UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DANIELLE APARECIDA PEREIRA BRAGA

A ENFERMEIRA E O CUIDADO DA CRIANÇA PARA O DESENVOLVIMENTO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

SÃO PAULO
2013

DANIELLE APARECIDA PEREIRA BRAGA

A ENFERMEIRA E O CUIDADO DA CRIANÇA PARA O DESENVOLVIMENTO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria de La Ó Ramallo Verissimo

SÃO PAULO
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA,DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:_____ Data____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Braga, Danielle Aparecida Pereira
A enfermeira e o cuidado para o desenvolvimento infantil na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. / Danielle Aparecida Pereira Braga. – São Paulo, 2013. 143 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Maria de La Ó Ramallo Veríssimo

1. Cuidado infantil. Desenvolvimento infantil. 2. Enfermagem pediátrica. 3. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome Danielle Aparecida Pereira Braga
Título: A enfermeira e o cuidado para o desenvolvimento infantil na Unidade de terapia Intensiva Pediátrica.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.
Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição:_____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Clarice e Roberval por todo amor e carinho, em todo o momento da minha vida, pelo apoio, compreensão, paciência e por ter me ensinado tantos valores da vida. Obrigada, amo vocês!

Ao meu marido Marcos, pelo amor, incentivo, carinho e admiração. Eu, realmente sou feliz em ter você ao meu lado!

Aos meus avós, José e Marina (In memorian), exemplo de respeito, dignidade, agradeço cada momento da minha infância.

À minha querida avó Maria, pela força, fé e acreditar em mim.

Às minhas queridas irmãs Camila e Priscila, pelo amor, incentivo, e amizade.

Agradecimentos

Primeiramente, a Deus por ter tido a oportunidade de retomar e desenvolver esta pesquisa. Obrigada, por me guiar nos momentos difíceis, mas acompanhados de momentos inesquecíveis e pessoas especiais.

À minhas tias Lena, Tereza, Léa e Regina, mulheres da minha vida, expressam a força, coragem e alegria.

Às minhas primas Esther e Rafaela, minha sobrinha Ana Cláudia, por serem a alegria da minha vida.

À Professora Dra. Maria de La Ó Ramallo Veríssimo, minha orientadora e amiga, por ter acreditado no meu potencial, pela competência e respeito com quem conduziu este trabalho e a maneira carinhosa de compartilhar experiência, conhecimento e "orientar".

À Professora Dra. Cecília Helena de Siqueira Sigaud, por suas orientações e por sempre me ouvir e me aconselhar com muito carinho e competência.

À Professora Dra. Magda Andrade Rezende, que me acompanha desde graduação, por ser a minha inspiração, pelo incentivo, carinho e conhecimento profissional, ético e o humano.

Ao Professor Sérgio, pela amizade, pelos ensinamentos, pelo estimulo e a ajuda nas correções de português e inglês. Meu muito obrigado!

Às grandes amizades conquistadas nessa fase, compartilhadas de conhecimento, respeito, força, estímulos e conselhos. Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira,

Rafaella Queiroga Souto, Juliana Martins, Patrícia Moreira e Soraia Matilde Marques Buchhorn,

Às minhas amigas, queridas, que me acompanharam a minha trajetória com palavras de incentivo, confiança e me apoiaram nos momentos difíceis: Patrícia Vendramim, Eunice Teruya e Érica Shinohara.

Aos funcionários da secretaria e docentes do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, e da Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" e da Informática pela convivência, carinho, respeito e apoio.

Às todas as Enfermeiras Assistenciais da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, sem elas este trabalho não seria possível.

A toda a Equipe de Enfermagem e Médica, Administrativa, Apoio da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Samaritano, meu carinho e respeito pelo trabalho árduo para oferecer uma assistência de qualidade à criança e à família.

Às s minhas queridas crianças e famílias que necessitam de cuidados intensivos, meu muito obrigado em apreender todos os dias com vocês.

A todos que contribuíram de maneira direta ou indireta para a conclusão deste trabalho.

“O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face ao mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e reinvenção”.

Paulo Freire

Braga DAP. A enfermeira e o cuidado para o desenvolvimento da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: A criança que requer cuidados intensivos deve ser considerada tanto no aspecto biológico como no seu desenvolvimento, os processos que podem agredi-la devem ser minimizados, ou eliminados, e ela deve ser apoiada sempre que enfrente alguma situação potencialmente estressante, para seu atendimento não se tornar iatrogênico, buscando atender suas necessidades e pautar na perspectiva da integralidade, o que significa um cuidado além da prática biomédica. **Objetivo**: Descrever e analisar o cuidado da enfermeira à criança hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), com foco no desenvolvimento infantil. **Método**: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado numa UTIP, de um hospital privado de grande porte, filantrópico, geral, localizado na cidade de São Paulo e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. A coleta de dados em oficinas pedagógicas incluiu oito enfermeiras, cada uma participando de dois encontros. Dados submetidos à análise temática de conteúdo, interpretados de acordo com o referencial das necessidades essenciais da infância. **Resultados**: A categoria "Concepções e práticas da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP" descreve as ações das enfermeiras e aspectos relativos à situação da internação que impactam sobre a criança e, portanto, devem ser considerados em suas atividades de cuidado, visando as necessidades da criança para além do motivo da hospitalização. Contudo, as enfermeiras não nominam essas ações como cuidado de enfermagem e sim como comportamentos naturais, e, deste modo, são realizados de acordo com a visão de cada enfermeira, sem sistematização, ou constância. A categoria "Facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP" descreve os aspectos facilitadores nas práticas institucionalizadas como atenção ao conforto físico, à história e hábitos da criança, o brincar, as informações fornecidas na admissão, os laços entres os familiares, aspectos que fortalecem o cuidado e o processo de hospitalização. Inclui também as dificuldades, decorrentes do modelo hegemônico biomédico, que vão de encontro ao cuidado para a promoção do desenvolvimento, e atividades burocráticas existentes no contexto de trabalho que reduzem o tempo da enfermeira voltado ao cuidado da criança e da família. A categoria "Perspectivas da enfermeira sobre o cuidado para o desenvolvimento da criança na UTIP" descreve a necessidade de uma filosofia, teoria e instrumentos para orientar o cuidado, comuns a toda a equipe multiprofissional, a partir

da mudança de compreensão dos profissionais acerca do cuidado integral à criança, que poderia ser alcançada por meio de reflexão sobre o fazer envolvendo a todos, em atividades como workshops e cursos sobre promoção do desenvolvimento e cuidado integral. **Conclusões**: Embora as enfermeiras se percebam realizando ações favoráveis ao desenvolvimento da criança reconhecem que garantir o desenvolvimento infantil saudável, na situação de hospitalização na UTIP, é algo a ser alcançado, mediante ações sistematizadas e norteadas por objetivos comuns a toda a equipe de saúde e reconhecidas como cuidado profissional. As oficinas pedagógicas contribuíram para a reflexão, troca de experiência e proposição de ações de melhoria do cuidado à saúde da criança, referidas como estratégias formativas que podem favorecer tais mudanças.

DESCRITORES: Cuidado infantil. Desenvolvimento infantil. Enfermagem pediátrica. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Braga DAP. The nurse and the care for the development of the child in the Intensive Care Unit Pediatric [dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: Children who require intensive care should be considered both in their biological aspect as in their development; procedures that may hurt them should be minimized or eliminated and they should be supported all the times they face some potentially stressing situations. This provides a non iatrogenic care which attends their needs and support the perspective of integrality, what means a care beyond the biomedical practice. **Objective:** to describe and analyze the care of the nurse towards child hospitalized in the Intensive Care Unit Pediatric (ICUP), with focus on the child development. **Method:** qualitative, descriptive and exploratory study, done in the ICUP of a private, large sized, philanthropic and general hospital situated in São Paulo City and approved by the Ethics Research Committee. Data were collected in pedagogical workshops with eight nurses, each one taking part in two meetings, and were submitted to the thematic analyses of contents and interpreted according to the referential of essential needs of the childhood. **Results:** The category “Nurse’s conceptions and practices to care for the child development in the ICUP” describes actions of the nurses and aspects of hospitalization that have impact on the child and so should be considered in their care activities aiming the needs of the child beyond the reason for the hospitalization. However, the nurses do not nominate these actions as nursing care but as natural behaviors and, so, they are performed according to the vision of each nurse, without any systematization or constancy. The category “Facilities and difficulties of the nurse to care for the child development in the ICUP” describes aspects in the institutionalized practices that strengthen to care for child development as attention to the physical comfort, to know the child story and habits, the playing, the information given in the reception, and relationships between relatives. It also includes the difficulties related to the hegemonic biomedical model that opposes the care for the promotion of development and bureaucratic activities that reduce the nurse’s time dedicated to child and family care. The category “Perspectives of the nurse about the care for the child development in the ICUP” describes the need of a philosophy, or theory, and instruments to guide the comprehensive care, common to all the multi professional team. This could be reached through reflection about the work in ICUP involving all the professionals in activities like workshops and courses on promotion of development and integral care. **Conclusions:** Although the nurses feel doing actions in favor to the development of the child, they realize that to ensure the healthy development of the child, in the situation of hospitalization in the

ICUP, is something to be reached, through systematized actions and guided by common objectives to the whole health team and recognized as Professional care. The data collection workshops contributed to the reflection, exchange of experiences and proposals of actions to improve the care for children, and so nurses indicated them as formative strategies which can encourage such changes.

KEYWORDS: Child Care. Child Development. Pediatric Nursing. Intensive Care Units, Pediatric.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Categorias e temas que explicam a experiência da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica 59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos profissionais, segundo sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação em pediatria e tempo de atuação em UTIP..... 56

Sumário

APRESENTAÇÃO 15

1 INTRODUÇÃO 20

1.1 ASPECTOS GERAIS DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA 20

1.2 PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO À CRIANÇA HOSPITALIZADA NA UTIP 32

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO: O CUIDADO E AS NECESSIDADES ESSENCIAIS DA CRIANÇA 35

1.4 DELIMITANDO O PROBLEMA DA PESQUISA 41

2 OBJETIVO 45

3 MÉTODO 47

3.1 TIPO DE ESTUDO 47

3.2 LOCAL E POPULAÇÃO 48

3.3 COLETA DE DADOS 49

3.4 ANÁLISE DOS DADOS 52

4 RESULTADOS 56

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES 56

4.2 A ENFERMEIRA E O CUIDADO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA UTIP 57

4.2.1 Concepções e práticas da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP. 60

4.2.2 Facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP. 80

5.2.3 Perspectivas da enfermeira sobre o cuidado para o desenvolvimento da criança na UTIP 94

5 DISCUSSÃO 101

6 CONCLUSÃO 120

REFERÊNCIAS 123

Anexo I - Carta de aprovação 130

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 131

Apêndice I - Estudo teórico das ações e diagnósticos de enfermagem na UTIP 133

Apêndice II - Folder Explicativo da Oficina 136

Apêndice IV - Instrumento para caracterização das participantes 138

Apêndice V - Roteiro da Oficina “Pensando o desenvolvimento infantil no contexto da UTI pediátrica” 139

APRESENTAÇÃO

Em minha trajetória acadêmica e profissional, pude vivenciar e refletir sobre o olhar do enfermeiro voltado ao cuidado da criança. Como discente, aprendi que existem diversas abordagens que o enfermeiro pode adotar e se respaldar para oferecer assistência tanto à criança quanto à família em situação de hospitalização.

Como recém-formada, fui admitida em uma Unidade de Atendimento Ambulatorial (AMA), onde tive meu primeiro contato profissional com crianças, muitas vezes em situações de urgência e frequentemente associadas com doenças prevalentes da infância, muitas vezes com déficit de crescimento e desenvolvimento. Isto talvez ocorresse pelas características da região: pessoas com baixa escolaridade, de classes sócio-econômicas menos favorecidas e com problemas de saneamento, o que justificava demanda e números altos de atendimento. Muitas vezes, me via impotente por não oferecer um cuidado completo, devido à dificuldade de recursos materiais e humanos.

A oportunidade de lidar com as habilidades técnicas, agilidade e prudência foi bastante desafiadora. Nesse período, aproveitava cada momento para aprendizado, desenvolvimento prático e teórico como enfermeira.

Concomitantemente, iniciei o curso de especialização em Cuidados Intensivos e Emergenciais à criança e ao neonato, com o objetivo de aperfeiçoar-me na área de pediatria.

Após um ano, tive a oportunidade de ingressar em um hospital de médio porte privado na Unidade de Terapia Infantil (UTI), atuando em neonatologia e pediatria. Diante desse novo ambiente,

com tecnologias avançadas, deparei-me com a felicidade de trabalhar em um lugar que tanto almejava, e também com o medo que foi se desmistificando a medida em que a confiança no trabalho se desenvolvia por meio das novas experiências e habilidades adquiridas.

Com o passar do tempo, as minhas habilidades técnicas e o olhar para criança resultaram em um cuidado individualizado, ou seja, além dos procedimentos técnicos. Imersa nesta concepção, comecei a perceber o quanto as ações de promoção de desenvolvimento, tais como o afeto à criança-família, as orientações contínuas, a visita de irmãos, a permanência dos pais, o ambiente, o brinquedo, o respeito pela autonomia da criança em momentos dos procedimentos, minimizam o sofrimento, o medo e a ansiedade decorrentes da hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

Alguns meses após, a minha trajetória profissional foi direcionada à Unidade de Terapia Intensiva em outro hospital em São Paulo, de médio porte, privado, mas acrescido de uma concepção do cuidado à criança e à família, além do modelo tecnicista.

Ainda com as minhas inquietações em promover um cuidado integral, visto que a criança é um ser completo, com corpo, mente sentimento e espiritualidade, comecei a participar das reuniões multidisciplinares no hospital, compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêutica, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. As conversas informais, a troca de experiências, reflexões, ações advindas da criança e da família hospitalizada, tudo isso me proporcionou um aprimoramento na assistência e um novo olhar do paciente como centro e sujeito do cuidado.

Após alguns meses, retomei as minhas atividades no grupo de pesquisa “Cuidado e Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantis” e no “Seminário de Sistematização da Assistência de Enfermagem”; isto me fez refletir e questionar outras considerações acerca do cuidar e a construção social e histórica da criança.

No dia a dia, observando as práticas de atenção à criança na UTIP, pude perceber que pouco se investe em organizar intervenções ou ações voltadas à promoção do desenvolvimento, ou cuidados que possam minimizar os traumas possíveis na UTIP. Como exemplo, em uma punção venosa, coleta de exames laboratoriais e curativos, o uso da técnica do brinquedo terapêutico teria grande potencial para diminuir o estresse e promover o vínculo afetivo, minimizando o trauma e favorecendo os aspectos do desenvolvimento humano, mas este recurso é pouco utilizado. Por outro lado, também pude observar ações que posso chamar de “instintivas” realizadas pelas enfermeiras para melhor atendimento à criança e à família, como a atenção no momento da admissão, na seleção de algumas intervenções nos planos de cuidados e a interação na assistência. Tenho considerado essas ações como instintivas, pois não se observa o registro dos aspectos envolvidos, tais como a forma de interação, a duração e o efeito dessa interação.

Diante dessa realidade, surgiu a necessidade de responder ao questionamento: A enfermeira desenvolve ações e intervenções para promover, manter e estimular o desenvolvimento da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)?

A motivação do questionamento deve-se ao fato de existir evidência consolidada na literatura que preconiza um cuidado de enfermagem para além das práticas biomédicas, ancorada na comunicação, de modo a considerar a criança como sujeito ativo,

atuante e singular. No entanto, a temática da promoção do desenvolvimento é mais estudada na área preventiva, que atua mais fortemente na promoção da saúde, e existem poucas publicações e pesquisas, principalmente em âmbito nacional, relacionadas às práticas voltadas às necessidades de desenvolvimento da criança hospitalizada.

É meu intuito, portanto, ampliar o conhecimento e as reflexões sobre o tema, e fornecer subsídios para os profissionais que atuam com criança e família em situação de hospitalização em UTIP.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA HOSPITALIZADA

Para compreender a assistência à criança, é necessário antes entender as concepções que orientam essa assistência e, particularmente, as concepções de infância e criança. Tais percepções são construídas alinhadas com o processo histórico e social dos grupos humanos. Frota (2007, p.145) refere que “existem diferentes concepções de criança que se fazem distintas a partir de diferentes pontos de vista teóricos e que acabam por contribuir para formar múltiplos conceitos desses grupos referidos”.

No mundo ocidental, enfocando a Europa, até o século XV, não existia o sentimento de infância, isto é, não se reconhecia particularidade desse período etário, as crianças eram tratadas como adultos em miniaturas. Assim, a criança que pudesse viver sem os cuidados da sua mãe ou ama era inserida no mundo dos adultos e devia se comportar como estes; ela não era valorizada no seio familiar, de forma geral (Ariès, 1978).

Com a evolução das disciplinas humanas e sociais, principalmente a psicologia, a criança passou a ser vista como ser único, com características próprias da sua fase de desenvolvimento e crescimento, que são também determinadas por fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais e psicossociais (Soares, Sarmento, Tómas, 2005).

Assim, observa-se que o processo histórico e social vivido na sociedade ocidental acarretou mudanças significativas na concepção do ser criança. (Frota, 2007).

Nesse mesmo cenário, a instituição hospitalar surgiu em meados de 1760 e teve o objetivo de isolar do convívio social pobres, moribundos, doentes e inválidos, caracterizando um instrumento misto de assistência, exclusão e transformação espiritual, comandado por religiosos. A partir do final do século XVIII, com a introdução da tecnologia e cientificidade médica e de necessidades impostas pela Revolução Industrial, o hospital começa a ser visto como espaço terapêutico (Foucault, 1992).

Quando se iniciou o atendimento à criança no hospital, normas burocráticas e centralizadoras levavam em consideração apenas o enfrentamento da doença sob o enfoque biológico, ignorando a dimensão emocional. Essa concepção se perpetuou por muitos anos e, no que diz respeito à assistência de enfermagem à criança hospitalizada, a prática do cuidado seguiu padrões direcionados à fragmentação e determinados por programas de saúde sociais e políticos (Collet, 2002).

Justificando como finalidade do hospital prevenir a transmissão de infecção, por meio de isolamento rigoroso, os pais e familiares foram afastados do cuidado direto dos seus filhos; isto concretizava a grande dificuldade de envolvimento com a criança e até mesmo a distância com os próprios profissionais (Collet, 2002, Rodrigues, 2010). Essa lógica hospitalocêntrica, rígida, inflexível, com o objetivo de isolamento e controle, gerava problemas significativos à saúde da criança e da família. Com o desenvolvimento de novos estudos e contribuição das disciplinas de psicologia e ciências sociais, foi possível mostrar que o isolamento da criança não traz nenhum benefício para a sua recuperação (London 1959; Brasil, 2002).

Hoje, sabe-se que o hospital, ao limitar o acesso da família, toma a responsabilidade do cuidado e interfere no senso de

confiança, satisfação dos pais e negligencia as necessidades essenciais da criança.

Em 1951, a Organização Mundial da Saúde publicou um relatório sobre a privação materna como fator etiológico perturbador da saúde mental da criança hospitalizada (Thomazine et al., 2008). Adicionalmente, a publicação do Relatório Platt, em 1959 na Inglaterra, foi um passo importante para reorganizar as práticas de assistência à criança. Esse documento trouxe questionamentos sobre a problemática da hospitalização infantil, destacando-se os aspectos emocionais e psicológicos da criança e da família como determinantes no processo de recuperação da saúde da criança e apontando estratégias de superação dos problemas da época na busca da humanização da assistência (Collet, 2002; London, 1959).

Desde então, diversos estudos e recomendações têm se dirigido à melhoria do cuidado da criança.

Com a Constituição de 1988, o Brasil avançou na humanização, o que levou também a promulgar o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069 de julho de 1990). Dentre outros direitos descritos, é importante ressaltar o Capítulo 1, que trata do direito à vida e à saúde, assegurando a proteção à criança e ao adolescente por meio de políticas sociais públicas, que permitam o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência. Seu artigo 12 refere que: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação da criança ou adolescente.” (Brasil, 1990, p.8)

Assim, a assistência à criança hospitalizada vem se modificando por meio da contribuição dos resultados de pesquisas nas áreas de ciências médicas, humanas e sociais, e também com a ampliação da noção de direitos. Desse modo, desenvolveram-se

diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo saúde-doença, especificamente o cuidado no contexto da hospitalização em pediatria.

Uma classificação das abordagens de cuidado à criança bastante difundida em nossa realidade é a de Elsen e Patrício (2000) elaborada em 1989. A abordagem centrada na criança considera que ela é um ser em crescimento e desenvolvimento, com necessidades e vulnerabilidades, sendo necessário manter vínculo contínuo com pessoas, ambiente e o profissional que a assiste nas suas ações e que deve manter relações afetivas, inclusive em situação de hospitalização (Elsen, Patrício, 2000; Sigaud, Veríssimo, 1996).

Hoje, preconiza-se que a assistência de enfermagem deve ser norteada pelas concepções de que a criança é um ser completo em qualquer fase do seu desenvolvimento, os processos que podem agredi-la devem ser minimizados ou eliminados e deve ser apoiada sempre que enfrente alguma situação potencialmente estressante (Rezende, 1998b). Cabe neste contexto uma analogia com a hospitalização, que é uma situação crítica, estressante e delicada na vida de qualquer pessoa. Ao se pensar em criança, isto se torna bastante especial e implica na mudança da rotina familiar, principalmente quando se refere à UTIP, considerando-se que não é possível separar o aspecto biológico dos problemas do desenvolvimento (Faquinello, Higarashi, 2007; Hockenberry, 2006).

A permanência dos pais com a criança minimiza sua angústia, medo e estimula o vínculo afetivo a fim de promover a saúde. Para que isso seja administrado de maneira facilitadora, a equipe de saúde deve prover parceria no cuidado com o binômio criança-família; isto significa estar preparada tecnicamente para lidar com situações de estresse, ansiedade e negação, porém a prática deve estar associada ao cuidado também emocional, no que se refere a dar oportunidade de afeto, amor, carinho por meio da

participação da família no cuidado à criança, desde a admissão até o momento da alta, ao invés de reforçar ações como ruptura de relacionamento.

Durante a hospitalização em UTIP, observa-se que crianças que permanecem por dias, semanas, meses ou anos, por necessidades biológicas, ficam muitas vezes isoladas ou impossibilitadas de realizar atividades essenciais para sua faixa etária.

A UTIP tem sentido de morte, imagem esta criada pela fantasia que se tem a respeito e o desconhecimento da sua finalidade, somado à característica de um ambiente isolado, tenso, estressante, cuja equipe, tanto quanto o paciente, vivem constante apreensão (Back, 2000).

Os extraordinários avanços no cuidado pediátrico proporcionaram a cura da enfermidade e prolongaram a vida, mas, em sua maioria, por meio de intervenções traumáticas, dolorosas e assustadoras. Todavia, a mitigação do trauma das intervenções que possam ser chamadas de práticas de saúde, ainda não acompanha os avanços tecnológicos (Silva, Kirschbaum, Oliveira, 2007). É importante providenciar ações seguras, eficazes e úteis, quando se trata de cuidado infantil. Isto propicia o cuidado atraumático, ou seja, eliminar ou minimizar os sofrimentos psicológicos ou físicos vivenciados pela criança e sua família em qualquer ambiente em que é cuidada (Hockenberry, 2006 p. 10).

A criança é um ser único, em processo de desenvolvimento, sendo capaz de utilizar recursos internos e externos para expressar sentimentos e necessidades e satisfazê-los. Ao encontrar condições favoráveis, a criança cresce e desenvolve seu potencial humano, sendo assim respeitada e suas necessidades atendidas (Sigaud, Veríssimo,1996).

O cuidado prestado à criança e à família, quando busca atender as necessidades delas, visa uma assistência pautada na perspectiva da integralidade e na filosofia da instituição e traz benefícios tanto qualitativos quanto quantitativos. Contudo, as intervenções do enfermeiro (ou de qualquer outro profissional) muitas vezes priorizam partes do cuidado ou da pessoa e causam danos. Para Rezende (1998b), esse tipo de situação deve ser chamada de iatrogenia, pois outro foco passa a ser priorizado na assistência ao invés da criança e contradiz todo objetivo da essência do cuidar do ser humano completo. A autora salienta que esse tipo de cuidado ainda está presente nos dias atuais. Define o cuidado iatrogênico "qualquer intento de cuidado que não considere a criança como centro, seja qual for a circunstância"; entende a iatrogenia como sendo "a negação de uma determinada filosofia de atendimento".

