



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Maria Rita Rodrigues Vieira

**O Processo de Trabalho do Enfermeiro em
Unidades Pediátricas em um Hospital de
Ensino: Implantação de um Programa
Educativo**

São José do Rio Preto
2007

Maria Rita Rodrigues Vieira

O Processo de Trabalho do Enfermeiro em
Unidades Pediátricas em um Hospital de
Ensino: Implantação de um Programa
Educativo

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto para
obtenção do Título de Doutor no Curso
de Pós-graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático: Medicina e
Ciências Correlatas.

Orientadora: Prof. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler

**São José do Rio Preto
2007**

Vieira, Maria Rita Rodrigues

O processo de trabalho do enfermeiro em unidades pediátricas em um hospital de ensino: implantação de um programa educativo / Maria Rita Rodrigues Vieira
São José do Rio Preto, 2007
198 p.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP
Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Gerales Soler

1. Enfermeiro; 2. Processo de Trabalho; 3. Educação Conscientizadora; 4. Pediatra; 5. Hospital.

MARIA RITA RODRIGUES VIEIRA

O Processo de Trabalho do Enfermeiro em
Unidades Pediátricas em um Hospital de
Ensino: Implantação de um Programa
Educativo

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTORA

Presidente e Orientadora: Prof^a. Dr^a. Zaída Aurora Sperli Geraldes

Soler

2º Examinador: Prof^a. Dr^a. Carmen Gracinda Silvan Scochi

3º Examinador: Prof^a. Dr^a. Regina Aparecida Garcia de Lima

4º Examinador: Prof^a. Dr^a. Claudia Bernardi Cesarino

5º Examinador: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Farinha Martins Furlan

Suplentes: Prof^a. Dr^a. Lucila Castanheira Nascimento

Prof^a. Dr^a. Lucia Marinilza Beccaria

São José do Rio Preto, 21/06/07.

Sumário

Dedicatória.....	i
Agradecimentos Especiais.....	ii
Agradecimentos	iii
Epígrafe	iv
Lista de Quadros e Tabelas	v
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	vi
Resumo.....	viii
Abstract.....	x
1. APRESENTAÇÃO.....	01
2. INTRODUÇÃO	05
2.1. Escolha e delimitação do objeto de estudo.....	06
2.2. Organização e estruturação da assistência à saúde da criança no Brasil e a prática da Enfermagem Pediátrica	08
2.3. Objetivos	19
2.3.1. Geral.....	19
2.3.2. Específicos	19
3. REVISÃO DA LITERATURA	21
4. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
7. CONCLUSÕES	167
8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	169

9. ANEXO.....	185
10. APÊNDICES.....	187

Dedicatória

- ✓ À minha mãe Francisca, pelo apoio, incentivo, carinho, dedicação e colaboração.

- ✓ Aos meus filhos André e Guilherme, pela paciência, apoio, amor e compreensão pelos momentos de ausência.

- ✓ Aos meus irmãos e sobrinhos pela “torcida”, apoio e amor e por acreditarem em minhas potencialidades.

- ✓ Aos profissionais que ao longo do tempo contribuíram para meu aprendizado na arte da pediatria, possibilitando-me uma visão crítica ao assistir crianças, adolescentes e familiares. Seus ensinamentos permitiram-me compreender a necessidade de integração da equipe de saúde para propiciar uma atenção humanizada no processo da assistência.

- ✓ Aos amigos que no decorrer de minha vida pessoal e profissional souberam dividir, somar, compartilhar, torcer e demonstrar carinho e atenção.

Agradecimentos Especiais

- ✓ À Profa. Dra. Zaída Aurora Sperli Geraldes Soler pela orientação segura deste trabalho, pela compreensão, amizade e incentivo sempre presente.

- ✓ À Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino pela paciência, atenção, carinho, amor e à capacitação que possui em Educação Conscientizadora, contribuindo muito na realização deste trabalho.

Agradecimentos

- ✓ As crianças e aos adolescentes por se constituírem nos últimos anos o principal objeto de minha atenção e preocupação profissional.
- ✓ As enfermeiras das unidades pediátricas pela atenção, compreensão, colaboração e carinho nos momentos em que passamos juntas.
- ✓ Aos alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem pelo incentivo à pesquisa nesta temática, para a melhora do ensino e aprendizagem.
- ✓ Às docentes do Departamento de Enfermagem Especializada pela compreensão e apoio.
- ✓ Às docentes da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, Daise Lais, Dóris, Marlene e Maria de Fátima, pelo incentivo, apoio, compreensão e carinho.
- ✓ A todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

...“Pensar certo demanda profundidade e não superficialidade na compreensão e na interpretação dos fatos. Supõe a disponibilidade à revisão dos achados, reconhece não apenas a possibilidade de mudar de opção, de apreciação, mas o direito de fazê-lo. Mas como não há pensar certo à margem de princípios éticos, se mudar é uma possibilidade e um direito, cabe a quem muda - exige o pensar certo - que assuma a mudança operada ”.

Paulo Freire

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1. Identificação do desenvolvimento da coleta dos dados	43
Tabela 1. Caracterização das enfermeiras em relação à idade, tempo na enfermagem e tempo de atuação em pediatria	48
Tabela 2. Caracterização das enfermeiras quanto à capacitação em Pediatria e escolha da área para trabalhar.....	51

Lista de Abreviaturas e Símbolos

AIDPI	- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNCTIS	- Conferência Nacional de Ciências e Tecnologia e Inovação em Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	- Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
DIR	- Direção Regional de Saúde
FAMERP	- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FUNFARME	- Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto
HB	- Hospital de Base
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	- Programa da Saúde da Família
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem

SCP	- Sistema de Classificação de Paciente
SUDS	- Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo

O interesse na qualidade da atenção à saúde da criança no Brasil tem tomado por referência os altos índices de morbidade e mortalidade infantil ao longo dos tempos e contado com orientações de órgãos mundiais, transnacionais e de proposições advindas de organizações nacionais. As propostas de intervenção incluem a participação integrada dos diferentes profissionais de saúde, respeitando-se as especificidades profissionais de cada um. Portanto, o **Objetivo Geral** deste estudo foi analisar aspectos relevantes sobre o processo de trabalho dos enfermeiros que atuam em unidades pediátricas em um hospital de ensino, do interior de São Paulo, de forma a planejar e implantar a educação conscientizadora no intuito de que reflitam a realidade de sua prática. Utilizou-se neste estudo o método descritivo com abordagem quanti-qualitativa e foi desenvolvido em dois momentos: o primeiro momento se realizou a análise descritiva e no segundo momento, para o desenvolvimento da atividade educativa, a análise temática de Paulo Freire. Preservando-se os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos fizeram parte do estudo 17 (73,9%) das 23 enfermeiras que atuavam em unidades pediátricas, nos turnos da manhã, tarde e noite, na referida instituição. No primeiro momento realizou-se o levantamento do universo temático, por meio de entrevista estruturada. Que permitiu traçar o perfil e percepções sobre a assistência que prestavam, verificando-se que: 52,9% tinham entre 25 a 30 anos; 76,5% tinham entre 3 a 10 anos de formada; 94,1% atuavam entre 3 a 27 anos na área de pediatria; 58,8% tinham feito alguma capacitação nesta área e

64,7% escolheram trabalhar em Pediatria. Os dados obtidos sobre suas percepções à gestão do processo de trabalho que realizam nas unidades pediátricas permitiram a identificação dos temas geradores para a ação educativa, que ocorreu em quatro encontros com círculos de discussão, constituindo o segundo momento desta pesquisa. Foram identificados quatro temas geradores: *o relacionamento interpessoal na unidade de trabalho; a importância de abranger o crescimento e desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro; a continuidade do tratamento no domicílio e o gerenciar em Pediatria.* Nos encontros da ação educativa houve a reflexão de como ocorre o processo de trabalho de enfermagem nas unidades pediátricas e quais soluções eram mais viáveis para mudanças neste contexto, de modo a melhorar a qualidade da assistência prestada. Isso permitiu concluir que a estratégia do método aplicado foi adequada para a reflexão quanto às dificuldades no seu processo de trabalho e a possibilidade de utilizarem o conteúdo gerado nas discussões para uma prática transformadora, no âmbito da enfermagem pediátrica.

Palavras-Chave: 1. Enfermeiro; 2. Processo de Trabalho; 3. Educação Conscientizadora; 4. Pediatria; 5. Hospital.

In Brazil, the interest in the attention quality to the child's health has been taking as reference the high infant morbidity and mortality indexes along the times, and it has been counting on orientations from world and transnational official services, and propositions from national organizations. The intervention proposals include different health professionals on integrated participation, being respected their own professional specificities. Therefore, the **General Objective** of this study was to analyze the main aspects on nurses' work process in pediatric units in a school hospital, interior of São Paulo state, to plan and introduce the consciousness education aiming at some reflexion of the reality of their own practice. This is descriptive study with quanti-qualitative approach developed into two moments: the descriptive analysis at the first moment; the analysis of Paulo Freire's generative theme for the development of the educational activity at the second. The ethical aspects of research with human beings were preserved as part of the study; 17 (73.9%) of the 23 nurses that have been performing in pediatric units in the morning, afternoon and night shifts participated in the study. At the first moment, the survey of thematic universe was made by means of a structured interview. It allowed to outline the profile and perceptions on the assistance that these nurses performed, observing that: 52.9% aged from 25 to 30 years; 76.5% have been graduated for 3 to 10 years; 94.1% have been performing for 3 to 27 years in the pediatric area; 58.8% had made some training in this area and 64.7% have chosen to

work in Pediatrics. The obtained data on their perceptions for the management of the work process in the pediatric units, allowed the identification of generative themes for the educational actions that took place in four meetings with discussion circles; this was the second moment of the research. Four generative themes were identified: the interpersonal relationship in the work unit; the importance of including the child's growth and development in the nurse's care; the continuity of the treatment at home and management in Pediatrics. In the educational meeting, there was the understanding of how the nursing work process occurs in the pediatric units, and which solutions were more feasible for changes in this context, to improve the quality of this assistance. This has allowed to conclude that the strategies of the method applied were appropriate for the reflection regarding their difficulties in the work process as well as the possibility to use the generative content in the discussions for a transforming practice in pediatric nursing environment.

Key-words: 1. Nurse; 2. Procedure Work; 3. Consciousness Education; 4. Pediatrics; 5. Hospital

1. APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática do processo de trabalho do enfermeiro que atua em unidades pediátricas foi surgindo gradativamente como extensão de experiências profissionais no âmbito da saúde da criança. Inicialmente atuando em Unidades Básicas de Saúde e fortalecendo-se ao longo dos anos de atuação na assistência e no ensino de enfermagem pediátrica.

Durante minha vida profissional, de início como enfermeira assistencial e, posteriormente, como docente e pesquisadora na área de enfermagem em pediátrica, tenho constatado que, muitas vezes, a assistência prestada à criança fundamenta-se basicamente na execução de programas, no âmbito da saúde coletiva, enquanto o atendimento na área hospitalar, via de regra, restringe-se à execução da prescrição médica e cumprimento de rotinas hospitalares.

O enfermeiro é o profissional da equipe de enfermagem com competência técnico-científico para o exercício da profissão e com atribuições privativas definidas na legislação profissional, como a coordenação, supervisão, orientação, capacitação da equipe de enfermagem, além da prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e delegação da assistência, segundo características dos elementos da equipe de enfermagem, sistematizando a assistência na busca da melhoria da qualidade.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), constitui-se em utilização de método científico. Diferencia a enfermagem das outras profissões da saúde, expressando atribuição privativa do enfermeiro no Brasil, como uma

prática profissional que envolve a visão integral do paciente/cliente, no aspecto diagnóstico, terapêutico e ético. Especificamente na área de Pediatria, a utilização da SAE exige que se leve em consideração o crescimento e desenvolvimento da criança, seu contexto familiar e social e os recursos disponíveis na comunidade para esta assistência.

Durante os anos nesta experiência de envolvimento com a saúde da criança, tornou-se um compromisso profissional buscar abordagens de melhor qualidade na assistência, de sua continuidade nos diferentes âmbitos de inserção da criança. Esta percepção permitiu a realização do mestrado neste enfoque e motivou outros estudo nesta área e no desenvolvendo desta tese de doutorado.

Assim, a elaboração deste trabalho sobre a qualidade da assistência do enfermeiro em unidades pediátricas hospitalar, toma como base experiências profissionais e diferentes fundamentos teóricos que são emergentes na atualidade a respeito de qualidade na atenção de enfermagem, em especial, na área de Pediatria. Esta pesquisa foi estruturada como segue:

- na Introdução, apresentam-se as justificativas e objetivos do estudo;
- na revisão da literatura mostra-se o quadro teórico sobre a qualidade da assistência, enfocando a enfermagem e a atenção à criança no âmbito hospitalar e em saúde coletiva;
- no percurso metodológico delinea-se a casuística, método, cenários e procedimentos de coleta, análise e apresentação dos dados;
- faz-se a apresentação e discussão dos resultados, relacionando-os à literatura científica sobre os assuntos abordados;

- faz-se as considerações finais e conclusões, apresentando-se algumas expectativas associadas ao objetivo e abrangência do estudo;
- apresentam-se as referências bibliográficas de acordo com as normas Vancouver.

2. INTRODUÇÃO

2. INTRODUÇÃO

2.1. Escolha e delimitação do objeto de estudo

Escolhendo como temática nesta pesquisa, o processo de trabalho do enfermeiro em unidades pediátricas de um hospital, tem-se como objeto de estudo conhecer o perfil do enfermeiro das unidades pediátricas da instituição estudada, seu conhecimento acerca da assistência que presta em sua unidade de trabalho e como busca integralizar sua prática profissional com os diferentes âmbitos de vivência da criança.

Justificando o interesse sobre a qualidade da assistência de enfermagem em unidades pediátricas, parte-se do princípio de que é preciso considerar que as ações de enfermagem em Pediatria sejam organizadas e inter-relacionadas a outras atividades de atenção em saúde. Desta maneira, promove uma intervenção dentro do contexto das necessidades da criança, proporcionando uma melhor qualidade de vida e de assistência. No Brasil, as investigações sobre a qualidade da assistência à criança são organizadas em dois pólos: o **hospital** e as **unidades de saúde** de serviços na comunidade.⁽¹⁾

O termo qualidade é entendido como um conjunto de características de produtos e serviços realizados de forma a atender ou superar as expectativas de satisfação das pessoas envolvidas, estendendo-se aos conceitos de qualidade de vida e qualidade ambiental. Existe uma relação do termo qualidade de vida com o conceito de saúde ou necessidades que pode atuar por meio das ações de saúde, caracterizada por uma multidimensionalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca seis domínios contidos na

tríade social, política e cultural: o físico, o psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e o espiritual. A noção de qualidade está intimamente ligada às ciências da saúde, pois desde sua formação, os profissionais são orientados para a melhoria ou recuperação da saúde e qualidade de vida dos pacientes. Fazem-nas por meio de uso de métodos, técnicas de diagnósticos e tratamento e simplificação de procedimentos que levem à obtenção de melhores resultados.⁽²⁻³⁾

Apesar da qualidade de vida não ser o único fator para o planejamento e avaliação dos resultados dos serviços de saúde, abrange elementos da história pessoal e da organização da vida cotidiana, revelando satisfações e demandas, inclusões e exclusões, interações coletivas e particulares com ambientes naturais e sociais. Neste contexto, o enfermeiro tem um importante papel a cumprir, cuja incumbência e responsabilidade ética é promover o cuidado de qualidade, precisando além da fundamentação científica e da habilidade e competência técnica, questionar e reavaliar as medidas assistências que estão sendo utilizadas. Para alcançar tal intento utiliza investigação científica de modo a analisar a assistência que está sendo desenvolvida e, assim, indicar os caminhos para o cuidado eficaz, preconizado na utilização da SAE.⁽⁴⁾

Na nossa profissão, uma das questões levantada com frequência diz respeito à atuação profissional do enfermeiro que, na maioria das vezes, orienta seu trabalho por ações administrativas, mais no sentido de assegurar o cumprimento de normas e de regulamentos do que em planejar, orientar e coordenar as atividades executadas pelos elementos da equipe. Por isso há

necessidade de investigar se o conhecimento e as experiências dos enfermeiros, que atuam na saúde da criança, permitem uma assistência com qualidade, integrada aos âmbitos de vivência da criança.⁽⁴⁻⁵⁾

Para tornar mais claro o foco deste estudo, fazem-se a seguir alguns recortes a partir da questão mais ampla do tema.

