

As concepções da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada

Nursing team's conceptions about the families of hospitalized children
Concepciones del equipo de enfermería ante la familia del niño hospitalizado

Isabela Fornerolli de Macedo^{1,II}, Tania Vignuda de Souza¹, Isabel Cristina dos Santos Oliveira¹,
Sylvia Alves Cibreiros^{II}, Rita de Cássia Melão de Morais¹, Rosana Fidelis Coelho Vieira¹

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

^{II} Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento Materno-Infantil. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Como citar este artigo:

Macedo IF, Souza TV, Oliveira ICS, Cibreiros AS, Morais RCM, Vieira RFC. Nursing team's conceptions about the families of hospitalized children. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):904-11. [Thematic Edition "Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society"] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0233>

Submissão: 29-06-2016 Aprovação: 18-01-2017

RESUMO

Objetivos: descrever os cuidados da equipe de enfermagem e discutir as concepções da equipe de enfermagem frente à família acompanhante da criança hospitalizada. O referencial teórico está vinculado à identidade do cuidado de enfermagem de Collière. **Método:** Estudo qualitativo com quatorze membros da equipe de enfermagem, utilizando a técnica de entrevista não diretiva em grupo. Foi realizada análise temática dos dados. **Resultados:** os cuidados habituais e de reparação prestados à criança estão sendo delegados à família, independentemente da situação clínica da criança. **Considerações finais:** o discurso oficial da equipe de enfermagem frente à família acompanhante da criança hospitalizada, preconizado pela literatura, refere-se à alteridade e à participação da família nos cuidados à criança, prevendo sua alta e justificando a participação como benéfica para a criança. Em contrapartida, na prática, a enfermagem faz concessões sobre a permanência da família e delega os cuidados. **Descritores:** Equipe de Enfermagem; Criança Hospitalizada; Família; Enfermagem Pediátrica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to describe nursing team care and discuss the nursing team's conception of companion families of hospitalized children. The study was based on the theoretical framework of Collière's theory of nursing care identity. **Method:** this was a qualitative study with 14 members of a nursing team, conducted through an unstructured group interview. Thematic data analysis was employed. **Results:** habitual and repair care was delegated to families, regardless of the child's clinical condition. **Final considerations:** the team's official discourse about the families of hospitalized children, as recommended by the literature, refers to the family's alterity and participation in care provision, with sights on discharge and defending family participation as beneficial to children. In practice, however, the nursing staff makes concessions about the presence of chaperoning families and delegates care.

Descriptors: Nursing Team; Hospitalized Child; Family; Pediatric Nursing; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivos: describir los cuidados del equipo de enfermería y discutir las concepciones del equipo ante la familia acompañante del niño hospitalizado. El referencial teórico está vinculado a la identidad del cuidado de enfermería de Collière. **Método:** estudio cualitativo, con catorce miembros del equipo de enfermería, utilizando técnica de entrevista no directiva en grupo. Fue realizado análisis temático de los datos. **Resultados:** los cuidados habituales y de reparación brindados al niño están siendo delegados en la familia, independentemente de la situación clínica del niño. **Consideraciones finales:** el discurso oficial del equipo de enfermería recomendado por la literatura ante la familia acompañante del niño hospitalizado hace referencia a la otredad y a la participación

de la familia en el cuidado del niño, previendo su alta y justificando la participación como benéfica para el niño. En contrapartida, en la práctica, la enfermería hace concesiones respecto de la permanencia familiar y delega los cuidados.

Descritores: Grupo de Enfermería; Niño Hospitalizado; Família; Enfermería Pediátrica; Atención de Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE Isabela Fornerolli de Macedo E-mail: belafortnerolli@gmail.com

INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica envolve e requer uma parceria com a família e transcende o tratamento da criança. A equipe de enfermagem não deve se basear somente na execução de procedimentos técnicos, que colaboram para a recuperação da saúde da criança, mas também assistir à família em suas dúvidas, dar apoio às suas iniciativas e oferecer constante estímulo no desenvolvimento dos seus cuidados, não perdendo de vista os contextos físicos, socioeconômicos, culturais e espirituais⁽¹⁾.

A família é considerada uma complexa área do conhecimento, principalmente, quando se encontra no ambiente hospitalar pediátrico. É preciso compreender que o hospital não é o espaço dela e, ao invés de fazê-la se adaptar a este novo ambiente, é necessário auxiliá-la a organizar seu cotidiano para enfrentar o impacto da hospitalização da criança.

Cada membro da equipe de enfermagem tem sua concepção sobre a família da criança hospitalizada, o que interfere no desenvolvimento da prática assistencial, no sentido de incluir ou não a família nas atividades práticas. "No que concerne ao cuidado de enfermagem, é fundamental considerar a família como parte indispensável do processo assistencial"⁽²⁾.

Neste estudo, o referencial teórico está vinculado à identidade do cuidado de enfermagem segundo Collière (1999), que considera os cuidados habituais ligados às funções de manutenção e continuidade da vida, tais como beber, comer, evacuar, mexer-se, deslocar-se, bem como tudo que contribui para o desenvolvimento e sobrevivência do ser humano, e os cuidados de reparação, com o objetivo de tratar a doença, lutar contra ela, combater e investigar suas causas⁽³⁾.