Tal concepção de iatrogenia não é usual, pois normalmente está relacionada ao ato tangível, que causa lesão ou dano físico, como erro no preparo de medicamentos, cirurgias em locais errados, queda de paciente, entre outros. Todavia, na prática assistencial observam-se algumas situações pertinentes à definição proposta pela autora.

Sabe-se que, em alguns hospitais, a permanência de uma pessoa querida pela criança na UTI, como pai, mãe, avós, tios é liberada apenas em horários de visitas. No caso de procedimentos que são normalmente situações estressantes, a criança muitas vezes não tem o direito de protestar seus medos, angústias e insegurança. Outro aspecto é a não oportunidade de brincar, o impedimento de manter suas rotinas e objetos preferidos pelo fato de estar em situação de hospitalização.

O brincar tem a função de atrair a atenção e promover o desenvolvimento da criança. Estudiosos no assunto referem que o

brinquedo terapêutico é uma estratégia de cuidado à criança, ou seja, deve ser considerado e implementado em qualquer área que assiste a criança, pois é também um cuidado (Veríssimo et al., 2007)

Nos dias atuais, a concepção do cuidado inicial é decisiva e tem impacto duradouro sobre o desenvolvimento e a capacidade de aprender e de lidar com as emoções: a forma como a criança é cuidada interfere na formação e manutenção de suas ligações neurais (Shore, 2000).

Existem períodos críticos durante os quais tipos específicos de aprendizado são mais bem realizados e ocorrem quando o cérebro demanda certo tipo de estímulo, para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras. Da mesma forma, há períodos em que experiências negativas ou ausência de estimulação podem levar a efeitos sérios e duradouros (Shore, 2000).

A promoção do desenvolvimento também resulta em promover o bem-estar emocional e deve ser uma prioridade integral em toda prática em pediatria. Significa que o estado emocional influencia a saúde física, psicológica e o desenvolvimento, tanto para a criança quanto para os pais (Ress, 2010).

Deste modo, o cuidado infantil deve ser de alta qualidade, ou seja, integrado de atenção e amor, capaz de gerar confiança e vínculo afetivo entre a criança e o cuidador, sendo um importante contribuinte para o desenvolvimento infantil (Veríssimo, 2002).

O ambiente hospitalar é um local estranho, tanto para a criança quanto para os pais. As rotinas e regras institucionais geram ansiedade, medo e até mesmo insegurança. É importante que o enfermeiro que cuida de criança busque a compreensão do relacionamento pais-filhos, irmãos, animais de estimação, e assim proteja e fortaleça vínculos durante a hospitalização, proporcionando

um ambiente harmonioso e seguro, menos intimidador, agressivo e traumático para a criança doente.

A compreensão do atendimento integral à criança hospitalizada está relacionada a diferentes ambientes que experiencia, ao estágio de crescimento e desenvolvimento vivenciado e valorizar a família como parte do processo do cuidado (Thomazine et al., 2008). A complexidade do objeto de trabalho em pediatria exige recriar as práticas no cotidiano da atenção à criança e sua família, pois essa complexidade não se reduz à organização de um ou outro processo de trabalho, mas envolve a ação de diferentes profissionais cujos atos de saúde são interdependentes e complementares. Assim, é necessário o envolvimento de gestores, gerentes, professores universitários e os profissionais da saúde para promover e estimular a qualidade do processo de cuidado (Thomazine et al., 2008; Cunha, Zagonel, 2006).

Embora os avanços na saúde da criança venham acontecendo, no que tange à diminuição da mortalidade infantil e à ampliação da cobertura dos serviços de saúde, os desafios atuais são a melhoria da qualidade das intervenções em saúde e intensificar as intervenções já existentes, lembrando, entretanto, que, em muitos países ou mesmo diferentes grupos sociais em nosso país, as melhorias citadas inicialmente ainda não estejam ao alcance de muitas crianças. (Barros et al, 2005). Mello e Lima (2009) salientam que não basta a sobrevivência infantil, mas é necessário oferecer condições para a criança viver com qualidade, propiciar o desenvolvimento, garantindo assim o uso dos bens que a sociedade produz.

É possível constatar que existe um esforço para buscar práticas humanizadoras no ambiente hospitalar. Recomendam a necessidade de desenvolver intervenções ao cuidado das crianças, adolescentes e seus familiares por meio de novos programas e

atividades, educação à saúde com o objetivo de promover uma dimensão holística do cuidado (Alves, Deslandes, Mitre, 2009).

Com base nos estudos citados, é importante ressaltar que o enfermeiro, dentre outros profissionais, tem o papel de prestar cuidados à família e promover as necessidades da criança, além de ser responsável pelo ensino e supervisão desses cuidados até que os pais se sintam competentes para fazê-lo. Toda essa ação é de educação contínua, discussão, reflexão e comunicação, que são elementos essenciais para promover o cuidado atraumático e o desenvolvimento.

O enfermeiro que desenvolve seu papel no cuidado centrado na pessoa, utilizando seu conhecimento, habilidade e pensamentos à disposição do indivíduo e da família, identifica quais as necessidades que a criança e todo o seu contexto evidenciam e assim estabelece ações essenciais para o âmbito da saúde da criança (Ângelo, Veríssimo, 1996).

Estudo de acompanhamento de crianças nascidas de baixo peso mostrou que a criança e a família habitualmente procuram o serviço de saúde e necessitam de diversas práticas de saúde, qualquer que seja sua fragilidade ou dano, e requerem a atenção profissional quanto ao processo saúde-doença e cuidado (Mello et al., 2002). Sabe-se que o relacionamento terapêutico é atributo essencial para prover o cuidado, isto significa que o enfermeiro precisa estar significativamente relacionado à criança e à sua família, e ainda perceber seus próprios sentimentos e necessidades (Hockenberry, 2006).

Ao prestar cuidado à criança hospitalizada e à sua família, é indispensável atenção especializada, em que devem ser considerados aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil, os problemas que a hospitalização acarreta, as necessidades de

cuidado, o reconhecimento da autonomia da criança e sua família como agente ativo do processo de cuidar.

Ao falar da existência da vida, emerge a idéia de cuidado, pois é necessário “tomar conta” da vida para que ela possa se manter (Collière, 1989). O ser humano, como todos os outros seres vivos, necessita de cuidados para sobreviver e lutar contra a morte.

Durante toda a história humana, o cuidado por si só não era um trabalho direcionado a alguma pessoa ou mesmo uma profissão, ou seja, qualquer indivíduo que ajudasse o outro a garantir a vida praticava o cuidado, o que se perpetua até os dias atuais, todo o ser humano que cuida do outro é um cuidador.

A garantia da continuidade da vida de um grupo e da espécie tem como base tudo que é indispensável para manter as funções vitais, como energia, alimentação, vestuário e abrigo. Para essa garantia de vida, os homens e mulheres durante a história se dividiram por sexo em suas atividades e, por anos, isso foi um determinante cultural e se perpetua até os dias de hoje (Collière, 1989). A expressão tomar conta, cuidar transmite o sentido original da palavra, como o fato de tomar conta das mulheres no trabalho de parto, das crianças, dos idosos, entre outros.

Pensar sobre o significado do cuidar tem fundamental importância, por ser o alicerce do aprendizado do enfermeiro. Segundo Collière (1989, p.29), “cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação”. Todos podem tomar conta um do outro, entretanto o cuidado profissional requer habilidade, conhecimento e, no caso da criança, compreender que tem necessidades que a diferem do adulto, e o profissional deve ter um olhar peculiar para cuidá-la.

Nota-se que, no âmbito da educação, também tem sido discutido o tema, dada sua importância para o desenvolvimento infantil. As ações assistenciais à criança como o banho, dar de mamar, trocar fraldas, evitar acidentes, colocar para dormir, podem ser passíveis de serem feitas com indiferença e desprovidas do olhar do cuidador, entretanto são oportunidades de criar vínculo, segurança emocional e afeto por meio do toque; assim, tornar esta ação como algo completo é ter a percepção de que o cuidado pode ser feito além do físico.

Sekkel (2010) refere que quando essa concepção restringe o cuidado na dimensão física, vem muitas vezes acompanhada de dizeres “não pegue a criança no colo para ele não ficar mimada” ou “deixe chorar até cansar”. A autora também amplia o conceito de cuidado como abertura e reconhecimento das necessidades do outro, salientando que reconhecer as necessidades não significa necessariamente atendê-las, pois tal realização pode não estar ao alcance por diversos motivos. Entretanto, a doação de atenção é, em si mesma, uma forma de cuidado.

Situações contínuas de urgência e emergência advindas de ações complexas em UTIP exigem dos profissionais a realização de múltiplas tarefas, procedimentos e de supervisão segura em uma dinâmica acelerada da equipe de enfermagem. Esta realidade contribui para comportamentos tecnicistas, automatizados, desviando o foco da atenção que deveria estar no sujeito do cuidado.

Para Baggio (2006), a visão tecnicista do profissional de enfermagem pode afastá-lo cada vez mais do seu cuidado. Ayres (2004) complementa que o cuidado é uma categoria reconstrutiva, pois o profissional da saúde está em constante ligação entre as práticas assistenciais que pode se chamar do biológico ou físico; e as experiências da vida com o paciente e as pessoais, isto é, a

possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a “tecnociência médica” e a construção livre e solidária da interação com o ser humano.

Para esse autor, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia e não se limita a ela. O profissional da saúde, ao assistir o outro a quem ele presta cuidado, lança mão de seus saberes técnicos, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião, entre outros. Então, já não há mais objetos apenas, mas sim sujeitos e seus objetos. Neste sentido, reveste-se efetivamente o caráter do cuidar.

Ao pensar em assistência à saúde para garantir o bem-estar físico e mental das pessoas, por meio de tecnologias, a ciência produz conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para intervenção, os profissionais aplicam esses saberes e instrumentos na saúde. Considerar que a direção inversa também é verdadeira: o profissional, quando aplica o conhecimento, constrói tecnologias e conhecimento científico, no qual determina limites para poder olhar as necessidades de intervenção em saúde (Ayres, 2004).

Estudo feito por Gonzaga e Arruda (1998) descreve que o cuidado, em sua essência, é basicamente um sentimento internalizado pelo cuidador, isto é, o ser humano experencia no seu cotidiano o cuidado emocional-afetivo que é passado de geração em geração. O profissional da área da saúde aprende os fundamentos técnicos e científicos dos cuidados de saúde, suas ações são fundamentadas na teoria e na prática científica. No momento da assistência as ações estão pautadas em conhecimentos trazidos de suas experiências vividas, como princípios éticos, morais, valores e crenças, que interagem e se relacionam com a sua prática e saberes.

A partir das reflexões mencionadas anteriormente, é possível notar que o cuidado normalmente está interligado às intervenções, sendo o enfermeiro o principal profissional que está diretamente vinculado à prática de cuidar. Para isso, é fundamental entender o processo de enfermagem que o respalda, definido como um instrumental tecnológico para favorecer o cuidado, organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. É um modelo metodológico para o cuidado que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar ou predizer as necessidades humanas do indivíduo, família e coletividade, em face ao ciclo vital ou problemas de saúde reais ou potenciais que exigem uma intervenção (Garcia, Nóbrega, 2009).

1.2 PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO À CRIANÇA HOSPITALIZADA NA UTIP

A doença e a hospitalização podem se constituir em experiências dolorosas e desagradáveis para a criança, além de ocasionar um rompimento brusco nas suas atividades do dia a dia. Autores de diversas áreas de conhecimento têm discutido os efeitos do processo de hospitalização sobre o desenvolvimento infantil (Collet, Rocha, 2004; Alves, Deslandes, Mitre, 2009). Destacam que, além das mudanças em sua rotina e hábitos como sono, higiene, alimentação, a criança é submetida a situações nas quais não terá escolha. Referem também a ausência de um espaço de recreação, a arquitetura do hospital, pouca luminosidade, equipamentos como bomba de infusão e monitores altamente ruidosos, procedimentos dolorosos, a linguagem técnica utilizada pelos profissionais, causam estranhamento para criança e para seus acompanhantes.

O afastamento do ambiente familiar, social e afetivo pode suscitar a esta clientela reações tais como comportamento

regressivo, raiva, depressão, insegurança, rejeição afetiva, dependência, medo, e ser representado como punição, e até distúrbios comportamentais como apatia, anorexia, desenvolvimento de fobias, hiperatividade, agressividade, agitação psicomotora, histeria, recusa do tratamento (Elsen, Patrício, 2000; Zannon,1991).

É necessário entender que a infância é marcada por etapas de mudanças físicas, relacionais, emocionais, cognitivas e espirituais, sendo indispensável que o enfermeiro saiba interpretar as possíveis alterações no desenvolvimento infantil, a fim de propor ações de cuidados adequadas e promover oportunidades favoráveis para o desenvolvimento, no que diz respeito à criança saudável ou mesmo a que permanecer hospitalizada (Ribeiro et al., 2009).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define:

> O desenvolvimento infantil é o processo de aquisição de novas funções que levam as modificações qualitativas nas atividades do indivíduo, decorrentes de uma complexa interação entre o amadurecimento e a aprendizagem, entre o sujeito com o seu potencial e o meio social, com suas normas e hábitos culturais (OPAS, 2000 p, viii).

Existem três determinações no processo do desenvolvimento infantil: a biológica, que se expressa na sequência da maturação orgânica; a psíquica, que é própria do ser humano; e a ambiental, consequência das experiências que a criança vivencia no seu meio, através do cuidado que recebe e das oportunidades de desfrutar e as experiências de suas capacidades (Ribeiro et al, 2009, p.62; Brasil, 2002). A família, cultura, valores, crenças e as políticas influenciam o meio, portanto, acometerão o desenvolvimento infantil. Por esta razão, é possível dizer que é um processo único para cada criança, ainda que ordenado em estágios sequenciais e obedecendo

a certas direções, como cefalocaudal, proximal para o distal e do geral para o específico, refletindo a maturação neurológica. Outros aspectos que influenciam são os genes e o caráter, a maneira de perceber, organizar, interpretar, responder aos estímulos. Nos cuidados familiares e no âmbito hospitalar, a idade é um referencial para a assistência oferecida à criança, pois os marcos do desenvolvimento são manifestações esperadas para determinados períodos etários, relacionadas à maturação orgânica e psíquica. Isso possibilita uma avaliação mais detalhada do desenvolvimento infantil e da melhor maneira de abordar e cuidar da criança, respeitando suas características. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define, criança compreende a faixa etária de 0 a 12 anos incompletos e o adolescente compreende a fase de 12 a 18 anos.

O processo de desenvolvimento não é interrompido durante a hospitalização, e o que é vivido durante essa experiência impacta sobre o desenvolvimento infantil. Transformar o ambiente de UTIP em um local de interação, com vínculo e com afeto entre a tríade enfermeiro/ambiente/criança pressupõe ultrapassar barreiras, abrir caminhos que possam direcionar as mudanças necessárias na prática do cuidado à criança e sua família. Assim, é necessário olhar para um novo modelo permeado de conceitos que privilegiem o cuidado que, sendo complexo por exigência da situação vivida, seja muito mais uma relação dialógica de sentimentos, pensamentos e atitudes humanas, do que o desempenho simples de tarefas (Cunha, Zagonel, 2006; Mello, Lima, 2009).

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO: O CUIDADO E AS NECESSIDADES ESSENCIAIS DA CRIANÇA

Muitos estudiosos contribuíram e avançaram a compreensão do estudo sobre o desenvolvimento infantil. Cada um focou seu olhar para a sua área de atuação e pesquisa. Como exemplos, Jean Piaget, buscou elucidar a evolução da capacidade cognitiva, através do raciocínio e linguagem; Erick H. Erikson, cuja teoria foi baseada nos aspectos psicossociais, a partir dos estudos de Sigmund Freud, relacionou a interação com o meio social e definiu as etapas do desenvolvimento psíquico e as interações da criança com seus cuidadores; Bowlby desenvolveu estudos sobre o apego e a perda como consequências da relação afetiva entre mãe e bebê, demostrando similaridade no que se refere ao ser humano e primatas. (Hockenberry, 2006).

A compreensão sobre o desenvolvimento infantil também foi influenciada por diferentes concepções. A visão inatista é baseada na crença de que as características e capacidades do se humano como personalidade, valores, comportamentos, são inatas, isto é, já estariam presentes no momento do nascimento, pois derivam da carga genética. Já a visão ou teoria ambientalista busca a sua inspiração na filosofia empirista, onde a experiência é a fonte de conhecimento; atribui exclusivamente ao ambiente a constituição das características humanas. Outra vertente é a concepção interacionista, a qual se apoia na ideia da interação entre o organismo e o meio; a aquisição do conhecimento é entendida como um processo de construção contínua do ser humano no meio, funções exercidas ao longo da vida. (Ministério da Educação, 2005).

Assim, hoje a concepção do desenvolvimento é ampliada, a criança é concebida como um ser dinâmico, que interage com a

realidade, operando ativamente com os objetos, pais e família. Segudo o Ministério da Saúde, (2002):

> "o desenvolvimento não pode ser estar baseado apenas na avaliação das habilidades de um determinado sistema como motor ou linguagem, esses sistemas traduzem funções que se apoiam em um processo de maturação neurológica, entretanto aperfeiçoam, desenvolvem-se sofrem influencias ambientes e se organizam em um núcleo constituído pelo psiquismo. O atraso de uma dessas as habilidades por si só não significa um problema patológico, pois o ser humano se desenvolve a partir das possibilidades do ambiente em que vive".

Os autores Brazelton e Greenspan (2002), com o objetivo de responder o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver, definiram as necessidades essenciais, como aquelas que fornecem as ferramentas necessárias para que a criança alcance seu potencial intelectual, social, emocional e físico. Tais necessidades estão presentes, em maior ou menor complexidade, de acordo com a faixa etária da criança e com a fase de desenvolvimento em que ela se encontra. Merecem ser "supridas", "olhadas" e "trabalhadas" com a criança, conforme o seu desenvolvimento físico, cognitivo, motor, social e afetivo, permitir a sua expressão verbal e não verbal. A opção por esse referencial justifica-se por saber que nos dias atuais a interação afetiva é tão ou mais importante que a satisfação das necessidades biológicas da criança, inclusive para garantir a sua sobrevivência (Shore, 2000).

Os primeiros anos de vida da criança são os períodos mais críticos e mais vulneráveis, pois nesse momento os ingredientes para o crescimento intelectual, emocional e moral são definidos (Brazelton, Greenspan, 2002). Nos locais sem afeto ou interação social e intelectual, as crianças desenvolvem déficits

físicos, sociais e intelectuais graves; eventualmente, a criança ainda pode recuperar seu desenvolvimento, mas as chances de sucesso diminuem a cada ano.

Segue uma breve apresentação de cada necessidade e com base nos aspectos do cuidado da saúde da criança, por se tratar de um estudo voltado para ações da enfermeira em UTIP (Brazelton, Greenspan, 2002; Veríssimo et al, 2009).

- **Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos:** a presença do cuidador(a) da criança, bem como a interação constante deste(a) com ela, mediante cuidados físicos, conversas, toques, olhares, deve constituir a base fundamental para suprir tal necessidade, e, para que seja sustentador, deverá estar permeado de amor e atenção. Isto faz com que haja um desenvolvimento adequado do sistema nervoso central, fornecendo a base para a aprendizagem infantil bem como o desenvolvimento da segurança emocional da criança.

- **Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação:** garantir condições favoráveis para a manutenção da integridade física e fisiológica da criança. Isso envolve cuidados que possibilitem a promoção e a manutenção da integridade física e fisiológica da criança, como alimentação, higiene, sono, abrigo, movimentação, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; apoio à criação de hábitos saudáveis e proteção contra infecções e acidentes e intervenções para detecção precoce de agravos e seu tratamento.

- **Necessidade de regulamentação:** refere-se à legislação e outras medidas que protejam a criança da

exposição a agravos físicos, sociais e ambientes, considerando a sua vulnerabilidade diferente do adulto.

- **Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais:** assim como a criança apresenta características físicas e emocionais únicas, o oferecimento do cuidado também deve ser peculiar a cada uma, excluindo toda e qualquer forma de expectativa "padronizada". É necessária a aceitação das diferenças de comportamento e particularidades de cada criança, como uma etapa importante do seu desenvolvimento. Para tanto, é essencial o respeito do cuidador à singularidade da criança, bem como a suas habilidades físicas e sensoriais.

- **Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento:** compreende a fase de desenvolvimento; as ações devem estar voltadas para estimular e acrescer novas interações a um processo evolutivo de cada criança, ou seja, oferecer experiências adequadas à criança para que ela alcance êxito nas competências de cada etapa. Lembrando que tais experiências oferecidas deverão compor o processo contínuo e evolutivo das demandas individuais de cada criança. Isto permitirá à criança adquirir confiança em si própria bem como se sentir aceita, ouvida, cuidada e amada.

- **Necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas**: a colocação de limites adequados, o incentivo e o reconhecimento das suas realizações auxiliam a criança a desenvolver a capacidade de empatia e olhar o outro como um ser singular. A criança assim estabelece seus próprios

objetivos, por meio de cuidados afetuosos e desenvolve segurança, intimidade e vínculo.

- **Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural:** a comunidade e cultura são os alicerces para o desenvolvimento da criança e para a sua família. É primordial considerar a assistência social, educacional, ou de saúde, prestada à criança em sua rede social, e que esta seja saudável, permeada pela troca, confiança entre as famílias e pelos profissionais que a compõem. Isto leva a criança adquirir o sentimento de pertencimento a sua família e a sua comunidade.

A definição que os autores acima descrevem apresenta um modo de olhar o cuidado psicossocial de desenvolvimento e enfatiza a relevância da interação da pessoa com o meio em que vive (Piccolo, 2008). A criança é uma pessoa que tem sua maneira de pensar, agir e reagir, aprende e constroi sua identidade por meio das relações com as pessoas que a cercam

Ao crescer, a criança passa por diferentes estágios do desenvolvimento. Cada um deles fornece alicerces para inteligência, moralidade, saúde emocional e habilidades acadêmicas. Isto está pautado nas experiências vividas em cada momento e são necessárias para cada etapa de desenvolvimento. Ao passo que a criança negocia um novo estágio de desenvolvimento, ela continua a requerer os tipos de interações associadas aos estágios anteriores (Brazelton, Greenspan, 2002). No ambiente hospitalar, pode-se, através do brincar, vestir, alimentar, no banho, atividades ricas para criar vínculos, promover o desenvolvimento da criança. O cuidador, ao participar, por exemplo, do banho, possibilita suprir algumas necessidades, como relacionamentos sustentadores, estimulados pelo toque, brincadeiras e assim estabelece vínculo, segurança e

diminui o medo do ambiente desconhecido. Nesse momento, as regras e os limites poderão ser estimulados e vivenciados tanto pelos pais quanto pelo profissional que oferece os cuidados.Outro fato relevante é as crianças que podem permanecer no hospital por tempo indeterminado, por uso de tecnologias como ventilador, dieta por bomba de infusão. Os pais sentem-se inseguros quanto aos procedimentos, devido a não orientação ao plano de cuidado pelos profissionais quando a criança tem possibilidade de ser cuidada em casa mesmo hoje com Home Care (Cuidados Domiciliares), que ainda tem grande dificuldade de estruturar uma equipe com preparo técnico para lidar com a criança e a família e aspectos biológicos. Piccolo (2008) defende que grande parte de experiências desfavoráveis associam-se à permanência desnecessária da hospitalização que as impedem de viver como criança. Dentre outras, a experiência da escolarização é fundamental para o desenvolvimento infantil.

Para que a necessidade educacional dessas crianças possa ser efetivamente atendida, é relevante destacar trabalhos desenvolvidos sobre a inclusão da criança com necessidades especiais. Sekkel (2005) apoia a necessidade de um ambiente inclusivo, “no qual as necessidades de cada um possam ser reconhecidas e legitimadas”, pois isto fortalece para superar as barreiras que impedem a participação e a identificação; considera ainda que este olhar deve ser ampliado para diversas instituições, inclusive a de saúde.