2.2. Organização e estruturação da assistência à saúde da criança no Brasil e a prática da Enfermagem Pediátrica

A atenção à saúde da criança no Brasil tomou por referência os altos índices de morbidade e mortalidade infantil. Ao longo do tempo, tem contado com a ajuda e orientações de órgãos transnacionais - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), OMS, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), além de proposições advindas de organizações nacionais relacionadas direta ou indiretamente ao Ministério da Saúde (MS). Ante tal perspectiva, uma das primeiras propostas de assistência em pediatria no Brasil data do início do século XX, baseada no ideário da puericultura, que propunha a monitorização do crescimento sadio, por meio da educação das mães, da transmissão de conhecimento e normas disciplinadoras de higiene, tidos como principal instrumento de intervenção.⁽⁶⁾

Até a década de 50 do século passado, os princípios de puericultura e as campanhas de vacinação marcaram as práticas de saúde, e os locais de assistência eram os postos ou centros de saúde. Da década de 50 até meados da década de 70 houve a prevalência da medicina previdenciária que era

oferecida aos trabalhadores e suas famílias, ficando em segundo plano a educação em saúde e a puericultura.⁽⁷⁾

Nos anos 70, foi proposto no Estado de São Paulo, o modelo da Programação em Saúde, com a introdução de atendimento médico individual nos centros de saúde. Neste modelo, o Programa de Assistência à Criança previa o acompanhamento do crescimento com um calendário de retornos seqüenciais, alternando consultas médicas e atendimento de enfermagem. Notava-se, assim, um passo inicial para melhor organização do atendimento infantil.⁽⁷⁻⁸⁾

O referido programa tinha como eixo norteador ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. O centro de saúde era o local de crianças sadias, recuperação das crianças de risco e/ou desnutridas menores de um ano, com algumas ações estendidas até a idade de cinco anos, tais como vacinação e suplementação alimentar.⁽⁷⁻¹⁰⁾

Na época havia três instâncias isoladas de prestação de assistência em saúde, cada uma com sua lógica de organização e produção da assistência segundo diferentes orientações, como segue:⁽⁶⁾

- a **federal**, vinculada à previdência social com os ambulatórios centrados na assistência médico-curativa, atendendo ao trabalhador legalmente inserido no setor produtivo, assim como sua família;
- a **estadual**, realizada por meio da secretaria de saúde, respondia pelo seguimento de saúde pública da parcela da população não incluída no sistema de assistência previdenciário, por não estarem formalmente vinculadas ao mercado de trabalho, isto é, crianças,

mulheres, portadores de doenças transmissíveis (como a tuberculose e a hanseníase) e a imunização;

- a **municipal**, que dispunha de poucos recursos e sua atuação era limitada aos ambulatórios do tipo pronto socorro.

Na década de 80, numa ação coordenada entre o Governo Federal, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Este programa propunha cinco ações básicas como resposta do setor de saúde aos agravos mais freqüentes e de maior peso na morbimortalidade de crianças de zero a cinco anos de idade: 1. aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; 2. controle da diarreia; 3. controle das doenças respiratórias; 4. imunização e 5. acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Os serviços deveriam estar preparados para resolver, a partir da unidade básica, a maioria dos problemas de saúde das crianças, inclusive os fatores indesejáveis do meio ambiente.⁽¹¹⁾

Com este programa, a partir de 1984, o MS marcou uma diretriz política para a expansão e consolidação da rede de serviços básicos. Para isso utilizou a estratégia da assistência integral, buscando agregar as diferentes instituições envolvidas na prestação da assistência à saúde, além de utilizar atividades de baixa complexidade e menores custos. Considerando o eixo integrador das ações básicas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, do recém-nascido ao adolescente era proposto por meio da sistematização de retornos ao serviço de saúde.⁽¹²⁾

O processo político desencadeado no início da década de 80, com o ideário de uma efetiva mudança de práticas e na configuração de um sistema único de saúde, foi denominado Reforma Sanitária. Um marco desse movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que mobilizou um amplo debate com a sociedade, propondo como meta principal a regulamentação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e um sistema único de organização à saúde com financiamento específico para o setor.⁽⁶⁾

Em 1987, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) significou uma etapa intermediária de organização visando à descentralização, pretendida pelo movimento da Reforma Sanitária, com a municipalização dos serviços de saúde.⁽¹³⁾ O grande marco ocorreu em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal, contemplando no Capítulo II – Da Seguridade Social, as determinações da VIII Conferência, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).⁽¹⁴⁾

Os princípios norteadores do SUS são universalidade, equidade, integralidade e organização da assistência em saúde de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da comunidade. A proposta concebia a existência de uma rede básica de serviços de saúde, hierarquizada em relação à sua complexidade tecnológica em nível primário, secundário e terciário. O nível primário funcionaria como porta de entrada do sistema, oferecendo os cuidados básicos de saúde. Incluiria a atenção médica integral, referenciando os casos mais complexos para os demais níveis. Deste modo ficava em destaque a proposta de universalidade da assistência, integração

dos serviços e a municipalização da saúde, expandindo e consolidando a rede básica de saúde.^(12,15)

Em relação à criança, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº. 8069 de 1990,⁽¹⁶⁾ consolidou juridicamente a proteção a este grupo social. Esta regulamentação jurídica representava uma possibilidade de efetiva atenção, comprometida com a vida das crianças, buscando além do monitoramento do crescimento e desenvolvimento satisfatórios, organizar a assistência contemplando-a como sujeito. Assim, visava a promoção e a proteção das crianças, priorizando os diferenciais do viver de cada comunidade e a determinação das condições de existência no processo saúde/doença.⁽¹⁷⁾

O processo de descentralização do SUS, no estado de São Paulo, encontrou vários modelos de organização de serviços locais: os postos ou centros de saúde, as unidades básicas, antigos ambulatórios da Previdência e precários serviços municipais. A maioria desses serviços organizou a assistência na ótica do pronto-atendimento voltado à demanda espontânea, instalando uma prática individual, curativa e centrada na queixa mais imediata. Poucas unidades preservaram ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, educação e saúde e a vacinação.⁽⁶⁾

Em 1990, governantes e lideranças nacionais e internacionais reuniram-se em Nova York em evento denominado Cúpula Mundial pela Criança, com o objetivo de deliberar um conjunto de medidas para garantir às crianças melhores condições de vida. Algumas metas foram traçadas, com prazo máximo de implantação o ano de 2000, visando reduzir a mortalidade infantil;

aumentar a cobertura imunológica e fornecer educação básica. Na ocasião, líderes governamentais comprometeram-se a ratificar a Convenção sobre os Direitos da Criança, que havia sido aprovada por unanimidade pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989. Acreditava-se que o plano de ação com as metas e a estrutura legal estabelecida possibilitariam, no decorrer dos dez anos seguintes, a transformação da vida das crianças em todo mundo, uma vez que o direito à sobrevivência, desenvolvimento, proteção e educação infantil passou a ser uma imposição legal.⁽¹⁸⁾

As metas da OMS, apresentadas na Organização das Nações Unidas para 2015, representam um grande desafio para o mundo e conseqüentemente para as políticas nacionais e pesquisa em saúde no Brasil. Estas metas apontam os objetivos de desenvolvimento: a erradicação da pobreza extrema e da fome, a universalização do acesso à educação primária, a promoção da igualdade entre os gêneros, a redução da mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna, combate a AIDS, malária e outras doenças, a promoção da sustentabilidade ambiental e o desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento.⁽¹⁹⁾

No Brasil, o MS por meio do Conselho Nacional de Saúde e o Departamento de Ciências e Tecnologia vem discutindo as prioridades em saúde no âmbito nacional, com ampla consulta à comunidade científica e a representações da sociedade civil. A partir daí foi organizada em Brasília, em julho de 2004, a 2ª Conferência Nacional de Ciências e Tecnologia e Inovação em Saúde (CNCTIS). Neste evento o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com a

orientação de ação para todos os profissionais que lidam com a criança. Destacava os compromissos dos Estados e Municípios neste contexto e os principais eixos de ações a serem desenvolvidas em toda rede de assistência à criança. Assim, são importantes as ações que viabilizem aos profissionais ter como foco de atenção a criança em suas necessidades e direitos, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos e unidades de alta complexidade, beneficiando a mesma com um cuidado integral e multiprofissional.⁽¹⁹⁾

Atualmente a assistência de saúde à criança engloba a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), iniciada em 1997 e adaptada às diferentes realidades epidemiológicas e operacionais das regiões do Brasil. Tal estratégia envolve simultaneamente aspectos preventivos de promoção da saúde, de diagnóstico e de tratamento, de forma a alcançar melhor custo-benefício na melhoria das condições de saúde da população infantil. Nesta intervenção busca-se a sistematização da atenção em saúde a menores de cinco anos, envolvendo avaliação, classificação e tratamento relacionados às principais causas de doenças e problemas de saúde que afetam este grupo etário. Engloba estratégias relativas ao Programa da Saúde da Família (PSF), com ações direcionadas à criança sobre aleitamento materno; alimentação e problemas nutricionais, agravos respiratórios; diarreia aguda e desidratação; interação com a família da criança cronicamente doente e promoção da saúde infantil. Entretanto, os maiores desafios na área de saúde da criança são, de forma geral, a melhoria das condições de vida das crianças e eliminação dos maus tratos e violência, de modo a reduzir a

mortalidade neonatal e a disparidade entre as condições de saúde e nutrição nas áreas rurais e urbanas.⁽²⁰⁾

Com relação à enfermagem, vários aspectos podem ser destacados quanto à evolução da assistência no âmbito da saúde da criança, no mundo e no Brasil:⁽²¹⁾

- a prática da enfermagem pediátrica tem início no século XIX, com Florence Nightingale (1820-1910) que recomendava cuidados à criança no aspecto de higiene, alimentação e recreação para que pudessem se desenvolver, ser protegida de acidentes, doenças e trabalhos excessivos. A recomendação de enfermagem para a assistência à criança tinha o mesmo recorte intelectual da medicina, que ressaltava conhecimentos sobre desenvolvimento e crescimento saudável;
- a origem da enfermagem pediátrica foi distante do hospital, pois as crianças eram cuidadas no domicílio e a preocupação era preservar sua saúde e prevenir para que não adoecessem. A partir do século XIX, o enfermeiro estava mais preparado para cuidar de crianças no processo agudo das doenças, mas despreparado para conduzir a criança durante a sua convalescença. Relata-se a inclusão da disciplina de enfermagem pediátrica em uma escola de enfermagem nos Estados Unidos (Saint Francis Hospital School of Nursing, em Hartford Connecticut), com propósito de apreender a criança como pessoa, compreendendo o efeito que a doença tem sobre ela, sua

reação mental e emocional, com a particularidade de estar em fase de crescimento e desenvolvimento;

- no Século XX, a partir da década de 40, a enfermagem busca um referencial teórico que a instrumentalize para atender as necessidades da criança no aspecto psico-pedagógico, mas ainda busca na clínica anátomo-patológica os fundamentos do trabalho. Enfatiza-se o corpo biológico individualizado, mas vendo a criança como um ser em crescimento e desenvolvimento torna-se impossível desvinculá-la de sua família e de seu meio ambiente. Assim, torna-se necessário o estudo do comportamento e de suas relações sociais como imprescindíveis para atender as necessidades emergentes na atenção à criança;
- no Brasil, com o vínculo de enfermeiras norte-americanas, trazidas pela Fundação Rockefeller na década de 20, chegam os conhecimentos de enfermagem pediátrica, que progressivamente vão sendo reproduzidos nas escolas de enfermagem.
- no Brasil houve a expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, com ampliação da prática médica e de quantidade dos serviços, além de incorporação crescente da população ao seu atendimento. Nestes programas, pela extensão da demanda e de serviços ocorre elevação de custos, utilizando-se como estratégia de racionalização a participação de vários agentes, constituindo o trabalhador coletivo, complementando e às vezes substituindo o médico, preservando o ato médico naquilo que é indispensável.

Assim, os trabalhadores de enfermagem, principalmente o enfermeiro, passam a ser amplamente inserido na imunização, na educação em saúde e em tarefas complementares ao ato médico;

- paulatinamente a prática de enfermagem pediátrica passa a ser discutida como integrante do processo de trabalho em saúde, tanto no modelo de saúde individual quanto na saúde coletiva, vistos como complementares. Para atender às necessidades das crianças, o enfermeiro deve tomar por base o conhecimento anátomo – fisiológico, psicológico e social, como instrumento para intervir em nível individual, apontando necessidades que não são exclusivamente clínicas;
- apesar da visão mais abrangente das necessidades de saúde da criança, via de regra, a prática de enfermagem pediátrica hospitalar ,no Brasil, está mais direcionada à realização de procedimentos prescritos por médicos. Enquanto o processo de trabalho em saúde coletiva, nos programas de proteção e assistência à criança, oferece uma maior oportunidade para o enfermeiro atuar. Mesmo assim, muitas vezes limita-se a reproduzir a normatização e padronização de características do desenvolvimento, perdendo a oportunidade de visualizar seu objeto de trabalho com determinações mais concretas como as relacionadas às condições da criança.

Atualmente, a prática da enfermagem pediátrica no Brasil envolve os modelos de atenção à saúde básica e a hospitalar. Na rede básica pública encontramos algumas unidades com serviço de puericultura, sendo feito o

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento até cinco anos de idade, imunização, educação para as mães sobre alimentação e higiene, campanhas de vacinação, entre outras ações. Em unidades de PSF são implantadas ações sistematizadas de atenção integral em diferentes agravos e de promoção de saúde da criança. No âmbito hospitalar público (SUS) verifica-se a atuação em unidades de emergência, clínica, neonatologia e unidades de tratamento intensivo (UTI).

Assim, até os dias atuais constatam-se âmbitos diferentes de prática de atenção à saúde da criança e da atuação na área de enfermagem pediátrica no Brasil, porém geralmente não há integração entre os modelos de atenção hospitalar e de saúde coletiva, provocando uma descontinuidade na assistência prestada. Ante o exposto, esta pesquisa tem os objetivos descritos a seguir.

2.3. Objetivos

2.3.1. Geral

Analisar aspectos relevantes sobre o processo de trabalho dos enfermeiros que atuam em unidades pediátricas de um hospital de ensino localizado no interior de São Paulo, de forma a obter subsídios para planejar e implantar a educação conscientizadora, no intuito de que reflitam a realidade de sua prática profissional em pediatria.

2.3.2. Específicos

1. Apresentar o perfil dos enfermeiros incluídos na pesquisa, quanto a dados sócio-demográficos;
2. Verificar seus conhecimentos e especificar a prática de enfermagem pediátrica que realizam;
3. Elaborar e implantar um programa de educação conscientizadora aos enfermeiros incluídos nesta pesquisa.

Para desenvolver com maior abrangência os diferentes aspectos relacionados à temática da assistência em pediatria e do processo de trabalho do enfermeiro, buscamos delinear uma reflexão em bases teóricas de modo a embasar como deve ser o agir do enfermeiro na assistência a criança. A teoria ajuda na busca de sistematização e organização das observações feitas na

prática e nas estruturações das ações visando alcançar os objetivos determinados.⁽²²⁾, como se apresenta a seguir.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3. REVISÃO DA LITERATURA

As ciências humanas, ao tomar a saúde como objeto de estudo, passam a analisar as práticas do cuidado, levando em conta a qualidade do cuidado, as expectativas dos clientes, a resolutividade das profissões, de forma a tornar os cidadãos e profissionais mais conscientes de seu papel social, reformulando conceitos de saúde, doença, relações familiares, bioética e outros aspectos, além do papel do Estado e da sociedade.⁽²³⁾

Na contextualização de como se situa a qualidade da assistência em saúde quanto ao desenvolvimento de competências do enfermeiro nas diferentes áreas profissionais, o que envolve conhecimentos, habilidades e atitudes, relacionados aos conteúdos sócios culturais no histórico da profissão. O **primeiro limite** é a questão interna profissional que evidencia, muitas vezes, que os enfermeiros são preparados para serem auxiliares dos médicos, como executores de suas ordens e da organização ambiental e da ordem nas instituições de saúde. O **segundo limite** é o desenvolvimento histórico da enfermagem, marcado por estereótipos que condicionam sua imagem, levando a comportamento profissional ambivalente, destacando a insegurança técnica e a teórica e ações assistemáticas e não específicas. No **terceiro limite** está a luta pela auto definição profissional, revelando que enquanto alguns lutam por sistematizar a ação de enfermagem e enfrentam o aprofundamento teórico para definir o objeto e o campo específico de trabalho, outros resumem seu trabalho na execução de funções administrativas e normativas impostas pelas instituições.⁽²⁴⁾

Outros fatores que determinam o saber do enfermeiro são: os estágios no seu desenvolvimento profissional; a dependência total de outras disciplinas e paradigmas, seguindo o modelo médico de observações relacionadas com sinais, sintomas e doenças; a metodologia e funções para buscar o que é especificamente do enfermeiro, do que derivou uma busca de visão circular do indivíduo, seu mundo e um sistema para assisti-lo; a multiplicidade de recursos teórico e prático, numa visão relacional das diferentes concepções filosóficas, que possam explicar, descrever e prescrever ações do ser humano para o ser humano.⁽²⁴⁾

Consideram-se todas essas diretrizes da competência na análise da qualidade da assistência de enfermagem prestada pelo enfermeiro, fato colocado em foco a seguir.