"O significado de tratar invadiu insidiosamente o de cuidar e revestiu-se dele"⁽³⁾. Assim, o tratamento para determinada doença absorve os cuidados de tal maneira que, nas instituições de saúde, os cuidados cobrem prioritariamente o que é do domínio do tratamento, da reparação, tornando acessório de mínima importância todos os cuidados cotidianos e habituais, fundamentais para manter a vida de todos os dias e permitir a luta contra a doença. O cuidar não se pode limitar a tratar a doença, por mais grave que seja ou benigno que seja o seu tratamento, e nunca pode substituir toda a mobilização das capacidades de vida que representam o cuidar⁽³⁾.

Assim, o modo como a equipe de enfermagem concebe a família da criança hospitalizada influencia suas atitudes e posturas durante o cuidado de enfermagem. Desta forma, conhecer a concepção da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada pode elucidar como a enfermagem pediátrica desenvolve seu cuidado na Unidade de Internação Pediátrica.

Diante do exposto, os objetivos do estudo foram: descrever os cuidados da equipe de enfermagem frente à família da criança

hospitalizada e discutir as concepções da equipe de enfermagem frente à família acompanhante da criança hospitalizada.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e da instituição co-participante. A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos recomendados pela Resolução 466/12 do CNS/MS⁽⁴⁾, que aborda aspectos relacionados à pesquisa com seres humanos.

Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados pelas iniciais da categoria profissional seguidas da numeração arábica.

Tipo e cenário do estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujos participantes foram 14 membros da equipe de enfermagem, que atuavam na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital público universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro. Como critério de inclusão, os participantes deveriam trabalhar por no mínimo um ano na UIP do cenário do estudo.

Coleta e organização dos dados

Para coleta de dados foi aplicada entrevista não diretiva em grupo (ENDG). Este tipo de entrevista trata-se de uma técnica psicoterapêutica centrada no cliente, desenvolvida originalmente por Carl Rogers. Essa técnica tem como base o discurso livre do entrevistado, durante o qual o entrevistador se mantém atento às comunicações verbais e não verbais do informante, auxiliando e estimulando a expressão livre. São utilizados temas que orientam o discurso para questões de interesse da pesquisa. Recomenda-se, nesta técnica em grupo, a participação de três a cinco depoentes⁽⁵⁾.

Os temas utilizados nas entrevistas foram: família da criança hospitalizada, permanência da família no hospital, participação da família nos cuidados à criança e interação da equipe de enfermagem com a família.

As entrevistas ocorreram no período de setembro a novembro de 2013 e foram previamente agendadas com os participantes do estudo. Os participantes foram encaminhados a uma sala previamente reservada na UIP e a coleta de dados se iniciou com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e exposição e leitura dos temas da entrevista dispostos em uma das paredes da sala. Os participantes eram orientados a falar livremente sobre os temas dispostos, sem sequência predeterminada. Todas as entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas. O número de entrevistas cessou pela saturação teórica, pois não houve novos elementos nas falas dos participantes⁽⁶⁾.

Análise dos dados

A metodologia utilizada para analisar os dados foi a análise temática, que compreende as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁽⁷⁾. A pré-análise consiste em uma leitura flutuante a fim de buscar uma visão de conjunto, captar as particularidades do material a ser analisado e escolher as formas de classificação inicial. Na etapa de exploração do material, o pesquisador distribui trechos, frases ou fragmentos do texto em análise num esquema de classificação, faz uma leitura dialogando com parte dos textos da análise e reagrupa as partes do texto por temas encontrados. No tratamento dos resultados/interpretação, procede-se a articular os objetivos do estudo com o conteúdo teórico abordado e com os dados empíricos⁽⁷⁾.

Ao analisar os depoimentos, foram construídas as seguintes unidades temáticas: cuidados à criança; interação equipe de enfermagem/família e família como sujeito do cuidado. Estas temáticas originaram, assim, os tópicos de análise que serão apresentados no item relativo aos resultados.

RESULTADOS

Dos quatorze membros da equipe de enfermagem que trabalhavam na Unidade de Internação Pediátrica, oito eram técnicos de enfermagem e seis eram enfermeiros. Os técnicos de enfermagem entrevistados possuíam idades entre 20 e 56 anos, com tempo de formado que variava de um ano e sete meses a 29 anos. Destes participantes, seis eram plantonistas do serviço diurno e dois eram plantonistas do serviço noturno. A experiência em pediatria variou de um a 29 anos, e quatro possuíam mais de um emprego. Dois técnicos de enfermagem concluíram o curso de graduação em enfermagem e um tinha curso de pós-graduação em Oncologia Clínica e Enfermagem Cirúrgica. Cinco técnicos relataram ter participado de cursos de atualização na própria instituição e dois deles relataram ter participado de cursos em eventos científicos nos últimos cinco anos.

Em relação aos enfermeiros, estes possuíam idades entre 24 e 43 anos. O tempo de formado variava de um a 15 anos. Quanto ao turno de trabalho, dois dos enfermeiros eram diaristas, um era tardista e três eram plantonistas do serviço diurno. A experiência em pediatria variou de dois a 15 anos e todos possuíam outros empregos. Cinco enfermeiras haviam cursado pós-graduação, sendo três em neonatologia e duas em enfermagem do trabalho. Destaca-se que nenhum enfermeiro possuía especialização em pediatria. Em relação à atualização ou participação em eventos científicos na área de pediatria nos últimos cinco anos, cinco enfermeiras relataram participar de cursos de atualização na própria instituição.