A instituição hospitalar com seus valores e missão, por intermédio dos profissionais que ali trabalham e são sujeitos ativos, pode influenciar o modo como as oportunidades de desenvolvimento da criança são vivenciadas, isto exemplifica a necessidade de comunidades amparadoras e propagam a rede social e continuidade cultural.

1.4 DELIMITANDO O PROBLEMA DA PESQUISA

Para melhor compreender as ações voltadas à criança em UTIP e delimitar o problema de pesquisa, foi realizado um exercício para estudo teórico das práticas da UTI em foco. Para tanto, foi utilizado o referencial de Veríssimo et al. (2009) sobre o cuidado e as necessidades de saúde da criança, e cruzado com as intervenções previstas no processo de enfermagem da instituição onde foi realizada a pesquisa, as quais são baseadas na NANDA-I (North American Nursing Diagnosis International), com base na NIC (Classification of Nursing Interventions). O objetivo desse exercício foi verificar se as ações preconizadas pelas autoras estavam presentes nas prescrições de enfermagem, com a elaboração de casos fictícios de crianças em UTIP (Apêndice I).

Após a análise, foi possível verificar que as intervenções estão muitas vezes voltadas aos aspectos biológicos como, por exemplo, banho, higiene, alimentação, condições da pele, segurança (grades elevadas e travadas), mudança de decúbito, avaliação e reavaliação da dor; mensuração de peso e estatura, que são marcadores importantes do acompanhamento do crescimento, mas não são feitas com essa finalidade.

Uma das razões que pode dificultar a seleção de diagnósticos de enfermagem apropriados é que a NANDA-I ainda precisa ser aprimorada no que se refere aos diagnósticos de crescimento e desenvolvimento, o que dificulta um raciocínio clínico individualizado do cuidado voltado às necessidades relativas ao processo de desenvolvimento (Souza, Veríssimo 2013). Considerando este aspecto, é possível notar que as intervenções de promoção ao desenvolvimento estão normalmente vinculadas a outros diagnósticos para trabalhar o cuidado integral, como exemplo, as informações aos pais, estímulo ao vínculo afetivo, como acariciar

a criança, colocar no colo, estimular os pais a participarem dos cuidados com o objetivo de diminuir o medo e a ansiedade.

O estudo teórico foi importante para constatar a necessidade de implementar novas ações e melhorar as práticas já existentes, não só direcionadas ao crescimento, mas principalmente ao desenvolvimento.

Segundo Brazelton e Greenspan (2002), os programas de primeira infância recomendam e enfatizam práticas adequadas para o desenvolvimento. O grande desafio é concretizar esse objetivo, isto é, caracterizar as capacidades de desenvolvimento de cada criança efetivamente sendo uma questão importante para ser trabalhada na prática no cuidado à criança. O fato de adaptar experiências às necessidades de desenvolvimento facilita à criança superar suas dificuldades e promove o crescimento e desenvolvimento.

Nota-se que as necessidades essenciais ao desenvolvimento estão relacionadas aos aspectos ambientais, físicos/fisiológicos, sociais, cognitivos e emocionais, envolvendo fatores estimuladores ou não para a criança. Estes aspectos podem ser comparados aos objetivos da abordagem de promoção da saúde que está direcionada por patamares a serem alcançados, adquirir ações positivas voltadas aos aspectos físicos, mentais, emocionais, culturais entre outros. No entanto, talvez essas práticas sejam mais discutidas e aplicadas na área de saúde coletiva, ao invés de repensar a indissociabilidade das ações curativas, preventivas e de promoção da saúde. (Mello, Lima, 2009)

A enfermeira que atua na UTIP e não atribui significado ao desenvolvimento infantil, poderá realizar ações ou intervenções que ocasionam traumas físicos e emocionais que são irreversíveis quanto à experiência da hospitalização. Portanto, justifica-se estudar

o cuidado à criança na UTIP na perspectiva de sua relação com o desenvolvimento infantil.

Com base nas recomendações já citadas é de suma importância compreender a prática da enfermeira na UTIP em suas ações e intervenções para promover, manter e estimular o desenvolvimento da criança neste ambiente.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

- Descrever e analisar o cuidado da enfermeira à criança hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, com foco no desenvolvimento.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, tendo em vista o seu objeto, a experiência da enfermeira no cuidado da criança em UTI tendo como foco as necessidades da criança para a promoção do desenvolvimento, está relacionada a saberes, sentimentos, valores e crenças que não podem ser analisados ou interpretados por números. O método qualitativo é indicado quando se conhece pouco a respeito de um fenômeno ou se busca descrevê-lo conforme o ponto de vista do sujeito numa perspectiva compreensiva (Polit, Hunger, 1995).

A pesquisa qualitativa permite melhor compreensão da realidade que emerge da percepção e experiência dos participantes, e não se preocupa com a quantificação e sim com a representatividade e a dinâmica presentes no material discursivo (Minayo ,2007).

Existe uma preocupação com os indivíduos e seu ambiente, levando em consideração toda a sua complexidade. A pesquisa qualitativa baseia-se no fato de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores, isto é, o pesquisador deve documentar e interpretar sobre o contexto particular, sob o ponto de vista das pessoas envolvidas (Polit, Hunger, 1995).

Para tanto, foi utilizada a técnica de oficinas pedagógicas, uma estratégia que procura assimilar a maneira como os envolvidos concebem a si e aos outros e como motivam suas práticas e as perpetuam (Chiesa, Veríssimo, 2001).

3.2 LOCAL E POPULAÇÃO

O estudo foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica UTIP, pertencente a um hospital de grande porte, privado, filantrópico, geral e localizado na cidade de São Paulo. É o terceiro hospital do Brasil reconhecido nacional e internacionalmente pela Joint Comission International (JCI), órgão certificador de padrões de qualidade das instituições mundiais. Possui onze leitos na UTIP divididos em cinco para alto risco e seis para semi-intensiva, para crianças que passam por cirurgias cardíacas, neurocirurgias, transplantes renais; atende todas as patologias da infância à adolescência; atende crianças a partir de 28 dias a adolescentes de 18 anos incompletos. A estrutura física tem acomodação para os pais que acompanham seus filhos por 24 horas/dia.

A equipe de enfermagem é composta por 15 enfermeiras, sendo uma encarregada, 24 técnicas de enfermagem e duas auxiliares administrativas. Conta também com outros profissionais especializados no cuidado à criança: médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, farmacêutica clínica e nutricionistas. A unidade ainda dispõe da equipe de Cuidados Paliativos à criança e à família com experiência de doenças crônicas e longa hospitalização, com atendimento de psicólogas e assistente sociais.

A escolha por esta unidade se deu pelo fato de ser o local de trabalho da pesquisadora, que considera ser a pesquisa uma oportunidade de promover nas enfermeiras uma reflexão sobre suas práticas, visando seu aprimoramento contínuo. O outro fato é por ser um cenário que já exerce uma prática de cuidado diferenciada no que tange a uma importante parcela das UTIP existentes na cidade de São Paulo, isto é, existe uma preocupação com o cuidado integral à criança que se estende para a família e a equipe é constantemente aprimorada com cursos e palestras sobre

humanização, brinquedo terapêutico e a companhia dos pais na internação. E isso contribuirá para um debate sobre os princípios da assistência prestada às instituições hospitalares.

A população compreendeu as enfermeiras que atuam na UTIP, sendo os critérios de inclusão atuação na assistência nessa unidade há, no mínimo, seis meses, por já estarem mais próximas do cotidiano das rotinas da unidade, além da concordância em participar voluntariamente do estudo.

Como critério de exclusão, foi considerado o exercício de função como gestora da unidade, devido à possibilidade de inibir as manifestações das participantes.

3.3 COLETA DE DADOS

Todas as enfermeiras foram convidadas a participar mediante a apresentação do termo de consentimento juntamente com o folder explicativo da oficina e, conforme demonstraram interesse foram acordadas as datas da coleta de dados, (Apêndice II).

Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/1996 (Ministério da Saúde), sobre as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição campo de estudo (Anexo I). Após a aprovação pelo CEP, foram encaminhadas cópias à gerência de enfermagem e chefia imediata para conhecimento e aprovação do desenvolvimento do estudo.

No momento que antecedeu a oficina, foram esclarecidos os objetivos, a natureza do estudo e o procedimento da coleta de

dados, bem como a adoção dos cuidados que visam o anonimato e o sigilo de participação. Foi também assegurado o caráter voluntário de participação, garantindo que a recusa em participar do estudo, ou desistência, a qualquer momento, não acarretaria prejuízo a sua atividade profissional. O questionário foi entregue e os encontros realizados após a concordância em participar do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

As participantes preencheram um instrumento com perguntas destinadas a coletar dados para a caracterização profissional (Apêndice III). Posteriormente, foi utilizada a técnica de oficina pedagógica, conforme detalhado no Apêndice IV. A oficina foi estruturada como um evento científico intitulado “Pensando o desenvolvimento infantil no contexto da UTIP”. Foram realizados dois encontros com cada grupo, sendo um grupo no período da manhã e outro no período da tarde, totalizando quatro encontros, o que possibilitou a participação das enfermeiras que atuam nos diferentes turnos. Cada encontro teve duração aproximada de 3 horas e ocorreu na dependência do próprio hospital, em uma sala reservada visando facilitar a participação.

A oficina pedagógica é uma estratégia de reunião grupal que permite pesquisar e agir em diferentes campos de atuação, como por exemplo, o psicodrama ou a dramatização. É possível desenvolver a discussão e a reflexão dos conteúdos e formas de interação que são originadas das expectativas dos participantes, de suas culturas, crenças, valores, conhecimentos, normas e práticas pessoais e profissionais, e sentimentos expressos no decorrer do encontro. Os integrantes da oficina, mediados pelo coordenador, constroem sua percepção a partir de depoimentos dos participantes sobre as vivências das atividades e significados dos sujeitos (Patrício, Casagrande, Araújo, 1999; Chiesa, Veríssimo, 2001).

Essa estratégia permite aos participantes a possibilidade de compartilhar sentimentos, criar e aprender de forma diferente, além de estimulá-los para o compromisso da socialização com os seus pares sobre as ideias que emergirem das vivências grupais (Delfino et al., 2004).

O objetivo da oficina educativa neste estudo foi de caracterizar, conhecer os sujeitos, compreender e estimular a transformação da realidade. Este processo é mediado pela construção coletiva por meio do diálogo para identificar, aprender, criar, compartilhar e refletir sobre as facilidades e dificuldades referentes às ações relacionadas às necessidades essenciais para a promoção do desenvolvimento à criança em UTIP. Conforme Delfino et al.(2004), as atividades, direcionadas por uma metodologia participante e transformadora, têm a possibilidade de promover a reflexão conjunta sobre as semelhanças e diversidade sobre as concepções acerca das práticas de cuidado à saúde que são realizadas.

As atividades foram mediadas por um coordenador e um observador; iniciadas por um breve aquecimento, seguidas de reflexões acerca do tema em pauta no encontro. Os participantes manipularam materiais como figuras de revistas, massa de modelagem, sucata, fios coloridos, tinta e papel como recursos para sua expressão. Esse momento foi relevante, pois permitiu a representação mais rica em detalhes, facilitando a discussão aprofundada no passo seguinte. Os participantes produzem o material concreto, daí o nome de oficina, podendo ser resgatado por todo o grupo durante a discussão (Chiesa, Fracolli, Sousa, 2004).

Na fase do relato dos participantes sobre suas construções, origina-se a discussão, que visa compartilhar seus conhecimentos e vivências, o que se pode chamar de problematização. Nesse momento, existe a possibilidade de superar

o senso comum, buscando uma compreensão da realidade, articulação entre as dimensões singular, particular e estrutural, resgatando conhecimento científico e ampliando a interpretação da prática e a busca para o enfrentamento e estratégias para as dificuldades (Chiesa, Fracolli, Sousa, 2004).

Os encontros foram registrados em aparelho digital de audiogravação, para posterior transcrição e análise.

Os assuntos abordados nos encontros foram: a concepção de promoção do desenvolvimento na UTIP; o trabalho realizado no dia a dia; o cuidado voltado às necessidades essenciais da criança; facilidades e dificuldades relativas ao cuidado voltado à promoção do desenvolvimento infantil; e perspectivas para melhoria da assistência à criança.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os diálogos provenientes da oficina foram transcritos na íntegra. O material resultante das transcrições foi submetido a análise de conteúdo que Bardin (2009) define como “um conjunto de técnicas de análise de comunicações. A análise de conteúdo apresenta um rigor metodológico como forma de não perder a essência do objeto do estudo e visa proporcionar maior compreensão sobre os conhecimentos e práticas dos participantes, por procedimentos sistemáticos e claros de análise, organização e descrição dos conteúdos manifestados verbalmente.

Dentre as diversas técnicas do modelo de Bardin (2009), o estudo utilizou a análise temática de conteúdo que “consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença ou a frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. (Bardin 2009, p.105).

Divide-se em três etapas: 1. Pré-análise, 2. Exploração do material; e 3.Tratamento de dados obtidos e a interpretação:

1. Pré-análise: consiste na organização do material, que tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso para o desenvolvimento (Bardin, 2009).

As falas foram transcritas pela pesquisadora e, durante esse momento, foram surgindo algumas impressões a respeito dos dados. Em seguida, foi realizada a leitura flutuante e exaustiva de cada texto transcrito para a constituição do corpus de análise. As transcrições foram comparadas com o áudio dos encontros para constatar a fidedignidade. Nessa fase, para melhorar a compreensão dos recortes, foram eliminados vícios de expressão, ou vocábulos coloquiais repetitivos, intervenções, ou questões feitas pela coordenadora e observadora que não se faziam necessárias para a compreensão; quando necessário, foram acrescentadas palavras entre parênteses para melhor entendimento dos trechos.

2. Exploração do material: abrange os procedimentos de codificação, classificação e categorização, isto é, reajustar o processo de análise que possibilita a confirmação da categoria (Bardin, 2009).

A exploração do material seguiu com o recorte de unidades de registros, a cada trecho que continha uma ideia, ou tema. Assim, as unidades de registro formavam também uma unidade de significado e a cada uma foi atribuído um título. Essa atividade foi feita nas transcrições integrais dos discursos das enfermeiras e toda a análise foi feita com a preocupação de encontrar unidade de significados emergentes no discurso evitando-se encaixar o discurso nas ideias e hipóteses da pesquisadora. Após ter obtido um grande número de unidade de significados, os temas e

os trechos das falas foram agrupados e reagrupados segundo a proximidade do conteúdo, dando origem às categorias empíricas.

Essa etapa foi repetida em todas as transcrições até se perceber sua adequação quando comparada pela orientadora e pesquisadora, isto é, o material foi organizado e validado pelas normas de exaustividade, exclusividade, objetividade, e adequação ou pertinência (Oliveira, 2008).

A seguir, os dados foram organizados com o auxílio do programa N VIVO versão 10, um software utilizado para sistematizar informações para pesquisa qualitativa. O programa é uma ferramenta facilitadora para o agrupamento dos dados analisados que otimiza o tempo operacional do pesquisador e dá maior segurança da inserção dos resultados na pesquisa e consegue verificar a frequência dos aparecimentos dos dados.

O uso de um programa operacional para tratar os dados qualitativos não significa um processo mecânico e padronizado, pois um programa jamais substituirá a criatividade, o bom senso e o olhar do pesquisador. Na verdade, o uso do software não tira o rigor da pesquisa qualitativa, mas sim intensifica o rigor da análise dos dados (Teixeira, Becker, 2001).

3. Tratamento de dados obtidos e a interpretação: quando são estabelecidas relações entre dados, buscando-se desvendar o conteúdo que eles possuem (Bardin, 2009).

Essa fase constituiu-se na reflexão sobre o material sistematizado, ancorada na literatura, possibilitando a compreensão a respeito do cuidado exercido pela enfermeira na UTIP e suas ações de cuidado para a promoção do desenvolvimento infantil, bem como provocar outras reflexões que pudessem estimular o aprimoramento contínuo desse cuidado.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados em duas etapas, sendo a primeira a caracterização das participantes e a segunda sobre a experiência das enfermeiras nas suas ações e práticas com o cuidado visando à promoção do desenvolvimento da criança na UTIP.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Os dados do quadro 1 apresentam uma síntese da caracterização dos sujeitos da pesquisa, um total de oito enfermeiras.

Quadro 1 – Distribuição dos profissionais, segundo sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação em pediatria e tempo de atuação em UTIP. São Paulo, 2013.

Participantes	**Sexo**	**Idade (anos)**	**Tempo de formação profissional (anos)**	**Tempo de atuação na área de pediatria (anos)**	**Tempo de atuação em UTI pediátrica (anos)**	**Pós Graduação** **Lato Sensu (Especialização)**
Enf1	Fem	32	10	8	8	Neonatologia e Cardiologia
Enf2	Fem	31	05	09	05	UTI infantil
Enf3	Fem	43	20	20	19	UTI infantil e Administração Serviços de Saúde
Enf4	Fem	40	18	18	13	Administração hospitalar e Enfermagem Pediátrica
Enf5	Fem	33	10	10	10	UTI pediátrica, Emergência e Pediatria
Enf6	Fem	35	7	3	5	Cardiologia
Enf7	Fem	39	18	18	16	Enfermagem em neonatologia
Enf8	Fem	30	5	3	3	UTI adulto e infantil

Em relação ao sexo, as oito participantes pertencem ao sexo feminino, o que intensifica a evidência do sexo feminino tanto na enfermagem e na UTIP, como na área de pediatria.

Com referência à idade, houve variação entre 30 e 43 anos, com média de 35 anos, caracterizando como adultos jovens.

Observa-se que quatro profissionais apresentam o tempo de formação igual ao tempo de atuação em pediatria e muito semelhante ao tempo em UTIP, o que pode estar relacionado ao fato de as instituições contratarem recém-formados e estes fixarem-se na mesma área.

O tempo de atuação na UTIP variou entre 3 e 19 anos, sendo que três profissionais tiveram experiência em outras áreas como adulto e idoso, possivelmente devido às primeiras oportunidades de vínculo empregatício, e posteriormente seguiram para área de pediatria ou neonatal, coerente com as principais especializações cursadas (quadro1); uma tem tempo de atuação na área de pediatria superior a sua formação, devido ter sido técnica de enfermagem.

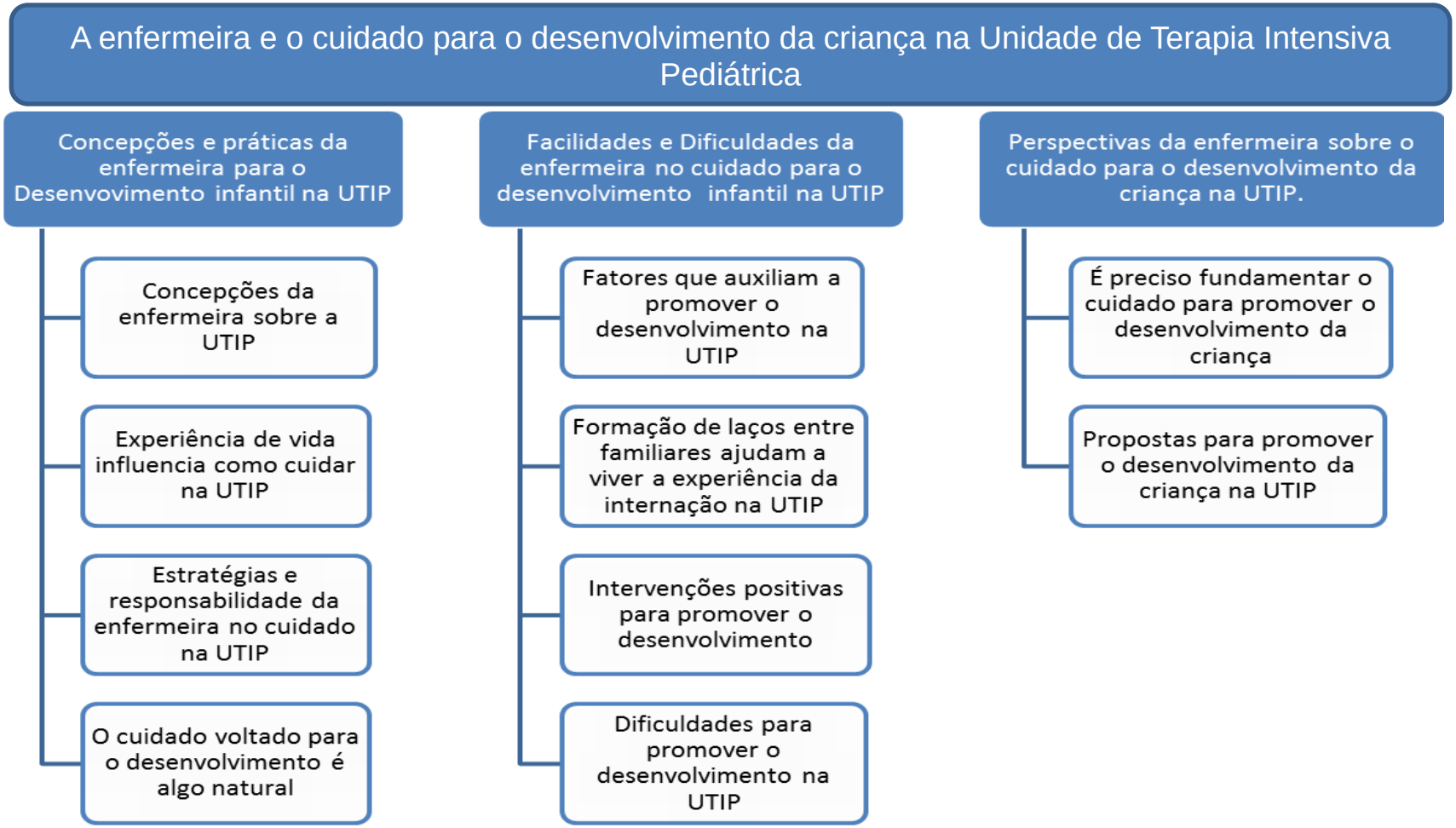
4.2 A ENFERMEIRA E O CUIDADO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA UTIP

Após a análise de conteúdo da oficina emergiram dez unidades temáticas que foram agrupadas em três categorias que descrevem a enfermeira e o cuidado para o desenvolvimento da criança na unidade de terapia intensiva pediátrica, relacionadas às concepções, as ações e as interpretações das enfermeiras acerca das relações entre o contexto da UTIP e as situações de cuidado na UTIP. Compõem-se das categorias:

- Concepções e práticas da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP.
- Facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP.
- Perspectivas da enfermeira sobre o cuidado para o desenvolvimento da criança na UTIP.

A figura 1 mostra as categorias e temas que as originaram, possibilitando visualizar os resultados em conjunto.

Figura 1 - Categorias e temas que explicam a experiência da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica



4.2.1 Concepções e práticas da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP

A categoria "Concepções e práticas da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP" englobou os temas que descrevem ações da enfermeira e aspectos que elas consideram envolvidos na situação de internação em UTI e, portanto, devem ser levados em conta em suas atividades. Tais temas estiveram presentes com grande ênfase nas discussões da oficina, sendo eles: "*Concepções da enfermeira sobre a UTIP"; "Experiência de vida influencia como cuidar na UTIP"; "Estratégias e responsabilidade da enfermeira no cuidado na UTIP"* e *"O cuidado voltado ao desenvolvimento é algo natural".*

O tema "*Concepção da enfermeira sobre a UTIP"* refere-se à compreensão do conceito de UTIP para as enfermeiras como um ambiente tenso e estranho, tanto para a equipe como para a criança e a família, pois se caracteriza por um local com muitos procedimentos, pacientes em risco iminente de morte e pessoas estranhas. Elas consideram que o processo de internação é uma passagem, algo temporário na vida da criança e, portanto, não poderia se sobrepor a outras necessidades da vida dela. Além disso, apesar de ser apenas uma passagem, esta hospitalização pode trazer marcas psicológicas, ou emocionais, para a vida da criança e para a família, ainda que todo o aparato de equipamentos e vigilância contínua permitam que as crianças recebam alta da UTIP sem prejuízo físico. Isso ocorre porque as situações de internação em UTIP são sempre de gravidade, portanto, estressantes. Todas essas características resultam em um trabalho que lida com as emoções e o psicossocial de ambas as partes, criança/família e equipe.