3.1. Qualidade da assistência de enfermagem

Estruturar serviços com qualidade na atenção em saúde tornou-se assunto central nas diferentes áreas profissionais, nos tempos atuais. As qualificações para a determinação da qualidade na assistência prestada em saúde levam em conta certos padrões de análise previamente aceitos e que definem níveis de satisfação. Qualidade é o grau que determina que os serviços prestados ao paciente/cliente aumentam a possibilidade de resultados favoráveis. Na prestação de serviços de saúde ficam em destaque dois componentes de qualidade operacional, incluindo o processo executado e como os clientes percebem os serviços oferecidos. Na busca da excelência dos

serviços prestados em saúde são inter-relacionados vários fatores, com necessidade de planejamento, organização, coordenação, necessidades levantadas e posteriormente atendidas por meio da implantação de programas e serviços educacionais.⁽²⁵⁻²⁶⁾

O cuidado é entendido como o fenômeno resultante do processo de cuidar que não se restringe a uma ação técnica no sentido de fazer, executar um procedimento, mas inclui também uma forma atitudinal, pois implica na relação com outro ser humano para se confrontar consigo mesmo. Este processo desenvolve-se no âmbito das relações cotidianas entre pessoas que em alguns momentos de suas vidas necessitam de cuidado profissional em saúde. A atuação da equipe de enfermagem neste contexto tem sido amplamente discutida na atualidade, inclusive no Brasil, como uma característica essencial da sua prática, como um modo humano de ser e de atuar profissionalmente.^(2,27)

O enfermeiro como administrador da assistência de enfermagem, conforme consta em sua legislação profissional, tem ação privativa e é capaz de identificar as necessidades humanas afetadas e sistematizar o cuidado a ser prestado às pessoas, nas diferentes fases do seu ciclo de vida. Tal ação é denominada Processo de Enfermagem e prevê a organização da prática de enfermagem de maneira ordenada e sistematizada.⁽²⁸⁾

A atuação profissional com qualidade em enfermagem e em outras áreas profissionais exige o esforço contínuo de todos, de modo a fazer produzir melhor, definir o que é desejável e agir em conformidade com a ação a ser

feita. Fazer melhor é descobrir a melhor maneira de agir, levando em conta a própria experiência e o saber ser e estar.⁽⁵⁾

A área de enfermagem pediátrica tem passado por várias transformações ao longo do tempo desde sua implantação como disciplina obrigatória nos currículos de enfermagem. De início o ensino da assistência de enfermagem à criança teve como fundamento o ensino da patologia e de técnicas de enfermagem para atender particularmente a criança hospitalizada. Atualmente, com a estrutura curricular embasada nas novas diretrizes curriculares para o ensino de graduação, tem-se um referencial de ensino com visão crítica das condições de vida e de saúde, voltadas para a descentralização e regionalização dos serviços e a municipalização da saúde. Deste modo, tais diretrizes destacam posturas mais inovadoras e renovadoras, para a formação de um profissional crítico, reflexivo e consciente de seu papel social.⁽²⁹⁻³⁰⁾

A enfermagem moderna teve início no desdobramento do ato médico, com realização de tarefas suplementares e na análise de sua evolução ficam destacados três expressões de saber: as técnicas, os princípios e as teorias de enfermagem. As técnicas sempre tiveram a finalidade de dimensionar, disciplinar e hierarquizar os agentes de enfermagem no seu espaço profissional, com objetivo principal de auxiliar o trabalho médico. Já o conhecimento científico e as teorias de enfermagem buscam a delimitação e sistematização do espaço profissional do enfermeiro.⁽³¹⁾

Ainda há enfermeiros que procuram no modelo médico, realizar ações de trabalho que lhes dê satisfação profissional. Deve-se destacar que há momentos em que o trabalho da enfermagem é mediador entre o médico e seu

objeto de trabalho, como exemplo assistência ao recém – nascido normal, a termo e pré – termo em unidades neonatais; uso de incubadoras e berços aquecidos; controle de infecção hospitalar; coleta de amostras para exames laboratoriais; sondagem gástrica; administração endovenosa de fluídos entre outros. Para o enfermeiro o crescimento e desenvolvimento da criança representam oportunidade de desenvolvimento de competências e possibilidade de obter instrumentos na organização de suas ações, na estruturação ambiental, social e de programas de ações em diferentes instituições de saúde, assim como em creches, fornecendo subsídios para seu papel de educador a ser desempenhado junto às mães ou cuidadores.⁽²¹⁾

Especificamente na atenção em Pediatria são vários os significados e fontes de conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser considerados pelo enfermeiro, como se apresenta a seguir.

3.2. Qualidade da assistência à criança

Na assistência à criança, o enfermeiro precisa ser capacitado nos conhecimentos, habilidades e atitudes específicas desta área, pois tal atuação profissional requer um preparo adequado para atender a criança em sua integralidade, sem separá-la do seu contexto de cidadania, cultural, social, biológico e psíquico. Ainda são escassos os estudos de enfermeiros brasileiros a respeito do cuidar, de relacionar-se com alguém de forma a tornar-se comprometido e responsável, valorizando seu ato profissional e destacando a profissão. Mais estudos e pesquisas devem ser realizados de modo que se

aprofundem os significados deste tema e quais seriam os atributos do cuidador, tanto na visão dos próprios enfermeiros quanto dos usuários dos serviços de saúde. Maior elucidação neste contexto deve subsidiar ações de melhor qualidade na atenção de enfermagem pediátrica, além de possibilitar a replicação de estudos desta natureza.⁽²⁷⁾

Outro ponto que norteia as ações do enfermeiro em Pediatria é o conhecimento de estratégias que estão sendo implementadas no âmbito do MS e de outros Órgãos Públicos Estaduais ou Municipais referentes à saúde da criança, de forma a entender e saber atuar nas ações estabelecidas nestas estratégias, buscando fundamentação teórica e prática.

De modo geral a enfermagem pediátrica incorpora também, os quatros aspectos essenciais da prática de enfermagem contemporânea:⁽³²⁾

- atenção à ampla faixa de experiência e respostas humanas à saúde e à doença sem restrição à orientação focalizada no problema;
- integração dos dados objetivos com o conhecimento alcançado a partir da compreensão da experiência subjetiva do paciente ou grupo;
- aplicação de conhecimento científico ao processo de diagnóstico e tratamento;
- estímulo a um relacionamento cuidadoso que facilite a saúde e a cicatrização.

A seguir faz-se uma breve explanação da qualidade da assistência pediátrica no âmbito hospitalar.

3.2.1. Qualidade da assistência hospitalar em Pediatria

O ambiente hospitalar é um meio hostil para a criança, pois se diferencia do seu cotidiano e, muitas vezes, priva-a dos seus costumes e preferências. Além disso, a doença e a hospitalização geralmente representam experiências desagradáveis e dolorosas para crianças e adolescentes. Tal situação provoca, muitas vezes, nas crianças atitudes de rejeição, depressão, insegurança, dependência e medo, entre outros aspectos relativos ao afastamento de seu ambiente social, familiar e afetivo.^(27,33)

Principalmente a partir do século XIX, nos países ocidentais, foram muitas as transformações na atenção à criança hospitalizada, geralmente relacionada ao modo de produção dos países, ao desenvolvimento da prática médica e ao valor social e significados dados à criança. No que tange à enfermagem, dados da literatura norte-americana ressaltam que até 1930, a assistência de enfermagem à criança hospitalizada tinha por foco prevenir transmissão de agravos, promovendo isolamento rigoroso, constituindo-se em uma forma de agir que afastava a criança da convivência com familiares e destes com os profissionais. Assim, era pouco considerada a importância do crescimento e desenvolvimento no processo de tratamento, além de desconsiderar as reações psicológicas infantis e o impacto emocional da doença e hospitalização, fatos que ainda têm vestígios em algumas localidades, nos dias atuais.⁽³⁴⁾

Existem três perspectivas diferentes que norteiam a assistência prestada à criança no processo saúde–doença em instituição hospitalar, com

abordagens centrada na patologia, centrada na criança e centrada na criança e sua família. Cada hospital adota uma abordagem de assistência que, mesmo não estando explicitada em seus regimentos e normas, pode ser identificada na rotina diária da unidade.⁽³⁵⁾

O ideal seria a prevalência da abordagem centrada na criança e sua família, pois com isso haveria a integração entre a área hospitalar e o atendimento básico à saúde, com um adequado sistema de referência e contra-referência. Desse modo seria possível alcançar diminuição do número de internações e promover atenção e prevenção de agravos à saúde de forma efetiva.

A partir de 1950, a literatura a respeito da atenção à criança em ambiente hospitalar vem explorando a temática da humanização, enfatizando os benefícios da participação da mãe ou acompanhante e a mediação de conflitos junto aos profissionais de saúde e a instituição. Muitas vezes tais estudos referem-se às crianças com doenças crônicas, ou em situações de internação prolongada, buscando-se subsídios para compreender a vivência da criança e seus familiares no contexto da internação em unidades pediátricas.⁽³⁶⁾

As interações terapêuticas e humanizadoras com a criança hospitalizada visam tornar essas experiências menos dolorosas e agressivas, prevenindo maiores prejuízos ao seu desenvolvimento psicossocial e situações de crise. Deve-se oferecer à criança oportunidades para que ela expresse seus sentimentos e necessidades, ouvindo também a família e acompanhante, oferecendo apoio para que possam enfrentar os problemas e facilitar a adaptação e o relacionamento com profissionais do âmbito hospitalar.⁽³³⁾

As transformações da política de saúde infantil e o fortalecimento das ações curativas, com advento de novas tecnologias, propiciaram cada vez mais as ações de enfermagem no contexto hospitalar, resultando na necessidade de uma assistência diferenciada à criança. Isto favoreceu a construção do saber da enfermagem nesta área.⁽³⁷⁾

No contexto da saúde coletiva, quanto ao atendimento de enfermagem em pediatria em unidades básicas de saúde podem-se ressaltar os aspectos que se seguem.

3.2.2. Qualidade da assistência de enfermagem no âmbito da saúde coletiva

A assistência de enfermagem à criança, particularmente no que se refere à atuação do enfermeiro na saúde coletiva segue determinações dos programas instituídos pelo MS, segundo proposição de ações na promoção, proteção e recuperação da saúde. Porém, em muitas unidades básicas, a equipe de saúde deixa em destaque o pronto atendimento ou o atendimento por demanda de queixas, relegando o atendimento no foco de ações mais direcionadas de saúde pública relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e na área de imunização.

Por outro lado, em unidades do PSF, geralmente os enfermeiros têm buscado uma prática mais sistematizada e de qualidade. O principal objetivo é o de reorganizar a prática de atenção de saúde à criança e outros grupos etários em novas bases, substituindo o modelo tradicional, levando a saúde

para mais perto da família. A atuação do enfermeiro, nesta área, visa promoção da saúde, consulta de enfermagem nos programas básicos (pré-natal, hipertensão/diabétes, puericultura/AIDPI), imunização, visita domiciliares, supervisão e treinamento de enfermagem aos agentes comunitários, além da coordenação da unidade. Mesmo assim, apesar de ter acesso a informações atualizadas, geralmente os enfermeiros expressam a necessidade de maior aprimoramento, evidenciando a importância de maiores investimentos na sua qualificação.⁽³⁸⁾

Um dos aspectos que deve ser ressaltado na atuação de enfermagem em pediatria é a prática da vacinação, que constitui uma das medidas mais eficazes dentre as propostas dos programas de Saúde Pública. No entanto, muitas vezes as Unidades de Saúde Pública não dispõem de informações, indicadores e instrumentais mais detalhados sobre o acompanhamento, de forma a permitir a utilização de estratégias específicas para as ações necessárias em sua área de abrangência.⁽³⁹⁾

Na estratégia do AIDPI, o enfermeiro atua, dentro de protocolo instituído na unidade, até no diagnóstico e tratamento da doença, pois a assistência visa a recuperação do quadro agudo e a educação para não ocorrência da recidiva da doença. Neste aspecto é incluído o atendimento nas infecções de vias respiratórias, com realização de consulta, o tratamento e as orientações das medidas preventivas, para que a criança não retorne com o mesmo quadro. Tal estratégia é mais implementada nas regiões norte e nordeste do país, que possuem menor quadro de pessoal referente à equipe de saúde.⁽¹⁹⁾

Diante do quadro teórico explanado, justifica-se a realização deste estudo, segundo os objetivos definidos, de forma a analisar aspectos relevantes sobre o processo de trabalho dos enfermeiros das unidades pediátricas da instituição hospitalar estudada e a partir daí planejar e implantar a educação conscientizadora no intuito de reflexão sobre a sua prática assistencial. Para obter tais informações seguiu-se o percurso metodológico definido adiante.

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1. A escolha do método

Trata-se de um estudo descritivo, que apresentou abordagem quantitativa e foi desenvolvido em dois momentos: o primeiro quantitativo, realizando-se a análise descritiva dos dados obtidos quanto à caracterização dos participantes do estudo e um segundo momento, com abordagem qualitativa, no desenvolvimento da atividade educativa, a análise temática de Paulo Freire⁽⁴⁰⁾. Alguns autores relatam que uma abordagem isolada muitas vezes não é suficiente para abranger toda a realidade observada, de modo que em algumas circunstâncias torna-se necessária a complementaridade.⁽⁴¹⁾

Na pesquisa qualitativa conhece-se e interpreta-se a natureza dos eventos, considerando a vivência dos sujeitos que descrevem a sua própria experiência.⁽⁴²⁾

Na atividade educativa utilizou-se o método da pedagogia conscientizadora de Paulo Freire, cuja educação busca a inserção crítica do homem na realidade. Propõe a reflexão autêntica sobre as relações do homem com o mundo, tomando como ponto de partida o seu aqui e agora, a percepção da situação. Tem como objetivos a transformação social, a troca de experiências, o questionamento, a individualização e a humanização. Seu conteúdo abrange problemas existentes nas experiências do cotidiano do sujeito, que sistematizados e teorizados pelo diálogo e participação, conduzem à reflexão e ação da realidade.^(40,43)

Neste método as aulas ou encontros dos que querem aprender determinado assunto são chamados de **“Círculo de Cultura”**; em lugar do professor tem-se o *“coordenador de debates”*. O *diálogo* substitui a aula discursiva; o que quer aprender é o *“participante do grupo”*; os pontos ou partes da programação do ensino são chamados de *“programação codificada e compacta” em unidade de aprendizado.*⁽⁴⁰⁾

O método da atividade educativa foi realizada em duas etapas:

- **O levantamento do universo temático**, onde o coordenador de debates buscou apreender o que os alunos já sabem, o que querem saber e o que precisam saber sobre o assunto em foco. Neste levantamento o coordenador foi paulatinamente estabelecendo os **“temas geradores”**, representados por palavras ou frases mais utilizadas pelos educandos.
- **A atividade educativa** constituiu-se na elaboração dos planos de ensino para cada tema gerador. Os temas geradores foram apresentados como situações-problemas codificadas, para a seguir, serem decodificadas. Realizou-se posteriormente um debate a respeito desta situação, proporcionando ao grupo a conscientização do tema gerador.⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾

4.2. Aspectos éticos

Antes da coleta de dados o projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de

São José do Rio Preto – SP, obedecendo-se aos preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa –CONEP.⁽⁴⁴⁾ Os dados foram coletados após parecer favorável do CEP (Anexo) e autorização dos responsáveis pelas unidades pediátricas da instituição hospitalar onde a pesquisa foi realizada. Os profissionais participantes, após serem esclarecidos da finalidade do estudo, leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Uma vez que a pesquisa foi realizada em dois momentos, foram utilizados dois termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1). Depois deste procedimento, aqueles que concordaram em participar responderam ao instrumento da coleta de dados e participaram dos círculos de discussão, nas atividades educativas. Nos círculos de discussão foi utilizado o gravador para que não houvesse interrupção nas falas, com autorização dos participantes.

4.3. O Cenário do Estudo

Esta pesquisa foi realizada junto às Unidades Pediátricas do Hospital de Base (HB), vinculado à Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME). A escolha deste campo de estudo deve-se ao fato de ser um hospital de ensino de referência para alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), onde desenvolvo atividades docentes, principalmente na área de Pediatria, desde 1994 no curso de graduação em Enfermagem da FAMERP.

O município de São José do Rio Preto é de médio porte, com estimativa populacional em 2004 de 398.079 pessoas (374.886 moradores de área urbana e 23.193 de área rural). Foi fundado em 19 de março de 1852, distando por rodovias cerca de 450 Km da Capital do Estado de São Paulo e 710 Km da Capital Federal. Com privilegiada localização geopolítica, fica distinguido como principal entre os 103 municípios que compõem a Direção Regional de Saúde XXII. Esta cidade é caracterizada como pólo que gera empregos para a maioria da população das cidades circunvizinha, além de ser referência para o atendimento à saúde em nível terciário da população de toda a região, de cidades mais distantes e até de outros Estados.⁽⁴⁵⁾

Segundo a organização da Secretaria de Saúde e Higiene do município, os bairros de São José do Rio Preto estão divididos em 5 pólos, com condições de infra-estrutura urbana diferenciadas, ficando os bairros mais carentes, com grande contingente populacional de baixa renda, com desemprego e sub-emprego, na parte norte da cidade, no Pólo II, incluindo aproximadamente 31% dos habitantes de São José do Rio Preto. A rede básica de serviços de saúde municipal conta com: **22** Unidades Básicas de Saúde, sendo **5** com pronto atendimento 24 horas; **1** pronto socorro central; **1** Ambulatório de Especialidades e **1** Ambulatório de Saúde Mental, referência para 101 municípios da região; **4** Ambulatórios de especialidades. A rede hospitalar é composta por 7 hospitais, como segue: **4 hospitais da rede privada**, sendo 3 gerais e 1 especializado; **1 hospital universitário**, geral – HB da FUNFARME; **2 hospitais filantrópicos**, sendo 1 geral e 1 especializado. Com exceção de 1 hospital geral, todos os demais são conveniados ao SÚS.⁽⁴⁵⁾

A seguir faz-se uma apresentação geral do HB, que constitui a unidade principal da FUNFARME. É um hospital geral, com 612 leitos, distribuídos em sete andares, considerado como instituição filantrópica, de ensino e de pesquisa. É hospital de referência do Estado de São Paulo e da DRS XV, sendo responsável por prestar atendimento à maior parte da população local e regional, principalmente a usuários do SUS, mas também atende a pacientes particulares e de convênios de saúde.