As unidades temáticas, que emergiram dos depoimentos da equipe de enfermagem, foram agrupados em três tópicos de análise:

A família e a equipe de enfermagem: O cuidado compartilhado à criança hospitalizada

Os participantes destacaram a responsabilidade da equipe de enfermagem no cuidado à criança durante a hospitalização:

Eu acho que os pais não são responsáveis enquanto a criança está internada, a gente pode até orientar e acompanhar. Tem muita coisa que a gente observa e eu acho errado quando os pais ficam responsáveis por aquele cuidado, estando internado [...]. (E 1)

[...] Se você tira a responsabilidade de você e joga a carga em cima do familiar [...] Ele já tem uma carga, mais a sua carga e acaba se tornando uma pessoa agitada, estressada e onde muitas das vezes acontecem os conflitos mesmo. (E 2)

A gente tem que saber dividir [...] mas não tirar da nossa responsabilidade e jogar para a mãe porque ela sabe fazer, eu não vou fazer e deixar que ela faça. Isso não! (TE 1)

Os membros da equipe de enfermagem entenderam que a participação da família na prestação do cuidado à criança se faz necessária, conforme os relatos:

[...] Na verdade, você tem que envolver os pais nesse cuidado também, isso te ajuda, te dá uma segurança e você se sente mais seguro. (E 1)

[...] Eu acho de suma importância trazer o familiar para junto do que você está fazendo, para junto do cuidado que você está prestando a criança [...]. (E 2)

Por outro lado, E3 considerou que a equipe de enfermagem deve estabelecer um acordo prévio acerca da participação da família nos cuidados, principalmente no período noturno:

[...] O que acontece que as pessoas acordam a mãe para segurar a nebulização e acordam a mãe para administrar a dieta [...] Eu sei que faz, principalmente à noite, porque tem menos gente [...] Eu acho que tudo é uma questão de conversa. Olha só mãe, eu vou precisar da sua colaboração [...] algumas vezes eu vou precisar que você colabore comigo no sentido de colocar uma nebulização, enfim, mas isso não é sempre! (E 3)

Outra situação relatada por uma enfermeira sobre a troca de fralda pela mãe, ocorrida na UIP:

[...] A criança veio para UIP, ficou dois dias internada aqui, sendo impostos todos os cuidados para a mãe. Ela nunca tinha feito nada nesta criança [...] eu só me dei conta disso quando eu vi a mãe trocando a fralda dela [...] ela deitada em decúbito dorsal com a cabeceira totalmente reta [...] eu olhei da minha sala e vi que a menina estava preta [...] e eu falei mãezinha não pode, a fraldinha dela tem que ser trocada com ela lateralizada e cabeceira elevada e aí ela virou para mim e falou: eu não sabia disso, aquilo foi um balde de água fria em mim, porque eu também não fiz esse papel [...]. (E 3)

Por outro lado, no que se refere à troca de fralda, uma depoente considerou o ato como um cuidado materno:

Eu vejo essa troca de fralda como um hábito normal, em casa a mãe trocava e porque está no hospital exatamente não pode trocar? (TE 2)

A enfermeira prontamente interpelou reforçando que o cuidado de troca de fralda pode ser feito pelo familiar, no entanto, o profissional de enfermagem tem o dever de avaliar as excretas:

[...] Não é que o familiar não possa trocar, só que a criança quando está hospitalizada [...] então, se a avó, ou qualquer pessoa que seja trocar a fralda e jogar fora no lixo, de duas uma, ou para eu ver como estava às características das fezes ou da urina eu vou ter que revirar o lixo, ou confiar no que o acompanhante está me passando [...]. (E 3)

Em contrapartida, TE 2 considerou que a família deve verificar as eliminações urinárias e comunicar estas informações para auxiliar a equipe de enfermagem:

[...] O acompanhante está aqui para anotar a diurese, essas coisas [...] para poder passar para gente. (TE 2)

A presença da família durante a hospitalização proporciona benefícios relacionados às necessidades emocionais da criança:

[...] A gente tem que passar a entender que o acompanhante está aqui para assegurar à criança uma internação menos traumática possível [...]. (E 3)

Quando a criança tem alguém que é do seu convívio, a criança fica muito mais calma, se sente mais confiante [...]. (TE 3)

Eu acho que a permanência da mãe, ela tranquiliza [...] O A. olha a diferença quando a mãe dele está aqui, que ele já fica calmo [...]. (E 4)

A equipe de enfermagem mencionou a necessidade de orientar os familiares para a alta hospitalar da criança, já que eles irão prestar o cuidado no domicílio, como nos relatos abaixo:

A gente tem que pensar que depois essa criança vai para casa e provavelmente vai ficar sob os cuidados daquele familiar [...] tem que aproximar esse familiar dos cuidados [...]. (E 5)

[...] Quando a criança recebe alta, vai para casa, quem vai ter que cuidar, é quem? É a mãe. Então, é bom que ela saiba como manipular, como aspirar. (TE 1)

Permanência da família na Unidade de Internação Pediátrica: (Im)possibilidade da interação entre a família e a equipe de enfermagem no cuidado à criança

