percebida no contexto em estudo é a participação da família como obrigatória durante a hospitalização e não como membros que necessitam também de cuidado, pois o que se percebe é que a assistência é centrada na criança ou na sua patologia e o envolvimento da família no cuidado é visto como um dever e não como uma inserção negociada.

No cotidiano da assistência percebemos que a família cuida da criança ao seu modo, ou seja, não há orientação nem acompanhamento quanto aos cuidados específicos a serem realizados no ambiente hospitalar em função dos problemas de saúde da criança. Nesse contexto, é possível apreender que os profissionais da equipe de saúde do ACP não têm contemplado a família na perspectiva do cuidado. Esse é um dos aspectos que contribui para a ocorrência de alterações na rotina de trabalho da equipe, contudo, não se tem refletido sobre as implicações nos modos como os profissionais têm conduzido seu trabalho em particular, e o trabalho da equipe em geral, na assistência à criança hospitalizada.

A presença da família durante a hospitalização da criança tem sido enfatizada devido aos benefícios que traz para ambos^{2,6-13}. Um estudo realizado, por exemplo, explorou a percepção da equipe de enfermagem sobre a mãe que acompanha o filho hospitalizado, onde evidenciou-se que as percepções dos participantes sobre o papel do profissional e o foco da sua assistência era voltada para a recuperação da criança doente. Embora a vivência materna de acompanhar o filho hospitalizado se configure para o grupo como uma experiência difícil e desagradável, o olhar do grupo para ela se mostra incipiente e muitas vezes

sem resposta⁸.

Assim, esses estudos contribuem e corroboram com a presente pesquisa, em que não diferiu muito dos achados dos demais a que se teve acesso na literatura. Identificamos que a equipe percebe a inserção da família num sentido figurativo no processo de internação, porém a vê como mais um membro que pode servir enquanto recurso humano no desenvolvimento de atividades e cuidados junto à criança hospitalizada, participando ativamente do trabalho da equipe, porém, nem sempre essa participação é percebida pelos profissionais na sua rotina de trabalho. Percebemos uma naturalização nesse processo, a saber, à família foram delegados determinados cuidados antes de responsabilidade dos profissionais, contudo, não se buscou saber se a família estava preparada e/ou disposta a assumir tal papel no hospital. Salientamos que a participação da família na assistência é de fundamental importância e contribui para a recuperação da criança. Contudo, chamamos a atenção para os modos como essa participação tem sido colocada em prática.

Outro aspecto emergido dos dados empíricos está relacionado à preocupação da equipe quanto ao cuidado prestado à criança. Em relação aos diversos aspectos que abrangem o cuidado, a percepção de alguns membros da equipe multiprofissional é de que são importantes:

[...] todos os cuidados que atendam a criança em seus aspectos físicos e emocionais, sociais, educativos e de lazer, visando seu bem-estar (AS); Recreação, conforto e bem-estar social e mental (AE1); Um todo, um cuidado depende do outro (ASGL1); O acompanhamento da equipe multidisciplinar, não havendo um cuidado mais importante que outro. Deve haver uma interação entre os profissionais para troca de informações que enriquecerá tanto o lado profissional como no atendimento ao paciente (Ps); Tanto o cuidado físico como o psicológico (E2); Cada caso é um caso, depende da característica de cada criança, mas os cuidados emocionais de toda a equipe para com a criança, aliado aos cuidados físicos e psicológicos são prioridade (E3); Para atingir a recuperação da criança todos os profissionais são considerados como prioridade (Fi).

Tais aspectos demonstram que, na concepção dos profissionais, o cuidado é abrangente e não se limita à assistência física das demandas necessárias, mas engloba uma atuação mais ampla que dê conta da assistência psicológica da criança e da família. Contudo, as respostas são vagas e não denotam o entendimento dos profissionais sobre a integralidade da assistência e seu significado nem se os mesmos desenvolvem ou

estão alertas aos cuidados dessa natureza no cotidiano da assistência.

Outros profissionais explicitam sua prioridade nos cuidados físicos à criança hospitalizada, demonstrando uma concepção de assistência centrada na patologia da criança e na cura dos danos físicos causados pela doença atual.

Cuidados físicos em minha opinião são prioritários (Me), como ela está internada, a prioridade são os cuidados físicos (E4).