O HB é constituído de dois prédios de sete andares e um prédio térreo onde fica o ambulatório, unidades localizadas ao lado da FAMERP. Isto facilita as ações de integração docente-assistencial e de estágio, representando o principal campo de prática para os alunos de várias áreas profissionais, em especial em níveis de graduação e pós-graduação, nas modalidades de especialização, aperfeiçoamento/aprimoramento, de outras instituições de ensino da região, sendo o principal campo de estágio para alunos da FAMERP. Ao longo dos últimos anos, o HB assumiu um perfil de alta complexidade, pelas diferentes especialidades em saúde que ali são exercidas, da ampla tecnologia para diagnósticos e para tratamentos alternativos de diferentes patologias e do grande número de pacientes atendidos com as mais diversas morbidades. Entre as especialidades que se desenvolveram no HB estão: unidades de transplantes de fígado, rim, medula óssea, coração e pâncreas, oito unidades de terapia intensiva com características próprias e enfermarias diversas.

As Unidades de Pediatria do HB, locais de realização desta pesquisa, têm um total de 115 leitos de internação, localizadas no térreo, 4º e 5º andar. No **térreo** está situada a Unidade de Emergência Pediátrica com 14 leitos; no **4º**

andar estão as Unidades de Internação I e II com o total de 54 leitos, a Unidade de Tratamento Intensiva Pediátrica com 6 leitos, a Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal com 12 leitos, a Unidade de Tratamento Semi-intensiva Pediátrica com 4 leitos e a Unidade de Tratamento Semi-intensiva Neonatal com 11 leitos e no **5º andar** estão situadas as Unidades de Tratamento Intensivo e a Unidade Semi-intensiva Cardíaca Pediátrica, no mesmo ambiente físico, com 14 leitos no total.

Nas Unidades de Tratamento Intensivo - Pediátrica e Neonatal, o horário de visita é das 10 às 22h, porém quando há necessidade, o acompanhante permanece com a criança por mais tempo, enquanto na Unidade de Tratamento Intensivo Cardiológico as visitas são programadas das 15 às 17 horas.

4.4. Os Sujeitos do Estudo

O quadro de enfermeiros, em janeiro de 2007, nas Unidades Pediátricas do HB foi 23 enfermeiras: Unidade de Internações I e II - com 4, sendo uma para cada turno, em cada unidade, manhã e tarde; Unidade de Emergência Pediátrica – com 2, uma para cada turno manhã e tarde; Noturno, são 2 enfermeiras, uma para noites pares e outra para noites ímpares, que ficam nas Unidades de Internações I e II e Emergência; Unidades de Tratamento Intensivo e Semi-intensivo Pediátrica – com 4 enfermeiras, uma para cada turno, manhã, tarde e noite; sendo noturno, uma para noturno par e outra para noturno ímpar; Unidades de Tratamento Intensivo e Semi-intensivo Neonatal –

com 4 enfermeiras, uma para cada turno, manhã, tarde e noite; sendo noturno, uma para noturno par e outra para noturno ímpar; Unidade de Tratamento Intensivo e Semi-intensivo Cardiológica – com 4 enfermeiras, uma para cada turno, manhã, tarde e noite e no período noturno, uma para noturno par e outra para noturno ímpar; Chefia das Unidades: 3 enfermeiras.

No primeiro momento, no período de março a dezembro de 2005, este estudo foi dirigido a todos os 20 enfermeiros lotados nas Unidades Pediátricas do referido Hospital que estavam atuando neste ano, porém três enfermeiros não aceitaram participar. Assim, a amostra ficou constituída por 17 enfermeiros pertencentes aos turnos de trabalho da manhã, tarde e noite. Estes enfermeiros atuavam nas Unidades de Internação I e II, Unidades de Tratamento Intensivo Pediátrica, Neonatal e Cardíaca, Unidades de Tratamento Semi-intensiva Pediátrica e Neonatal e Unidade de Emergência Pediátrica.

Para o segundo momento, pela relevância dos temas geradores a enfermeira responsável pelas unidades pediátricas do HB, solicitou que o estudo fosse estendido a todas as 23 enfermeiras lotadas nas unidades pediátricas. Fez-se então, a divulgação com colocação de cartazes informando data, horário (13 às 14 e 19 às 20) e local. O objetivo do encontro seria explicar como ocorreriam os encontros do segundo momento da pesquisa. Os encontros foram marcados para o mês de outubro de 2006, porém não houve comparecimento das enfermeiras.

Em concordância com a enfermeira responsável, foi explicado o objetivo dos encontros, novamente, e individualmente, para todos os enfermeiros e assinado o termo de consentimento para aquelas que quisessem participar,

solicitando que indicassem um horário viável. A maioria solicitou o horário das 7 às 8h e o dia melhor, às quintas-feiras. Os encontros foram marcados para o final de janeiro e no mês de fevereiro de 2007. No encontro de janeiro, compareceram seis enfermeiras e quando foi explicado o método de educação que seria abordado e os temas, as mesmas solicitaram que deveriam estar presentes todas as enfermeiras, sendo os encontros agendados para o mês de fevereiro, no horário das 12 às 13:30 horas. Apesar de apenas uma enfermeira ter explicado o motivo de não estar participando da atividade educativa, das 23 enfermeiras, participaram 17 enfermeiras.

No segundo momento desta pesquisa, em fevereiro de 2007, foram realizados os círculos de discussão, segundo o método da educação conscientizadora, detalhado nos procedimentos de coleta dos dados.

4.5. Procedimentos para coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu em dois momentos que estão descritos no Quadro 1. Para o primeiro momento foi realizada a entrevista estruturada, que constou de dados que permitiram traçar o perfil e atuação dos enfermeiros, quanto à idade, tempo de formado, experiência na área, capacitação profissional e o conhecimento de sua percepção à assistência à criança, bem como do processo de trabalho (Apêndice 2).

A entrevista foi realizada pelo próprio pesquisador e aplicada individualmente no local e horário de trabalho dos sujeitos, sendo transcrita

manualmente e após, as respostas, as mesmas, eram repetidas pelo pesquisador e confirmadas pelos entrevistados.

No segundo momento foi realizado a leitura minuciosa da entrevista para definir o universo temático, identificando os temas geradores, que foram trabalhados na atividade educativa, segundo educação conscientizadora de Paulo Freire. A atividade educativa ocorreu em quatros encontros onde se realizaram os círculos de discussão, em fevereiro de 2007, na sala de reuniões do 4º andar, no horário das 12 às 13:30h, com duração de 1:30 horas cada um, estabelecendo-se um plano de ensino para cada encontro (Apêndice 3).

Esses encontros foram desenvolvidos sempre iniciando com a colocação de situações-problemas codificadas, realizando-se discussões relacionadas. Assim, após sistematização e teorização pelo diálogo e participação, houve a reflexão e a ação da realidade, por meio de dinâmicas que possibilitaram o conhecimento e reflexão do tema abordado.

Quadro 1: Identificação do desenvolvimento da coleta de dados.

Momentos da pesquisa	Período	Atividade Desenvolvida
1º momento	Março a dezembro de 2005	Entrevista estruturada
	Janeiro a março de 2006	Análise descritiva do perfil e atuação das enfermeiras
2º momento	Abril a julho de 2006	Levantamento do universo temático
	Agosto a dezembro de 2006	Elaboração da educação conscientizadora
	Fevereiro de 2007	Implantação da atividade Educativa

4.6. Procedimento para análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados quanti-qualitativamente, sendo que no primeiro momento foi utilizado a estatística descritiva. No segundo momento realizou-se a análise temática de Paulo Freire, que propõe a reflexão autêntica sobre as relações do homem com o mundo, tomando como ponto de partida o seu aqui e agora, a percepção da situação.

Na análise temática preconizada por Freire⁽⁴⁰⁾, o autor descreve 5 fases de elaboração e execução: 1- levantamento do universo dos grupos com que

se trabalhará; 2- escolha das palavras geradoras, do universo pesquisado; 3- criação de situações existenciais típicas do grupo que se vai trabalhar. São as codificações ou representações de aspectos da realidade, que fazem mediação entre o contexto concreto e teórico. O diálogo em torno delas deverá levar o grupo ao processo de conscientização; 4- elaboração de fichas-roteiro para auxiliar os coordenadores das discussões no seu trabalho e 5- confecção de fichas com decomposição das famílias fonêmicas correspondentes aos vocábulos geradores.

Essas 5 fases são utilizadas no processo de alfabetização proposto por Freire. Porém, a finalidade do presente estudo não foi de ensinar as pessoas a aprender a ler e escrever, e sim que elas se conscientizem da sua realidade. Por isso, utilizou-se o método como motivador das discussões das situações-problemas, com a finalidade de buscar soluções na transformação do seu processo de trabalho. Assim, o desenvolvimento prático deste método ocorreu em duas etapas: levantamento do universo temático e atividade educativa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Levantamento do universo temático

5.1.1. Identificação das enfermeiras do estudo

Como já mencionado, fizeram parte deste estudo 17 (73,9%) das 23 enfermeiras lotadas nas unidades de pediatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto, que consentiram em participar e estavam presentes no período de coleta dos dados, que atuavam em três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite. A totalidade de mulheres como enfermeiras nas unidades de pediatria deste estudo mostra resultado compatível com o que se verifica usualmente na prática pediátrica em nosso meio. Apesar de não existir entraves legais para o exercício por homens na enfermagem pediátrica, existe uma preferência na seleção por mulheres, destacando-se as características peculiares ao sexo feminino, quanto à maternidade e ao “cuidar” da criança.⁽⁵⁾

Os dados da **Tabela 1** indicam que apenas 2 (11,8%) enfermeiras do estudo tinham idade superior a 41 anos e que a menor idade encontrada foi de 25 anos; a maioria (76,5%) tinha tempo de formação em enfermagem entre 3 a 10 anos. Quanto a experiência na área de Pediatria só 1 (5,9%) tinha menos de 1 ano de atuação, enquanto as restantes atuavam na área em período que variou de 3 a 27 anos. No planejamento da assistência de enfermagem, em qualquer área, é grande a responsabilidade do enfermeiro, porque é privativo deste profissional determinar as medidas assistenciais que atendam às

necessidades dos pacientes e definir, também, as tarefas e responsabilidades das pessoas da equipe de enfermagem envolvidas no cuidado.⁽⁴⁾

O enfermeiro pediátrico necessita de prática condizente com a área, pois a criança requer uma assistência que respeite suas características, embasada no crescimento e desenvolvimento, seu contexto social e os agravos que a acometem. No mundo, o reconhecimento da necessidade de instrução especial para enfermeiros na assistência à criança seguiu os parâmetros da atenção à saúde da criança em domicílio. O primeiro hospital infantil foi construído em Paris, no ano de 1802, enquanto no Brasil a primeira clínica de atenção à criança foi criada em 1883, no Rio de Janeiro.⁽⁴⁶⁾

O enfermeiro para sua assistência precisa, também, conhecer e fazer cumprir a Resolução 41/95 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que estabelece os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, enfocando desde os aspectos da proteção à vida e à saúde até a ter uma morte digna. Contendo em seu texto vinte itens.⁽⁴⁷⁾

Os diferentes aspectos que envolvem a assistência de enfermagem com qualidade, nas várias áreas de saúde, como também em Pediatria, fundamentam-se em bases teóricas delineadas através dos tempos. Os fundamentos teóricos, particularmente as teorias relacionadas à enfermagem ajudam na sistematização e organização da prática e na estruturação das ações para o alcance dos objetivos determinados.⁽²²⁾

Tabela 1. Caracterização das enfermeiras em relação à idade, tempo na enfermagem e tempo de atuação em pediatria. São José do Rio Preto, 2007.

Variáveis	Enfermeiras	
	Nº	%
Idade (anos)	25 a 30	9 52,9
	31 a 40	6 35,3
	41 em diante	2 11,8
	Total	17 100,0
Tempo de formada na Enfermagem (anos)	3 a 6	7 41,2
	7 a 10	6 35,3
	11 a 27	4 23,5
	Total	17 100,0
Tempo de atuação em Pediatria. (anos)	Menos de 1	1 5,9
	3 a 6	7 41,2
	7 a 10	5 29,4
	11 a 27	4 23,5
	Total	17 100,0

5.1.2. Capacitação das enfermeiras na área

Nos aspectos de capacitação e atuação, observa-se na **Tabela 2** que 10 (58,8%) enfermeiras referiram que se capacitaram na área de Pediatria logo após a graduação, sendo 7 (41,2%) na forma de aprimoramento, 2 (11,8%) como especialização e 1 (5,9%) que não especificou a forma de

especialização. Em relação à escolha de atuação em Pediatria, nota-se que 11 (64,7%) responderam que tinham interesse especial na área, enquanto as restantes começaram a atuar por ser o local de oferta de emprego que conseguiram. Alguns aspectos são apontados na capacitação do enfermeiro para atuação na atenção à saúde da criança, considerando, por exemplo:⁽²¹⁾

- os problemas de saúde mais comuns durante o desenvolvimento da criança, o tratamento da doença e a forma de evitá-la;
- as respostas físicas e psicológicas da criança face à doença e aos vários tipos de medidas terapêuticas instituídas;
- os significados dos sintomas das doenças;
- estratégias de oferecer apoio e conforto à criança;
- olhar a criança em sua totalidade;
- aconselhar, orientar, apoiar e esclarecer os pais quanto à saúde de seu filho;

A qualidade sempre foi um ponto crítico na prática em saúde e na enfermagem, sendo que na área de Pediatria são constantes os questionamentos se realmente o enfermeiro que atua na atenção à criança tem consciência de seu papel no enfoque da melhoria da qualidade da assistência.⁽⁴⁸⁾ Considera-se o cuidar como razão de ser na enfermagem, mas oferecer cuidados apenas do ponto de vista técnico, sem prestar atenção à pessoa em sua integralidade e individualidade, é prova da insuficiência na qualidade da assistência. Também, mostra-se como foco de insatisfação de atuação profissional, pela indefinição do seu âmbito de ação na assistência à saúde, envolvendo aspectos de conhecimento, habilidades, crenças e valores

individuais, profissionais e institucionais de ser enfermeiro e estar exercendo a profissão.^(2,5,24)

Os motivos alegados pelas enfermeiras deste estudo que não tiveram a atuação em Pediatria como opção foram: *falta de oportunidade, só tinha vaga na área ou foi remanejada*. Também referiram que realizam cursos ou participam de eventos na área e se embasam em estudos de forma individual e na prática do dia-a-dia, não destacando a prática de treinamento em serviço de forma mais sistemática.

A equipe de enfermagem, diante de sua responsabilidade social de lidar com os indivíduos, não deve basear suas ações e tomadas de decisões confiando simplesmente na intuição, na habilidade técnica, no hábito e experiências cotidianas ou nas tradições, mas sim embasar-se nas teorias de enfermagem, que dão respaldo teórico para que suas ações sejam continuamente testadas e aperfeiçoadas.^(1,5,22,24,48-49)

Tabela 2. Caracterização das enfermeiras quanto à capacitação em Pediatria e escolha da Área para trabalhar. São José do Rio Preto, 2007.

Variáveis	Enfermeiras	
	nº	%
Capacitação em Pediatria	Não	7 41,2
	Sim	10 58,8
	Aprimoramento	7 41,2
	Especialização	2 11,8
	Não especificou	1 5,9
Total	17 100	
Escolha de trabalhar em pediatria	Sim	11 64,7
	Não	6 35,3
	Total	17 100

5.1.3. A assistência à criança

Estão apresentados e discutidos nos itens a seguir, de forma descritiva, os relatos das enfermeiras desta pesquisa quanto aos aspectos da qualidade da assistência de enfermagem nas unidades pediátricas que atuam. Todas as enfermeiras do estudo relataram prestar assistência integral à criança, desde cuidados simples aos mais complexos, enquanto 14 (82,4%) referiram procurar realizar ações educativas e 2 (11,8%) relataram abranger o estado emocional da criança no cuidado prestado, como se nota nos relatos abaixo:

... “faço tudo desde assistência básica até mais complexas”.

... “ ensino cuidados para casa”.

... “ planejamento, supervisão e execução”.

... “ todos procedimentos de enfermagem”.

... “ orientações sobre ordenha manual...; sobre situação do RN; apoio”.

... “ ensina e orienta os pais quanto aos cuidados necessários no hospital”.

... “ procuro ver como a criança é cuidada pela família...oriento para correção”.

... “ até orientação de controle de natalidade”.

... “ avalio a necessidade psicológica da criança e família”.

... “ visualizo o emocional da criança, explicando conforme o seu entendimento, o que está lhe acontecendo”.

... “ oriento a mãe para entender o tratamento”.