Quanto ao comportamento de ameaça e agressividade da família para com a equipe, três depoentes relataram:

[...] Tem pessoas que são muito ignorantes mesmo no sentido da palavra, às vezes, você até quer fazer uma interação e não consegue, não adianta [...]. (E 1)

[...] Tem aquela família que chega já na primeira internação de cara feia, destratando todo mundo porque o filho dela vai ficar internado [...]. (E 6)

[...] Teve dias que a mãe falou que iria bater na enfermagem, estava nervosa [...]. (TE 5)

Uma depoente justificou o comportamento agressivo pela forma de abordar:

[...] Eu acho que tudo é o jeito da pessoa chegar e perguntar, pedir informação. Tem aquela família que já chega e não quer conversa, não quer deixar a gente se aproximar. Então é pouco difícil, mas nada impossível! (TE 8)

Por outro lado, uma técnica de enfermagem destacou o comportamento respeitoso por parte de algumas famílias:

Eu também vejo pelos dois lados: tem a família que chega e respeita a enfermagem [...]. (TE 8)

Constatou-se que há uma reação dos profissionais de enfermagem diante do comportamento de agressividade das famílias:

Agora tem mãe que você nem sente vontade de entrar no Box da criança. A criança não tem culpa, mas você já chega é mal recebido e aí você é mecânico, vai lá faz o que tem que fazer e tchau e isso não é bom! (TE 1)

Eu vou fazer somente o que tem para fazer, só o que é necessário para criança [...] Eu tenho as medicações dos horários, vou lá vou fazer as medicações dos horários, aferir os sinais [...]. (TE 2)

O que eu sinto muito nessa área é isso, às vezes, é uma agressão gratuita para cima da gente, às vezes é mais fácil cuidar da criança que está sozinha do que quando está com o familiar. Eu fico até com medo de chegar perto [...]. Tão difícil que está essa interação! (TE 4)

O cuidado prestado à criança costuma ser mecânico, como foi evidenciado pela participante TE 3:

[...] Eu acho que tem que ter uma interação com o familiar [...] com a criança, tem aquele cuidado e não é uma coisa somente mecânica, de trabalho [...] Eu pelo menos não gosto somente de fazer o necessário, eu gosto de fazer um carinho, para brincar [...]. (TE 3)

As depoentes relataram a importância de informar ao familiar o procedimento que será feito à criança antes de iniciar o cuidado:

A interação da equipe de enfermagem com a família, isso é tudo! Tem que ter, às vezes, a gente não consegue. Eles ficam mais seguros também com essa atitude do profissional, do que aquele profissional que chega e faz que não tem que dar nenhuma satisfação [...]. (E 1)

O tempo de hospitalização da criança interferiu negativamente na interação entre a família e a equipe de enfermagem:

A permanência da família no hospital é complicada também, quanto mais tempo fica mais complicado [...]. (E 1)

[...] *Eu acho complicada a família muito tempo no hospital. Acontecem duas coisas: tem aquela família que é centrada no filho dela e tem aquela que se espalha e acha que tem que tomar conta do filho dos outros também [...].* (E6)

Por outro lado, as depoentes relataram estabelecer um vínculo afetivo com a criança hospitalizada:

[...] *Quando eu gosto da criança, parece que me atrai ficar mais tempo ali [...].* (TE 2)

[...] *Tinha uma paciente, a A., não gosto nem de falar [...] Eu amei aquela menina [...] Impressionante como eu criei também um vínculo.* (TE 3)

A identidade do cuidado da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada

O cuidado voltado para a família requer orientação quanto aos cuidados de enfermagem prestados à criança e a rotina hospitalar, conforme foi destacado pelas participantes:

Ele entrou na enfermaria e não foi orientado sobre o que vai acontecer [...], pois afinal de contas a criança é um familiar dele e nem sempre isso é interpretado positivamente pelo profissional de enfermagem. (E 5)

[...] *Quando a criança interna tem que fazer uma reunião com os familiares e explicar tudo o que vai ser feito [...] Eu acho que tem que ter uma conversa [...] para poder o relacionamento das mães e a equipe ser melhor [...].* (TE 6)

A depoente TE 7 relatou que a falta de orientação ou a forma como a informação é transmitida para a família pode gerar insegurança:

Então muito das vezes a pessoa não passa para mãe aquilo que está acontecendo, passa de qualquer jeito. Ela sente um pouco de descaso por aquilo que está acontecendo [...]. (TE 7)

Em relação ao cuidado à família, os participantes demonstraram empatia, tendo em vista que indicaram variadas situações que podem deixar a família estressada, como: estar cansada por não ter com quem revezar durante a hospitalização; estar passando mal; a ausência de familiares durante a visita; e longos meses no hospital:

Mas a gente tem que pensar o seguinte: essa mãe é sozinha, ela não tem ninguém para revezar mesmo. Poxa, ela pode estar cansada. Ela pode estar indisposta. Como todos nós estamos. (E1)

Teve um dia que ela não estava se sentindo bem, aí eu falei: não, deixa que eu faço [...] Pode deixar que eu vou dar o banho, não precisa tirar ele da cama. (TE 1)

[...] *A gente tem que cuidar dos dois, da criança que está internada e do acompanhante [...] Além do cuidado do indivíduo em si que está internado, tem a questão do acompanhante. É um cuidado duplo [...].* (E 3)