Enf2: UTI é um ambiente muito agressivo (...) muito estressante tanto para nós quanto para a família (...) a gente tem que coordenar tudo isso... é a imagem que a gente se vê um pouco. (...) É a imagem da criança com uma beca [rsrsrs] segurando o cofrinho é o que a gente quer que todos saiam bem, que todos possam se desenvolver, assim passando por aquele momento de crise, a gente quer que aquela criança tenha alta com a família.

Enf3: A estada ali na UTI é só uma pausa, a melodia continua daqui a pouco. (...) UTI é um ambiente muito agressivo, então, a gente, lida com muitas emoções, muitas pressão, tanto dos pais como da equipe, até as nossas próprias emoções.

Enf4: o ambiente da UTI é muito estressante, é o novo marco da criança como o do familiar, crianças que passam pela UTI marcam bastante, para elas é uma coisa assim, se foi um período de coisa grave, elas saem como alguma coisa que mudou a vida delas.

O tema *"Experiência de vida influencia como cuidar na UTIP"* descreve a compreensão de que as experiências de vida das enfermeiras são inseridas no cuidado para a criança. Tais experiências promovem conhecimentos ou concepções que as enfermeiras carregam para sua prática de cuidado. Justificam que isso ocorre porque elas são seres humanos movidos de sentimentos, emoções, sendo difícil separar o que é pessoal do trabalho. Assim, aprendem com as experiências do dia a dia e usam esse aprendizado nas situações de trabalho. Ao mesmo tempo, a influência pode ser negativa, pois a enfermeira pode trazer problemas, ou dificuldades de sua vida para o contexto do trabalho.

Enf2: concordo que isso [depender do estado da pessoa] não deveria pesar tanto (...) Eu tenho olhado para trás a minha trajetória profissional (...). A gente passou por uma

situação e a gente aprende com aquilo e você olha e volta e fala "poxa como eu fiz daquela vez?", sempre tem alguma coisa que acaba te dando uma bagagem para você lidar, isso é com o tempo (...). A experiência de vida acaba contribuindo, é uma facilidade, mas também pode ser uma dificuldade.

Enf5: Então eu acho, depende de como a pessoa está, no dia, sabe? (...) A gente fala uma para a outra pessoa, você não pode misturar às coisas da sua vida pessoal da vida profissional, mas não tem como se você não está bem onde você trabalha, não tem nada bem. (...) mistura tudo, se você não está bem na sua casa, você não vem trabalhar bem.

Enf6: Existem as regras, existe o cuidado, existe um pouco de cada um de nós o que a gente coloca dentro desse cuidado, a experiência. (...) Tem uma hora que vira vida pessoal de vida profissional. A gente é ser humano.

Um ponto que surgiu como marcante na experiência de vida que influencia o cuidado é o fato de tornar-se mãe. Percebem-se lamentando mais por patologias complicadas, pelo choro, dor da criança, sentindo maior incômodo e vontade de minimizar o sofrimento vivido. Entendem que ser mãe remete ao cuidar mais fortalecido e valorizado por parte da enfermeira. Mas também expressam que a maternidade não muda a maneira como a assistência é feita, que vai depender da "essência" que a pessoa carrega; a palavra *essência* é nominada pelas enfermeiras ao cuidado humanizado e empático.

Enf3:. Eu já ouvi muito na minha vida profissional: quando você for mãe, você vai entender. Mas eu vou falar uma coisa para vocês; eu ouvi isso antes de ser mãe e ouço agora que algumas que não sabem que eu sou mãe e não tem diferença. (...) É igualzinho o cuidado

sabe... se a pessoa descobriu a sua essência que você quer, independente de ter filho ou não.

Enf5: Hoje [depois de ser mãe] assim eu fico o tempo inteiro assim, coitada, eu me lamento muito, pela família pela aquela criança. Por que criança não veio para cá pra sofrer, porque criança não pode ter dor, mudou muito. (...) Fortaleceu, fez dar valor e agradecer por várias coisas que eu não dava valor, eu só fui ter essa visão depois. (...) Mas o meu trabalho continua o mesmo, assim não deixei de trabalhar. (...) não consigo ver criança chorar e não fazer algo é no sentido emocional e humano.

O tema *"Estratégias e responsabilidade da enfermeira no cuidado na UTIP"* descreve a preocupação da enfermeira quando está na assistência. Referem que, nas suas ações, pensam no desenvolvimento, isto é, olham além do físico ou da doença. O grupo afirma que pensar no conforto físico e emocional da criança é uma tarefa que realizam na maior parte dos atendimentos**;** isto inclui, por exemplo, no momento de uma punção venosa, deixar livre o membro que a criança usa para desenhar, bem como manter sempre o cuidador de referência (pai, mãe, avó) próximo da criança, pois a ausência dele pode contribuir negativamente no aspecto psicológico e no trabalho da equipe com a criança.

Enf3: A doença é uma pausa, acho que não é uma pausa, é um contorno. A gente tem que assegurar que aquele contorno [situação da hospitalização] deve voltar para o eixo de novo, acho que é esse o nosso papel. Que aquele contorno não faça mais estrago do que já fez. Então, se eu promover a entrada do irmão, porque é achegado, porque o irmão que está lá, ele gosta de ouvir a voz do irmão.

Enf4: na verdade a gente tendo essa postura [olhar além da doença], com o tempo de internação, se torna uma coisa mais tranquila. É diferente você começar [na admissão]: "Agora a senhora sai que a gente vai fazer isso". Que segurança a gente vai trazer para os pais ou a criança se o que a gente está fazendo lá dentro é o certo? Para os pais traz uma segurança [Os pais precisam ter segurança, explicações].

Assim, para as enfermeiras, pensar no desenvolvimento é pensar na humanização, ou seja, olhar a criança como um todo, biológico, psicológico e social. Acreditam que esse modelo de atenção está presente na instituição onde trabalham hoje, porém citam que isto é excepcional, pois em outros hospitais onde já trabalharam a concepção biomédica ainda se perpetua.

Enf3: Esse cuidado com a criança que a gente faz é muito além [da prática biomédica]. Quantas vezes eu já me vi pensar "ali não é só um curativo, mas de pensar de eu colocar uma fita assim, na hora que a criança for deitar pode machucar" ou "se eu for colocar um acesso quando a criança for chupar o dedinho" a gente se pega muitas vezes pensando nisso, que é o desenvolvimento dele. Pensar que ele está ali ainda naquela fase que ele vai regredir um pouquinho, ele vai precisar daquele consolo de chupar o dedo, se eu for puncionar ele aqui, eu vou inibir ele lá.

Enf4: a gente teve criança que chupava o dedo, que estava com dispositivos, que tinha que restringir "o dedinho ficou de fora", a mão ficou com o acesso, mas o dedinho ficou de fora.

Enf4: Tentamos preservar o máximo os horários da noite. Você vai ajustando os horários das prescrições e vai tentando ajustar de uma maneira que, se é uma coisa que

está de 3 em 3 ou de 4 em 4. O horário da noite foi feito para dormir.

Enf3: É um pensamento bacana [pensar no desenvolvimento] que, eu já estive em outras instituições e ninguém sentou pra falar. Aqui [instituição de estudo] sempre fomos voltadas para esse lado humano, mesmo antes de se falar em humanização.

Dentre os discursos que emergiram como recursos para cuidar da criança e da família, a enfermeira avalia cada situação pelo fato de trabalhar em uma UTIP, sendo necessário avaliar a complexidade clínica de cada criança para posteriormente olhar para o desenvolvimento. No entanto, o trabalho em equipe e as atividades podem ser divididas com o propósito de amparar a família no momento de gravidade.

Enf3: (...) sistematização que é voltada para isso. A gente procurar saber com quem que fica, alguém mais próximo dele, se ele já está numa fase de querer andar, se está na fase de trocar a fralda.. Mas na hora de admitir, o nosso foco ainda é a doença. Eu sempre quero resolver aquilo logo ali, para eu focar na família...

Enf3: Dependendo da gravidade, o que aconteceu quando chegou à menina da meningococemia, a gente ficou meio dividida, porque eu sabia que a minha preocupação era a mãe que estava grávida e o pai estava chorando e não consegui dar suporte para a mãe. Naquele momento, os pais não podiam entrar, tinha que fazer as coisas para criança, se não ela ia morrer, foi muito complicado, mas foi muito bacana o trabalho em equipe. Como a sintonia das coisas, quando a gente tem o mesmo pensar, as coisas têm um resultado. Enquanto eu fazia uma coisa, a outra enfermeira cuidava da família (...) E as meninas também serviram chazinho, deram uma cadeira, foi muito bacana, apesar do caos. O quanto que ninguém precisou falar e as

coisas foram se casando e todo mundo estava voltado em prol que a menina saísse bem.

Enf4: na admissão a gente fica mais focada para a doença, mas quando está na Semi [quarto privativo dentro da UTIP] eu procuro, dentro da melhor maneira possível, passar as orientações de uma maneira mais informal do ambiente. Dependendo da criança, brincar um pouquinho. Na hora de colocar a monitorização falar: "Vamos colocar a luzinha do E.T., seu coração vai aparecer ali" e a gente vai brincando de uma maneira que vai deixando ele um pouquinho menos ansioso, atraumático. Para eles já é tão traumático né, tadinhos.

Outro ponto que as participantes trazem com relevância para o desenvolvimento da criança como aspecto emocional e psicológico é avaliar a necessidade de visita para a criança a cada momento como o quadro de estabilidade como possibilidade para determinadas atividades fora do leito.

Enf6: Eu acho que é um momento em que devem estar às pessoas íntimas, as pessoas que você gosta, não é um aniversário, é uma doença, né. Eu acho que muita gente tumultua muito, eu acho que isso não faz bem para a criança e as pessoas não têm bom senso.

Enf2: [falando sobre a imagem do pensador] muitas vezes a gente tem que pensar muito e refletir nas nossas intervenções, não só da parte técnica, mas da parte emocional, com as famílias, o que a gente pode fazer para melhorar no desenvolvimento daquela família, daquela mãe. Uma nova situação como ela vai lidar com aquilo; é para a criança também. A gente tem que ser um pensador.

As participantes referem-se à necessidade de serem flexíveis em relação às rotinas e protocolos, sabem que a organização

é importante para o hospital, porém não podem ser rígidos. Reconhecem que fazem além da atividade técnica, mas muitas vezes não valorizam essas ações.

Existe também a satisfação profissional de ver e querer que a criança possa ter algumas das suas necessidades como receber visita de um familiar em especial, participar de uma atividade social/cultural; isso traz sentimentos e reconhecimento da importância do papel da enfermeira.

> *Enf3: e o quanto a gente faz parte disso [da evolução da criança], eu fiquei muito feliz, então pensando nisso que eu acho que a gente tem que se voltar para a família do quanto tem que trazer do desenvolvimento da criança e não separar quer seja os irmãos, os pais, às vezes os avós, e trazer eles junto pra isso (...). É estimular outras sensações por isso que eu coloquei a imagem [crianças fazendo uma massa, brincando], outras percepções, que a gente também tem que participar.*
>
> *Enf2:Eu quero fazer a diferença e eu ainda posso fazer a diferença dentro de rotinas, instituição, protocolos e etc. O que eu coloquei aqui "fazer é muito diferente de ver", quando a gente está fazendo, a gente está pensando em outras questões, quando você vê é muito mais impactante, ver é mais difícil, você vê que não é só a doença que está ali, mas é uma criança que precisa também ter o desenvolvimento dela e não pode parar, ela continua e eu enquanto enfermeira, faço parte disso (...) e a gente não se dá o valor devido, porque a gente faz muita coisa além, e a gente nem percebe e vai fazendo.*
>
> *Enf4: Eu me sinto feliz de você ver uma criança indo embora e você olhar e dizer "eu participei disto" é um sentimento de felicidade e fazer a diferença. A gente promove o vínculo da família com a criança e estimulando o desenvolvimento deles também.*

O fato de as enfermeiras participarem da evolução da criança, como desenvolver a confiança, retirada da fralda, a interação, o sofrimento compartilhado com a família são intervenções que consideram ações do desenvolvimento infantil. E isso é possível quando têm notícias, veem fotos ou a criança retorna para a UTIP.

> *Enf3: (...) Hoje quando eu vi as fotos, eu chorei quando eu vi, porque eu sei que todas participaram um pouquinho daquele aprendizado, daquele desenvolvimento dela, de confiança, de afeição, de preparar para dormir, de brincar, de assistir TV,de aprender a se sustentar no berço, de aprender a fazer xixi, de trocar a fraldinha e a gente fez parte disso.*
>
> *Enf2: isso marcou muito para mim [levar uma criança para assistir uma apresentação musical], fomos assistir e ele dava tanta risada e estava tão feliz, e eu pensei "como eu sou egoísta sabe"? Como eu meu Deus. Eu subi com ele e estava tão feliz e eu penso que eu participei dos momentos mais felizes da vida dele dentro do hospital e eu participei .*

A atividade de acolhimento na admissão é um dos momentos importantes, isto é, reconhecer que os pais e as crianças têm medo da UTIP, despir-se de preconceito no caso de pais de crianças crônicas, isso potencializa um acompanhamento tranquilo e respeitoso na internação.

> *Enf5: [frases] "Nós cuidamos dos seus filhos como se fossem nossos", a gente se apega mais e se identifica mais (...) eu chego até comentar com os pais, né... Faço por ele o que eu faria pelo meu filho.*
>
> *Enf3: é o olhar que temos, se a gente vai com preconceito [julgamento da criança ou família], a gente vai ter um olhar desconfiado, mas se você vai aberta sem julgar, você*

consegue entender as necessidades da criança (...) se você acolhe essa família de madrugada e quando as meninas chegam de manhã a situação transcorre tranquilamente. A gente sente que o negocio flui diferente.

Enf3: acolher a família quando chega, apesar do tumulto. Mesmo com criança grave e vários procedimentos em duas horas a gente revirou a menina (...).. Mesmo no momento que exige agilidade e habilidade técnica, a gente sempre informava os pais do que estava acontecendo, com um olhar ou tocava.

A visão da responsabilidade sobre a necessidade de que a vida da criança continua no hospital. Sabe-se que mesmo com as condições da doença, do ambiente diferente, em muitos momentos pode-se dar uma pausa em algumas atividades, mas trazer o que a criança fazia anteriormente é garantir e permitir o conforto físico, tranquilidade, o bem-estar, isso também ajuda a família.

Enf3: E a gente está ali apenas para auxiliar, eu não sou ninguém, eu só sou um auxilio pra você voltar para o seu caminho, você [família] apertar o seu botãozinho de play e o negócio continua.

Enf8: e o que é interessante também é que a gente trabalha com adolescentes e a gente acaba conversando com os pais e com o próprio adolescente e perguntando: "Como tá na escola?" e eu acho que isso também faz parte do desenvolvimento dele. E perguntar "Como estava na escola, tinha alguma prova?"

Enf3: tudo que a gente faz para que não quebre, eu vejo que promove [desenvolvimento], sabe por que se você se preocupou do jeitinho que ele ficava em casa (...) são cheiros diferentes, colchão diferente, preocupada de deixar o paninho que ele já gostava.

Enf1: Aqui tem uma mãe com um bebê no colo, ela está no chão [figura] é efeito de tudo isso disso tudo, objetivo

de todo o nosso cuidado é bem isso a mãe está muito próxima da casa dela e mantém a criança mais próximo da casa prá transmitir essa tranquilidade conforme o cuidados de enfermagem.

Outro aspecto sobre a responsabilidade da sua assistência é o uso das mãos não apenas para tarefas rotineiras como curativo ou punção de uma veia, mas que também podem usá-las para tocar ou mesmo confortar a criança em situação grave. Entendem que seu ato pode influenciar a maneira como a criança vai responder posteriormente no caso um procedimento doloroso ou invasivo. Acreditam que é relevante conversar durante esse momento e pensar de que maneira pode ser mais adequada para a criança.

Enf2: a imagem [criança nos braços] é como se fosse que você pegasse naquele momento de gravidade de complexidade da doença, as mãos são instrumentos, as nossas mãos são instrumentos muito poderosos. A gente pode fazer não só um curativo ou uma medicação, mas o toque, o conforto.

Enf5: "o quanto elas (crianças) dependem da gente".

No dia a dia, em momentos difíceis de decisão, ou em que a sua decisão não está fortemente estabelecida, busca apoio da outra colega para nortear soluções rápidas e que não gerem problemas posteriores com a chefia imediata.

Enf2: [entrada de visitas em um aniversário] chamei a minha colega, eu preciso do seu apoio, vamos lá. A Enf1saiu e ficou da cor da cartolina (branca), meu Deus! Tinha alguns familiares, mas tinha muitos amiguinhos, e todo mundo com bexiga e presente na mão. Elas [crianças] olharam assim prá mim e olhei pra elas e falei "tudo bem gente, então vamos fazer o seguinte, todo

mundo entra, lava a mão", eu tive que deixar. Eu ganhei o dia e eu agradeci a minha colega, pois eu preciso também do apoio dela. Se tiver BO [problema com a chefia], você estava junto também, falei brincando. (...) Naquele dia da visita eu senti que eu devia liberar a visita, mas eu virei para Enf1 para ela dar opinião. Às vezes é uma pessoa que tem outra visão (...). Existem formas de você resolver o problema com o uso da comunicação, o resultado é diferente do que se você tivesse feito sozinha.

As enfermeiras buscam normas que são necessárias, mas que devem devem ser flexíveis para o processo do trabalho, pois existem diversas famílias que têm problemas peculiares. O grupo neste caso salienta a importância de não deixar as regras e rotinas serem rigidamente estabelecidas, mas estarem pautadas em princípios nos quais acredita, como promover a entrada do irmão, de amigos com bexiga para cantar parabéns para a criança que está internada.

Enf5: a norma existe para ter uma melhor organização. As rotinas, organização do fluxo, não só normas de visitas, mas de tudo para que as pessoas não façam o que acham que devam fazer. Se a norma fosse eficiente muita coisa poderia ser evitada, como o desgaste que temos com a entrada fora do horário de visitas.

Enf2: Às vezes eu fico brava com os familiares e falo: Você falou que era uma pessoa, rapidinho e eu deixei e agora você ficou 3 horas, quebra um vínculo de confiança quando uma das partes não cumpre a regra. A pessoa "pede desculpas", mas é abusar da sua fé.

Enf2:[visita de amiguinhos] a gente viabilizou sabe um momento de felicidade e a gente tinha que fazer alguma coisa, a visita dos amigos (...) tudo bem estava numa UTI, mas permitir isso para aquela família. (...) No dia em que

> *eu liberei as crianças se a chefe viesse e perguntasse por que você liberou? Liberei mesmo, foi bom pra criança. Você precisa ver como a criança ficou feliz e bem. A autonomia também a gente não pode se prender muito, existem as limitações, mas podemos ser flexíveis. (...) Lá na rotina não tá falando que pode entrar criança com balão e presente, mas enfim entraram quase umas dez crianças. As rotinas não podem passar por cima daquilo que a gente acredita.*

No momento do atendimento, a enfermeira é capaz de identificar e estimular intervenções de cuidado físico, como higiene do corpo durante o banho para a criança, e orientar os pais que possam ter dúvidas sobre determinado cuidado.

As enfermeiras trazem das suas experiências vividas ações que são desenvolvidas e que estão vinculadas a promover o desenvolvimento da criança, como a preservação do sono, principalmente durante a noite, permitir a entrada de visitas em momentos especiais, promover o imaginário por meio da brincadeira, brinquedos. Enfatizam que devem explicar o que está acontecendo tanto para a criança como para os pais, principalmente nos momentos de urgência e emergência em admissões. Realçam também o usa do toque e do olhar.

> *Enf1: a gente mesmo sem querer a gente acaba perdendo essa unicidade de cada criança (...) trata como se fosse mais uma criança e temos sempre que relembrar o quanto essa criança é especial para sua família e estrutura familiar. Então a gente tem ver a singularidade de cada criança.*
>
> *Enf3: mas a gente prioriza a rotina da criança, se ela costuma tomar o banho à tarde é a rotina dela. Na UTI a gente não tem banheiro, e você fala para a criança "você vai fazer no piniquinho e vou fechar a porta ninguém vai ver,*

quando você acabar você me chama". Até para que ela [criança] sinta que está num lugar privativo e que ninguém vai ficar espiando ela.

Enf3: é igual às luzes... Eu apago todas as luzes, o mínimo que eu consigo fazer é apagar a luz. Você promove que ele tenha um sono melhor (...). E também as questões dos jogos eletrônicos, porque hoje é a nossa vivência. Mas hoje, muitos deles [crianças] o que chama a atenção é os jogos eletrônicos, o quanto a gente tem que estar atualizado, com isso, porque também é uma hora de desenvolvimento, por que eles percebem muitas coisas.

Enf8: [figura] Propiciar que sempre as crianças fiquem no bebê-conforto, é interessante porque a criança fica mais acolhida, do que só na cama, né... Eu acredito que é mais confortável mais aconchegante a criança ficar no bebê-conforto.

Enf3: (...) a gente tem que promover o imaginário, manter esse imaginário, para a criança. E explicar e brincar facilita o imaginário.

O acompanhamento da criança mesmo em um risco iminente de morte não pode ser pautado na só parte física, existe o pai e a mãe que estão aflitos sobre informações. Salientam que a prioridade é desempenhar os procedimentos técnicos de urgência e emergência para evitar a morte, mas essa situação não as deve impedir de terem contato e cuidarem do emocional e da família.

Enf3: essas coisas [cuidar da família] não me deixou de auxiliar lá o médico de fazer nada (...) tivemos a preocupação, se não era eu era a minha colega que vinha passava uma mão no ombro, falava para a mãe da criança: "está tudo bem, está correndo tudo bem", "Ela tá grave mais é esperado que a gente faça isso"," Não estamos conseguindo deixar você entrar, mas daqui a pouco vamos deixar".

> *Enf3: Acho que eu estou aqui e todas nós aqui tem um sentimento bom, quanto a gente fala dessa criança [internada por meses por um traumatismo crânio encefálico]. É ai que tá a gente promover o retorno para esse caminhar. [apoio para a criança e a família]. Tinha tudo para ser um contorno para ficar dilacerado de ruim e não ficou. Por que será que não ficou [experiência de acolher a família]*

A assistência, que é direta na UTIP no que diz respeito às ações que podem causar não apenas danos físicos como psicológicos no cuidado, relacionam este fato a processos históricos como a proibição de visitas ou mesmo a permanência de um dos pais com a criança na hospitalização e este trauma pode ser para qualquer pessoa. Concretizam, após as discussões do texto sobre as necessidades essenciais da criança, o quanto suas intervenções podem trazer resultado negativo ou positivo, dependendo de como são desenvolvidas. E acolheram o conceito de iatrogenia ao cuidado à criança na UTIP.

> *Enf2: E uma coisa que fica bem forte é a questão da iatrogenia, ou seja, você não atender a criança dentro das suas necessidades ou não considerar essas necessidades é uma iatrogenia. Observar essas necessidades é bem importante [discussão do texto].*
>
> *Enf5: A [frase]: "Independente da situação em que a criança está sendo atendidas, essas necessidades devem ser consideradas, uma vez que ignorá-las resulta em iatrogenia", o quanto profundo e importante que as nossas ações podem resultar um impacto tão complicado para a criança.*

A família no ambiente da UTIP passa por problemas bastante delicados com seus filhos em risco de vida. Também a enfermeira tem grande preocupação com a morte, diagnósticos não

esclarecidos e mesmo doenças agudas. O apoio a essa família é de fundamental importância para a sua estrutura emocional, que, assim fortalecida, poderá contribuir para a melhora da criança. As participantes salientam que, como profissionais, são apoio para aquela criança e sua família que tiveram uma mudança drástica em determinado momento. À enfermeira, compete também a missão de auxiliá-las a retomar ou adaptar-se a suas atividades anteriores.