Na estruturação ambiental e social programática de atenção às necessidades da criança hospitalizada são abrangidas três estruturas: **a organização da assistência** (o espaço físico, os agentes e o trabalho), **o corpo e as emoções** (dor e prazer, dependência e autonomia) e **as relações sociais** (privação e vínculo, relações de poder). A compreensão do cuidar deve estar além do cuidado técnico ao doente, estendendo-se ao acompanhante tanto nos aspectos físicos como nos emocionais. Neste contexto, o enfermeiro é o elemento da equipe de enfermagem reconhecido com competência para contribuir com a promoção e manutenção das condições ambientais, sociais e emocionais da criança durante a hospitalização.^(1,46,48- 51)

Também, cabe ao enfermeiro buscar apoio da administração da instituição hospitalar ou de unidades pediátricas para proporcionar um ambiente favorável à criança, decorando tais setores com motivos infantis, cores alegres e mobiliário mais próprio para crianças. Ainda, fazer a supervisão para prevenção de acidentes, internar juntas as crianças da mesma faixa etária, promover facilidades para o brincar e para o âmbito educacional, seja a hospitalização de curta ou de longa duração.⁽⁵²⁻⁵³⁾

Neste estudo, 15 (88,2%) enfermeiras referiram não ter dificuldade em trabalhar com criança, mas destacaram ficar ansiosas em certas situações como com criança em estado grave; com o sofrimento da mãe; em considerar as especificidades da criança, pois “*é mais delicado*”; “*criança é uma caixinha de surpresa*”, “*você não está atenta a algumas partes de criança, seus medo, sua interação com a família*”; “*fica muito no “batidão”, depois que passa a assistência é que se reflete sobre este dado*”...

Para assistir a criança, o enfermeiro precisa reconhecê-la como um ser bio-psico-social em crescimento e desenvolvimento, em sua individualidade, nas suas necessidades básicas de nutrição, educação, socialização e afetividade, identificando as necessidades afetadas e sistematizando a assistência, além de informações sobre morbimortalidade, que alerte sobre grupos de alto risco para certos distúrbios, doenças e morte, avanços no tratamento e prevenção em áreas específicas para aconselhamento de saúde.^(32,52-56)

Sobre o tipo de atendimento realizado na unidade de trabalho, a maioria (11-64,7%) das enfermeiras relatou haver predomínio da assistência centrada na patologia, e fizeram algumas considerações:

... “ as vezes tenta levar a criança no global...considerar o crescimento e desenvolvimento, baixo peso, habilidade motora” .

... “ à noite há mais resolução do problema atual. ..leva em consideração o crescimento e desenvolvimento...dosagem de medicação e de outra área...”

... “sem consideração do crescimento e desenvolvimento, no caso de recém-nascido”.

... “ não leva em consideração o crescimento e desenvolvimento”.

... “prevenção é muito pouco...falta de recursos humanos. Não leva em consideração o crescimento e desenvolvimento.”

... “há um mistura do atendimento centrado na patologia e na criança. Leva em consideração o crescimento e desenvolvimento que é a parte primordial”.

... “poucas vezes consegue envolver a família...ao acompanhar o tratamento, não trata a família...fica mais com a criança...considera o crescimento e desenvolvimento.”

Existem três perspectivas diferentes que norteiam a assistência prestada à criança no processo saúde – doença, e cada hospital adota uma abordagem de assistência, mesmo não estando explicitada em seus regimentos e normas, pode ser identificada na rotina diária da unidade:⁽³⁵⁾

- Abordagem centrada na **patologia**: o foco de assistência está na doença e nos sinais e sintomas. O enfermeiro busca obter dados

relacionados aos problemas da criança, o diagnóstico da doença e a instalação das medidas terapêuticas. As crianças geralmente são agrupadas por enfermarias conforme diagnóstico médico e a tomada de decisão é centrada no médico, sendo que a interação com a família resume-se a alguns momentos;

- Abordagem **centrada na criança**: o foco da assistência é a criança, e tem por objetivo amenizar as repercussões psicológicas da hospitalização. Enfatiza-se as questões de crescimento e desenvolvimento e as necessidades clínicas, com maior incentivo à participação da criança e da família nos cuidados. A tomada de decisão é mais democrática, mantendo a família informada sobre as ocorrências e discutindo-se com os profissionais os resultados esperados;
- Abordagem **centrada na criança e sua família**: concebe-se a assistência como a interação de fatores biopsíquicos, sócio – cultural e ecológicos, com participação ativa, democrática e da família no planejamento, execução e avaliação do atendimento durante internação e pós-alta, compartilhada com os profissionais.

Nas unidades pediátricas deste estudo, observou-se pelas falas das enfermeiras que na prática diária da assistência há inter-relação entre abordagens, mais especificamente entre a centrada na patologia e centrada na criança, apesar de haver no hospital estudado uma estruturação ambiental com ambiente agradável e psicopedagoga orientando atividades recreacionais, respeitando a preferência da criança. Verificou-se que não é dada ênfase pelas

enfermeiras na participação da família/ acompanhante e da própria criança nos cuidados e, às vezes, não é respeitada a fase de crescimento e desenvolvimento da criança.

5.1.4. A interação com binômio criança – mãe/acompanhante

Na interação com o binômio criança e família, 10 (58,8%) enfermeiras relataram não ter dificuldade, enquanto 7 (41,2%) referiram ter boa interação apenas com a criança, como mencionado nos depoimentos:

... “ *procuro saber os hábitos da criança em casa para melhorar a assistência*”.

... “ *dificuldade maior com a família*”.

... “ *dificuldade para confortar a família em caso de morte*”.

... “ *não tenho muito contato com a família pelo horário e setor de trabalho(noturno e UTI)*”.

... “*gosto de criança, procuro me interar com família, mas tem família que é mais complicado*”.

... “ *interação com os aspectos da assistência e não com vida pessoal/particular da criança*”.

... “ *é gratificante interagir porque tem uma resposta positiva*”.

... “ *deixa a desejar*”.

... “ *dentro das exigências da Instituição deixa a desejar (volume de trabalho)*”.

... “ quando temos 50 crianças internadas temos 100, pois a família faz parte”.

... “ procuro sempre orientar os pais da melhor maneira”.

... “ mães com filho na oncologia vai perdendo a paciência e desconta na gente, entendo não me incomoda”.

... “ com a família quase não tenho contato”.

... “ maior preocupação com a família”.

... “ as vezes o médico usa linguagem que a mãe não entende”.

... “ penso nas coisas que estou fazendo, tem que ter o cuidado ao tratar a família, mas muitas vezes bato de frente com isso. Estou acostumada com a rotina do setor e as vezes esqueço que para a família é a primeira vez que esta vivenciando a situação. Tento me policiar bastante”.

Com a nova perspectiva de trabalho lado a lado com a família na internação pediátrica, o enfermeiro deve assistir e orientar também a mãe/acompanhante desde a admissão na unidade. Deste modo busca prestar assistência integral, considerando os aspectos emocionais em relação ao seu desenvolvimento bio-psico-social, atender aos pais em suas necessidades e criar um clima de confiança entre equipe de enfermagem, criança e família, minimizando o estresse decorrente deste processo.⁽⁵⁰⁻⁵²⁾

Neste estudo 7 (41,2%) enfermeiras referiram dificuldade em trabalhar com a participação da mãe/acompanhante. Estes dados são semelhantes a uma pesquisa que destacou ser comum em unidades de pediatria considerar apenas a criança como cliente, considerando a família como uma extensão da equipe, fazendo com que as necessidades da família deixem de ser

identificadas e atendidas. Trazer a família para o hospital é uma questão complexa, pois se de um lado a lei regulamenta sua permanência no setor, por outro, não dá as diretrizes para as relações entre trabalhadores de saúde e família. É comum a equipe de enfermagem referir que em muitas situações, a família “*atrapalha, incomoda*” o seu trabalho, principalmente, quando é muito questionadora. Mas várias condutas adotadas pela família são vistas como positivas, por estar melhor equipada e ter maiores condições de acompanhar a criança no processo saúde/doença e alertar para alterações no seu padrão de comportamento.^(35,57)

Tem sido relatado que a família vivencia intensamente o momento da hospitalização, priorizando a atenção que se destina à criança, muitas vezes acompanhada de uma entrega em que principalmente a mãe chega a se descuidar de suas próprias necessidades, como alimentação, repouso e sono. Portanto, é parte importante do tratamento da criança reduzir a ansiedade dos pais, incluindo a família no plano de atuação da equipe hospitalar, para obter melhor êxito na conduta terapêutica da criança hospitalizada.^(1,35,49,56-59)

Na formação de enfermeiros pediatras é necessário que seja ressaltado o conhecimento sobre o binômio criança/mãe, pois são profissionais atuantes na hospitalização da criança. No entanto, a presença do acompanhante no ambiente hospitalar colocou em xeque várias concepções e formas de atuação em Pediatria, contrapondo-se com pilares da formação que os profissionais receberam na graduação, criando resistências, medos e preconceitos. Também está presente a baixa aceitação pela equipe de enfermagem do saber

próprio da família assistida, a importância de conhecê-lo e adaptá-lo em benefício da criança.^(49-50,57-58)

5.1.5. As orientações para a continuidade do cuidado no domicílio

Quanto às orientações que as enfermeiras deste estudo fazem para o familiar/acompanhante acerca da continuidade do tratamento em domicílio, faz-se uma abordagem dos resultados obtidos de forma descritiva. Verificou-se que 9 (52,9%) enfermeiras relataram que se preocupam em orientar quanto a continuidade da assistência, geralmente buscando contato com a assistente social ou com a enfermeira da unidade de saúde de referência para a criança, enquanto 6 (32,3%) referiram que não realizavam orientação e 2 (11,8%) informaram que providenciavam e encaminhavam para a assistente social. Tais informações são ressaltadas nas colocações abaixo:

... “ se for pneumonia de repetição procura saber porque....se tem história de animais, poeira em casa...orienta as falhas...curativo orienta para ir no posto...orienta medicação dosagem – seringa mostrando”.

... “ não resolvo, deveria entrar em contato com assistente socialque entraria em contato com a unidade básica...para continuidade. Deveria ser elaborado um prontuário para acompanhar a mãe ou ser enviado para a unidade básica”.

... “ Oriento a mãe nos cuidados que pode realizar...outros oriento para postinho (injeção, inalação...)”.

... “ Ligo para enfermeira da unidade básica passando o que deve ser feito, mas não tem feedback. De maneira caseira, sem oficialização ou anotação”.

... “ Encaminho para o serviço social do hospital, que entra em contanto com o serviço social da cidade e eles é quem resolvem o acompanhamento” .

... “ na neo nunca precisei resolver...o RN sai e vai para a semi neo...a assistente social resolve” .

... “ Entro em contato com o posto e falo com a enfermeira. Tento entrar em contato com a assistente social para arrumar material necessário...na UTI não, porque não vai direto para casa”.

... “As vezes não fica sabendo que a criança vai receber alta. Acredito que muitas mães vão embora com muitas dúvidas e não dão continuidade ao tratamento e a criança reinternar” .

... “orientação da família; quanto ao cuidar”.

... “passa orientação e verifica se a mãe entendeu... – medicação dosagem – muito bem detalhada”.

... “ nunca vai direto da UTI para casa” .

... “ quando a mãe não tem muita orientação, ligo para enfermeira responsável na área de sua residência”.

... “ primeiro é avaliado se é uma assistência que a própria família vai dar, se é identificado que não tem condições é acionado o assistente social e a unidade mais próxima da residência. E também são marcados retornos próximo para verificar como está evoluindo”.

... “ não acompanho”.

A educação ou interação profissional em saúde para orientação do acompanhante mostra relação com a transição nos modelos assistenciais de saúde hospitalares. Antes eram pautados no enfoque centrado nos aspectos biológicos e contemporâneo e que atualmente busca abordar o cliente numa forma maior no dimensionamento de necessidades, reconhecendo e abrindo espaços para sua maior participação no processo de cuidar.⁽⁵³⁾

Deve-se reconhecer que o acompanhante em unidade pediátrica é um cliente do serviço e não uma mera companhia e que seus conhecimentos, sentimentos e comportamentos estão diretamente envolvidos no processo terapêutico instituído para a criança. Também o profissional de saúde deve lembrar que cotidianamente o acompanhante lida com a doença da criança, com o medo da morte, com as alterações nos papéis usuais de cuidado, com o cansaço cumulativo de dias e noites estressantes e de pouco repouso ou com as rotinas do mundo do hospital.^(32,50,53,55-56)

Outro aspecto a destacar é que as condições do contexto domiciliar e extra hospitalar influenciam a capacidade do acompanhante de cuidar-se e de cuidar da criança, demandando que a equipe de enfermagem se prepare para uma atuação conjunta. Muitas vezes o estresse da família se agrava quando a equipe de enfermagem, sem entender o que ocorre, traça suas intervenções no sentido de capacitá-los a cuidar do filho em casa, o que torna muitos esforços infrutíferos. É preciso analisar a demanda familiar para assistir a criança de forma holística, considerando-a em seu contexto, para melhores condições ao desenvolvimento da aprendizagem, evitando-se reservar somente o momento da alta para as orientações.^(50,53,56)

Ainda, outro fator que se coloca neste contexto de análise, é o fato do enfermeiro ser o profissional responsável pela forma de execução da assistência de enfermagem cuja essência é o cuidado. A atenção com o cuidado tem a responsabilidade e o compromisso de não ser encerrada na alta hospitalar do paciente, porque seu estado de saúde não está totalmente restabelecido.⁽⁵⁹⁾

Em relação a forma como percebem a integração entre a rede básica e a hospitalar, 8 (47,1%) enfermeiras relataram que não existe e que seria importante traçar estratégias para que esse ocorra, visando prevenir reincidências, como relatado:

... *“é importante, se conseguisse fazer a integração após a alta, pois são mais problemas sociais do que patológicos”.*

... *“ela não existe, deveria existir, tentamos fazer, mas não deu certo. Tinha muito problema de encaminhamento. Foi até feito curso para enfermeiros nas unidades básicas”.*

... *“a mãe é orientada, mas deve saber até onde é seu limite e quando deve procurar ajuda na unidade mais próxima de sua casa, com isso diminuindo as reinternações hospitalares”.*

... *“deveria existir. Traçar programa do profissional que trabalha na rede pública e hospitalar. Deveria haver um programa conjunto para prevenir reincidências. Se houver integração pode haver troca de experiências”.*

... *“acho que não tem na parte assistencial de enfermagem. Não tem nenhuma interligação. Está muito pobre, precisa melhorar. Seria muito importante, não teria muitas internações”.*

Para cinco enfermeiras seria ideal que existisse, pois facilitaria a continuidade do tratamento, teria a assistência completa. Como relataram:

... *“acho bom, porque fora do hospital a criança precisa de uma boa evolução. Fico com medo que a unidade básica não consiga dar a continuidade da assistência que foi realizado aqui”*.

... *“seria o ideal, porque a criança ia ter assistência completa, pois a maioria dos problemas poderia ser resolvidos antes. Exemplo: orientações a respeito da higiene, alimentação adequada, procura de ajuda financeira”*.

... *“é muito importante, porque são prematuros e têm uma série de atividades que devem ser seguidas em casa e quem vai acompanhar é a rede básica, tinha que passar tudo o que aconteceu aqui para a enfermeira que vai acompanhar, para dar continuidade e ver como vai ser o desenvolvimento desta criança”*.

... *“acredito que seria ótimo, é um acompanhamento. A rede básica acompanha como a criança se recuperou”*.

Sobre este aspecto, 2 (11,8%) enfermeiras mencionaram não saber como está o seu andamento, por trabalharem na área hospitalar e não ter contato com a rede básica:

... *“não sei como está, não acontece o retorno. Não estou em contato com a saúde pública”*.

... *“nunca pensei, pois só trabalho na rede hospitalar”*.