[...] *Eu penso assim, se eu fico de saco cheio de ficar aqui 12 horas, porque o plantão está pesado[...] imagina ela está aqui dessa vez eu acho que já 3 meses.* (E 4)

Uma depoente complementa a importância da equipe de enfermagem ter empatia com a família, por ser um momento difícil:

[...] *Eu acho que a gente tem que se colocar um pouquinho no lado deles também, deve ser difícil.* (TE 8)

As depoentes apontaram também a necessidade da família ter acompanhamento psicológico:

[...] *E aí a gente observa que o pai da criança não está mais indo, ela está sozinha no hospital[...] E toda uma série de coisas que tem que ser trabalhada com quem? Pela psicologia, mas quem fica o tempo todo com ela? A enfermagem.* (E 3)

Às vezes, a gente faz até papel de psicólogo [...] Às vezes, eles querem falar e querem somente alguém para ouvir. (TE 8)

Em relação à individualidade de cada caso ou situação, os participantes indicaram algumas concessões como: a família se alimentar na unidade da criança; coletar o sangue do familiar no setor de pediatria; comemorar o aniversário da criança com outros familiares:

Os pais não podem comer no box da criança, uma equipe libera e outra não. A rotina precisa ser cumprida, caso tenha alguma alteração precisa avisar a chefia. Pode abrir concessões, mas comunica a chefia e justifica o porquê [...]. (E 1)

[...] *E aí ela ficou satisfeita, ela fez o jejum e eu colhi o sangue dela e encaminhei para o laboratório e orientei para pegar o resultado e já está tudo em andamento para ela poder fazer a cirurgia. Se a gente interagir bem as coisas fluem bem.* (TE 1)

[...] *A família vai ficar feliz! [...] Por mais que cada plantão tenha o seu jeito de trabalhar. Eu não sei se a minha colega ia liberar o bolo de sete meses para a criança hoje, mas eu acho que ela tem o direito do bolo de sete meses. A enfermaria não está lotada, não é nada que vai atrapalhar o serviço da gente [...].* (E6)

Uma técnica de enfermagem relatou que a interação com o profissional melhora quando ocorrem concessões:

[...] *Eu acho que o ambiente hospitalar é um ambiente, assim, doentio. É um ambiente que não causa boa impressão, então quando você começa abrir uma exceçãozinha, que para gente é uma coisinha simples, para os familiares significa muito [...].* (TE 7)

DISCUSSÃO

A família foi concebida pela maioria dos participantes como um elemento importante para o desenvolvimento dos cuidados habituais e de manutenção à criança hospitalizada. O discurso encontrado na literatura justifica essa concepção,

pois a família fornece segurança emocional à criança e auxilia a equipe de enfermagem devido ao déficit dos recursos humanos. Na prática, estes cuidados são delegados à família independentemente da situação clínica da criança e do uso de dispositivos tecnológicos, não se atentando para a singularidade de cada criança, já que alguns cuidados são naturalmente desenvolvidos no domicílio. No entanto, no cenário hospitalar, estes cuidados são de enfermagem, pois demandam conhecimento técnico-científico.

A singularidade ou individualidade é considerada um dos princípios da identidade do cuidado de enfermagem. Assim, a identidade é uma forma de individualização inserida numa rede de pertença, a do cuidado de enfermagem, que precisa encontrar a sua individualidade em relação à rede geral que pertence, a dos cuidados⁽³⁾.

Cabe destacar que os cuidados habituais e de manutenção à vida apresentam outras características quando realizados pela família na Unidade de Internação Pediátrica, pois ocorrem em um contexto diferenciado, em um ambiente que não é da família e nem da criança. Logo, a família não é instrumentalizada e nem capacitada tecnicamente para desenvolver estes cuidados no ambiente hospitalar, principalmente na primeira hospitalização e de acordo com a peculiaridade do caso clínico da criança.

Independentemente da situação clínica da criança ou do preparo do familiar no cuidado da mesma, estudo que aborda a interação familiar/acompanhante e a equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada constatou que este cuidado é delegado para o familiar, assim "o incomum passa a ser comum, não sendo considerado pela equipe de enfermagem"⁽¹⁾.

A família é apreendida como agente no processo de trabalho, e não como alguém que também demanda cuidado no hospital. Ela não participa da tomada de decisões, mas realiza cuidados de responsabilidade da enfermagem⁽⁶⁾. Contudo, a participação da família no cuidado à criança na unidade de internação hospitalar é uma competência que precisa ser desenvolvida pelos profissionais da equipe de enfermagem e saúde, flexibilizando as normas e rotinas⁽⁹⁾.

Os cuidados de reparação também são delegados à família, com a justificativa da alta hospitalar, pois os mesmos serão desenvolvidos no domicílio por ela. No entanto, constatou-se que as orientações são pontuais e feitas em um curto intervalo de tempo, não sendo vistas como um processo. Portanto, essas podem gerar dúvidas e, possivelmente, danos à criança, já que não há uma preocupação com o treinamento do familiar cuidador que desenvolverá um cuidado técnico após a alta.

Estudo de revisão integrativa demonstrou que não há consenso em relação à participação dos pais nos cuidados técnicos ou clínicos, sobre quem é responsável pelos cuidados da criança. Como os papéis dos pais e enfermeiros se equilibram no cuidado da criança, permanece ambíguo o desempenho real e o conforto com o cuidado⁽¹⁰⁾.