Tal concepção de hierarquização de cuidados, no nosso entender, restringe as possibilidades da construção da assistência integral a qual temos discutido e buscado incessantemente.

Além da hierarquização do cuidado, identificamos profissionais que estabelecem uma hierarquização em relação aos profissionais no processo de trabalho no hospital, os quais consideram a atividade do médico mais importante ou necessária dentre os demais profissionais da equipe de saúde, em detrimento a concepções atuais e que contemplam a importância da interdisciplinaridade nas ações em saúde.

O mais importante é o cuidado médico, depois todos os cuidados da equipe multidisciplinar (Fo); primeiramente devem ser feitos os cuidados médicos e a interação da família com as auxiliares (AE5); atendimento médico, os outros se completam (Nu).

O trabalho em pediatria hospitalar tem passado por transformações significativas desde a inserção da família no hospital com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente e das discussões acerca do processo de trabalho da equipe de saúde. A produção científica muito tem avançado nesse sentido, contudo, percebemos que alguns profissionais permanecem com concepções conservadoras criando obstáculos para a transformação da prática assistencial. Posturas dessa natureza reforçam a fragmentação da assistência não contribuindo para a melhoria da qualidade do trabalho em saúde.

Além da competência técnico-científica para atender as necessidades decorrentes do diagnóstico e terapêutica, a equipe de saúde necessita de instrumentos teóricos sobre crescimento e desenvolvimento e relações interpessoais que possibilitem compreender pais e filhos como pessoas. Assim sendo, buscar auxílio nos referenciais da psicologia e ou outras ciências, por si só, não garante à equipe uma assistência à criança hospitalizada e sua família que envolva o contexto biopsico-sócio-cultural-ambiental-familiar. Para que essa assistência ocorra é importante a participação de to-

dos os profissionais envolvidos, a saber, enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, nutricionista, fonoaudióloga, farmacêutico, fisioterapeuta, auxiliares de enfermagem, num processo de interdependência e complementaridade de ações no alojamento conjunto pediátrico.

Alguns profissionais percebem as necessidades emocionais da criança como prioridade.

Dependendo da causa de internação da criança sabe-se que há necessidade de um trabalho psicológico e emocional mais afetivo, para que a mesma não fique traumatizada em consequência de procedimentos aos quais é submetida (AS); Acho muito importante conversar com a criança sobre o porquê da hospitalização, pois ela fica muito assustada vendo todo aquele pessoal de branco (F0); A criança precisa de um preparo, pois elas não endentem porque estão sendo picadas (AE1); A assistência emocional é prioridade para quem está doente, debilitado (AE2); Se a criança estiver bem emocionalmente, a recuperação é melhor (AE4).

Quando a família permanece com o filho no hospital as necessidades afetivas da criança são supridas a mesma passa a ser uma aliada na construção da assistência integral. Contudo, na ausência da família, os profissionais de saúde precisam estar alertas e incorporar a assistência emocional à criança, de modo a garantir a continuidade no recebimento da afetividade. Em algumas situações, a equipe parece não perceber que na ausência da família a criança requer mais atenção, carinho e proximidade.

A participação da família, independente do modelo assistencial que propicie essa interação, é de extrema importância para a assistência integral da criança doente. Os profissionais de saúde podem assumir o compromisso de tentar suprir a carência psicológica da criança e da família devido ao rompimento temporário de seus vínculos. O estabelecimento de vínculo também pode ocorrer entre a criança e a equipe de saúde. Pela vivência no hospital, a criança passa a conhecer os trabalhadores e a manter um relacionamento afetivo e carinhoso com os mesmos, se houver abertura da equipe para isso. Os membros da equipe de saúde, ao se relacionarem com a criança, compreendem suas falas e entendem seus gestos e comunicação não verbal, abrindo uma prerrogativa de amplitude no relacionamento.

A criança doente está carente, insegura, tem muitos fantasmas do que está acontecendo e deveria ser melhor trabalhado quanto a sua doença e os procedimentos que estão sendo executados, favorecendo a colaboração da criança e a evolução clínica durante a hospitalização (Ps); Quando a

criança sabe e participa do tratamento, tudo fica mais fácil (E5).

Concordamos com Lima quando coloca que, ao se estabelecer o vínculo, pressupõe-se o estabelecimento da responsabilidade, não individual, mas do binômio serviço de saúde/profissionais e paciente/família¹¹. Esse caminho poderá contribuir com a construção da assistência integral.