Uma enfermeira relatou que existe interação e que é muito fraca. E outra que é totalmente ligado. Como relatado pelas falas:

... *“acho muito fraca. UTI com rede básica não tem integração. Deveria ter, pois não temos notícias da criança e nem a enfermeira da unidade sabe o que aconteceu aqui”*

... *“acho que está totalmente interligado, primeiro atendimento é na rede básica e depois vem para cá”.*

5.1.6. Percepção sobre a unidade pediátrica de trabalho

De modo geral, quanto à percepção das enfermeiras deste estudo sobre sua unidade de trabalho, a maioria relatou ter boas condições, com enfoque nos recursos que a instituição oferece para o diagnóstico médico, por possuir variados tipos de atendimentos, do básico ao complexo e pelo pessoal ter carinho pelo que faz, como pode se explicitado nas falas a seguir, incluindo alguns inconvenientes que, na percepção das enfermeiras não atrapalham o atendimento:

... *“o pessoal é especializado; consegue-se dar orientações conforme vai trabalhando”*

...*“atendimento desde do básico até invasivo ”.*

... *“é eficiente em determinados períodos. É necessário maior número de pessoal”.*

... *“com muito seriedade, qualidade, tanto à criança como à família”.*

... *“boa alimentação, medicação, exames, médicos, ambiente, é feito diagnóstico com precisão”.*

... *“pessoal tem muito carinho pelo que faz, de qualidade com visão ampliada. Vê a criança como um todo”.*

... *“apesar da “briga”, há interação da equipe de saúde”.*

... *“tem muita gente interessada”.*

... *“pelo começo desde a porta, número de profissionais envolvidos, onde ocorre a resolução rápida. Equipe de enfermagem é boa, tenta preparo específicos para criança. Exame de boa precisão”.*

... *“tem funcionários bons, mas tem que ser trabalhado. Ser mais comunicativo, pela criança estar entubada, não conversar muito, tem que ter mais integração.”*

... *“é competente, a evolução é boa”.*

... *“ com algumas ressalvas”.*

... *“na UTI é intenso, é a urgência, geralmente são crianças muito grave, tem que estar muito atento. Tem que estar pronto para agir antes do problema acontecer. Ter agilidade, habilidade, controle emocional muito grande. Porque na psicologia não tem muito preparo”.*

Uma das dificuldades relatadas na atuação profissional em pediatria é a falta de habilidade em lidar com a criança entubada, o que foi ressaltado em outros estudos com relatos que o paciente entubado causa angústia a equipe e aos próprios pacientes, por constituir num obstáculo para efetivação do relacionamento equipe-paciente, tão necessário neste momento crítico.⁽⁶⁰⁾

Um dos aspectos aventados é a falta de motivação na comunicação, alta valorização da tecnologia empregada na assistência e pouco conhecimento das estratégias de enfrentamento dos problemas de comunicação em tais

situações, pelo fato do paciente encontrar-se incapacitado de ver, falar e às vezes de ouvir, além de muitas vezes haver diminuição da função cerebral.⁽⁶¹⁾

Porém, quando houve o questionamento sobre o **que facilita** e sobre o que **dificulta** a assistência em cada unidade pediátrica pesquisada, foram verificadas divergências de como a unidade é enxergada. Levou-se em conta as características de cada uma, pois em locais de atendimento de maior complexidade, há preocupação de prover tudo o que for necessário para a assistência.

Quanto aos aspectos citados que **facilitam** a assistência, são destacados: 5 (29,4%) enfermeiras relataram o gostar de trabalhar em Pediatria e o envolvimento com a equipe, como mencionado:

... “gostar de trabalhar em pediatria”.

... “envolvimento do pediatra no atendimento. Envolvimento da equipe no trabalho”.

... “equipe gosta do que faz, bem entrosada”.

... “bom relacionamento com equipe de saúde”.

... “a própria criança, o vínculo com a família”.

Para 4 (23,5%) enfermeiras, o ideal seria ter uma equipe com bom relacionamento, bem preparada, além da criança chegar na internação com uma história bem feita, como se nota nos comentários abaixo:

... *“abertura maior para recebimento da criança, dos pais. Quando a criança vem com uma história bem feita. Ambiente de trabalho, material com qualidade, bons equipamentos. Equipe de enfermagem com bom relacionamento”.*

... *“equipe de enfermagem entrosada, adequada, que dê conta da assistência”.*

... *“equipe treinada e com bom relacionamento. Bom preparo do pessoal de enfermagem”.*

... *“equipe treinada com capacidade técnica de boa qualidade”*

Outras 5 (29,4%) enfermeiras reforçaram como facilidade, ter disponíveis todos os meios adequados para diagnóstico e tratamento:

... *“facilidade de realizações de exames do mais simples ao mais complexo. Preocupação médica com a criança e a cura da doença. Todo tratamento liberado pelo hospital. Acompanhamento com nutricionista através de exames. Ter medicação própria”.*

... *“Instituição fornece meios para diagnóstico e tratamento de certa forma rápido”.*

... *“são todos os recursos”.*

... *“tem material médico-hospitalar disponível e espaço físico bom”.*

... *“pessoal treinado, médico 24 horas treinado, maioria dos materiais em mãos”.*

Sobre os meios para a assistência englobando relacionamento, material e conhecimento, 2 (11,8%) enfermeiras enfocaram ter todos os meios para isso, como relatado:

... *“confiança da equipe de enfermagem na médica responsável pela unidade, procura resolver os problemas. Relacionamento entre a equipe de enfermagem, material suficiente”.*

... “conhecimento adquirido para assistir a criança de forma global, trabalhos desenvolvidos. Os equipamentos necessários em algumas unidades. Quantidade de materiais, equipe bem treinada em alguns turnos e alguns setores. Integração na equipe profissional”.

Com relação aos fatores que **dificultam** a assistência, verificou-se:

- todas enfermeiras relataram o recurso humano insuficiente;
- 10 (58,8%) enfermeiras consideravam insuficientes os recursos materiais;
- 7 (41,2%) enfermeiras enfocaram dificuldades nos aspectos de relacionamento interpessoal;
- 5 (29,4%) enfermeiras consideravam que havia ineficiência no sistema de comunicação;
- 6 (35,3%) ressaltaram problemas no planejamento e organização da unidade e na divisão de serviço, incluindo problemas com área física, com os serviços burocráticos;
- 3 (17,6%) mencionaram dificuldades com o serviço de farmácia;
- 3 (17,6%) relataram falta de planejamento e organização das ações;
- 1 (5,9%) mencionou não haver uniformização nas unidades.

A falta de treinamento em serviço e falta de humanização foram relatadas de modo geral pelas enfermeiras deste estudo. São destacados problemas **burocráticos** quanto a:

- “recursos humanos – dimensionamento realizado como para adulto, o que acarreta falta de funcionário na equipe de enfermagem em todos os turnos e unidades”;

- “equipamento e materiais – tem que ser solicitados e vem com peças erradas, ocasionando complicações para a criança”;
- “falta de equipamentos e materiais em algumas unidades e ter que ir atrás dos mesmos para a assistência”;
- “falta de rotina, planejamento, organização na assistência e em relação aos materiais, fluxo e manutenção da unidade”;
- “não ter uniformidade na unidade pediátrica”;
- “UTI parece uma unidade fora da pediatria, afastada”;
- “divisão de serviço muito diferenciada em algumas unidades”;
- “médico impondo muito nas questões de resolução do enfermeiro”;
- “estresse muito grande”...“Falta de humanização”;
- “equipe de saúde que às vezes dá mais importância às técnicas”;
- “falta de conhecimento em algumas patologias tanto da equipe médica como da enfermagem”;
- “equipe de enfermagem não treinada em algumas unidades”;
- “relacionamento da equipe de saúde um pouco conturbada em algumas unidades”;
- “não comunicação de onde o enfermeiro vai ficar. Não ficar fixo na unidade”;
- “muito chefe para uma unidade só e não ter uma pessoa para solução de problema. Não ter um ponto central. Um manda para o outro”;
- “falta de interação entre todos os enfermeiros da Pediatria, todos deveriam falar a mesma língua”;

- “não ter continuidade do plantão; noturno parece um horário a parte”;
- “o enfermeiro do noturno faz tudo – serviço de lavanderia, cozinha, Raio X, exames laboratoriais – não tem operacional”;
- “despender tempo para ir atrás de recursos para o atendimento (farmácia, almoxarifado, equipamentos, manutenção e outros)”;
- “falta de informações na condução do tratamento, não integração na assistência com a equipe médica”;
- “ter que ser assistencial e administrativo ao mesmo tempo”;
- “falhas na cobertura de folgas – ter que ficar em duas unidades ao mesmo tempo e nem consegue ver a criança”;
- “educar funcionário resistente”;
- “não ter copa e banheiro em algumas unidades para funcionário”;
- “não ter sala de espera, banheiro e local apropriado para refeição para os pais, acabam tumultuando a unidade, por não terem onde ficar”;
- “política da Instituição esmagadora de motivação – as coisas são impostas e tem que ser feito, não ocorrendo uma troca de opiniões”;

Na análise de aspectos administrativos, de gestão de unidades de saúde os autores enfatizam que a ciência da administração não é exata, baseia-se na aplicabilidade de princípios flexíveis e que atendam a necessidades diferenciadas, numa estrutura organizacional. Os princípios fundamentais da administração devem direcionar as ações do administrador de uma empresa, não sendo diferente no cenário hospitalar. Devem ser um referencial, considerando a sua flexibilidade, como : princípio da divisão do trabalho e da

especialização; princípio da autoridade e responsabilidade; princípio da hierarquia; princípio da unidade de comando; princípio da amplitude administrativa e princípio da administração.⁽⁶²⁾

Existem organizações hospitalares que adotam a divisão de funções administrativas e assistenciais entre os enfermeiros, para ir ao encontro do contexto, da missão e objetivos da instituição. No entanto, geralmente há fragmentação do processo de trabalho do enfermeiro e aquele que tem ações administrativas. Geralmente estes recebem salários superiores em relação aos enfermeiros assistenciais, o que torna um cargo a ser almejado economicamente.⁽⁶³⁾

Verificou-se em pesquisa realizada junto a uma equipe de enfermagem que o enfermeiro hesita em participar do processo decisório e muitas vezes a equipe espera que a chefia resolva os problemas, pois, afinal, ganha para isso.⁽⁶⁴⁾ De modo geral, os enfermeiros compreendem que administrar é cuidar, já que se destina a uma finalidade imediata, de organização do cuidado, além de ter ação mediata, para prover condições de adequada realização deste cuidado. Quando os enfermeiros planejam, organizam, avaliam e coordenam, eles também estão cuidando.⁽⁶³⁾

A qualidade do cuidado é de certa forma preservada quando se considera a disponibilidade de recursos materiais adequados à prática assistencial, seja de caráter de consumo ou permanentes, além do que, dispor de tecnologia apropriada permite fazer um planejamento adequado e o espaço físico deve seguir normas exigidas para a construção de instituições de saúde.⁽⁶²⁾

Geralmente a falta de materiais destaca-se entre os fatores causadores de sofrimento no cotidiano profissional de trabalhadores da saúde, principalmente porque consome um tempo que poderia ser destinado à assistência. Tais fatos foram verificados na avaliação do gerenciamento no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, com análise da qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem.⁽⁶⁴⁾

Outro fator que muda a prática do cuidar é a idolatria pela técnica eficiente, porém menos humana, deixando prevalecer o cuidado técnico. Assim, as atividades relativas ao tratamento e à cura deixaram o cuidado humano menos visível, menosprezando a pessoa com suas necessidades de amor e respeito. O que também tem contribuído para a diferença do cuidar são as atividades burocráticas, que deveriam ser atividades - meios para se oferecer uma assistência humanizada, e não atividades – fins, que distanciam o enfermeiro do paciente. Nesta visão os profissionais focalizam sua atenção na doença e cura, ao invés de prevalecer o ser humano, sob a óptica de um ser fragilizado e vulnerável.⁽⁶⁵⁻⁶⁶⁾

São comuns no trabalho em saúde e na área de Enfermagem, a manifestação de sentimentos de mágoa, tristeza e humilhação, que são modalidades de sofrimento, geralmente referindo-se a situações de transferências de unidade, ou de turno de trabalho, sem consulta prévia. Essas alterações no trabalho são acatadas pelos profissionais porque têm medo de serem demitidos, mas repercutem na qualidade do trabalho que passam a desenvolver, pelas alterações emocionais e até físicas que provocam.⁽⁶⁷⁾

A seguir apresentam-se resultados deste estudo a respeito dos temas geradores que propiciariam a proposição e implantação de ações educativas conscientizadora, segundo os objetivos definidos na pesquisa.

5.2. Os temas geradores e seu desenvolvimento

5.2.1. Temas geradores

Após a leitura minuciosa dos dados coletados nas entrevistas, além de levar em consideração as frases e palavras emitidas, os temas geradores foram identificados de acordo com as frases que continham elementos comuns e que foram codificadas sob assunto pertinente e possível de ser trabalhado em nível de atividades educativas. Então, foram selecionados os temas geradores com as frases que apareceram nas falas das enfermeiras incluídas na pesquisa, resultando em quatro temas geradores, definidos em:

- O relacionamento interpessoal na unidade de trabalho;
- A importância de abranger o crescimento e desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro;
- A continuidade do tratamento no domicílio;
- O gerenciar em Pediatria que abrangeu três assuntos – *o planejamento e a organização da unidade, o dimensionamento de pessoal e o sistema de comunicação.*

A seguir estão descritos os temas geradores e as frases que os determinaram.

5.2.1.1. Relacionamento interpessoal na unidade de trabalho

No aspecto do relacionamento interpessoal na unidade de trabalho foram destacadas as seguintes falas:

... “Não há bom relacionamento com a equipe médica – não tem integração na assistência”.

... “Dificuldade maior com a família”.

... “Relacionamento da equipe de saúde um pouco conturbado em algumas unidades”.

... “Falta de interação entre todos os enfermeiros da pediatria, todos falarem a mesma língua”.

... “Dr. muito complicado para trabalhar, tumultuando o serviço”.

... “Falta de integração entre as unidades da pediatria”.

... “Dificuldade para confortar a família em caso de morte”.

... “Interação com os aspectos da assistência e não com vida pessoal/particular da criança”.

... “A interação com o binômio criança-mãe, dentro das exigências da Instituição deixa a desejar (volume de trabalho)”.

... “Às vezes o médico usa linguagem que a mãe não entende”.

... “Penso nas coisas que estou fazendo, tem que ter o cuidado ao tratar a família, mas muitas vezes bato de frente com isso. Estou acostumada com a

rotina do setor e às vezes esqueço que para a família é a primeira vez que esta vivenciando a situação. Tento me policiar bastante”.

... “Gosto de criança, procuro me interar com família, mas tem família que é mais complicado”.

... “Apesar das mães acabarem com a gente. Às vezes as mães são um incomodo, pois têm umas que são mais colaborativas e outras são ao contrário. Deveria ser desenvolvida atividade para este lado”.

... “Apesar da briga, há interação da equipe de saúde”.

5.2.1.2. A importância de abranger o crescimento e desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro

Foram enfatizadas as seguintes falas relativas a este tema:

... “Muitas pessoas trabalham com crianças sem preparo ...não gosta desta área”.

... “Predomínio do atendimento centrado na patologia”.

...“Às vezes tenta considerar os aspectos do crescimento e desenvolvimento”.

...“Leva em consideração o crescimento e desenvolvimento, principalmente na dosagem de medicação”.

... “Coloca música, canta, brinca”.

...“Pela rotina esquece de cuidar voltado para o crescimento e desenvolvimento”.

... “Houve melhora, mas não há estímulos, há reclamações de que a criança não esta no quarto e sim na escolinha”.

...“A carga do serviço não dá para ver a questão do crescimento e desenvolvimento”.

... “Fica mais com a criança, levando em consideração o crescimento e desenvolvimento. Respeita a idade quando tem que explicar alguma coisa, usando a brinquedoteca; mas poderia ser melhor, tem dia que está corrido”.

... “Nem sempre é levado em consideração o crescimento e desenvolvimento”.

... “Não leva em consideração o crescimento e desenvolvimento”.

... “A noite há mais resolução do problema no momento. Se tiver coleta de exame o resultado só é visto de manhã. Leva em consideração o crescimento e desenvolvimento, principalmente, na dosagem de medicação e de outra área (ex.: ortopedia)”.

... “Leva em consideração o crescimento e desenvolvimento que é a parte primordial. Cada criança passa por uma fase não pode barrar”.

... “Leva em consideração o crescimento e desenvolvimento quando está aqui, mas quando vai para casa não sabe como fica”.

... “Levando em consideração o crescimento e desenvolvimento. Se estiver limpa, bem alimentada. Faz medicação na brinquedoteca”.

... “Não leva em consideração o crescimento e desenvolvimento devido às características próprias – RN”.

... “Equipe de saúde que as vezes dá mais importância em técnicas”.

... “Mas acho que falta mais a parte de recreação”.

5.2.1.3. A continuidade do tratamento no domicílio

Neste enfoque foram ressaltados os comentários que se seguem:

... “Se for pneumonia de repetição procura saber história de animais, poeira em casa... orienta onde encontra falha... curativo, medicação orienta para ir no posto”.

... “Não resolvo... deveria entrar em contato com assistente social... ela entraria em contato com a unidade básica esclarecendo o caso para continuidade. Deveria ser elaborado um prontuário para acompanhar a mãe ou ser enviado para a unidade básica”.

... “Deveria ter continuidade do atendimento...o enfermeiro deveria fazer a história da assistência, que seria enviado para a unidade continuar a assistência”.

... “Orientação para mãe, principalmente...medicação...retorno, tudo é feito na alta”.

... “Ligo para enfermeira da unidade básica passando o que deve ser feito, mas não tem feedback... a maneira é caseira, sem oficialização ou anotação”.

... “Orientação da família quanto aos cuidados”.

... “Encaminho para o serviço social do hospital, que entra em contanto com o serviço social da cidade e eles é que resolvem o acompanhamento”.

... “Passa orientação e verifica se a mãe entendeu...medicação dosagem”.

... “Através da assistente social, porque tem atendimento no ambulatório”.

... “Na neo nunca precisei resolver,,,RN vai para a semi neo, assistente social é quem resolve”.

... “Se a mãe não tem condições para continuar a tratamento em casa, encaminhado para o conselho tutelar, para que veja como a criança está sendo cuidada”.

...“Entro em contato com o posto e falo com a enfermeira...tento contatar assistente social... Na UTI não, porque não vai direto para casa.... “Oriento a mãe nos cuidados que pode realizar e oriento para ir no postinho”.

... “Às vezes não fica sabendo que a criança vai receber alta. Muitas mães vão embora com muitas dúvidas e não dão continuidade ao tratamento e a criança reinternada”.