> *Enf2: Como sair dessa situação grave? Talvez ela não vá sair como ela entrou, mas o que a gente pode fazer com que a família consiga lidar com essa situação e com a criança também.*
>
> *Enf6: (...) a mãe chorava muito e falava: "ah, meu outro filho" e fomos conversando com ela várias vezes para ela ir ver o outro filho, conforme a criança foi melhorando e ela conseguiu ver o outro filho e começou a sentir-se mais feliz. A gente acaba ajudando a família como um mediador.*

As enfermeiras têm a compreensão de que a participação do cuidado está baseada em valorizar o que a mãe traz como as condições clínicas, emocionais, sociais e conforto da sua criança. Permitir a presença de um cuidador, que pode ser consanguíneo ou não, mas que tenha vínculo e afeto para com a criança.

> *Enf5: Eu valorizo o que a mãe fala muitas vezes a gente fala "ela não sabe de nada, não tem CRM, não sabe nada, não sabe o que está falando"; mas quando a mãe fala "a minha filha está com dor". É dor, eu acredito. A mãe fala "minha filha não está bem." Eu tenho que valorizar.*
>
> *Enf4: (...) "permitir que a vida, mesmo estando dentro de uma UTI, continue, então a gente tenta dar uma continuidade da melhor maneira, que não seja uma coisa do outro mundo". Então a gente tenta, da melhor maneira possível,*

trazer a vida deles [criança e pais] de fora para tentar mais ou menos enquadrar dentro do hospital.

Enf8: O contato da mãe com as crianças, assim essa imagem que eu vi até me lembrou do que eu vi hoje de manhã: "que a mãe ficou bastante tempo com a criança no colo".

Enf3: Muitas vezes é avó que fica 24 horas, às vezes, é a dinda (madrinha), que fica com a criança. Quem sou eu para poder impedir? É um desvio [não permitir a entrada de pessoas que têm já vínculo com a criança] e, se eu não tomar cuidado com esse desvio, marco a criança muito mais do que ela deveria ficar marcada. E a gente está ali apenas para auxiliar, eu não sou ninguém, eu só sou um auxílio para a criança e a família enfrentarem aquela situ-ação.

Entretanto, a família tem seu tempo para aceitar ou não essa mudança e a enfermeira deve perceber o momento para intervir como a fase de negação, que é muito mencionada nas discussões. Mesmo sendo um processo bastante árduo e angustiante tanto para a profissional quanto para os pais, o envolvimento da enfermeira como respeitar e cuidar com empatia são elementos que referem ser indispensáveis para promover o apoio, segurança e confiança.

Enf2: Essa família do A. mesmo, ela tem essa questão da negação muito forte. Ela [mãe] tem a negação, mas aos poucos ela vai aceitar. A gente tem que esperar esse momento, para sair daquela crise, até porque, como eles são mais fechados, eles não dão espaço para a gente, para tentar conversar e eles não abrem espaço para a gente falar.

Enf3: É o tempo de cada um e a gente também tem essa percepção do tempo de cada um, até do nosso tempo de poder se chegar. Eu não consegui me chegar ainda na

mãe do A. e saber que eu tenho o meu próprio tempo e devo respeitar o desenvolvimento dos pais.

A compreensão do processo de hospitalização é vista como parte do desenvolvimento dos pais e existe um tempo para cada um. A aceitação em algum momento acontece e os pais tomam posse dos seus filhos por meio de carinho, afeto, toque, cuidados de higiene, pois o primeiro momento eles estão voltados para a doença da criança e posteriormente o desenvolvimento. As enfermeiras se reconhecem como parte desse desenvolvimento por intermédio das ações diárias e expressam que rever a criança e familiares que passam muito tempo na UTI bem, é uma satisfação.

Enf3: pelo termo UTI eu acho que naquela hora [internação] é a doença. Depois do tempo que vai ficando internado e depois começam a voltar para o que as crianças faziam antes... Os pais ficam preocupados "UTI, UTI" (...) eu tenho a impressão que eles acham que a UTI é tudo estéril, não pode trazer brinquedo porque está na UTI, não pode trazer isso por que está na UTI. E a culpa é nossa fomos nós que ensinamos. Eu falo "pode trazer um radinho, uma musiquinha que ouve em casa" eles falam pode? E eu falo: pode trazer um brinquedinho de preferência que a gente possa passar álcool, pode trazer brinquedo. A grande maioria o foco é estar doente e estar na UTI. Eu mesma vejo a fase que está saindo da fralda e a mãe mesmo fala: Pode colocar a fralda agora tá internado, mas a gente pode tentar continuar essa transição.

Enf3: Mas mãe do B. não se chegava, hoje já teve uma ultima internação que eu achei o máximo ela chegou assim e falou: Olha a gente faz assim, assim, assim ela já tomou posse do filho dela eu acho que é isso o nosso trabalho, porque a gente fica com aquele poder só eu sei fazer e eu acho que a gente tem que começar a aprender a desen-

volver, não só o desenvolvimento da criança, mas o desenvolvimento familiar também.

Enf8: nos primeiros dias é de mais impacto, dependendo da gravidade o foco é a doença, eles não conseguem pensar tanto... Depois, conforme a criança vai melhorando, vai de alta para Semi ou está próxima a alta para casa e aí eles [pais] já começam a pensar [no desenvolvimento].

No tema *"O cuidado voltado para o desenvolvimento é algo natural"* foram agrupados os relatos das participantes sobre suas ações voltadas para o desenvolvimento da criança como sendo "naturais". Nesse sentido, elas manifestam que não têm reconhecido tais cuidados como cuidado de enfermagem. As ações de cuidado são vistas positivamente para a qualidade da assistência, porém é possível verificar que não existe um objetivo para tais ações com o propósito de atingir determinados resultados e promover o desenvolvimento.

Enf3: são coisas que não modificam nada, no meu modo técnico e eu posso fazer [ações além do cuidado biológico]. "Por que estimular a presença da família, estimular o imaginário?", eu posso fazer puncionando uma veia, fazendo um curativo sem me desviar do meu foco lá do cuidado e fazer algo mais, não é uma coisa que vai gastar um tempo maior ou um esforço maior, são coisas que no dia a dia gente faz corriqueiramente.

Enf3: Eu já trabalhei em instituições que a criança quando estava entubada era proibido dar banho na banheira e era proibido colocar no colo e aqui a gente não tem isso, muito pelo contrário. "Eu participei de um trabalho com uma mãe que ela ficou nove meses numa instituição, onde ela teve o bebê e ficou internado". A irmã não conhecia o irmão, por que era proibida visita e a mãe nunca tinha posto o filho no colo! Isso me tocou muito (...), me angustiou

muito (...) e o quando foi falado em passagem de plantão, no próximo plantão já tinha uma foto dela com a filha sentada e com o filho no colo entubado.

Enf3: Eu já falei para as meninas, às vezes, a gente vai levar um trabalho para eventos, congressos e simpósios, em que a gente fala: "gente, mas eu não fiz nada de diferente, eu achei que isso que eu estou trazendo aqui não é nada diferente do que já deveria estar ocorrendo em outros lugares", mas quando você vai ali (...) você vê que as pessoas não têm essa cabeça ainda, infelizmente.

Enf5: Essa mãe passou o dia me agradecendo e eu não fiz nada. Eu fiz o que já era para ter sido feito. [caso de uma mãe que estava angustiada com o cateter da sua criança].

Enf4: é um nada, por ser... Por a gente achar que é uma coisa natural, para gente é uma coisa natural. "Não faça ao outro o que você não gostaria que fizesse com você" acho que é a regra de ouro (...). Você vai fazendo e nem está pensando, você pensa que está ajudando, mas não pensando eu vou fazer aquilo pra desenvolver isso (...) tem coisas que fazemos que é tão natural.

Para as enfermeiras é fato que ações ou intervenções são desenvolvidas nesta UTIP, entretanto falta valorizar, sistematizar, ter objetivos e resultados para essas atividades, pois não são feitas como um protocolo, que todos deveriam respeitar, diferente de medidas clínicas e emergenciais.

Enf3: e o quanto a gente não percebe isso. O quanto nós fazemos e nós não valorizamos. "Eu não fiz nada".

Enf5: Muitas coisas aqui remetem o que fazemos na prática como o desenvolvimento das crianças que cuidamos, a preocupação com a alimentação, com o banho, com a visita dos irmãos, avós, [reflexão do texto]. Mas que muitas vezes não damos conta de que tudo que fazemos é

também cuidado. [não reconhece suas atividades como cuidado].

Enf3: Caso da mãe da S. a gente participava muito do processo de alimentação por via oral para tirar a gastrostomia (...) estimular o contato com a mãe, aquela força "ela vai conseguir" e isso tudo é um cuidado (...), mas a gente acha que é porque a gente é "boa". E sei que fazemos muito no hospital, podemos não registrar, não sistematizar, mas temos um olhar diferenciado em relação a outras instituições para a criança e a família.

4.2.2 Facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP.

A categoria "Facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP" descreve os aspectos facilitadores presentes nas práticas institucionalizadas e os entraves existentes no contexto de trabalho relativos à promoção do desenvolvimento da criança e da família. Compôs-se dos seguintes temas: "*Fatores que auxiliam promover o desenvolvimento na UTIP", "Formação de laços entre familiares ajuda a viver a experiência da internação na UTIP", "Intervenções positivas para promover o desenvolvimento" e "Dificuldades enfrentadas para promover o desenvolvimento na UTIP*".

No tema *"Fatores que auxiliam promover o desenvolvimento na UTIP*", em sua maioria, os depoimentos trazem as atividades já realizadas para o bem-estar e conforto da criança, tais como o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem, ou de um instrumento de cuidado para a criança e para a família, conhecer os hábitos, rotinas, dar orientações na admissão sobre a monitorização, a presença contínua da equipe. Acrescentam que tais ações reduzem também a ansiedade dos familiares, favorecendo a experiência de estar na UTIP para a criança.

Enf3: No caso do SAE no histórico, por que fazer? Ajuda a gente a direcionar melhor o cuidado isso reverte em cuidado, verificar as rotinas e hábitos da família é muito importante. No caso de uma mãe que estava na UTI, ela é islamita, não pode entrar homem no quarto por que ela estava sem o véu, olha a importância do histórico. Como o caso dos judeus. De sexta-feira a comida kasher, é cultura é essencial.

Enf3: Nós temos muito disso [tentar diminuir a ansieda-de], de acolher; se chegou o olhinho dele [pai/mãe] está preocupado: é o monitor, então vamos explicar o que o monitor tem para ir diminuindo e o quanto isso impacta no restante da internação.

Enf8: Você explicando na hora da admissão, os pais já vão ficando um pouco mais tranquilos. A palavra UTI eles já ficam..., no outro dia os pais estão mais tranqui-los.

O trabalho com criança faz com que as enfermeiras aprendam a cada experiência de internação como: deixar a família permanecer durante a internação e ter o conhecimento da importância da permanência dos pais, isto é percebido como um avanço no processo de hospitalização e melhora a parte emocional da criança. A experiência que referem em deixar a criança brincar e brinquedos tecnológicos, que estão mais intensos no mundo moderno, diminuiu o estresse, a tensão que a institucionalização acarreta, e levam em consideração o direito que a criança tem de sonhar, de explorar sua imaginação. Reforçam que o brincar faz parte do desenvolvimento infantil e pode ser realizado principalmente nos pacientes que estão mais estáveis.

Enf2: Como enfermeira, hoje em dia, com a história da família, muita coisa mudou; antigamente não tinha visita, a partir do momento em que a gente permitiu a família ficar, foi um avanço.

Enf3: Estou falando porque eu peguei a transição de ter crianças internadas sozinhas e com acompanhante e o quanto eu ouvi das auxiliares, na época atendentes: "ai, meu Deus do céu, esse povo vai ficar aqui me vigiando". O que ela [mãe] vai fazer? Eu ouvi muito isso e hoje a gente se voltar para o que a mãe vem dizendo, é um salto gigantesco, é muito engraçado e você vê a evolução. E hoje também as pesquisas estão voltadas também para o lado humano e pesquisa da família.

Enf6: Interna a criança, a gente enche a mãe de informação, fala, fala, fala e a criança chorando e as mães perguntam: "Posso trazer um brinquedo", deixar brincar, às vezes, um brinquedinho naquele ambiente estressante faz diferença, dá um brinquedinho para a criança, ela fica mais calma. Pensei no ursinho, que tem criança que só dorme com o ursinho.

A dinâmica do uso da música e também com os voluntários contadores de história, que desenvolvem o trabalho lúdico com as crianças na unidade, nesta perspectiva as enfermeiras afirmam que essas ações minimizam o estresse, tranquilizam, acalmam, trazem conforto para a criança, proporcionando confiança e segurança no momento dos procedimentos, porém acreditam que essas atividades poderiam ser mais aplicadas no dia a dia.

Enf5: eu posso deixar um ambiente mais calmo, mais tranquilo, mais relaxante, com a música.

Enf2: Coloquei também a figura da mulher violão, porque a música é uma coisa legal, eu num sei eu acho que a música sempre traz coisas boas, experiências boas. A música eu acho que é uma coisa forte... Os leitos têm um laptop que têm uma música de ninar, várias musiquinhas de ambiente e a gente coloca para as crianças. Todas as vezes que a gente colocou, a gente teve um bom resultado. Os bebês estão muitos agitados, aí a gente

coloca uma música eles dormem e ficam mais calminhos, eles gostam.

Enf2: E eu coloquei essa princesa [figura] por causa dos contos de fadas, porque as crianças têm o direito de sonhar, ter fantasias, contadores de história, como o trabalho que é feito aqui, eu acho legal os contadores de história. Assim elas vêm até com certa frequência, elas perguntam quem são as crianças que estão bem e que querem ouvir e todas as vezes que as contadoras de história vêm é um sucesso. A criança acalma e você sente que é diferente, faz toda a diferença tanto para criança, para mãe, até para gente mesmo. Eu vejo que você não está cuidando do físico, mas também do espiritual.

Outro aspecto que abordam é que, além do brincar, a criança necessita de interação com outras crianças e o quanto isso auxilia no seu tratamento e na sua recuperação. Essa interação também está relacionada ao toque com a família, mas também com a criança. Nas experiências difíceis como a morte e a doença, a família fica muito fragilizada e normalmente as enfermeiras falam que o abraço, colocar a mão no ombro, uso de foto para estimular a memória da criança, a presença da equipe de enfermagem na admissão, trazem fortalecimento para a família viver a internação na UTIP. Já para a criança, acreditam que existe um bom resultado quando usam o calor em determinado local do corpo, aconchego no leito, colocar a criança no colo da mãe, isto é, usar o toque como parte do cuidado, aprendizado, sentimento bom, e que os pais dão retorno positivo a esta atitude.

Enf1: [Interação com outras crianças] Aqui tem outra figura das crianças tranquilas em um parque, cheio de bexigas. Isso me relembra muito uma situação que a gente viveu de uma internação bastante difícil, duas crianças que tinham câncer e uma de um pós-operatório de cirurgia cardíaca e elas estavam na semi e foi um

momento bem bacana de a gente viver, as três crianças interagindo entre si, melhorando o astral, porque elas podiam brincar uma com a outra no corredor. Foi bem bacana essa abordagem e permitir que elas interagissem foi bem importante para a recuperação delas.

Enf8: As fotos com cachorros, fotos da família, os próprios brinquedos, são coisas que ajudam a criança a se desenvolver e se recuperar mais rápido nesse período de abstinência e de todo o processo que acontece na UTI.

Enf5: [O toque] é importante numa situação de aflição. Não esquecer que a gente não só está ali para medicar, para "judiar", como as mães falam para fazer a criança sofrer, mas gente pode dar um abraço, um toque, uma palavra, faz total diferença para os pais e eles [pais] já nos trouxeram isso. (...)às vezes, a gente pouco toca o paciente e que faz total diferença, esse toque.

Enf4: [relato sobre um paciente cuja mãe atualmente trabalha no local] Ela chegou e perguntou "sabe uma coisa que me marcou muito"? "Eu falei: "o quê"?" "foi o abraço que você me deu" [resposta da mãe]". "Você não é de falar, mas o abraço que você me deu" [apoio da mãe quando recebeu abraço da enfermeira na situação de morte do filho].

Enf3: As crianças chegam muito agitadas e chorosas. Colocar um calor, um aconchego, que aquilo vai passando como um acalmamento e tranquilidade para aquela criança.

O tema "*Formação de laços entre familiares ajuda a viver a experiência da internação na UTIP*", a troca de experiência com outras mães, a possibilidade de conhecer a situação de outra criança, principalmente com o mesmo diagnóstico facilita o entendimento, vínculo de amizades, diminui a ansiedade dos que chegam quando

entram em contato com os pais que já estão na UTIP por algum tempo, isto é um fator que favorece a experiência da hospitalização.

> *Enf8: Aqui eu achei bem interessante a frase: "são mães que estão compartilhando as experiências delas com outras mães pela internet, por meio de blogs" E a gente vê que na UTI, principalmente na nossa, que as mães ficam muito próximas umas das outras compartilhando muitas experiências, às vezes uma acha que o problema dela é muito grande, mas quando vê o da outra, isso também colabora com o desenvolvimento, uma ajuda a outra, é um suporte.*

> *Enf7: Às vezes, quando um piora e a mãe do outro fica preocupada, se o alarme da bomba do outro apita, a mãe do outro leito fica preocupada, então elas acabam tendo uma interação e dividindo muitas coisas, mesmo naquele espaço curto de tempo.*

No tema "*Intervenções/ações positivas para promover o desenvolvimento*" as participantes mencionam experiências significativas para o desenvolvimento infantil. Consideram que mesmo com o trabalho bastante estressante realizam intervenções que têm impacto facilitador para promoção do desenvolvimento da criança e a família. O fato de manter a criança e a família com as rotinas diárias da sua casa fortalece o convívio delas com a equipe e ajuda na comunicação. Essa filosofia é mediada pela instituição para que os pacientes se sintam confortáveis, seguros e, se necessitarem novamente do hospital, possam retornar.

> *Enf1: Manter o mais próximo da casa a criança e a família (...). Isso fortalece a gente, fortalece a mãe, facilita a nossa comunicação e também o que eu observo é que o hospital visa muito não a reinternação, mas manter o elo de confiança para a opção de a*

próxima internação ser o hospital, para eles voltarem para a cá.

E para que o acolhimento aconteça, as enfermeiras intensificam a grande facilidade de trabalhar e fazer parte de uma equipe de enfermagem comprometida, com qualidade técnica e referem que a equipe é como uma família que tem problemas e que todas devem ter respeito uma com a outra. O envolvimento da equipe em conversar e discutir o que fazem na assistência é realizado frequentemente e promove uma melhor atenção ao cuidado.

Enf6: Eu acho que uma das facilidades é que a enfermagem muito boa, tanto as enfermeiras como as técnicas, eu me sinto muito confortável de trabalhar com as enfermeiras (...) a gente chora, a gente rir junto, uma coisa que eu gosto de trabalhar aqui é a equipe de enfermagem, isso é muito importante respeitar a colega de trabalho.

Enf3: E as técnicas já tinham procurado um chazinho [para os pais] e isso ninguém falou pra você "olha você tem que fazer", o quanto é uma coisa do grupo, né (...). O trabalho é árduo, a instituição..., mas a equipe é muito boa... Todos estão voltados para o bem estar da criança. É como se fosse uma grande família.

Enf2: A equipe, porque você não consegue fazer isso sozinho, depende de todo mundo, uma andorinha pode até fazer verão, mas é um verão bem fraquinho bem sem graça, precisa tá todo mundo envolvido.

O profissionalismo depende da técnica e também de fazer porque gosta de criança, sendo indispensável para cuidar de criança, cuidar do ser humano e fazem questionamento que o cuidado está relacionado à humanização. Cuidar porque gosta é ter a percepção e entender o outro, como ouvir o que a mãe está

falando; além de fazer um curativo, considerar a criança que tem medos, o procedimento causa dor e desconforto. Outro ponto é o prazer em fazer parte da evolução da criança, mencionam a participação do desenvolvimento da criança e o quanto aprendem em trabalhar com elas.

> *Enf2: "Ah porque a enfermagem não é valorizada", mas a gente entrou na faculdade por uma motivação na profissão, porque você sabe que você gosta de cuidar e o cuidar envolve tudo isso. Porque a enfermeira cuida do ser humano, olhando para o todo, mas em alguns momentos não conseguem associar isso, entendeu? Por que é que você vai cuidar e não ser humanizado?*
>
> *Enf4: Quando você está fazendo o que você gosta, você vai fazer excelentemente bem, mas com algo a mais que você vai prestar atenção no outro, ouvir com atenção o que a mãe tá falando, e vê como a criança está reagindo. (...) Quando você não gosta muito, você vai fazer só aquilo que é pontual.*
>
> *Enf3: E então quando eu vejo a foto da S. e da MC, me remete muito o desenvolvimento e o quanto a gente faz parte disso, daquele sorriso lindo e maravilhoso, andando com uma traqueostomia e andando de bicicleta, brincando com a galinha da angola e com o respirador atrás.*
>
> *Enf3: Eu coloquei o "Prazer em fazer parte" (...) a criança está numa fase de tanta força, são tão guerreiros, eles não têm esse preconceito de ficar debilitado "ah perdeu o dedinho" ah está bom eu tenho mais quatro (...) e que eles ensinam todos os dias o quanto que a gente tem que ser guerreira, eu aprendo todo santo dia.*

Outro aspecto que contribui para o desenvolvimento é se permitir envolver com a criança e a família, aceitar momentos em que a enfermeira chora, pois é também ser humano, participa da

experiência da criança e da família. O envolvimento da enfermeira com a família traz benefícios para os pais enfrentarem a hospitalização com a criança.

> *Enf3: Na minha graduação nós não podíamos chorar e se envolver. Não tenho como não me envolver porque lido com ser humano e eu sou ser humano, preciso me envolver. (...) Eu acho que a gente lá [hospital], consegue aos pouquinhos a gente não tem isso sistematizado "estou promovendo o desenvolvimento", mas todo dia a gente faz isso porque a gente se envolve na família e tantos com os pais, como com as crianças.*

> *Enf3: Sabe que eu aprendi que enfermeira era tudo nessa vida, só ela sabia, não é só a gente que sabe. Quem sabe trocar a fralda direito? Olha a criança está assada [dermatite perianal], a mãe não sabe trocar direito. Não é porque tem um antibiótico, que tem umidade não é isso. Só eu sei... A mãe fazendo o curativo, onde já se viu uma mãe imagina só eu sei (...). O quanto à gente está sabendo hoje, o quanto é importante para o desenvolvimento da criança, o pai está presente, não só a mãe.*

As enfermeiras enfatizam a importância de reconhecer a família como parte dos cuidados à criança sendo uma presença forte e valorizar a participação dos membros da família nesse cuidado. Isso tem resultado de melhora psicológica e social para a criança; ela fica mais calma, tranquila, sente-se segura com a aproximação da equipe, pois sabem que os pais ou cuidadores estarão ao seu lado. Referem que o fato dos pais permanecerem como acompanhante está relacionado à colaboração nos cuidados da criança. A enfermeira precisa transparecer confiança para as famílias e isso ajuda o apoio delas com a criança.

Enf3: Às vezes a gente percebe que precisa intervir, uma conversa, uma orientação, então a família é uma presença muito forte na UTI e na nossa vivência faz com que a gente valorize muito isso em pediatria, a gente tem um olhar muito especial da família.

Enf6: quando os pais nos ajudam, melhora a nossa interação com a criança e a criança fica até mais calma para prestarmos o cuidado. Tem pai que fala: vai ter te puncionar a veia, mas tem que fazer.

Enf8: Todas as mães a gente tem que ter uma atenção, porque a gente precisa uma da outra quando a criança está na UTI, elas [mães] precisam ter confiança no nosso trabalho e nós precisamos ter o apoio delas pra acalmar a criança.

Enf5: porque eu acho que a família está ali para somar, eu acho que ela está ali para ajudar porque o cuidado é humanizado e permiti que pai e mãe ficassem.

O reconhecimento dos pais, ou outros familiares, e de outros profissionais que não são da enfermagem, configuram valorização e motivação para as enfermeiras continuarem a realizar suas atividades.