A noção de integralidade está relacionada à não fragmentação do cuidado em tarefas, à participação da família no cuidado, à interação com a família e a criança por meio do brincar, facilitando a comunicação com ambos. A assistência integral compreende um trabalho interdisciplinar de parceria sem eliminar a competência técnica profissional dos agentes envolvidos no cuidado. A interdependência do cuidado construído no cotidiano, também estabelece uma relação de cooperação envolvendo tanto a equipe de saúde como a criança e a família¹⁴.

Acreditamos que além do cuidado com o corpo biológico, a criança hospitalizada tem outras necessidades, como formação e manutenção dos vínculos, dispor de lazer, contar com a companhia de um familiar durante a internação, brincar, receber afeto, amar e ser amada, seja pela família ou pela equipe de saúde.

Nesse contexto, emerge também a participação da família no cuidado à criança. Na unidade em estudo, a equipe acredita ser função da família realizar os cuidados que englobam os tidos como domiciliares, a saber, higiene, alimentação, sono, recreação e conforto, além de cuidados decorrentes da hospitalização como segurar inalação e termômetro, cuidar do acesso venoso, ajudar na medicação, comunicar anormalidades, dar apoio psicológico a fim de minimizar traumas e ajudar a criança a aceitar o tratamento, além de contribuir para que a criança não perca sua rotina fora do hospital. Tal concepção é explicitada a seguir na abordagem de alguns profissionais sobre as funções da família durante o período de hospitalização.

Segurar inalação e termômetro (AE1); Banho, alimentação e higienização (AE3); Cuidar quando está no soro para não perder a veia (AE5).

De acordo com a percepção da equipe, a conduta da família na unidade poderia contribuir para um ambiente favorável ao envolvimento equipe/mãe, possibilitando um meio adequado à realização da terapêutica. Entre os aspectos, temos que a família não deveria interferir no trabalho da equipe e acatar as normas e rotinas da unidade, ter boa higiene pessoal, não ficar de quarto em quarto batendo papo, não fi-

car nos corredores nem no telefone “pra lá e pra cá”, cumprir o que é solicitado pela equipe, ter uma postura de respeito e consideração para com os profissionais, ter atitude de aceitação e participação no tratamento, procurar se manter calma e ter paciência.

Manter a criança sempre limpa (AE3); Não ficar de quarto em quarto batendo papo, esquecendo a criança (ASGL1); Colaborar nos cuidados à criança e nas rotinas do setor, não causando problemas (Fa); Postura de respeito e consideração aos profissionais (E3); Seguir as normas do hospital e procurar se manter calma (E5).

Percebemos que a equipe se sente incomodada em sua rotina de trabalho com a presença da família. Nesse sentido, os profissionais querem moldar ou padronizar o comportamento da família de acordo com as perspectivas da equipe e concepções pessoais.

O que se verifica no cotidiano do ambiente hospitalar é a divisão de tarefas da assistência e que o processo de trabalho é fragmentado por diversas intervenções terapêuticas do médico, enfermagem, psicóloga, etc. Na unidade em estudo, constatamos que a família tem sido um agente do trabalho assistencial à criança, pois assume responsabilidades que muitos profissionais delegam como sendo funções domiciliares e, além desses, cuidados terapêuticos como controlar o soro, auxiliar na medicação, acalmar a criança na punção, desenvolver atividades recreativas, além de ter papel informativo para a equipe. Acreditamos que algumas atividades são importantes que a própria família desenvolva para que se sinta participativa no processo de hospitalização. Contudo, essa participação deve ser negociada. Ao contrário dessa prática, percebemos que a família tem sido responsabilizada por ações às quais não têm preparo técnico nem psicológico para desenvolver e que a equipe, por não ter tido uma negociação prévia desses cuidados com a família, delega funções de sua competência, desresponsabilizando-se⁹⁻¹¹.

Esses autores ainda referendam que as crianças são beneficiadas quando a família participa dos cuidados, entretanto, a equipe apresenta atitudes negativas em relação a ela. A partir do momento que são delegadas determinadas ações à família, percebe-se que a mesma passa a interagir com a equipe em relação aos cuidados prestados à criança. Essa prática faz com que os profissionais sintam-se controlados em suas ações pela família, uma vez que essa estará questionando, emitindo opiniões, constituindo-se como parte do processo de trabalho dos profissionais, os quais nem sempre aceitam ou compreendem tal situação.