... “Nunca vai da UTI direto para casa”.

... “Quando a mãe não tem muita orientação, ligo para o enfermeiro responsável pela área de sua residência”.

... “Primeiro é avaliado a assistência que a própria família vai dar...se não tem condições, é acionada a assistente social e a unidade mais próxima da residência”.

... “Não acompanho”.

... “Orientação e treinamento com a família”.... orientação da família para procurar o posto de saúde. Às vezes escrevo bilhete para continuidade do curativo”.

5.2.1.4. O gerenciar em Pediatria

Para este tema gerador foram criadas três situações-problemas referentes à análise da entrevista. Para melhor compreensão no desenvolvimento das atividades educativas, foram abordados três sub-temas: *o planejamento e a organização da unidade pediátrica; o dimensionamento de pessoal e o sistema de informação.*

- **O planejamento e a organização da unidade:**

Foram destacadas as falas:

... “*Escala mensal* – parece que a UTI é um setor fora da pediatria, afastado...Serviço muito diferenciado...Médico impõe muito ...não deixa o enfermeiro ter sua autonomia... Estresse é muito grande devido à pressão, falta de humanização”.

... “Equipamentos que tem que ligar para pedir, as vezes vem com peças erradas e a criança necessita ficar no ambú, causando complicações. Ter que pedir respirador em outro hospital”.

... “A farmácia... falta de equipamentos... falta de roupa. Falta de integração entre as unidades da pediatria”.

... “Não ter a unidade pediátrica toda uniforme... Falta de equipamentos e de equipe treinada em alguma unidades...ter que ser assistencial e administrativa ao mesmo tempo. Educar o funcionário resistente... Não ficar em um setor fixo”.

... “A demanda do serviço que não deixa organizar e planejar a assistência... área física sem copa, banheiro para funcionário...quarto do plantonista em outro andar”.

... “Equipamento insuficiente. Falta de organização da unidade em relação ao material, fluxo e manutenção dos Kits.... Ter que ir atrás de materiais, equipamentos que quebram... Recursos materiais incompletos, medicação autorizado pela farmácia. Dispende tempo para ir atrás de recursos para o atendimento. Limitação do almoxarifado que atrapalha o andamento da assistência”.

... “Falta de treinamento, educação continuada. Parece que cada ano vai se perdendo ao invés de adquirir conhecimentos”.

... “Muito chefe para um setor só. Não tem um chefe que você pode procurar e ter solução para problema detectado. Um manda para o outro. Não ter um ponto central”.

... “Falta de rotina, organização, às vezes não sabe quem é a criança, de onde veio. É uma unidade mais carregada”.

... “Noite é esquema de plantão, o médico demora a vir e, às vezes, não vem. E quando vem pede para falar tudo de uma vez para não ter que chamar de novo”.

... “A política da Instituição é uma esmagadora de motivação. Não ter equipamentos”.

... “Não tem sala de espera e nem banheiro para os pais, não tem local apropriado para alimentação. Pais ficam tumultuando o posto do quinto andar por não ter onde ficar”.

- **O dimensionamento de pessoal:**

Ênfase nos comentários abaixo:

... “a realidade de hoje, falta de enfermeira, auxiliar. Dezoito crianças em UTI neonatal para um enfermeiro – como conseguir uma boa assistência. Tem dia que não olha para a criança”.

... “Folgas – pois tem quadro de funcionário defasado... não ter pessoal”.

... “Quadro pessoal de enfermagem pequeno. À noite a enfermeira faz tudo – leva exames no laboratório, leva para fazer raio X, faz serviço de cozinha. Não ter operacional”.

... “O noturno não tem uma enfermeira só para a semi-neo e pediátrica”.

... “Dimensionamento de pessoal – é feito como para adulto e criança é diferente, a maior dificuldade é não ter o número de pessoal adequado”.

... “Não ter enfermeira administrativa mais próxima”.

... “Dias de mais atendimento de cirurgia cardíacas, não ter pessoal”.

... “Recursos humanos, sobrecarrega trabalho da farmácia – que tem que buscar. Muita licença de funcionário. Acho que é o setor que mais tem licença por problemas psiquiátricos”.

... “Prevenção é muito pouco, pela falta de recursos humanos”.

- **O sistema de informação**

Foram ressaltados os seguintes:

... “Não comunicação de onde o enfermeiro vai ficar, em qual setor”.

... “Falta de informações na conduta do tratamento”.

...“Falta de informação das mães, resistência em atender a conduta médica”.

... “É uma unidade mais carregada, deve ter uma continuidade do plantão”.

... “Quando a criança vem sem história, pois às vezes a criança tem comportamento próprio que confunde com a doença e não é passado”.

... “Um diz que me diz, um leva e trás que não se chega em um consenso”.

... “Às vezes não sabe quem é a criança, de onde veio”.

... “Preencher muitos papéis, algumas burocracias”.

... “As coisas que são impostas e tem que ser feito”.

... “Tem funcionários bons, mas tem que ser trabalhado. Ser mais comunicativo, pela criança estar entubada não conversar muito, tem que ter mais integração”.

Após as definições dos temas geradores, foram elaborados os planos de ensino com auxílio de uma Enfermeira Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, co-orientadora desta pesquisa. Tomou-se por referência relatos como os que se seguem:

... *“a realidade de hoje, falta de material. Tem dia que não olha para a criança. Um diz que me diz, um leva e trás que não se chega em um consenso”. ... “não tem sala de espera e nem banheiro para os pais, não tem local apropriado para alimentação. Pais ficam tumultuando o posto do quinto andar por não ter onde ficar”..*

Os relatos e a organização dos temas foram apresentados à enfermeira chefe da Pediatria, juntamente com o universo temático, ou seja, as respostas obtidas nas entrevistas. A enfermeira chefe estendeu às outras duas responsáveis de unidades pediátricas tais informações, que deram opiniões na elaboração dos planos de ensino, sugeriram a duração e o número de encontros, para agilização do serviço. Vale lembrar que depois da leitura dos resultados do universo temático, a referida enfermeira implementou algumas medidas para melhorarem alguns problemas detectados, como por exemplo: a divisão de responsabilidades, sendo que ficou estabelecido uma enfermeira responsável pela UTI Cardíaca Pediátrica, uma pela UTI Pediátrica, Neonatal e Unidades Semi-intensiva Neonatal e Pediátrica e uma nas Unidades de Internação I e II e Unidade de Emergência Pediátrica.

Depois de definidos os planos de ensinios, realizaram-se a atividade educativa em **quatro encontros** de aproximadamente uma hora e meia cada um, no local de trabalho e em horário estabelecido pelo grupo, considerando os interesses e necessidades manifestadas pelas enfermeiras integrantes desta pesquisa.

5.2.2. Ordem dos temas geradores para execução da atividade educativa

Os temas geradores foram colocados em uma seqüência pedagógica para posterior realização da ação educativa, sendo estabelecida a seguinte ordem:

- 1º. *O relacionamento interpessoal na unidade de trabalho;*
- 2º. *A importância de abranger o crescimento e o desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro;*
- 3º. *A continuidade do tratamento no domicílio;*
- 4º. *O gerenciar em pediatria.*

Os temas foram discutidos com o grupo enfocando a aprendizagem e experiência de cada um, procurando resoluções para a sua prática diária, nas respectivas unidades de serviço. Deste modo buscou-se a exteriorização pelo grupo dos motivos que acarretavam dificuldades em realizar suas atividades laborais e quais seriam as propostas para amenização dos problemas detectados.

Quanto ao tema “**Gerenciar em Pediatria**” foram abordados os três subtemas como já mencionados e as discussões ocorreram em um único encontro.

Os temas foram abordados tendo por base uma situação-problema, sendo que cada uma foi descrita antes da discussão do tema referido.

Todos os encontros ocorreram com atividade educativa, com base em dinâmicas no foco de círculos de discussão que buscam levar à reflexão e discussão do tema e posterior apresentação em plenária, com fechamento e propostas de resolução dos problemas detectados pelos participantes.

Apresenta-se a seguir o plano de ensino de um tema abordado e o seu respectivo roteiro, ficando os demais em Apêndice, de modo que sirvam de base para análise.

TEMA II: A importância de abranger o crescimento e desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro.				
DURAÇÃO APROXIMADA: 1 hora e 30 minutos				
PARTICIPANTES: 17 enfermeiras e 1 coordenadora				
OBJETIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Objetivo Geral O grupo de enfermeiros será capaz de compreender que a assistência deve ser enfocada de acordo com o crescimento e desenvolvimento da criança.</p> <p>Objetivos Específicos 1. Identificar como se processa a assistência voltada para os aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança; 2. Correlacionar os aspectos e critérios que geram facilidades ou dificuldades para abordar o crescimento e desenvolvimento na assistência.</p>	<p>1. Crescimento e desenvolvimento infantil – implicações para assistência; 2. Tipos de abordagens assistenciais a criança hospitalizada.</p>	<p>1. Dinâmica: em busca de conceito – elaboração de um brinquedo com sucata; 2. Discussão em comum acerca do brinquedo na assistência e na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança. 3. Envolvimento da utilização do brinquedo no relacionamento com a criança; 4. Discutir com o grupo de modo que façam uma relação entre o que foi vivenciado com a sua prática profissional.</p>	<p>1. Materiais: Sucatas para elaboração dos brinquedos; aparelho de som e CD com música instrumental para som ambiente; cola; fita adesiva colorida, tesoura; cartolina;</p>	<p>Ao final da atividade o grupo de enfermeiras, deverá verbalizar acerca de: 1. Identificar o processo da assistência voltada para o crescimento e desenvolvimento na assistência à criança. 2. Relatar os aspectos que facilitam e dificultam a abordagem do crescimento e desenvolvimento na assistência à criança.</p>

ROTEIRO DO TEMA II: A importância do crescimento e desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro

- Iniciar as atividades com os participantes dispostos em círculo;
- Apresentar e desenvolver a dinâmica em busca do conceito*;
- Solicitar ao grupo que fale a respeito da vivência experimentada na dinâmica;
- Solicitar ao grupo soluções na sua prática profissional.
- Resumir o que foi discutido e ressaltar os aspectos do crescimento e desenvolvimento e da interação com a criança na assistência;
- Discutir o próximo encontro.

***Dinâmica em busca do conceito:**⁽⁶⁸⁾ colocar as cadeiras em círculo; colocar materiais de sucata nas cadeiras; solicitar que as pessoas andem em volta das cadeiras, observem e escolham os materiais de sucata; formar sub-grupos; solicitar que cada sub-grupo descreva que brinquedo criaria com o material escolhido para qual idade, o que estimula no desenvolvimento e como utilizá-lo no relacionamento mãe-filho em suas atividades diárias; decorrido um tempo solicitar que cada sub-grupo fale de seu brinquedo descrevendo a idade, o que se avalia no desenvolvimento da criança, na relação com a mesma e como utilizá-lo na sua prática diária.

5.2.3. Desenvolvimento da atividade educativa

A atividade educativa ocorreu em quatro encontros, no mês de fevereiro de 2007, em quatro quintas-feiras, nos dias 01, 08, 15 e 22, no horário das 12 às 13:30h. Ficou acertado que tal organização facilitava tanto para quem estava terminando o turno de trabalho da manhã, quanto para quem estava iniciando o turno de trabalho da tarde. As enfermeiras do noturno disseram que não haveria problema de vir fora de seu horário. Também foi lembrado que quando há reunião mensal com todos os enfermeiros do setor, este é o horário definido.

No local utilizado para os encontros, as cadeiras eram dispostas em círculo. Cabe destacar alguns aspectos nas questões pedagógicas definidas nos encontros, segundo os temas:

No encontro do tema **“A importância de abranger o crescimento e desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro”**, para a dinâmica “em busca do conceito”,⁽⁶⁸⁾ foi utilizada uma mesa para dispor o material de sucata e ocorreu momento de disposição em sub-grupos.

No tema **“Gerenciar em pediatria”**, contou-se com um painel para disposição do material da dinâmica “o farol”⁽⁶⁹⁾ e as cadeiras foram dispostas em semi-círculo.

Para o tema **“O relacionamento interpessoal na unidade pediátrica”** na dinâmica de grupo utilizada e o tema **“Continuidade do tratamento no domicílio”** na dinâmica “identificando conceitos”,⁽⁷⁰⁾ foram utilizados momentos da disposição em sub-grupos.

Em todos os encontros, a média da participação foi de 9 (52,9%) enfermeiras, lembrando-se que 17 consentiram em participar, das 23 que eram lotadas nas unidades pediátricas do hospital estudado, no período definido de coleta dos dados. Ainda, cabe destacar que houve demissões, desligamentos e novas contratações, mas sempre houve a participação de enfermeiras dos três turnos de trabalho, ou seja, manhã, tarde e noite. Todos encontros foram gravados com prévia autorização das enfermeiras e posteriormente as falas foram transcritas e apresentadas às participantes, para confirmação, ou não, e correções da interpretação feita.

5.2.4. Análise da atividade educativa realizada com o grupo

Para melhor compreensão, a análise foi realizada por tema, segundo seu desenvolvimento com apresentação da resolução pelo grupo, com discussão de cada um dos temas.

Tema I – O relacionamento interpessoal na unidade pediátrica

- O grupo foi dividido em sub-grupos para que se discutisse a respeito da situação-problema: **como é o relacionamento interpessoal na unidade onde eu trabalho?** Enfocava-se todo contexto da unidade e cada grupo elegeu o relator que expôs as soluções em plenária. O próprio grupo abordou os assuntos, colocando em pauta os relacionamentos:

- entre as enfermeiras;
- entre enfermeiras e equipe de enfermagem;
- entre enfermeiras e equipe de saúde;
- entre enfermeiras e binômio mãe-filho. Neste aspecto o binômio foi novamente enfatizado no tema do crescimento e desenvolvimento.

Reportamos a aspectos relativos ao trabalho como parte de destaque na vida social do homem adulto, pois além de atender às suas necessidades econômicas, possibilita que se desenvolva nos âmbitos intelectual, moral e social. Por meio do trabalho o homem pode se transformar e transformar o meio em que está inserido, na medida em que participa do processo de construir relações de trabalho e da comunidade a qual pertence, utilizando sua capacidade criativa. O trabalho é imprescindível para a pessoa, independente da sua natureza e de suas condições de realização e que o mesmo determina a própria sobrevivência e a condição social, constituindo fator de equilíbrio e desenvolvimento do ser humano e, desta maneira, constituir-se de poder estruturante tanto na saúde mental quanto física.⁽⁶⁴⁾

O trabalho tem duas finalidades, uma é assegurar a reprodução social do sujeito e a outra fornecer condições para que os sujeitos se constituam. Ao se estudar a questão da atividade laborativa no modo de ser das pessoas, em especial das sociedades industrializadas, são abordadas não só as revoluções tecnológicas quanto os impulsos acelerativos responsáveis por mudanças no processo produtivo, no modo de vida das sociedades e nas conseqüentes tensões ocasionadas. Desta forma, o trabalho não é somente um meio para assegurar o sustento material, mas também envolve a formação da identidade

das pessoas e das suas relações no âmbito das equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades. .^(64,71)

A vida sem trabalho não tem significado. O trabalho desenvolvido, na sociedade contemporânea, passou a ocupar um lugar central na vida das pessoas, principalmente nas organizações, por fazer parte do cotidiano de vida em grande parte da existência humana. Assim, espera-se que ele ofereça condições adequadas e favoráveis à expansão do indivíduo, como pessoa e como profissional e para tanto é imprescindível que seja realizado em um ambiente harmonioso que potencialize a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento do indivíduo.^(64,71)

Quanto ao relacionamento entre as enfermeiras deste estudo, foi destacado que o complicado na relação é a **comunicação**:

... “Você passa um recado e no outro dia verifica que não chegou”.

... “A comunicação aqui é contrário ao dito popular *quem conta um conto aumenta um ponto*, aqui não, a gente conta *um conto* e o outro *diminui um ponto*”.

Um outro fator complicado que o grupo abordou foi o de colocar o enfermeiro que não pertence ao setor, fazendo as coberturas no noturno:

... “O enfermeiro que não pertence ao setor, aqueles que vêm dar cobertura, que não se compromete conosco, não tem o compromisso”.

Considera-se necessário descrever o que vem a ser a “cobertura” relatada pelas enfermeiras. Na instituição estudada há como norma que no noturno os enfermeiros trabalhem em esquema de cobertura, exceto as Unidades de Tratamento Intensivo e a Unidade de Emergência Adulto. Os

enfermeiros são distribuídos de forma a “cobrir” todos os setores do hospital, assumindo mais de um setor, em especial quando há folgas, férias, licença e retirada de horas dos enfermeiros. No entanto, nas unidades de Pediatria, a enfermeira que fica nas Unidades de Internação I e II e Unidade de Emergência Pediátrica no noturno, cobre folga, licença, retirada de hora e férias nas UTIs e nas Unidades de Tratamento Semi-intensivo. Portanto, fica mais nesses lugares do que no seu próprio setor, com isso quem acaba ficando mais na unidade são os enfermeiros de cobertura, que muitas vezes desconhecem vários procedimentos e condutas específicas das unidades.