Estudo desenvolvido no Irã demonstrou que, embora os profissionais de saúde compreendam a importância do cuidado à família, eles enfrentam múltiplos problemas no planejamento e na incorporação da mesma em seus programas. Ao determinarem os efeitos da abordagem centrada na família sobre a satisfação dos pais de crianças em uma enfermaria, constataram

que houve aumento da satisfação com a organização da saúde e com o cuidado de seus filhos, principalmente quando a família foi envolvida no cuidado à criança e incluída nas discussões com a equipe de saúde e na tomada de decisões, resultando em interações positivas entre a família e a equipe de saúde⁽¹¹⁾.

Após a alta hospitalar é necessária a continuidade da assistência, o que faz parte do processo de alta da criança quando essa necessita de suporte no nível da atenção básica à saúde. Também é necessária a preparação da família para a continuidade dos cuidados no domicílio. Apoiar esse processo da alta hospitalar corresponde a uma das dimensões da assistência do enfermeiro, seja no nível hospitalar ou na atenção básica para promoção de saúde⁽¹²⁻¹³⁾.

A capacitação do familiar para realizar os cuidados à criança proporciona a continuidade destes no domicílio. Desta forma, essa atividade faz parte da atribuição do profissional da enfermagem, e irá depender de como o mesmo expressa sua função em relação a adotar ou não essa maneira de cuidar⁽³⁾.

A unidade de pediatria é permeada por algumas singularidades, como a intensa interação entre a equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada, que, se por um lado oferece inúmeros benefícios à recuperação do ser doente, por outro, pode representar fonte geradora de conflitos⁽¹⁴⁾.

Constatou-se que o comportamento agressivo da família relatado pelos profissionais de enfermagem funciona como uma barreira de aproximação à criança, tendo em vista que a interação se torna distante e somente para desenvolver as atividades do cuidado técnico. O resultado desta interação pode ter implicações emocionais, éticas, sociais e pedagógicas no cuidado à criança e à família.

Dessa forma, a satisfação das necessidades das famílias requer uma relação cooperativa entre as famílias e os profissionais de saúde, refletindo a confiança e o respeito mútuos⁽¹¹⁾. Outro estudo desenvolvido no Irã constatou que a enfermeira, ao ter empatia com a criança e sua família, traz grandes satisfações, tornando esse um dos aspectos positivos da interação família e enfermeira. Além disso, ouvir e apresentar comportamentos não-verbais apropriados tornaram a comunicação mais efetiva⁽¹⁵⁾.

Os enfermeiros precisam se colocar na posição do paciente, o que lhes permitirá praticar e prestar cuidados de boa qualidade às famílias. Os achados, especialmente no que se refere às más atitudes dos enfermeiros em relação aos pacientes e suas famílias, sugerem que o código de ética e procedimentos disciplinares precisam ser aplicados quando necessário, para que os enfermeiros tenham consciência de que o abuso com o familiar é identificado por sua organização profissional⁽¹⁵⁾.

A empatia é necessária para entender a família e não julgá-la. Afinal, cada família tem uma maneira de ser, de ver o mundo e de cuidar da criança. O profissional deve evitar se colocar como vítima, entendendo que o familiar ao acompanhar a criança que se hospitaliza pode ter um comportamento agressivo devido à situação apresentada pela criança, e não necessariamente motivado pelo profissional. Neste sentido, é necessário que os profissionais de enfermagem busquem o conhecimento científico e desenvolvam alteridade, um dos princípios da identidade do cuidado da enfermagem necessário para conceber a identificação do cuidado na rede que pertence⁽³⁾, a dos cuidados em

geral. Além disso, devem entender as experiências culturais e sociais prévias de cada familiar.

Os profissionais de enfermagem apresentam dificuldades em estabelecer um processo de comunicação efetivo com a família, e demonstram despreparo em lidar com a dor e o sofrimento da criança, comprometendo a assistência, visto que o cuidado à criança não pode estar desvinculado do cuidado à família⁽¹⁶⁾.

A ação dos cuidados de enfermagem se baseia na mobilização das forças vivas da pessoa e daqueles que o cercam, para compensar as capacidades alteradas pela limitação física. Para que essa ação seja viável, há necessidade da interação efetiva entre a equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada, para a doença não absorver totalmente os cuidados de enfermagem e não favorecer a interação conflituosa⁽³⁾.

Destaca-se que nove dos quatorze participantes deste estudo relataram possuir mais de um vínculo empregatício, o que supõe-se interferir no desenvolvimento dos seus cuidados à criança e a sua família.

De acordo com estudo no Irã, o estresse, o cansaço, a frustração e as longas horas de trabalho sem interrupção afetam as atitudes de enfermagem, trazendo implicações negativas para os pacientes e seus familiares⁽¹⁵⁾.

Outro ponto relatado pela equipe de enfermagem que dificultou a interação e interferiu negativamente na assistência de enfermagem, segundo os participantes, foi o tempo de permanência da criança no hospital. Quanto mais longo o tempo de hospitalização, maiores foram as dificuldades de interação entre a equipe de enfermagem e a família.