Para que a participação da família na assistência não se torne apenas cumprimento do solicitado pela

equipe, mas leve em consideração a própria família é de fundamental importância que haja uma negociação prévia entre a equipe e a família sobre o que os pais gostariam e têm condições de participar, identificando a melhor forma de trabalharem juntos, amenizando situações problemáticas no decorrer da hospitalização da criança⁹⁻¹².

Antes do funcionamento do ACP, a equipe de saúde desenvolvia todo o processo diagnóstico terapêutico à criança. Os procedimentos eram realizados sem a presença do olhar observador e crítico da família e os profissionais podiam tomar decisões e atitudes sem serem avaliados por uma terceira pessoa, nem precisavam se preocupar com questionamentos, apenas realizavam os procedimentos. Assim, *era mais fácil (AE3)*, pois a equipe não sentia a necessidade de explicitar suas ações, não se sentia invadida em seu território profissional e não precisava explicar os cuidados realizados. Por outro lado, procuravam entender a angústia da família ao terem que deixar seus filhos sozinhos no hospital e também refletem que para a criança, a permanência no hospital sem a presença de uma pessoa da família trazia conseqüências danosas à mesma, tanto físicas quanto psicológicas. Essas conseqüências traduziam-se na demora para recuperação das condições de saúde da criança tendo em vista efeitos psicológicos como o hospitalismo ou a angústia da separação materna.

Quando da implantação do ACP houve resistência por parte da maioria dos profissionais quanto à permanência da família em período integral no hospital. Depois de algum tempo de convivência da equipe com a família, a resistência quanto à presença dessa na unidade muda de enfoque. Antes a equipe não aceitava a permanência de uma pessoa estranha ao seu território, além do doente propriamente dito. Todavia, ao perceber os benefícios dessa presença para a criança, assim como para o desenvolvimento de seu trabalho, a resistência passa a estar relacionada às atitudes da família no cotidiano da assistência⁹, afirmando que *há algumas mães que seria melhor se não estivessem no hospital (AE5)*, pois apresentam atitudes e comportamentos que podem prejudicar a recuperação da saúde do filho. A participação da família na assistência à criança hospitalizada foi introduzida desde que as mesmas começaram a permanecer em período integral no hospital junto do filho. Contudo, no hospital em estudo ainda identificamos profissionais que demonstram resistência da permanência da família junto ao filho durante a realização de procedimentos e até dizem que a família “atrapalha” e condicionam sua perma-

nência ao não atrapalhar.

A relação que vai sendo construída, nesse contexto, demonstra, implícita ou explicitamente, as nuances de como a equipe lida com as situações singulares experienciadas por cada um e no contato entre ambos. É na relação com o outro, e por meio do outro, que o ser passa a assumir a sua existência humana, começa a conhecer-se e a reconhecer-se como um ser único, manifestando sua própria maneira de ser¹³.

No hospital, a família passa por um processo de adaptação à dinâmica de trabalho aí existente e, na relação com a equipe de profissionais que aí atuam, manifesta sua maneira singular de ser, de acordo com as próprias experiências pelas quais passará durante o período que lá permanecer.

A equipe, por sua vez, está familiarizada com o ambiente, mas precisa estar alerta às singularidades da família, ao mesmo tempo em que traz para a relação suas próprias singularidades, para que possa criar veios de contato, comunicação (sintonia) e interação (envolvimento) com as mães¹⁵.

A presença afetiva da equipe junto à família-criança demonstra que o afeto tem uma função importante no relacionamento que aí se estabelece. As necessidades relacionais podem ser captadas por meio da escuta e de comportamentos da família e da criança para podermos entender sua comunicação. Assim, poderemos começar a desenvolver a sensibilidade para estabelecer essa sintonia com o binômio família-criança no ambiente hospitalar. Mas, a sintonia é mais do que uma empatia, é um processo de comunhão e a unidade do contato interpessoal pode ser facilitada pela capacidade da equipe de focalizar o processo do binômio família-criança e de sua forma de interpretar e interagir nesse processo¹⁵⁻⁶.