Enf3: A gente teve uma criança de uma família de oriental, que toda tradicional que pedia licença pra abrir a porta pra ver se ele podia entrar (pai da criança), por que era a tradição deles e o quanto eles, apesar de ser mais restritos, o quanto eles se envolveram com todas e de uma criança que não tinha bom prognóstico. Eles [pais] deram um Tishuru e bombom para todo mundo, que o olhar de agradecimento, valia mais do que qualquer outra coisa.

Enf3: Esses dias eu achei muito bacana que a psicóloga tá atendendo a menina da meningococemia por causa do dedo né... ela já estava na pediatria. "tinha um recado

que era pra eu ligar para L. psicóloga, ela queria que eu fosse lá aplicar o brinquedo eu achei um máximo, porque ela podia ter aplicado".

Enf3:E aí veio a frase " por que as meninas falaram que você é a rainha do brinquedo" não eu não sou a rainha do brinquedo... Eu acho que eu sou a mais predisposta a ir. Mas eu achei o máximo, dela [psicóloga] de outra equipe me reconhecer no trabalho com brinquedo.

Enf5: já foi falado isso pra gente [família] "obrigada por você ouvir". Eu não me vejo no setor só para seguir uma prescrição médica (...).

O tema *"Dificuldades enfrentadas para promover o desenvolvimento na UTIP*" descreve o desgaste emocional do trabalho, muitas vezes relacionado à demanda de tempo gasto para outras atividades que não se referem a prestar assistência à criança e a família. Para o funcionamento de todo o cuidado, a sobrecarga de trabalho está vinculada a exercer outras funções que podem estar diretamente relacionadas ao paciente como medicamentos, farmácia, problemas médicos; e indiretamente referem a problemas burocráticos como autorização de exames e informatização do sistema. Relatam que o trabalho com os médicos também é uma causa de desgaste, pois nem sempre há respeito pelas suas atitudes ou decisões, uma vez que as enfermeiras são muitas vezes barradas pela equipe médica em ações que contemplam o desenvolvimento da criança denotando dificuldade de exercer a autonomia.

Enf1: a gente perde muito tempo, perde muita energia. (...) está faltando tal medicação e ai não prescrevem e ficam bravos [referem-se aos médicos] a farmácia, problemas com os médicos, das técnicas de tudo..

Enf6: eu gostaria de ir trabalhar e fazer o serviço da enfermagem eu não queria fazer o serviço da nutrição, do segurança, eu acho que a gente tem que fazer o serviço de todo mundo e a gente não consegue fazer o nosso. Por que é que não veio o leite, por que é que o segurança não tá na porta? (...) A gente perde muita energia, muito tempo. Eu gostaria de fazer o serviço da enfermagem eu ficaria mais realizada.

Para as enfermeiras, a visita também causa grandes problemas, que geram desgaste emocional, tendo em vista que existem normas estabelecidas para visitantes, porém muitas vezes são solicitadas para liberar entrada fora do horário, há falta de comprometimento de alguns pais com as regras, visitas que não reconhecem o momento da criança e a família, sendo necessário interferir com orientações para não causar desconforto físico e emocional a elas.

Enf1: muitas vezes eles [pais] trocam os crachás na porta da entrada da UTI. (...) eu sempre estou pensando na família só que eu acho que esse negócio de visita, me incomoda. É tudo estabelecido tem no caderninho, a gente orienta, se os pais vêm me pedir eu não me importo, mas essa história deles trocar os crachás eles resolvem entrar 10 pessoas lá dentro (...)aqui 2 horas do nosso plantão é para resolver coisas de visita (...) A criança entubada e todo mundo querendo acordar, ai meu Deus, desorganiza toda a criança, Jesus.

Enf5: Eu já falei isso [rotina de visita], por que se existe uma norma, a segurança lá embaixo não tem que ligar e falar pra você liberar o familiar (...) a norma existe para que se tenha um controle, uma melhor organização.

Enf6: tem visitante que não vem visitar a criança, vem visitar a enfermagem. Não para de ir atrás da enfermagem (...) Há visitas que não tem bom senso. No

> *caso de uma criança cardíaca, colocaram no jogo e falavam: filho seu time está ganhando. E eu falei: gente ele acabou de fazer uma cirurgia cardíaca e falando para o menino torcer. Tive que desligar a TV e falar que não é o momento. [caso de cirurgia].*

As enfermeiras relatam que existe grande dificuldade em lidar com situações de gravidade, de morte e de prognóstico ruim. Quanto à doença grave, é algo a ser enfrentado que se transforma em um ciclo de instabilidade e estabilidade, e, mesmo não estando preparadas, devem superar essas condições da vida. Compreendem que o impasse de lidar com a morte não é assunto abordado na graduação e aprendem com a experiência. Também carregam a responsabilidade da morte como incompetência de que algo foi feito errado e não admitem esse processo da vida, mesmo sabendo ser natural.

> *Enf1: Reduza, reusa e recicla [palavra] (nosso conhecimento, nossa atenção). "Não é uma moda é uma tendência passageira que queira ou não em algum momento temos que encarar a realidade" que é assim a parte grave da criança, mas a gente não quer encarar, mas faz parte. Para mim isso é um ciclo.*

> *Enf6: O mais difícil é lidar com a morte porque não tem mais volta. A gente sabe que a criança está em um lugar melhor, não está mais sofrendo, mas eu fico pensando nos pais (...) a gente entra na enfermagem a gente aprende a cuidar da vida e não aprende a cuidar da morte. O pior sentimento é chegar para um pai e dizer seu filho morreu, não tem mais volta.*

> *Enf3: lidar com a doença e a morte é assim, remete muito à incompetência, porque a gente quer fazer que a pessoa, a criança saia bem. Quando a criança morre parece que a gente não fez nada. Traz muito esse sentimento de incompetência*

Enf5: Igual um dias desses tinha uma criança que estava internada que o prognóstico era muito ruim e a mãe sabe que ela vai morrer, ela vai durar até dois anos eu acho, ela vai morrer. Eu jamais viveria o que essa mulher está vivendo, para mim é incompatível com a minha vida.

A enfermeira tem dificuldade em lidar com a família no momento de negação e frustração da doença do filho, exigência que muitos trazem nas escolhas de tais profissionais, a postura rígida no momento do procedimento com a criança, culpabilizando a enfermeira pela situação da hospitalização. A ansiedade dos pais é entendida como fator esperado pelo processo da internação, mas salientam que em alguns momentos atrapalha desenvolver o cuidado e isso transmite insegurança no trabalho que é feito.

Enf4: mas tem pais que são tão ansiosos que não deixam a gente fazer nada. E tem família que não dá esse espaço e tem família que não permite que a gente se aproxime (...) então muitas vezes atrapalha, por isso que eu coloquei como dificuldade eles estão ali pra facilitar.

Enf6: tem pais que são extremamente difíceis, escolhem determinadas pessoas e se fecham para outras. Tem alguns que não gostam de ninguém, não confiam em ninguém e acho que traz aquele peso da doença da criança para cima da gente. Tem pais que parece que a gente tem culpa da doença do filho.

Enf1: eu coloquei a dificuldade lidar com período de negação e frustações dos familiares. [essa semana mesmo sobre a negação da doença] a criança estava em crise convulsiva, para todos nós era nítido, mas para família não.

A participação dos pais é compreendida como facilitadora desde que os eles estejam presentes e colaborem com os procedimentos necessários para a melhora da criança. Porém, as enfermeiras deparam-se com situações em que os pais não deixam dar banho, puncionar veia, aspirar vias aéreas, realizar curativos, realizar os sinais vitais, trocar de fralda, o que dificulta desenvolver o trabalho e o torna muito cansativo e estressante.

> *Enf5: muitos deles ficam para atrapalhar, por isso que muitas vezes é uma dificuldade. (...) a gente não consegue puncionar, tinha um pai anestesista da casa e nós não conseguimos pegar o acesso da criança, a gente tentou várias vezes e não conseguimos. E aí eu falei pode tentar para o pai, falei porque eu não aguentava mais, pode tentar e "ele não conseguiu" e eu peguei ele no telefone dizendo "Pediram pra eu pegar o acesso e eu não consegui, é mais fácil pegar com a criança sedada".*

> *Enf6: tem pais que não deixam a gente fazer um exame físico na criança. (...) não deixam a gente colocar termômetro, nem rodiziar sensor e depois ficam acusando a enfermagem que não fazia exame físico.*

4.2.3 Perspectivas da enfermeira sobre o cuidado para o desenvolvimento da criança na UTIP

A categoria "Perspectivas da enfermeira sobre o cuidado para o desenvolvimento da criança na UTIP" engloba os temas: *"É preciso fundamentar o cuidado para promover o desenvolvimento da criança" e "Propostas para promover o desenvolvimento da criança na UTIP*", apresentados pelas participantes como necessidades, ideias, planos de melhoria e possibilidades para trabalharem com o desenvolvimento infantil na UTIP.

No tema “É preciso *fundamentar o cuidado para promover o desenvolvimento da criança*”, as participantes citam ações como estimular o brincar, uso de brinquedo de que a criança gosta, o vínculo e o afeto da família com a criança ou mesmo do profissional, colocar no colo, que, embora realizadas frequentemente na unidade, são realizadas de maneira variável ou inconstante, sem sistematização e vinculadas a certas pessoas. No decorrer da discussão, refletem sobre a necessidade de ter uma teoria, filosofia, conhecimento científico específico, para melhorar a qualidade do atendimento e garantir o cuidado amplo voltado na sua complexidade biológica, psicológica, emocional e social.

> *Enf2: Eu coloquei [a figura] porque seria ele pensando em quais atitudes para mudar essa situação esse cenário. A coragem de enfrentar as mudanças, a segurança profissional, porque é que você deixou de fazer o controle e deixou a criança brincar, porque é embasado cientificamente, para você poder falar com o médico, porque muitas vezes ele cobra da gente coisas muito pequenas, que a gente tem um olhar maior, mas a gente se prende só ao que o médico quer, fica cego e a gente realmente tem um olhar holístico a gente olha o todo.*

> *Enf3: Talvez a gente não pense sistematizado, está fazendo isso pra desenvolver a criança, mas que a gente faz um pouquinho aqui, um pouquinho acolá. Precisamos ter uma coisa estruturada, pensada e sistematizada para isso [promover o desenvolvimento].*

> *Enf8: à medida que você tem conhecimento técnico e cientifico, coloquei como facilidade, se você tem calma para fazer as coisas. Você consegue equilibrando essas dificuldades, esse sentimento de tensão que tem na hora. Se você tem conhecimento técnico, responsabilidade e segurança você consegue.*

As enfermeiras afirmam que existem instrumentos e conhecimentos para inserir o cuidado humanizado e voltado para o desenvolvimento, mas que elas necessitam apreendê-los para implementá-los, além de haver uma filosofia de cuidado que oriente as intervenções no serviço.

> *Enf7: E a busca de instrumentos que na verdade existem, só precisa desenvolver (...). O cuidar além do técnico exatamente, você tinha que ser instrumentalizado, não é uma coisa que ela deixou por que ela é boa ou é ruim, tinha que estar instrumentalizado.*

> *Enf2: Você fez uma faculdade e tem um monte de informação e você pega o canudo e agora? Como serei? Tenho que me tornar um profissional, ter um papel, todas as suas experiências que você passa são válidas. Mas tenho que me instrumentalizar, usar instrumentos no seu dia a dia para poder fazer isso [cuidado]. A gente precisa embasar as nossas ações, a gente pode ter instrumentos e desenvolver e às vezes instrumentos para trabalhar, sem depender do pessoal [experiência]. Você é enfermeira e você tem que ter instrumentos, armas pra lidar com aquela situação embasada em alguma coisa, em uma teoria, em um livro.*

Reconhecem que o cuidado prestado é norteado ainda pelo modelo biomédico, devido à formação acadêmica, que privilegia esse modelo e cobra do profissional essa postura.

> *Enf3: (...) eu acho que a gente foi educada para ser técnico, saber fazer o curativo. Você vai ser boa enfermeira se você souber fazer um bom curativo. Mas você não é tão boa enfermeira se você ficar prestando atenção no que a mãe falou, de colocar a criança*

assada. Eu acho que isso vem da nossa formação, na própria graduação.

Enf2: você ouvir a mãe é também um cuidado, eu acho que isso [o cuidado além do técnico] não pode ser baseado na pessoa, nós fazemos uma graduação, a gente sabe que tem muita coisa que não é abordada na graduação, inclusive essa parte.

O fato de ter um instrumento, ou mesmo conhecimento sobre como promover o desenvolvimento, amplia a sua visão de cuidar e ter segurança nas suas ações. As enfermeiras apontam que, com os estudos e dados científicos, foi possível ter uma nova maneira de cuidar não só do físico ou biológico, mas da interação pais e filhos, segurança psicológica, do processo de hospitalização, do brincar, temas que, anos atrás, não se pensava ou mesmo incluía na instituição de saúde.

Enf2: Na verdade é a capacidade da pessoa em buscar meios e instrumentos e não depender do que cada um tem. Mas existe a necessidade de alguma coisa que seja embasado, instrumentos e desenvolver este olhar para atuar no seu dia a dia e não depender de sensações ou experiências de cada pessoa, cada um tem uma experiência de vida, tem uma opinião sobre isso ficar na formação ou na criação de cada pessoa fica muito empírico, cada um faz de um jeito, eu acho que não deve ser assim.

Enf3: Outra coisa é a ignorância de não saber, às vezes eu tinha que parar voltar explicar o que era o brinquedo e o seu objetivo para outras colegas. O quanto o preconceito e a ignorância ainda dificultam, para promover o desenvolvimento.

À medida que as participantes refletiam sobre as suas práticas, atividades, ações ou intervenções com foco no desenvolvimento infantil, emergiram ideias e possibilidades a respeito do cuidado à criança, que configuraram o tema "*Proposta para promover o desenvolvimento da criança na UTIP*". Consideraram necessário existir momentos de discussão da assistência à criança, pois isso não é planejado no trabalho: "discutir sobre o que fazem". Ainda que tal discussão não deva ser restrita às enfermeiras, mas envolver as técnicas de enfermagem e a equipe multiprofissional, pois muitos profissionais não reconhecem determinados cuidados como promoção do desenvolvimento, desvalorizando-os. Reforçam ainda a necessidade de melhorar o trabalho em equipe na área da enfermagem.

> *Enf2: Eu acho que essas exposições de ideias eu acho que a gente deveria ter sempre, ter um momento de sentar e conversar e trocar experiência. A ideia não é "vamos fazer uma reunião" e ai fica todo mundo tenso... [risos] (...) fazer isso [conversa sobre a prática] com as técnicas, como elas estão diretamente ligadas ao cuidado e importante envolvê-las, por que isso é muito importante para nós porque elas são a extensão da gente.*

> *Enf4: Acho que trazer [conversa sobre a prática e desenvolvimento] também para toda a equipe de enfermagem é importante, porque é um momento que a gente tem para refletir o que está fazendo, muitas vezes a gente faz, mas faz por fazer, você não faz para um resultado. Você faz porque no dia a dia é uma coisa que é sequencia, então você vai fazendo e não para refletir o que é aquilo está refletindo no desenvolvimento.*

> *Enf5: [Figura de um casal de mãos dadas]: é mostrar a união, o trabalho em equipe, que eu acho que ainda precisa mais disso na nossa área. É pensar sempre num trabalho em equipe. (...) a gente trabalha todos os dias juntas, mas nenhum momento sentamos para discutir o*

que fazemos, e isso é muito importante também para o desenvolvimento do nosso trabalho.

Por ser importante a equipe da UTIP olhar para além das ações técnicas, veem-se responsáveis por disseminar esse tipo de olhar. Sugerem cursos, como workshop sobre promoção do desenvolvimento, e, ainda, retomar cursos já realizados na instituição sobre brinquedo terapêutico, a participação mais intensa dos palhaços (doutores da alegria) que possibilita o cuidado mais especializado, humano, e promove um ambiente menos tenso da hospitalização tanto à criança-família, como para os profissionais.

Enf3: Realmente é necessário que a equipe possa ter essa sensação também, ou na verdade esse olhar [além das práticas biomédicas]. Se possível, fazer um workshop para falarmos sobre o tema [desenvolvimento] seria excelente. Outro momento bem especial foi um curso de brinquedo terapêutico que foi dado pelo hospital em parceria com a UNIFESP, onde trouxe um grande embasamento para um cuidado mais especializado, trazendo o lado humano e desenvolvendo o potencial da criança e da família (...) foi assim que fui trabalhando durante todos esses anos. Durante muito tempo tinha uma equipe pequena que gostava de trabalhar com o brinquedo, mas aos poucos fui ficando sozinha, acho que isso poderia retomar.

Enf8: Eu vi no corredor da pediatria o trabalho dos palhaços, isso eu acho muito importante e principalmente trazer mais para o espaço da UTI. Que é algo que ainda falta. E acho que seria muito interessante, a gente sabe das restrições que tem, mas seria legal aproximar isso mais da realidade não só das crianças, mas dos funcionários também para ter um clima melhor.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Os aspectos relacionados ao atendimento das necessidades e o cuidado prestado para a promoção do desenvolvimento da criança pelas enfermeiras que trabalham na UTIP puderam ser identificados na análise qualitativa dos dados desta pesquisa.

Entretanto, cabe ressaltar que a amostra do estudo foi obtida por conveniência, o que trouxe aspectos positivos bem como limitações. Quanto aos primeiros, a participação foi voluntária e possivelmente incluiu enfermeiras com atitude favorável ao tema. A limitação foi a possível ausência de enfermeiras que poderiam ter outras perspectivas sobre o assunto, fato que pode ter restringido a análise sobre o cuidado para o desenvolvimento na UTIP.

Em relação à escolaridade, uma das exigências da instituição é a especialização na área de pediatria para atuar na UTIP. O aprimoramento oferecido na unidade com cursos na temática de humanização e brinquedo terapêutico faz pensar a gestão hospitalar com o intuito de qualidade na assistência à criança.

O uso da ferramenta *Nvivo versão 10* foi bem-sucedido neste estudo, facilitou a organização das falas por temas e a possibilidade de utilização de todo conteúdo da transcrição, bem como a busca de qualquer elemento durante a realização da análise. No entanto, o programa exige treinamento, o que tomou tempo da pesquisadora.

No que tange à análise qualitativa, os agrupamentos temáticos levaram à construção de categorias que possibilitaram mapear, de forma ampla, a organização do cuidado fornecido pela

enfermeira, sua influência para promover o desenvolvimento e as necessidades da criança hospitalizada na UTIP.

Embora sendo um local para atendimento de urgência e emergência à criança em risco iminente de morte, não se pode deixar de atender as necessidades próprias do desenvolvimento durante a hospitalização na UTIP. Os estudos mostram amplamente que o desenvolvimento é fortemente influenciado pelos fatores intrínsecos, entendidos pelos atributos geneticamente determinados, em interação com os extrínsecos, isto é, o ambiente em que a criança vive e os cuidados que lhe são dispensados, sendo hoje amplamente conhecida a importância do ambiente e seu impacto no processo emocional e psicossocial da criança. (Brazelton, Greenspan 2002; Brasil, 2002).

Conforme descrito nos resultados, a categoria "Concepções e práticas da enfermeira no cuidado para o desenvolvimento infantil na UTIP" revela as crenças e valores da enfermeira para trabalhar no ambiente tenso, com procedimentos invasivos e com o risco de vida. À medida que a profissional entende o processo de doença tanto da criança como o da família, isso facilita olhar para favorecer os aspectos emocionais e sociais neste contexto.

Estudos verificaram que os profissionais de enfermagem reconhecem o quanto o ambiente da UTIP pode influenciar aspectos que fortalecem ou causam danos ao desenvolvimento da criança (Andrade, Viana, 2007; Molina et al., 2007).

O ambiente profissional influencia o trabalho da enfermeira, no que diz respeito a sua autonomia para executar determinado cuidado; a realização das atividades burocráticas demanda muito tempo e são permeadas de estresse e descontentamento. Além disso, ainda existe a relação do poder médico sobre a enfermagem.

Para o enfermeiro realizar uma assistência de qualidade é importante a capacitação permanente e o desenvolvimento de consciência e sensibilidade ética para tomada de decisões adequadas. No processo de tomada de decisão, o enfermeiro exerce controle dos aspectos técnicos do seu trabalho, delimitando o que é próprio da enfermagem, para escolher a melhor maneira de atuar no cuidado ao paciente (Merighi, 2002).

As enfermeiras expressam a necessidade de se organizar para assumir uma dimensão maior no trabalho na UTIP, através da implementação de estratégias para intervir de forma fundamentada no processo de cuidar, afastando as ações submissas e deixando claro seu papel na equipe de saúde. Isto também foi encontrado no estudo de Bueno e Queiroz (2006).

Nesta perspectiva, o enfermeiro faz uso de sua autonomia, enfrentando dilemas, conflitos morais que aparecem corriqueiramente no trabalho da enfermagem (Lunardi et al., 2007).

A autonomia significa a “capacidade que tem a racionalidade humana de fazer leis para si mesma (...) é a capacidade de se autogovernar, de fazer escolhas livres de coações e assumir os riscos dessas escolhas” (Pessini e Barchifontaine, 2002). O processo de autonomia pressupõe que o profissional enfermeiro possa interferir ou intervir no processo de definição das prioridades da assistência à criança.

Segundo enfermeiros recém-formados, a autonomia profissional é um atributo pessoal, isto é, os indivíduos possuem diferentes graus de autodeterminação, uns mais, outros menos, conforme sua história de vida, suas interações sociais, sua visão de mundo, seu nível educacional, estilo de vida, entre outros (Berti, 2008). Entretanto, a autonomia será em parte determinada pela concepção que a sociedade tem da profissão, considerando que a enfermagem na sua história é uma profissão predominantemente

feminina e subalterna, não tendo recebido das sociedades moderna e pós-moderna o mesmo olhar que outras profissões da saúde recebem.

Em estudo feito por Bueno e Queiroz (2006), com enfermeiros de um hospital-escola, pôde-se verificar que 52,7% reconheceram a necessidade de melhorar seu nível de atuação, ou autonomia. A enfermagem é ainda

> "bastante submissa à hierarquia hospitalar, ao paradigma mecanicista (que organiza esta hierarquia) e ao modo de produção capitalista (que forja e reforça este paradigma). A consequência mais importante dessa submissão (que traz em seu bojo a desvalorização tanto do cuidar como do papel educativo do enfermeiro) valoriza a competência técnica, porém restringe a institucionalização da autonomia do saber da enfermagem, que é relacionado à ampla dimensão do processo de cuidar".

Outro aspecto que tem grande impacto no estudo é o significado, o conhecimento e a prática da enfermeira para promover o desenvolvimento. Os princípios éticos de beneficência e maleficência são incorporados em suas ações que muitas vezes estão interligadas aos valores e crenças pessoais, que aqui chamo de "cuidado instintivo ou atitude instintiva", que, por muitas vezes, não está atrelado a um embasamento científico.

Ao falar de promoção de desenvolvimento, a enfermeira traz em sua assistência a concepção da importância do bem-estar físico, emocional e social da criança e da família, entretanto, ela tem a ação "fazer" ou mesmo a intervenção "modificar", mas não como uma meta ou resultado sistematizados no seu plano de cuidado.

Como proposta de melhoria citam a necessidade da equipe ampliar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, por meio de cursos, discussão sobre a prática e retomar a utilização do uso do brinquedo terapêutico.

Uma pesquisa realizada com enfermeiros assistenciais que propunha verificar a percepção do enfermeiro ao uso do brinquedo terapêutico evidenciou benefícios para a prática e nenhuma dificuldade para a sua realização. No entanto, a falta de tempo, conhecimento e a preocupação com outras atividades assistenciais, a insegurança para trabalhar com o brinquedo terapêutico foram as dificuldades mencionadas (Francischinelli, Almeida, Fernandes, 2012)

A seguir, discutem-se as categorias dos resultados, segundo o referencial das necessidades essenciais da infância proposto por Brazelton e Greenspan (2002), seguindo-se a organização apresentada pelos autores:

- ✓ *Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos*

Por meio da análise temática foi possível conhecer as ações desenvolvidas pelas enfermeiras na UTIP, que revelam na sua concepção a necessidade de um cuidador como os pais ou uma pessoa que permaneça a maior parte do tempo com a criança, com a qual tenha vínculo e afeto; o contato físico e emocional, como colocar no colo, participar dos cuidados: troca de fralda, verificar peso, realizar curativos, presença no momento de procedimentos dolorosos e invasivos como punção venosa, quando assim ele quiser ou se sentir à vontade para fazer. Essas ações favorecem a proximidade e visam manter esse apoio emocional. Não são colocadas para minimizar o trabalho da enfermagem e sim manter e estimular o vínculo com a família.