A família que permanece por mais tempo na instituição aprende a cultura hospitalar, adquirindo conhecimentos acerca das condições da criança, normas de funcionamento institucional, identificação e hierarquia dos membros da equipe de saúde, e estabelece articulações com outras mães, na tentativa de proporcionar o melhor para a criança⁽¹⁾. O tempo vivido no hospital, mesmo que este seja percebido como um ambiente estranho e desagradável pelas famílias das crianças, pode levá-lo a ser considerado como costumeiro, fixo e natural⁽¹⁷⁾.

Por outro lado, o tempo favorece o vínculo afetivo que é estabelecido no cuidado com algumas crianças e suas famílias, estimulando-as a permanecer por mais tempo com a criança e a ter desejo de dar carinho e atenção, ultrapassando o cuidado técnico.

Ainda, a comunicação, o paternalismo, o curto período de permanência, a falta de informação dos profissionais, a falta de disponibilidade de enfermeiro, especialmente relacionado à falta de pessoal, a frustração e insatisfação com papéis passivos, a fragmentação do cuidado no trabalho manual e intelectual e a dificuldade de integrar os papéis de enfermagem e pais foram consideradas barreiras nas interações entre a família e a equipe de enfermagem⁽¹⁰⁾.

A relação entre quem presta e quem recebe o cuidado não adquire sentido e não pode ser vivida, a não ser que: tenha por finalidade descobrir e reconhecer a informação necessária para prestar os cuidados apropriados, referentes à pessoa e à sua doença, e recorra a diferentes fontes de conhecimento para compreender o sentido; esteja inserida em uma ação profissional; permita uma interação saudável com a pessoa tratada e os que

o cercam; estimule a participação ativa; promova a coordenação com os outros profissionais da área da saúde; e contribua para assegurar a continuidade do cuidado e trazer referências importantes para a avaliação da qualidade da ação prestada⁽³⁾.

Constatou-se que os participantes do estudo valorizaram a informação que deve ser fornecida à família da criança, que deve ser transmitida de forma que não gere insegurança e não colabore para uma interação conflituosa.

A equipe de enfermagem deve reconhecer a importância da família, pois ela é a unidade na qual a criança cresce e se desenvolve. Por reconhecer a família como constante na vida dessa criança, o profissional deve oferecer respostas às dúvidas da família em relação ao desenvolvimento do filho, compreendendo que a mesma tem o direito a explicações a respeito do diagnóstico e dos cuidados com seu filho de maneira completa e apropriada à sua compreensão⁽¹⁸⁾.

A equipe de enfermagem identificou que, muitas vezes, as famílias precisam de acompanhamento psicológico para suportar e aliviar a situação vivida. No entanto, se veem fazendo o papel de outro profissional pelo fato de estarem por mais tempo em contato com as famílias. Destaca-se que o profissional de enfermagem não desenvolve o papel do psicólogo, contudo, percebe que ao ouvir a família, esta se sente acolhida e respeitada em suas necessidades emocionais, o que facilita a interação deste binômio e favorece o cuidado integral e humano.

A equipe de enfermagem faz concessões para a família, no sentido de amenizar o sofrimento, diminuir o estresse e melhorar o relacionamento durante a hospitalização. Esse tipo de agrado foi visto como um cuidado voltado para a família da criança hospitalizada, que se sente cuidada e amparada. A equipe relatou também que as concessões melhoraram a interação com o profissional de enfermagem.

A identidade dos cuidados funda-se em dois polos antagônicos, porém complementares: o da permanência e o da modificação permanente. O esforço de encontrar uma identidade para os cuidados de enfermagem, para torná-los identificáveis e não idênticos, consiste em aceitar e reconhecer características permanentes que terão que se ajustar a situações mutáveis⁽³⁾.

A expressão da função da enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica tem se mostrado como aquela que, apesar de toda a dificuldade em estabelecer uma relação harmoniosa com a família da criança hospitalizada, consegue desenvolver um cuidado de enfermagem junto à família que se encontra nesse cenário. Ou seja, os cuidados permanentes são aqueles direcionados à criança, voltados para o cuidado técnico científico e de tratamento clínico, e os mutáveis são os que envolvem as pessoas nas interações estabelecidas e as situações que ocorrem no cenário⁽³⁾.

Limitação do estudo

Considera-se como limitação o fato de os participantes estarem em um único cenário de estudo, localizado na cidade do Rio de Janeiro, o que implica não haver representatividade nacional, ou seja, não se pode fazer generalizações quanto aos resultados obtidos, sendo necessário novos estudos. No entanto, não houve comprometimento da autenticidade da pesquisa.

Contribuições do estudo para área da enfermagem

Este estudo tem como contribuição estimular a reflexão crítica sobre as concepções da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada e suas implicações para a prática pediátrica, trazendo possibilidades para amenizar conflitos gerados nas interações, principalmente quanto ao envolvimento e participação no cuidado à criança. Além disso, este estudo tem a possibilidade de ser fonte bibliográfica relacionada ao cuidado à criança hospitalizada, contribuindo para a formação do profissional, bem como pode servir como objeto de discussão e subsídios para outros estudos e grupos de pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As concepções da equipe de enfermagem culminaram em um movimento dialético que traz um discurso oficial preconizado pela literatura como a família ideal e, em contrapartida, a família real que se encontra no cenário hospitalar e interage com a enfermagem.