Ao estar sintonizada, a equipe torna possível um relacionamento mais dinâmico, do contrário, continuará cumprindo tarefas sem interagir, desenvolvendo atividades sem envolvimento.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Tendo discutido no decorrer do texto os aspectos identificados nos dados empíricos desta pesquisa, nesse momento, gostaríamos de fazer alguns apontamentos que nos parecem necessários para o desencadeamento de uma reflexão mais profunda acerca da assistência à criança hospitalizada e sua família.

A hospitalização é uma situação que envolve profunda adaptação do homem às várias mudanças

que acontecem no seu dia-a-dia. Para responder a essa nova necessidade, os instrumentos e meios de trabalho também precisam ser alterados. A equipe de saúde carece de referenciais das ciências sociais, humanas e da psicologia, que forneçam subsídios para a reorganização da assistência, incluindo novas percepções sobre o meio onde a criança está inserida, buscando desenvolver ações que auxiliem no relacionamento da criança com a família, com a equipe, e com a família e equipe. As questões afetivas, psicológicas e emocionais devem ter significado, pois fazem parte do processo de desenvolvimento infantil.

Salientamos que a hospitalização da criança é, na maioria das vezes, uma experiência traumática em razão das agressões decorrentes do ambiente hostil, de pessoas desconhecidas e de procedimentos que causam dor e sofrimento. Considerando que a doença em si já é uma agressão, a criança nessa fase torna-se mais vulnerável às alterações emocionais.

Assim, as diferentes concepções dos profissionais de saúde que atuam em pediatria hospitalar acerca do alojamento conjunto pediátrico precisam ser trazidas ao debate a fim de se fazer uma reflexão que possa desencadear avanços no processo de construção da melhoria da qualidade da assistência à criança doente e sua família. As experiências precisam ser compartilhadas para que cada profissional, levando em consideração sua história de vida, seu contexto sócio-cultural, sua personalidade e situação vivenciada, possa colaborar nesse processo. Trazer essas experiências à tona ou negá-las implicará em conseqüências nos modos de prestar assistência à criança hospitalizada e sua família.

Mais do que desenvolver competentemente uma atividade profissional é preciso estar-se comprometido com trabalho a ser realizado e é nessa perspectiva que chamamos a atenção da equipe de saúde que atua em alojamento conjunto pediátrico.

REFERÊNCIAS

- 1 Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do estado. 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1985.
- 2 Collet N, Oliveira BRG. Criança hospitalizada sem acompanhante: experimentando o sofrimento. *Texto Contexto Enferm* 1999 Maio-Ago; 7(2):255-7.
- 3 Pai MM. O dia-a-dia na unidade de internação conjunta pediátrica: um olhar para as relações enfermeira/familiar participante [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.

- 4 Conselho Nacional de Saúde(BR). Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96. Brasília O Conselho; 1996.
- 5 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1993.
- 6 Gomes GC, Lunardi WD. A família na unidade de pediatria: uma unidade que se cuida, uma unidade a ser cuidada. *Texto Contexto Enferm* 2000 Maio-Ago; 2(9):28-38.
- 7 Horta ALM. O alojamento conjunto pediátrico: a inserção do familiar, o trabalho do enfermeiro e outras questões [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1991.
- 8 Piccolo J. Mães que acompanham o filho hospitalizado: percepções da equipe de enfermagem [monografia]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2002.
- 9 Collet N. Criança hospitalizada: participação das mães no cuidado [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.
- 10 Lima RAG. Criança hospitalizada: a construção da assistência integral [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1996.
- 11 Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev Latino-Am Enferm* 1999 Abr; 7(2):33-9.
- 12 Imori MC, Rocha SMM, Sousa HGBL de, Lima RAG de. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica da literatura. *Acta Paul Enferm* 1997 Set-Dez; 10(3):37-43.
- 13 Motta MGC. O ser doente no triplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: PEN/UFSC; 1998.
- 14 Collet N, Rocha SMM. Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica. 2ª ed. Goiânia: AB; 2001.
- 15 Erskine RG, Trautmann RL. Theories and methods of an integrative transactional analysis. São Francisco: TA Press; 1997.
- 16 Oliveira BRG, Collet N. Relações de poderes (inter)profissionais e (inter)institucionais no hospital. *Rev Bras Enferm* 2000 Abr-Jun; 53(2):295-300.