Este é um aspecto do cuidado que merece ser relevado, pois um estudo bibliográfico mostrou que, principalmente na UTIP, com a instabilidade física da criança em uso de ventilador, os pais ou cuidadores diretos permanecem distantes pela falta de tempo e espaço e têm poucas oportunidades de acariciar, dar banho, ninar, cantar para o seu filho (Piccolo, 2008). No entanto, Brazelton e Greenspan (2002) evidenciam a importância dessa necessidade de saúde no trecho abaixo:

> "Interações sustentadoras, afetuosas, com bebês e crianças pequenas, ajudam o sistema nervoso central a crescer adequadamente. Escutar a voz humana, por exemplo, ajuda os bebês a aprenderem a distinguir sons e desenvolver a linguagem (...). Trocar gestos emocionais ajuda os bebês a aprenderem a perceber e responder a indícios emocionais e a formar um senso *self*. Registros cerebrais de indivíduos mais velhos mostram que experiências que são de maneira adequada emocionalmente motivadoras e interessantes utilizam os centros de aprendizagem do cérebro diferentemente de experiências que são excessivamente ou pouco estimulantes. Privação ou alteração de experiências necessárias pode produzir uma variedade de déficits (Brazelton, Greenspan, 2002, pg.23).

Outro aspecto que se pode considerar é o processo de interação dos pais com os filhos como favoráveis durante a internação, isso é possível no momento da admissão por meio de informações sobre o novo ambiente bastante assustador, que normalmente causa estresse, medo, insegurança e significado de morte; e esclarecimentos de equipamentos, rotinas e normas. A ruptura da presença dos pais ou cuidador "fixo" como, por exemplo, a saída dos pais em procedimentos ou não permitir a entrada deles na admissão, é percebida como um dano para a criança, pois resulta em trauma emocional e social frente à hospitalização.

Os relacionamentos sustentadores são necessários em situações que podem causar insegurança, desconforto, medo, ansiedade ou raiva. Pode-se fazer uma analogia com o ambiente hospitalar, isto é, as experiências nesse local são ameaçadoras para a criança, pois ela ainda não desenvolveu recursos internos para enfrentá-las. Os relacionamentos sustentadores ajudam a criança a lidar com as dificuldades, provendo segurança emocional e o adulto que reconhece ou identifica os fatores que podem causar esse desequilíbrio pode intervir nessa situação (Brazelton, Greenspan, 2002).

Atender à necessidade da criança de estabelecer relacionamento seguro não é uma responsabilidade somente dos pais, mas de qualquer adulto envolvido em seus cuidados (Rezende, 2008). Tendo em vista a criança que está na UTIP, os profissionais de saúde deveriam compartilhar esta concepção, principalmente a equipe de enfermagem, que passa a maior parte do tempo com o paciente, e tem mais oportunidades de criar tais vínculos com a criança (Piccolo, 2008).

Os resultados deste estudo mostram que algumas ações desenvolvidas pela enfermeira não podem ser feitas devido à estrutura física, como é o caso da liberação de visitas. Entretanto, proporcionar à família o contato com a criança: acariciar, o toque dos pais com os filhos e também da equipe de enfermagem com as crianças e com os pais, trazer brinquedos, jogos eletrônicos, o uso de técnica de brinquedo terapêutico antes de procedimentos, visita de amigos e irmãos são ações que promovem o desenvolvimento emocional e social. Diferente de outros estudos, pouco tem sido feito no que se refere à necessidade de segurança emocional, no contexto da UTIP (Piccolo, 2008).

- ✓ *Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação*

A preocupação com a segurança física da criança pode ser evidenciada nas ações cotidianas, como orientações aos pais e às crianças maiores quanto ao risco de queda, o uso de coxim, ou bebê-conforto, alimentação, higiene, os dispositivos terapêuticos e seus cuidados. Sabem que a UTIP admite crianças com risco iminente de morte e pelo contexto os profissionais mantêm o foco do cuidado físico.

A necessidade física é o aspecto mais estimulado no ambiente hospitalar, isso se deve ao fato da própria formação e modelo de assistência nos hospitais: o modelo biomédico.

Os horários da medicação no momento da liberação da prescrição médica seguem critérios para diminuir a manipulação da criança, com o intuito de promover o repouso e sono, principalmente medicamentos que devam ser administrados no período noturno.

Para as enfermeiras a assistência à criança nas suas ações envolve o cuidado físico, emocional, social e do desenvolvimento, pois durante os procedimentos invasivos como no caso uma punção venosa ou aspiração é possível também favorecem os aspectos para o desenvolvimento, explicar o que irá acontecer, a utilização de brinquedo terapêutico, o afeto, o vínculo, bem como nas situações do envolvimento com a família.

Adequar o horário do banho conforme a rotina da criança é importante para o desenvolvimento, sendo outra maneira de avaliar a assistência. À medida do possível, é relevante escolher um horário em que o adulto e a criança possam dedicar-se integralmente ao momento do banho. Nesse sentido a criança deve encontrar condições apropriadas, por exemplo, sem fome ou sono e o adulto estar presente durante o período para evitar riscos de acidentes (Veríssimo et al., 2009).

A abordagem ao adolescente e à criança maior deve estar pautada no respeito a sua privacidade, mantendo um ambiente reservado no momento da higiene íntima ou mesmo do banho. A comunicação adequada para a idade é também referida pelas enfermeiras como um instrumento facilitador.

O processo de comunicação ativo dentro dos serviços de saúde pode ser um dos fatores de monitoramento de qualidade na assistência diante dos cuidados ofertados aos pacientes. A comunicação é um fator de competência diária de todos os profissionais de saúde, pois estabelece uma interação com a criança e o familiar/cuidador, sendo um indicador no processo terapêutico na UTIP (Silva, Wegner, Pedro, 2012).

Mundialmente, a necessidade de proteção física, segurança e legislação é evidente para muitos pais e legisladores. (Brazelton e Greenspan, 2002).

No que tange ao contexto hospitalar, a segurança do paciente é uma temática emergente que vem sendo discutida nas práticas de cuidado em saúde, as quais podem apresentar circunstâncias que predispõem os eventos adversos. Esta preocupação vem pela ocorrência acentuada de falhas nos serviços de saúde. Os eventos adversos “são definidos como um resultado indesejado e negativo decorrente do cuidado prestado aos pacientes, não estando atribuídos a sua doença de base. A segurança do paciente pode ser definida por iniciativas que possibilitam a prevenção do erro na atenção à saúde, sendo influenciado por ambiente de trabalho, dimensionamento de pessoas, políticas administrativas, questões culturais e coletivas de indivíduo para indivíduo” (World Health Organization, 2008).

O dimensionamento de pessoal nesta UTIP atende à resolução RDC 2010 possibilitando, juntamente com a preocupação

e a dedicação das enfermeiras, segurança para a criança e a família. Descrita abaixo:

> "Art. 14 Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais: [...] III – Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno. [...] V – Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno".

- ✓ *Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais*

A necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais é uma oportunidade de o cuidador conhecer a criança com suas características físicas e emocionais, sendo fundamental o respeito do cuidador à singularidade da criança.

As enfermeiras expressam a importância do cuidado para as necessidades individuais e utilizam o histórico de enfermagem para conhecer a criança, seus hábitos de alimentação, banho, sono e repouso, saber quem é o cuidador direto; esse instrumento auxilia no planejamento da assistência.

Entretanto, no ambiente da UTIP que requer agilidade, conhecimento específico e imediato, a criança é vista como mais uma, isto é, perde o caráter único no atendimento. E também algumas ações priorizam o estado clínico da criança e o ponto de vista do profissional, cujas ações não são sistematizadas, o que colabora para algumas profissionais fazerem ou não o cuidado

individualizado, pois não são cobradas por isso. Prevalece ainda o aspecto tecnicista.

Brazelton e Greenspan (2002) referem que muitos traços de personalidade não derivam de uma única característica genética, mas da interação complexa de múltiplos fatores. Sabe-se que os seres humanos apresentam diferentes padrões de temperamentos, bem como diferentes sensibilidades aos estímulos ambientais que recebem desde o nascimento. Isso determina os comportamentos únicos, aos quais os pais respondem de maneira específica, por meio do significado que atribuem a esse comportamento.

Quando as ações dos cuidadores são adequadas às necessidades de cada criança, de acordo com sua individualidade, as interações são mais eficazes e a maneira como a criança é cuidada pode influenciar as suas características, amenizar ou dificultar e prevenir ou gerar transtornos (Rezende, 1998; Veríssimo, 2002). Embora a criança seja influenciada pelo meio, é necessário estar atento ao contexto familiar e social.

Portanto, ainda resta um longo caminho a percorrer no sentido do aprimoramento do atendimento individualizado como preconizam os autores.

- ✓ *Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento*

O estágio de desenvolvimento da criança é determinado pelas experiências que vivenciam e são necessárias para que ela adquira habilidade correspondente à etapa em que se encontra. Cada estágio fornece alicerces para a inteligência, moralidade, saúde emocional, habilidades motoras e cognitivas. O sucesso de um determinado estágio requer interações associadas à etapa anterior e novas interações são acrescidas no novo estágio de

desenvolvimento para vencer os próximos (Brazelton Greenspan, 2002).

Embora o cuidado deva ser oferecido da mesma maneira para qualquer criança, é necessário considerar as capacidades e vulnerabilidades individuais. Por exemplo, há crianças em que é necessário estimular mais o afeto, o toque e o vínculo; outras, a comunicação ou o desenvolvimento motor.

Tendo em vista o ambiente da UTIP, a enfermeira considera que, após o risco de morte e a melhora da evolução clínica da criança, é possível nesse momento, estimular o contato do cuidador com a criança, mesmo estando entubada, promover o imaginário com os contadores de história, o brincar, a ida à brinquedoteca, oferecer objetos para pintura, pedir para os pais trazerem objetos que tragam mais segurança e bem-estar como computador, *tablet* ou videogames. Essas ações mantêm o estímulo do imaginário, ajuda a enfrentar e prepará-las para situações de procedimentos dolorosos e invasivos durante a hospitalização.

Os benefícios relacionados ao uso do brinquedo e que são apontados pelas enfermeiras também são citados na literatura sobre o tema, destacando entre outros, a diminuição do estresse provocado pela hospitalização compreensão do enfermeiro sobre as necessidades da criança (Ribeiro, Borba, Rezende, 2009).

A participação da enfermeira no desenvolvimento infantil está presente principalmente nas crianças que permanecem ou permaneceram por um tempo prolongado de internação como o preparo para sono, vínculo da criança com cada profissional, o auxílio na transição da fralda para o pinico, estimular a caminhar e o preparo dos pais quanto aos procedimentos para a alta hospitalar.

É fundamental que os profissionais da saúde estejam atentos para os diferentes estágios de desenvolvimento das crianças

e possam fornecer oportunidades ou experiências adequadas. Quando as experiências são de qualidade, permitem que criança se sinta segura, amada e aceita (Veríssimo et al., 2009).

Estudos identificaram resultados semelhantes a esta pesquisa que considera como ações favoráveis para o desenvolvimento da confiança, oportunidade de participar de atividades lúdicas, de lazer, frequentar brinquedoteca, arterapia e musicoterapia. Além disso, oferecem oportunidade para desenvolver autonomia para o próprio cuidado e oportunidade para viver em um ambiente menos restrito (Piccolo, 2008 e Falbo, 2012).

Tais experiências proporcionadas pela enfermeira possibilitam à criança realizar estágios do desenvolvimento que foram ou não ameaçados com a doença e a hospitalização, e aprimorar habilidades no que se refere aos aspectos de linguagem, cognitivo, social e emocional. Isso resulta em uma criança mais segura diante do ambiente e pessoas estranhas; preparada para enfrentar o processo de doença.

- ✓ *Necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas*

Para que a criança possa conviver em sociedade, é necessário estabelecer limites, organização e expectativas. Quando essas ações são vistas como educativas e transmitidas com empatia e sustentação, as crianças se sentem aprovadas e conseguem olhar o outro como ser singular. No entanto, com a disciplina que impõe o medo, castigos ou ameaças, a criança sofre prejuízos na autoestima e dificuldade na capacidade de lidar com suas emoções e pode tornar-se desafiadora e agressiva (Brazelton e Greenspan, 2002).

A prática de estabelecimento de limites é abordada no tema “A enfermeira visa o desenvolvimento na UTIP”, no que diz

respeito às crianças que são moradoras da unidade ou permanecem em tempo prolongado, pela ausência dos pais em alguns períodos, a enfermeira desenvolver confiança, empatia, vínculo, norteado pelos cuidados afetuosos, por meio das suas atividades do cotidiano. Isso resulta em reconhecimento do seu papel e sua contribuição na vida dessas crianças.

Outros aspectos são as orientações das normas e das rotinas da UTIP da profissional para os pais, entretanto, existem grandes dificuldades no momento de visita de pais ou outros familiares que não respeitam os horários, quantidade de pessoas e tempo da visita. O sentimento de desrespeito aparece como quebra da confiança enfermeira-família, sendo necessário o estabelecimento de limite à família.

Para Veríssimo et al.(2009) “os limites devem ser entendidos como ações educativas para proporcionar incorporação de conhecimentos e valores que geram comportamentos aceitáveis pela sociedade”. O profissional que conhece as necessidades e as características do desenvolvimento infantil apresenta melhor condição para distinguir comportamentos indesejáveis e os que são próprios do estágio do desenvolvimento.

No que tange a expectativa de disciplina, o estabelecimento de limites, o incentivo e reconhecimento das realizações da criança, isto talvez esteja permeado por objetivos relacionado à assistência biomédica, pelo fato do próprio ambiente e estabilidade clínica. Essa questão também foi evidenciada nos achados da literatura feita por Piccolo (2008) e descreve que as expectativas dos pais e profissionais guiam ações implementadas para prover disciplina à criança que necessita de tecnologia médica ou cuidados especializados.

Brazelton e Greenspan (2002) explicam que, no centro da disciplina, estão as expectativas dos adultos em relação à criança,

mas numa perspectiva das necessidades essenciais, a disciplina refere-se ao desenvolvimento de autocontrole, conhecimento de si e habilidade de agir em prol de seus próprios objetivos:

> "Os pais esperam que os filhos aprendam na escola, sejam membros de uma comunidade, se preocupem com outras pessoas e sejam empáticos. Nós esperamos que as crianças lutem por objetivos que serão seus (...). E se sintam realizadas por atingir os objetivos que são importantes para elas, ao invés de cumprir uma agenda de seus pais."

Neste sentido, a análise permitiu entender as concepções positivas da criança, como um ser capaz voltado para estabelecimentos de limites e disciplinas, desenvolvidas pela enfermeira como a autoconfiança e a autoestima e assim, a criança aprende a trabalhar com seus impulsos internos e externos. Entretanto, quando a criança é vista como ser incapaz, o que traduz uma concepção negativa, as ações de cuidado as impede de desenvolver a capacidade de identificar suas próprias expectativas e deixa de considerar o outro na sua singularidade.

- ✓ *Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural*

As comunidades e culturas fornecem o contexto ou a estrutura para as outras necessidades da criança. Desde o nascimento, a criança pertence a uma família e se relaciona com instituições educacionais e de saúde. Considera-se uma comunidade de nível elevado aquela que seja estável, autossuficiente, capaz de autorreflexão e planejamento futuro (Brazelton, Greenspan, 2002).

A rede social compreende as pessoas que a criança conhece e fazem parte da sua vida (Honckenbarry, 2006). A instituição hospitalar configura a comunidade que presta cuidados de saúde à criança, entretanto, existem grandes dificuldades entre os serviços e as famílias como relacionamentos conflitantes, gerando desconfiança e rivalidades. É frequente que os profissionais tenham críticas negativas às formas de cuidados prestadas pelos familiares (Veríssimo et al., 2009).

No que tange à rede social da criança, existem ações que propiciam à criança estar ligada a seu suporte social. A presença dos pais durante a internação, a visita do irmão e amigos são mencionados como aspectos facilitadores para promover o desenvolvimento.

É possível verificar a Sistematização da Assistência de Enfermagem no que se referem ao histórico, hábitos e alimentação, como instrumento para direcionar o cuidado e ampliar o olhar aos aspectos sociais e religiosos. Existe a preocupação quanto à importância do tipo de alimentação, no caso de famílias que seguem hábitos específicos como judeus, o tipo de religião, no caso de uma mãe islâmica, que não pode ser vista sem o véu por outro homem. Essas ações refletem um olhar peculiar de como a estrutura dos serviços precisa estar preparada para atender seus clientes.

O atendimento de qualidade como equipamentos, atendimento multiprofissional são elementos que referem ser importante para uma recuperação rápida, com baixo custo e com o intuito da família retornar ao serviço, se for preciso. A disponibilidade para obter recursos e serviços é um fator para um bom cuidado (Veríssimo et al., 2009).

Embora seja mencionado que as famílias podem dificultar o processo de internação por não colaborarem com as atividades necessárias dentro da UTIP; em muitos momentos os enfermeiros

mencionam como necessidade da permanência do cuidador principal e oferecer informações aos pais para minimizar a ansiedade e ter um relacionamento respeitoso.

Para Veríssimo (2009), a construção da rede de cuidado requer a consolidação de uma interação saudável, permeada por troca, confiança entre a família e os profissionais em geral, sendo necessário o reconhecer os conflitos e planejar ações efetivas para superar situações que causam desgaste físico e emocional de ambas as partes.

As necessidades essenciais da criança estão muitas vezes atreladas nas ações voltadas para o desenvolvimento infantil, no entanto, ainda constitui um vasto campo de investigação, principalmente para sistematizar as intervenções e ações de enfermagem.

Outro ponto importante discutido no momento da oficina que traz como tema "*Proposta para promover o desenvolvimento da criança na UTIP"*, o intuito do trabalho não foi aprofundar essa temática, no entanto, a metodologia da oficina possibilita a sensibilização e a construção de reflexões sobre a prática. Nesta perspectiva surgem questionamentos sobre o cuidado prestado e de que maneira elas podem melhorar suas ações visando o desenvolvimento da criança na UTIP.

As propostas *são* mencionadas para médio prazo, isto é, a necessidade de reuniões com a chefia imediata para discutir suas atividades tanto administrativas e da assistência à criança e à família, a elaboração de cursos e workshops para ampliar o conhecimento de outros profissionais, principalmente técnicos de enfermagem que estão no cuidado direto com a criança. E as de longo prazo aprimoramento e construção de um novo referencial sistematizado.

As instituições de saúde são formadas por recursos humanos e físicos para atender seus clientes. Além da sua filosofia e missão, os profissionais de saúde devem criar estratégias de melhoria para o cuidado integral e isso fortalece o serviço e auxilia a criança/família no processo de hospitalização como rede social.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que, embora as enfermeiras se percebam realizando ações favoráveis ao desenvolvimento da criança não reconhecem as como cuidado profissional, e estas ações não são consideradas como um objetivo ou meta de cuidado nas suas diversas complexidades.

O cuidado nesse ambiente hospitalar é configurado por uma ação muitas vezes instintiva e vinculada a crenças e valores, que visa a adaptação e condições favoráveis da criança a estímulos sonoros, táteis e visuais, e essa atitude é entendida como redutora do trauma causado pela hospitalização. O estudo mostrou um cenário favorável ao desenvolvimento infantil, ainda que não sistematizadas.

O poder biomédico, ainda é considerado uma dificuldade nas relações e tomada de decisões da enfermeira quanto ao cuidado além das práticas curativas prestado à criança. A autonomia profissional do enfermeiro aparece vinculada a necessidade de capacitação para que as escolhas e decisões possam ser respeitadas por outras categorias profissionais.

As atividades administrativas que não são privativas da enfermagem trazem sentimentos de insatisfação e descontentamento no trabalho da enfermeira e dificultam ações voltadas à promoção do desenvolvimento, devido ao tempo dispendido com as atividades burocráticas ao invés a assistência à criança.

As oficinas pedagógicas contribuíram para a reflexão sobre o tema, troca de experiência, necessidade de um novo referencial, bem como sistematização das ações alinhada a toda

equipe multiprofissional, para a melhoria do cuidado à saúde da criança, referidas como estratégias formativas que podem favorecer tais mudanças.

Diante dessas evidências, acredita-se na importância do papel dos gestores de cuidados intensivos que atendem crianças, promoverem grupos de discussão com seus membros, com o intuito de identificar as necessidades para realizar ações e intervenções sistematizadas.

Assim, acredito que este trabalho trouxe reflexão e sensibilização para as enfermeiras, no que se refere à prática de cuidado e o desenvolvimento infantil. E que também possa contribuir para a formação dos profissionais de enfermagem para assistência integral à criança e à família no contexto da UTIP.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Secretária de Estado da Saúde. Resolução RDC n. 7, de 25 de fevereiro de 2010. Dispões sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências [internet]. Brasília; 2010. [citado 2013 fev. 05]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-rdc-n-7-determina-reduo-no-numero-de-leitos-por-enfermeiro-em-utis_4566.html

Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. Interface Comum Saúde Educ. 2009;13 (1):581-94.

Andrade LFS, Viana LO. Conhecimento e prática do enfermeiro no centro de terapia intensiva pediátrico. Cogitare Enferm. 2008;13(1):52-60.

Ângelo M, Veríssimo MLÓR. O papel da enfermeira centrado na criança e na família. In: Sigaud CHS, Veríssimo MLÓR, organizadores. Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e do adolescente. São Paulo: EPU; 1996. p. 89-96

Ariès P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara; 1978.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2004;8(14):73-92.

Back HEH. A enfermagem e a segurança do paciente em unidade pediátrica. In: Schmitz EM. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 205-11.

Baggio MA. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2006 [citado 2011 nov. 11];8(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. Lancet. 2005;365(9462):847-54.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em beneficio das crianças brasileiras. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2002;2(2):193-200.

Brasil. Lei n.8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990. Seção I: 13.560.

Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Berti HW, Braga EM, Godoy I, Spiri WC, Bocchi SCM. Percepção de enfermeiros recém-graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. Rev Latinoam Enferm. 2008;16(2):184-91.

Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. Rev Bras Enferm. 2006;59(2):222-7.

Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 34-42.

Chiesa AM, Fracolli LA, Sousa MF. Enfermeiros capacitados para atuar no Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo: relato de experiência. Saúde Debate. 2004;28:(67);91- 9.

Collet N, Oliveira BRG. Manual de enfermagem em pediatria. Goiânia: AB; 2002.

Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. Rev Latinoam Enferm. 2004:12(2):191-7.

Collière MF. Promover a vida da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses; 1989.

Cunha PJC, Zagonel IPS. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2006 [citado em 2013 fev.15] ;8(2). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a14.htm

Her Majesty's Stationery Office. Department of Health and Social Security. Central Health Services Council. The welfare of children in hospital: report of the committee. London; 1959.

Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(4):1057-66.

Elsen I, Patrício ZM. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: Schmitz EM. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 169-96.

Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2012;65(1): 148-54.

Faquinello P, Higarashi IH, Marcon SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. Texto & Contexto Enferm. 2007;16(4):609-16.

Francishinelli AGB, Almeida DA, Fernandes DMSO. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2012;25(1):18-23.

Frota AMC. Diferentes concepções da infância e da adolescência: a importância da historicidade para sua construção. Estud Pesqui Psicol (Impr). 2007;7(1):147-60.

Foucault M. Microfísica do poder. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

Garcia TR, Nobrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev. Enferm. 2009;13(1):188-93.

Gonzaga MLC, Arruda EM. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. Rev Latinoam Enferm. 1998;6(5):17-26.

Hockenberry MJ, Winkelstein W. Wong: fundamentos de enfermagem Pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. Influências do desenvolvimento na promoção da saúde da criança; p.79-103.

Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Silva MR, Svaldi JSD, Bulhosa MS. Nursing ethics and its relation with powerand work organization. Rev Latinoam Enferm. 2007;15(3):493-7.

Mello DF, Tonete VLP, Silva MAI. Atenção básica a saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p.44-50.

Mello DF, Lima RAG. Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêutica para o cuidado de enfermagem à criança. Rev Latinoam Enferm. 2009;17(4):580-85.

Mello DF, Rocha SMM, Scochi CGS, Lima RAG. Brazilian mothers' experiencies of home care for their low birth weight infants. Neonatal Netw. 2002;21(1):30-4.

Merigh MAB. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas. Rev Latinoam Enferm. 2002;10(5):644-53.

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

Molina RCM, Varela PLR, Castilho SA, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;11(3):437-44.

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artemed; 2010.

Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Oliveira, DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ.2008;16(4):569-76.

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Promoção do crescimento e desenvolvimento integral à crianças e adolescentes: módulos de aprendizagem . Washington/DC: OPAS; 2000.

Patrício ZM, Casagrande JL, Araújo MFO. Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: PCA; 1999. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas; p. 19-88.

Polit DF, Hunger BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Piccolo J. A criança dependente de ventilador: concepções e práticas de cuidado frente as suas necessidades de desenvolvimento [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 7ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.

Rodrigues VA. Percepções da equipe de enfermagem relacionadas ao acompanhante da unidade de internação pediátrica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Ress C. Promoting children's emotional wellbeing. Paediatr Child. 2010;20(9):439-45.

Rezende MA. A valorização do ser humano criança como referencial na prevenção de iatrogenias. Mundo Saúde. 1998;22(6):341-3.

Rezende MA. Alimentação infantil e o cuidado de enfermagem. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Ribeiro CA, Borba RI, Rezende MA. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CV, organizadores. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole; 2009. p. 287-327.

Ribeiro MO, Sigaud CHS, Rezende MA, Veríssimo MDLOR. Desenvolvimento infantil: a criança nas diferentes etapas da sua vida. In: Fujimori E, Ohara CV, organizadores. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole; 2009. p. 61-90.

Sekkel MC. O cuidado na educação contra a violência na primeira infância. Temas em Psicol. 2010;17(2):371-76.

Sekkel MC. Reflexões sobre possibilidades e limites da educação inclusiva. Bol Psicol. 2005; LV(122):43-58.

Sigaud CHS, Veríssimo MLOR, organizadores. Enfermagem pediátrica: o cuidado à criança e o adolescente. São Paulo: EPU; 1996. O ser criança; p. 11-4.

Sigaud CHS, Veríssimo MLOR, organizadores. Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU; 1996. O processo de cuidar centrado na criança; p. 83-7.

Silva JB, Kirschbaum DIR, Oliveira I. Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar. Rev Gaúch Enferm. 2007;28(2):250-9.

Silva T, Wegner W, Pedro ENR. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2012 [citado 2013 mar. 02];14(2). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/pdf/v14n2a14.pdf.

Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.

Soares NF, Sarmento MJ, Tómas C. Investigação da infância e criança como investigadoras: metodologias participativas dos mundos sociais das crianças. Nuances Estud Educ [Internet]. 2005 [citado 2011 abr. 16];12(13):49-64. Disponível em: http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/1678/1593.

Souza JM, Veríssimo MLÓR. Child development in the NANDA-I and international classification for nursing practices classifications. Int J Nurs Know. 2013;24(1):44-8.

Teixeira AN, Becker F. Novas possibilidades da pesquisa qualitative via sistema CAQDAS. Sociologias. 2001 [citado 2012 jan. 26];3(5):94-113. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/soc/n5/n5a06.pdf.

Thomazine AM, Passos RS, Junior Bay OG, Collet N, Oliveira BRG. Assistência de enfermagem á criança hospitalizada: um resgate histórico. Ciênc Cuid Saúde. 2008;7(Suppl 1):145-52.

Veríssimo MLOR. A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. Rev Esc Enferm USP. 1991;25(2):153-68.

Veríssimo MLOR. Nossas crianças: janelas de oportunidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde/Programa Saúde da Família; 2002. O desenvolvimento infantil e o cuidado da criança pela família; p. 31-6.

Veríssimo MLÓR, Rezende MA. O cuidado da criança na creche e pré-escola. In: Santos LES. Creche e pré-escola uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p.71-8.

Veríssimo MLOR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p. 91-119.

Veríssimo MLOR, Rezende MA, Sigaud CHS, Ribeiro MO. O cuidado e a ética na relação com a criança em instituições de saúde. In: Barchifontaine CP, Zoboli E, organizadores. Bioética, vulnerabilidade e saúde. Aparecida/São Paulo: Idéias & Letras/Centro Universitário São Camilo; 2007. p. 339-46.

Zannon CMLC. Desenvolvimento Psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. Psicol Teor Pesqui. 1991;7(2):119-36.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. the research priority setting working group of the world alliance for patient safety [internet]. Geneva: World Health Organization; 2008.[citado 2013 mar. 18]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf.

ANEXO

Anexo I – Carta de aprovação

HOSPITAL SAMARITANO

São Paulo, 26 de abril de 2012.

À
Sra. Danielle Aparecida Pereira Braga

Ref.: PROJETO DE PESQUISA: Projeto (11/12) "A experiência da enfermeira no cuidado da criança em Unidade de Alto Risco sob o enfoque da promoção do desenvolvimento"

Prezada senhora,

Em atenção a sua solicitação para avaliação do projeto em referência, o Comitê de Ética em Pesquisa, por intermédio de seu Coordenador **APROVA** a apresentação do mesmo nos termos e métodos previstos.

- **Incluir os anexos**
- **Adequar à introdução no consentimento informado.**

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Dr. Roberto Alexandre Franken
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Conselheiro Brotero, 1486 | Higienópolis | 01232 010
São Paulo | SP | Brasil | Tel. 55 11 3821 5300 | Fax. 55 11 3824 0070

www.samaritano.org.br

Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada colega

Como você já sabe, meu nome é Danielle Aparecida Pereira Braga, sou enfermeira (COREN-SP 013295) e aluna de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profª Drª Maria de La Ó Ramallo Veríssimo.

Gostaria de convidá-la, como enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, a participar do meu estudo de mestrado que tem como objetivo: Descrever e analisar o cuidado da enfermeira à criança hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, com foco no desenvolvimento. A finalidade da pesquisa é obter subsídios para um plano assistencial voltado a estimular, manter e promover o desenvolvimento da criança hospitalizada na unidade de alto risco.

Caso concorde em participar, solicitarei sua colaboração para responder um breve questionário de caracterização e participação na Oficina "Pensando o desenvolvimento infantil no contexto da UTI pediátrica", que será realizada conforme cronograma anexo. No relatório da pesquisa, será garantido o anonimato dos dados coletados, utilizando pseudônimos, e a apresentação dos resultados agrupará informações, a fim de evitar a identificação das respondentes. Reforço que sua participação é voluntária e, a qualquer momento, você poderá deixar de participar deste estudo; mesmo após ter assinado o termo de consentimento, não haverá prejuízo por tal decisão.

Agradeço antecipadamente e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Declaro ter sido esclarecida a respeito do objetivo, da forma de participação e da utilização das informações e quanto à liberdade de recusar ou de interromper, sem prejuízo de qualquer espécie, minha colaboração durante os encontros sobre o cuidado de enfermagem a crianças na unidade de alto risco, voltado ao desenvolvimento. Concordo em participar como informante na coleta de dados desta investigação.

São Paulo, _____/_____/_____

Assinatura do Participante

_____

Assinatura da Pesquisadora

_____

Enfermeira COREN-SP: 138295

APÊNDICES

Apêndice I – Estudo teórico das ações e diagnósticos de enfermagem na UTIP

Estudo teórico das ações e diagnósticos utilizados na UTI pediátrica relacionados às necessidades essenciais da infância para a promoção de desenvolvimento, segundo o referencial de Veríssimo et al. (2009).

Necessidade essencial: Cuidados para a proteção física e de saúde da criança	Taxonomia da Nanda-I (diagnósticos utilizados na UTIP)	Intervenções - NIC
• Explicar que as crianças podem apresentar necessidades de sono e repouso muito diferentes • Orientar que as rotinas para o estabelecimento de sono e repouso podem ser muito benéficas para a criança. • Banho e temperatura da água • Fralda (transição do penico/vaso sanitário) ou regressão. • Disponibilizar um local apropriado para a criança fazer as eliminações com comodidade e segurança • Vestir a criança com roupas fáceis • Compreender que os “escapes” fazem parte do processo de aprendizagem e, portanto, a criança não deve ser repreendida ou ridicularizada. • Estimular as famílias a questionarem os profissionais responsáveis pelo acompanhamento de saúde da criança, acerca de quaisquer dúvidas, mesmo que pareçam mais simples • Verificar regularmente a carteira de vacinação • Elogiar e valorizar o cuidado prestado pelo cuidador; • Observar como os cuidadores consideram as queixas e manifestações (dos agravos físicos e emocionais) • Orientar o cuidador a ficar atento as modificações da doença • Ajudar e orientar o cuidador a identificar recursos de saúde e apoio • Observar se os cuidadores seguem as recomendações e se realmente compreendeu o que precisa ser feito e se tem possibilidade de fazê-lo. • Permitir a participação no cuidado a criança	• Mobilidade física prejudicada • Mobilidade no leito prejudicada • Dor aguda • Dor crônica • Risco para integridade da pele prejudicada • Padrão ineficaz de alimentação do bebê • Integridade da pele prejudicada • Privação do sono	• Instalar protetores de grades coxins em camas, macas ou berços • Oferecer apoio para manter a posição e prevenir deformações • Sentar em poltrona 1x por semana • Aquecer o paciente • Realizar troca de fralda • Manter camas baixas e travadas • Manter grades elevadas • Orientar os pais quanto ao risco de queda e necessidade de solicitar a enfermagem • Orientar paciente/acompanhante a manter cama com posição baixa, rodas travadas com grades elevadas e solicitar a enfermagem • Manter camas baixas e travadas • Manter grades elevadas • Orientar os pais quanto ao risco de queda e necessidade de solicitar a enfermagem • Orientar paciente/acompanhante a manter cama com posição baixa, rodas travadas com grades elevadas e solicitar a enfermagem

Necessidade essencial: Cuidados que fornecem Segurança emocional	Taxonomia da Nanda -I (diagnósticos utilizados na UTIP)	Intervenções - NIC
• Acariciar o bebê • Pegar no colo, usando linguagem clara e simples • Conversar sobre as aquisições e as competências da criança/Rn • Explorar os conhecimentos e as expextativas dos cuidadores • Encontrar formas para estimular, de forma adequada, o seu desenvolvimento • Conversar sobre a necessidade de rotinas estáveis e de manutenção de cuidadores fixos e atenciosos às necessidades da criança.	• Proteção ineficaz • Déficit para o auto cuidado (alimentação, banho, vestir-se) • Risco de quedas • Risco para dor • Tensão do papel do cuidado	• Realizar banho no leito, massagem com hidratante • Reduzir estímulos externos como luminosidade, ruídos e manipulação frequente. • Realizar mudança de decúbito • Realizar avaliação da dor • Implementar medidas de conforto de massagem, posicionamento e toque afetivo • Encorajar os pais a acariciarem o bebê com toque afetivo • Realizar brinquedo terapêutico
Necessidade essencial: Cuidados que respeitem as diferenças individuais	**Taxonomia da Nanda-I (diagnósticos utilizados na UTIP)**	**Intervenções - NIC**
• Estimular as suas potencialidades para Desenvolvimento: motor e emocional • Promover espaço e atividades que permitam a criança exercitar sua energia motora • Técnica de BT	• Não foi identificado	• Não foi identificado
• Necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas	• Taxonomia da Nanda usada pela Instituição para coleta de dados	• Intervenções
• Considerar o processo de desenvolvimento e suas vulnerabilidades • Estimular a participação da criança: na alimentação, seus cuidados, higiene • Estimular a oportunidade de aprendizagem e comportamentos (cognitivos, motor, afetivos, de linguagem e sociais)	• Não foi identificado	• Não foi identificado

Necessidade essencial: Cuidados para garantir a participação em uma rede social estável e amparadora e a continuidade cultural	**Taxonomia da Nanda-I (diagnósticos utilizados na UTIP)**	**Intervenções – NIC**
• Estimular a participação da familia, escola	• Risco de tensão do papel do cuidador • Tensão do papel do cuidador	• Encorajar os pais a compartilharem medos, problematização sentimentos e expectativas. Corrigir delicadamente as concepções erradas • Encorajar os pais a segurarem, acariciarem, massagearem e tocarem o bebê/criança. • Encorajar os pais a participarem dos cuidados nos momentos que estão presentes

Apêndice II - Folder Explicativo da Oficina

Promoção

Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Cadastrado no CNPq desde 1995.

Apoio

Hospital Samaritano de São Paulo

Oficina

"Pensando o desenvolvimento infantil no contexto da UTI pediátrica"

São Paulo
junho de 2012

Programação

Carga Horária: 6 horas

Participantes:
- Enfermeiras que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Objetivos:

- Descrever e analisar os conhecimentos e práticas da enfermeira no cuidado à criança hospitalizada em UTI pediátrica, com foco nas necessidades para a promoção do desenvolvimento.

- Identificar as facilidades e as dificuldades da enfermeira no cuidado à criança hospitalizada em UTI Pediátrica com a visão nas necessidades da promoção do desenvolvimento.

- Sensibilizar e estimular disseminadores de conhecimentos e práticas de promoção do DI.

Conteúdo Programático:

1°. Módulo
- Apresentação da oficina e das participantes
- A promoção do Desenvolvimento Infantil (DI) no contexto da UTIP: experiências das enfermeiras.
- Necessidades Essenciais da infância e o cuidado de crianças na UTIP.
- Panorama das facilidades e dificuldades para o cuidado da criança visando à promoção do DI no contexto da UTIP.

Dia: 12/06 9-12h, ou 15/06 14-17h

2°. Módulo
- Vivências relacionadas ao cuidar e ser cuidado.
- Possibilidades de superação das dificuldades para o cuidado da criança visando à promoção do DI no contexto da UTIP.
- Elaboração de ações voltadas à promoção do DI no contexto da UTIP.

Dia 20/06 9-12h, ou 21/06 14-17h

Coordenadoras:
Danielle Ap. Pereira Braga
Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde Infantil

Maria De La Ó R. Veríssimo
Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde Infantil

Contato para participação:
Danielle - danielle.pereira@usp.br

Apêndice III - Instrumento para caracterização das participantes

- **Caracterização do Profissional**

Identificação pela sigla Enfermeira (Enf) e número:

1. Idade _____ anos
2. Tempo de formação profissional _____anos
3. Tempo de atuação na área de pediatria _____anos
4. Tempo de atuação na UTI Pediátrica: _____anos
5. Escolaridade:

( ) Especialização – Área: _____

( ) Concluído: ano _____ ( ) Em andamento

( ) Mestrado – Área: _____

( ) Concluído: ano _____ ( ) Em andamento

( ) Doutorado – Área:_____

( ) Concluído: ano _____ ( ) Em andamento

Apêndice IV – Roteiro da Oficina "Pensando o desenvolvimento infantil no contexto da UTI pediátrica"

Módulo I

Horário	Objetivos específicos	Conteúdo Programático	Técnica	Recursos necessários	Desenvolvimento da atividade
9:00 - 9:30	- Facilitar a integração em grupo	Apresentações individuais	- " relaxamento" dançar, cantar, andar pela sala	- sala com cadeiras em círculo - radio e CD com música - flip chart	- estimular o grupo a relatar experiências : sentimentos - anotar palavras-chaves no flip-chart - reconhecer as palavras-chave como indicativos da natureza da experiência do grupo
9:30 – 11h	- Refletir sobre Desenvolvimento Infantil na situação de UTI	- experiências em relação a promoção do DI	– colagem "O que é promover o desenvolvimento infantil na UTIP?"	- cartolina ou papel cartão, revistas, barbante,cola, tinta e pincel, canetas	- Elaborar um quadro sobre o cuidar do desenvolvimento da criança na UTI Apresentação e discussão dos trabalhos individuais
	Café				
11:10: - 11:50	- Identificar as facilidades e as dificuldades e sentimentos para cuidar do desenvolvimento na UTIP	- Facilidades e dificuldades na assitência prestada a criança com foco no DI	- Uso de filipetas coloridas para identificar com uma palavra ou uma frase (facilidades, dificuldades e sentimentos)	- tesoura, canetas, papel sulfite colorido (rosa, azul e verde) - flip chart	- listar as dificuldades, facilidades e sentimentos e entender os motivos. - Discutir em grupo as similaridades e as divergências da reflexão.
11:50- 12:00	Avaliação do dia e encerramento	Vivência em Grupo	Dinâmica de grupo	- Brinquedo de fazer bolinha de sabão	- Cada um solta uma bolha de sabão e fala sobre seus sentimentos ao final dos trabalhos do primeiro dia do encontro.

Módulo II

Horário	Objetivos específicos	Conteúdo Programático	Técnica	Recursos necessários	Desenvolvimento da atividade
8:30-9:00	- Experimentar e refletir sobre a sensação de dependência	- Vivências relacionadas ao cuidar e ser cuidado, conduzir e ser conduzido, dependência do outro, medos, confiança x desconfiança, identificação com a criança, etc.	- Exercício "O cego e o mudo"	- faixas de pano para vendar os olhos dos participantes	- formar duplas em que um é cego e outro é mudo. O mudo conduz o cego durante 3 min, para explorar o ambiente. Invertem-se as posições por mais 3 min. Conversam entre si sobre a experiência vivida durante 3 min. Finalização no grupo completo, com relatos das duplas e reflexões do facilitador.
09:00-10:00	- Desenvolver a análise crítica sobre necessidades infantis - Re-elaborar o referencial de necessidades na perspectiva das necessidades essenciais da infância - Discutir aspectos do cuidado e do desenvolvimento da criança	- Cuidados, necessidades de saúde da criança. -Percepções sobre necessidades infantis - Conversando sobre cuidar de crianças em hospitalização na UTI - Crianças são sempre crianças.	- leitura e reflexão em grupo	- capítulo "O cuidado e as necessidades de saúde da criança" (parte inicial, pág 91 a 95) - Papel Kraft ou cartolina	- Leitura compartilhada do texto (cada um lê um parágrafo e passa a vez para o colega da esquerda) - Listar os aspectos mais importantes sobre o tema - identificar quais pontos do cuidado à criança considera mais avançados na sua realidade (UTI) e quais necessitam de maior investimento, tendo em vista sua atenção integral.
10:00-10:20	Café				
10:20 12h	- Continuação -Encerramento	- avaliação e confraternização	exercício de confraternização	Caixa de presente com bombons.	-Cada participante faz a avaliação. -confraternização com brincadeira sobre características individuais

Orientações para as atividades da oficina

- ✓ **Apresentação dos participantes**

Objetivo

Facilitar a expressão do participante e com isso estimular a refletir sobre sua vivência no cotidiano da UTI.

Convide as pessoas a permanecerem em círculo e olharem-se como um grupo que vai estar junto para fazer uma oficina de formação.

Orientações ao facilitador

- ✓ **Cuidados com o ambiente:**

Procure observar se o ambiente está confortável e acolhedor; use como analogia o ambiente uterino ideal; evite interferências de modo geral, barulhos indesejáveis, sons muito altos, etc. Somente quando a sala estiver preparada de acordo com o seu planejamento, convide as pessoas a entrarem no ambiente.

- ✓ **Entrada no ambiente:**

Estabeleça uma entrada única e individualize a chegada de cada um, fazendo um cumprimento em voz baixa para convidar as pessoas ao recolhimento.

Solicite às pessoas que caminhem em silêncio, inicialmente evitando o contato ocular com os outros. Utilize algumas consignas: “Vamos entrar e caminhar silenciosamente”; “Fique com você mesmo nesse primeiro instante”.

- ✓ **Observação e ocupação do espaço:**

Sugira que as pessoas reconheçam o espaço com o olhar e que, se sentirem vontade, desloquem-se a espaços mais distantes da sala. Estimule o grupo a explorar espacialmente o ambiente.

- ✓ **Dinâmica de Confraternização**

O pesquisador levará um presente (caixa de bombons ou similar que será distribuído a todos). Mas antes, realizar um sorteio com número da participante. Depois do sorteio, trabalhar da seguinte forma:

Parabéns. Você teve muita sorte, foi o premiado. Este presente simboliza o carinho, a compreensão e a amizade construídos durante este encontro. No entanto lhe dou uma triste notícia: este presente não será seu. Observe o grupo e entregue-o a quem você considerar a pessoa mais organizada.

Organização é algo muito importante, que bom que você possui esta virtude. Apesar de ser organizado, também não vai ficar com o presente. Por favor, levante-se e entregue-o à pessoa que você considera a mais feliz.

Felicidade deve ser construída em bases sólidas. Ela não depende dos outros, mas única e exclusivamente de nós mesmos. Todavia, mesmo com essa carinha mais feliz do mundo, o presente irá para alguém que na sua opinião, é uma pessoa meiga.

Meiguice não é muito comum hoje em dia, mas você possui esta qualidade, meus

parabéns. No entanto, o presente também não é o seu. Você com seu jeito meigo, passe o presente a quem você considera extrovertido.

Por ser assim extrovertido é que você foi escolhido para receber este presente. Infelizmente vou ter que lhe dizer que ele também não é seu. Passe-o para quem você considera uma pessoa corajosa.

Que bom ganhar um presente por ter a virtude da coragem. É isso que você vem demonstrando nestes dias aqui conosco. Com isso temos a certeza de que não vai ser difícil passar este presente a quem você considera muito inteligente.

Inteligência é um dom que deve ser bem utilizado. Parabéns por você ter nos enriquecido com esse seu talento. Sabemos que há tantas pessoas que guardam seus dons só para o seu próprio bem... Inteligente como você é com certeza já sabe que também não vai ficar com o presente. Passe-o para a pessoa que você considera a mais simpática.

Para comemorar a sua simpatia, ofereça a todos os presentes, um largo sorriso. Uma pessoa simpática como você, com certeza não vai ficar triste por não ficar com o presente. Queira entregá-lo a quem você acha muito dinâmica.

Dinamismo é força, coragem, compromisso, energia. Trabalhadores de saúde e educadores têm por missão multiplicar boas idéias e bons propósitos. Para isso, o dinamismo é uma qualidade muito importante! O mundo precisa de gente dinâmica como você. Parabéns! Mas passe este presente a quem você considera uma pessoa solidária.

Solidariedade é uma virtude muito rara neste mundo, infelizmente... Você está de parabéns por ser solidário com os que precisam tanto de sua ajuda. Mas apesar de possuir uma qualidade tão fundamental, o presente também não vai ficar com você. Entregue-o a quem você considera uma pessoa alegre.

Alegria com certeza faz bem a muitos corações. Pessoas alegres, como você, transmitem otimismo, entusiasmo, alto astral. Com esta sua característica, passe o presente a quem você considera elegante.

A Elegância, sem dúvida, complementa a criação humana e torna sua presença marcante. Uma pessoa elegante sobressai em qualquer reunião ou evento. Apesar de tudo isso, você vai ter que passar este presente para uma pessoa que você acha muito bonita.

Ótimo, você foi escolhida como uma pessoa muito bonita. Mostre sua beleza desfilando para todo o grupo. Muito bem, você desfilou maravilhosamente, mas lamentamos dizer que o presente também não será seu. Passe-o para quem, na sua opinião, transmite paz.

O mundo todo clama por Paz e você, naturalmente possui tão grande riqueza. Transmitindo sua paz para todos nós, entregue este presente a quem você considera uma pessoa generosa.

Generosidade! Como precisamos de pessoas que distribuem seus dons, seu tempo, seus cuidados. Por isso mesmo, você está sendo convidado a abrir o seu presente e dividi-lo com todos os participantes dessa confraternização.

Para todos nós que também somos um pouco organizados, felizes, meigos, extrovertidos, corajosos, inteligentes, simpáticos, dinâmicos, solidários, alegres, elegantes, bonitos, pacíficos e generosos, PARABÉNS e SUCESSO em tudo que fizermos, pelo desenvolvimento dos outros e de cada um de nós!