A família ideal foi descrita como aquela que pode, durante a hospitalização, obter informações sobre a situação clínica da criança e seu tratamento, compartilhar os cuidados à criança com a equipe de enfermagem e por fim, ter sua individualidade e singularidade no cuidado. A equipe de enfermagem deve demonstrar empatia com as famílias, entendendo sua presença como um direito da criança, visto que essa traz o benefício de minimizar o estresse da criança e da sua família em um ambiente estranho e permite a participação da família no cuidado que já é prestado no domicílio.

Por outro lado, os participantes do estudo relataram fazer concessões para a permanência da família; delegar cuidados

que são de responsabilidade da equipe de enfermagem; não treinar o familiar para a alta hospitalar; e estabelecer uma interação conflituosa, gerando insegurança, agressividade e desrespeito, demonstrando falta de conhecimento.

Conclui-se que existem contradições no que se refere ao conhecimento teórico da equipe de enfermagem e o que se aplica em sua prática profissional, de acordo com sua concepção frente à família da criança hospitalizada. Destaca-se o grande desafio de o profissional de enfermagem colocar em prática todos esses conhecimentos, contribuindo para a qualidade da assistência e para a aproximação e treinamento da família, minimizando os conflitos existentes.

Os resultados nos levam a refletir sobre como tem sido feita a abordagem do cuidado à criança no contexto hospitalar pediátrico onde a família está (in)visível. Não envolver a família no planejamento, intervenção, tomadas de decisões e evolução não é caracterizado como cuidado centrado na família, portanto, ainda são necessárias políticas e/ou programas que incluam a família no cenário hospitalar pediátrico, tendo em vista o aumento das crianças portadoras de doenças crônicas ou mesmo dependentes da tecnologia.

Neste sentido, faz-se necessária a abordagem do cuidado centrado na família nos cursos de formação, sejam eles de ensino técnico, graduação e/ou pós-graduação, oferecendo cursos de atualização e apresentando os impactos positivos que este conhecimento traz para a prática profissional. Ainda, espera-se que sejam criados espaços multiprofissionais nos hospitais pediátricos para discutir as interações estabelecidas com a família da criança que se hospitaliza, buscando formas de minimizar possíveis problemas e melhorar a qualidade da assistência, com a participação prevista dos gestores, com o intuito de criar condições e infraestruturas adequadas para a permanência da família.

REFERÊNCIAS

1. Souza TV, Oliveira ICS. Interaction of family/companion and nurse team in hospitalized child care: pediatric nursing perspectives. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 12];14(3):551-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a17.pdf>
2. Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 10];10(4):861-5. Available: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18333/pdf>
3. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2013: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 01]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
5. Hoffmann MV, Oliveira ICS. Non-directive interview: a possibility of group approach. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 11];62(6):923-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a21v62n6.pdf>
6. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato, ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2015 Fev 02];27(2):389-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
7. Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS, et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
8. Quirino DD, Collet N, Neves, AFGB. Child hospitalization: nursing conceptions about the mother's companion. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 01];31(2):300-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n2/14.pdf>
9. Xavier DM, Gomes GC, Santos SSC, Lunardi VL, Pintanel AC, Erdmann AL. The family in the Pediatric Unit: living with rules and hospital routines. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 02];67(2):181-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0181.pdf>

10. Pongjaturawit Y, Harrigan RC. Parent participation in the care of hospitalized child in Thai and Western cultures. *Issues Compr Pediatr Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2016 Nov 22];26(3):183-99. Available from: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez29.capes.proxy.ufrj.br/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02765.x/full>
 11. Rostami F, Hassan STS, Yaghmai F, Ismaeil SB, Suandi TS. Effects of family-centered care on the satisfaction of parents of children hospitalized in pediatric wards in a pediatric ward in Chaloos in 2012. *Electron Physician* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 22];7(2):1078-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477769/>
 12. Silva RVGO, Ramos FRS. The process of releasing a child from the hospital: nursing perceptions concerning limits and potentialities of its part in integral care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 01];20(2):247-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a05v20n2.pdf>
 13. Silva RVGO, Ramos FRS. The nurse work in the discharge of hospitalized children: articulation of basic hospital attention. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 01];32(2):309-15. Available: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n2/a14v32n2.pdf>
 14. Sousa LD, Gomes GC, Silva MRS, Santos CP, Silva BT. Family in the paediatrics unit: nursing team's perception about the caring dimension. *Cienc Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 01];17(2):87-95. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n2/art_10.pdf
 15. Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A. Factors Affecting the Nurse-Patients' Family Communication in Intensive Care Unit of Kerman: a Qualitative Study. *J Caring Sci* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 21];3(1):67-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134163/>
 16. Lima AS, Silva VKBA, Collet N, Reichert APS, Oliveira BRG. Relationships established by nurses with families during child hospitalization. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 01];19(4):700-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/13.pdf>
 17. Gomes GC, Erdmann AL, Oliveira PK, Xavier DM, Santos SSC, Farias DHR. The family living the time during the hospitalization of the child: contributions for nursing. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 20];18(2):234-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0234.pdf>
 18. Barbosa MAM, Balieiro MMFG, Pettengill MAM. Family-centered care in the context of children with disabilities and their families: a reflective review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 01];21(1):194-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a22v21n1.pdf>
-