Outro aspecto destacado no relacionamento das enfermeiras com a equipe de enfermagem foi o autoritarismo da enfermeira, sendo citado a imaturidade da equipe que acaba cobrando muito. Para viabilizar as normas e rotinas da Instituição, o enfermeiro vê-se na função fiscalizadora dos serviços e até de agir de modo punitivo sobre o pessoal sob sua orientação, chegando a exercer uma liderança autoritária.⁽⁷²⁾ Porém, foi dito por enfermeiras participantes dos círculos de discussão:

... “A gente tem que admitir que a equipe da pediatria é muito boa, tem um ou outro..., mas é caso isolado, porque em 70% você tem o poder de chegar conversar e ele muda um pouco, principalmente quando a enfermeira está todo dia no mesmo período que ele”.

Por outro lado, houve o relato a respeito da diferença do funcionário do noturno em relação ao diurno:

... “A gente já vê que quando pega o plantão da noite, que o jeito que o funcionário do noturno trata o enfermeiro é totalmente diferente. Outro dia

presenciei como o funcionário tratou a enfermeira do noturno, ela quase apanhou”.

A qualidade de vida no trabalho significa uma melhoria nas condições de trabalho, extensiva a todas funções de qualquer natureza e nível hierárquico, nas variáveis comportamentais, ambientais e organizacionais que venham a humanizar o emprego, utilizando políticas de recursos humanos condizentes. Deste modo, os resultados são satisfatórios, tanto para os empregados quanto para as organizações, reveladas em condições facilitadoras que impliquem o bem-estar do trabalhador, de modo que ele possa alcançar suas metas como pessoa, profissional e ser social. Não é determinada isoladamente por características pessoais (necessidades, impulsos, expectativas, pensamentos, desejos, valores, e outros), ou situacionais (tecnologia, fluxos de trabalho, sistema de recompensas, e outros), mas pela interação do indivíduo com a instituição.⁽⁶⁴⁾

As enfermeiras participantes deste estudo colocaram características que as pessoas precisam ter para trabalhar em Pediatria:

... “Não é qualquer um que trabalha com pediatria, quem está aqui tem um jeitinho”.

No relacionamento com a equipe de saúde, disseram que possuem bom posicionamento, porém há necessidade de serem mais firmes com o médico que tem ainda poucos conhecimentos sobre a unidade, como no início da residência. Entre outras colocações sobre a equipe médica observou-se:

... *“Tem equipe que tem conhecimento melhor, mas não é o caso da equipe Y e da equipe X, pois eles ficam com o hospital todo, ai tem que ficar indo atrás de prescrição e outros problemas”.*

... *“Então precisamos conversar melhor com as equipes para chegarmos a um bom entendimento”.*

... *“É um hospital escola. A enfermeira pondera o relacionamento”.*

... *“Até a gente quando era recém-formada tinha uma postura autoritária. ...”Precisa-se de mais experiência e conhecimento para se posicionar. Trabalhamos com um monte de médico recém-formado, é normal que tenham esta posição.”*

O relacionamento que envolve a equipe de saúde como um todo, entre os enfermeiros, com a sua equipe e com a equipe de saúde, reflete a necessidade de melhora. São destacados a comunicação e o diálogo no relacionamento entre as pessoas, em especial na enfermagem, na qual estas habilidades devem ser enfatizadas pela equipe.⁽⁷³⁾

O trabalho em equipe é considerado importante mesmo sendo difícil, pois é uma maneira de dividir responsabilidades e de se alcançar mais rapidamente a recuperação da saúde do paciente. Deve-se considerar que o trabalho no âmbito hospitalar tem uma dimensão coletiva porque é realizado por profissionais com formação e qualificação diversificadas tendo uma percepção diferente da situação, e a união destas percepções facilita a compreensão do todo, visualizando o paciente na sua totalidade. Neste sentido, é fundamental que haja respeito e consideração por cada indivíduo e, acima de tudo, pela finalidade da atividade exercida, que é proporcionar a recuperação da saúde do

cliente. A participação é o envolvimento dos indivíduos no processo de trabalho e, é um dos pontos primordiais para o alcance da integração homem/produção. Está relacionado à distribuição de poder, de autoridade, de propriedade, de coordenação e de integração no processo de tomada de decisão nas relações interpessoais, a participação libera o indivíduo para contribuir e faz com que todos os participantes do processo, inclusive chefe e dirigentes, sejam capazes de ouvir e considerar idéias alheias, propiciando maior respeito mútuo.^(64,74)

Neste estudo, um dos aspectos mais discutidos foi o relacionamento com o binômio mãe-filho, já que foi iniciada a discussão dizendo que um grupo percebeu maior dificuldade no relacionamento das enfermeiras intensivista e de cobertura, mencionando:

... “Dificuldade no relacionamento das enfermeiras intensivista e cobertura. Porque a de cobertura acha mais difícil por não ficar muito tempo no setor, diferente das que continuam na unidade e acabam tendo um relacionamento maior”.

Porém percebem que estão ocorrendo mudanças, ao mencionarem:

... “Até o funcionário, o auxiliar a gente vê que melhorou muito, porque ele acaba ficando todo dia com a mesma criança, a mãe se sente muito segura, quer internar onde determinado funcionário está”.

Neste aspecto algumas enfermeiras relataram a mudança em sua vivência profissional, como:

... “Quando uma das colegas que trabalha na UTI relatou ter dificuldade, foi uma coisa que já vivenciei, tanto na emergência como na UTI, talvez pela gravidade do quadro, pela pressa de como o atendimento deve ser realizado,

este relacionamento acaba não sendo tão valorizado quanto no setor em que a enfermeira trabalha continuamente com a família”.

Neste relato evidencia-se a preocupação em saber se realmente a família é considerada pelos enfermeiros. Também se aventa a possibilidade de saber sobre a existência de teorias que norteiam um cuidar valorizado da família, citam e até dominam seus princípios. Muitas vezes não acreditam nos resultados benéficos possíveis de serem alcançados por esta perspectiva de cuidar.⁽⁷⁵⁾

Ficou clara a preocupação no âmbito do relacionamento criança/ mãe/ acompanhante, para a qualidade da assistência de enfermagem em Pediatria quando relataram:

... “Porque é vital para a gente, depende até da própria cura e alta o bom relacionamento da equipe com mãe. Porque se isso não acontece a mãe começa a “boicotar”, a dificultar as coisas. Ela mesma desequilibra a criança”.

... “Desequilibra totalmente em todos os sentidos, até o emocional, tudo, a própria mãe”.

... “Uma coisa que o enfermeiro aqui tem que pensar muito com isto, até por uma questão de sobrevivência”.

Verifica-se por estes relatos que as enfermeiras vêem a criança como um ser vulnerável, o que desperta compaixão, sentindo-se impulsionadas a fazerem algo em prol da mesma. E nisto enxergam que a família é provedora do bem-estar à criança.⁽⁷⁵⁾

As enfermeiras que trabalham no período da tarde nas UTIs relataram não ter dificuldades neste contexto, devido ao horário de visita como explicitado:

... *“Porque a tarde tem horário de visita e os pais nos procuram, conversam e perguntam as coisas”.*

... *“Não, não é o horário que não seja importante que não exista, é que, no grupo, nós relatamos que tem esta dificuldade maior por causa das horas que está lá dentro. Realmente a tarde tem este contato maior, não é que não existe, existe de forma menos técnica”.*

... *“E na emergência é muito engraçado, pela situação de estresse que a família chega, você faz todo atendimento e depois vai ter contato com a mãe: e seu filho como está? Ai ela responde:- mas eu te conheço de onde? Ela nem lembra da sua cara, porque chegou em um momento muito vulnerável para a criança.. na unidade de internação não, a mãe sabe quem você é, que horário trabalha, qual seu turno, sua folga, quem virá depois. Pergunta até quem vai estar de plantão no final de semana”.*

Notou-se uma diferença de entendimento no relacionamento com o binômio dependendo da unidade e até do horário em algumas unidades. Nas unidades de internação I e II verificou-se pelas respostas que havia maior facilidade, não por fazer parte do profissional que trabalha com criança, e sim por imposição como foi falado:

... *“Esse relacionamento é mais tempo, procura pela gente sem dúvida, não que ela não exista, porque tem que existir de uma forma ou de outra. Porque aqui a gente acaba aprendendo a conviver obrigatoriamente com isso.*

A mãe está aqui 24 horas, 12 horas por dia, ela vai estar, a avó vai estar aqui, a tia vai estar, e é uma coisa legal, porque nunca tinha tido esta experiência antes”.

Os enfermeiros desenvolvem contatos mediados pela questão do dever, buscando cuidar bem da família, porém com ações realizadas de forma rígida, presas, sem naturalidade e sempre centradas no próprio julgamento do que é bom ou ruim, ou seja, sempre agem com um único referencial: o seu próprio ser.⁽⁷⁵⁴⁾

Por outro lado, percebe-se entre as enfermeiras deste estudo uma preocupação em buscar mudar tal realidade quando expõem:

... “Quando a gente tem visão de intensivista e emergencista acha que isto atrapalha muito e na realidade não atrapalha não, porque ajuda se você se posicionar bem, auxilia muito na cura da criança, a criança precisa da mãe. Acho que é até um ponto de reflexão para estarmos mudando nosso paradigma de UTI, emergência, de horário, até o ponto que a gente consegue”.

... “Pois temos que ser mais flexível, não ter tanta rigidez quanto a horário de visita, principalmente em UTIs. Ontem mesmo presenciamos um fato, uma mãe pediu para deixarmos a sua irmã ver o RN pelo visor, qual não foi nossa surpresa ao visualizarmos sua expressão de felicidade, por permitirmos que entrasse e visse o neném, foi 5 segundos, foi uma coisa simples. Agora é um ponto para a gente pensar muito bem, se colocar no lugar do outro, se fosse o nosso sobrinho”.

Ao se reportarem à família no modo de cuidar, percebem que a mesma espera outra coisa e não as regras, os ensinamentos padronizados, as orientações pré-fixadas que elas vêm desenvolvendo.⁽⁷⁵⁾

Um outro momento importante neste tema foi a abordagem no direito do acompanhante que muitas vezes não é respeitado, gerando discussões e reflexões nos seguintes enfoques:

... *“Todas as UTIs em que trabalhei deixava a mãe junto 24h”.*

... *“É trabalhar com a mãe é legal. A mãe tem o direito”.*

... *“É complicado, porque a mãe pode ficar com a criança desde que seja norma do hospital”.*

... *“Não, é um direito que ela tem, uma outra vez conversei com um advogado e ele explicou que a mãe tem o direito de ficar até mesmo no centro cirúrgico durante o ato operatório”.*

... *“O louco! Mas às vezes atrapalha”.*

... *“Não é verdade. Ela não vai interferir em nada nos procedimentos, vai ficar ali vendo. É um direito que a gente tem que preservar e às vezes o médico se nega porque quer preservar alguns procedimentos que são realizados, mas ele não tem direito de negar, tem que inclusive permitir que o pai entre em ato cirúrgico, UTI onde quer que seja”.*

... *“E aqui nós negamos até o pai a ficar a noite, o Estatuto não especifica o sexo que pode acompanhar a criança e a gente acaba meio que mudando”.*

Citou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente, Art. 12 do Capítulo 1, Lei nº. 8069 de 1990⁽¹⁶⁾, que diz: “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um

de seus pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”, sendo abordado:

... *“É tem, o problema aqui é aqui”.*

... *“Conversando a gente acaba convencendo da necessidade de ficar pessoa do sexo feminino, mas que seja nosso direito de falar que é mulher não é, por lei ele tem direito de ficar”.*

... *“É muito complicado a gente falar assim, porque tem certa pessoas que conhece esses direito, mas tenta transformar de acordo com seu interesse, infelizmente, vai de cultura”.*

... *“A equipe médica não tem ciência. Ela não tem que opinar. É direito dela”.*

... *“A não ser que seja risco de morte, aí pode”.*

... *“É hora do enfermeiro começar a se interar da situação e começar a se posicionar. A gente vai ter que ter um posicionamento quanto a isto também. Porque pessoa tem o direito de falar e a gente tem que defender este direito”.*

A liberdade na relação de cuidar permite a percepção de que muitos dos demais profissionais que estão à sua volta exercem suas atividades de maneira rotineira, sem envolvimento, apenas cumprindo supostas tarefas.⁽⁷⁵⁴⁾ O relacionamento fica complicado inclusive com outras categorias da equipe da enfermagem, ficando claro nas falas:

... *“eu já ouvi funcionários falarem que preferem trabalhar em UTI por não saber lidar com pais aqui fora, é que a maior dificuldades deles é lidar com a mãe, com o pai. Que preferem trabalhar em UTI porque não precisam dar satisfação para ninguém”.*

... *“A gente tem que começar a mudar a cabeça deles, esta visão deles, porque são os pais que levam os problemas da criança para a gente, ajudam a entender melhor a criança. E a hora em que os pais começarem a entrar na UTI, não vai ser agora”.*

... *“Começar a ter esta consciência porque eles vão começar a questionar e os funcionários vão ter que saber trabalhar com isto”.*

A inclusão da família nas ações desenvolvidas pelos enfermeiros, aos poucos, ganha espaço. Há forte tendência dela ser apenas fonte e receptáculo de informações; o que pouco responde às necessidades da família, pois não é considerada em sua unicidade, em suas verdades, em seus norteadores de viver, em sua capacidade. Fazendo com que o cuidado oferecido pelo enfermeiro se torne pouco específico e terapêutico.⁽⁷⁵⁾

Algumas enfermeiras do estudo relataram certa dificuldade, mas aos poucos, estariam mudando a concepção dos funcionários das unidades de internação quando disseram:

... *“Até os nossos próprios funcionários que trabalham aqui fora e têm o relacionamento contínuo, só agora a gente está conseguindo resgatar o bom relacionamento, porque antigamente era uma coisa vergonhosa”.* E concluíram que:... *“acho que pouco a pouco a tendência é um respeito maior. Acho que a gente está crescendo para isso”.*

Os profissionais de enfermagem precisam procurar compreender os familiares e o momento em que estão vivendo, procurando estratégias para enfrentar as situações que causam desconforto. A relação que estabelecem

com os familiares causa sofrimento, principalmente, porque precisam suportar a enorme ansiedade deles.⁽⁷⁶⁾

A presença de um familiar significativo para a criança é muito importante para sua recuperação. O familiar nem sempre participa de algum cuidado, mas só o fato de poder estar presente proporciona alívio e conforto, tanto para os pais, quanto para criança. É necessário preparar a equipe de Enfermagem para lidar com os familiares e as diversas situações inerentes ao trabalho.⁽⁶⁴⁾

Neste tema as maiores dificuldades encontradas pelas enfermeiras para o bom relacionamento interpessoal na unidade foram: não ter uma equipe de enfermeiras que só trabalha na Pediatria; o relacionamento com a equipe médica; com a equipe de enfermagem o autoritarismo e as falhas de comunicação; em relação ao binômio mãe-filho há um impasse no relacionamento, variando o horário e o setor de trabalho, bem como a permanência do acompanhante no que diz respeito ao sexo e a não permissão de sua presença, pela equipe médica, em determinados setores. Ao ser relatado ser direito, com respaldo em lei, referiram que seguem normas da Instituição. Chegaram ao consenso de que há necessidade de rever o paradigma de UTI e emergência em questão do relacionamento com o binômio mãe-filho. Nesta resolução colocaram que o ideal seria ter uma equipe que trabalhe na Pediatria, que gosta e se compromete, além de entender que não lhes cabe resolver esta questão, pois é de alçada maior, foge de suas possibilidades de resolução.

O desenvolvimento de um ambiente harmonioso laboral, no qual haja respeito, compreensão e um relacionamento amigável e cordial, favorece o

compartilhar de experiências, vivências e conhecimentos. Há necessidade de cada um conhecer as pessoas com quem trabalha para que haja respeito e consideração pelo outro. As relações pessoais e profissionais informais são percebidas como situações que favorecem o desenvolvimento de um trabalho de equipe solidária e mais tranqüila.⁽⁶⁷⁾ Há relato de que as pessoas no trabalho têm a possibilidade de aprender a ser e a refletir, assumindo uma conduta diante do grupo de conscientização das dificuldades e necessidades de aprendizado.⁽⁷³⁾

As organizações de enfermagem representam campo fértil para que seus integrantes se tornem trabalhadores do conhecimento. Cabe aos enfermeiros-gerentes desenvolver o capital intelectual das organizações. O enfermeiro no exercício da gerência intermediária da organização hospitalar fica situado no ponto central de processos de aprendizagem e de desenvolvimento do conhecimento necessário e essencial para a aquisição de competências, tendo em vista a qualidade do cuidado ao cliente. Assim, a atuação do enfermeiro-gerente ocorre no cruzamento vertical e horizontal de informações na unidade de internação. Isso possibilita o vínculo de comunicação entre a alta administração e os colaboradores de linha de frente. Então, deve-se estimular o trabalho em equipe e outras formas sociais de aprendizado para desenvolver o capital humano, em talento e conhecimento. As melhores estruturas são as que apresentam menos obstáculos e que permitem, o quanto possível, o trabalho aliado a seus clientes, o que favorece a mudança do comportamento da organização.⁽⁷⁷⁾

Tema II – A importância de abranger o crescimento e desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro

Para este tema foi desenvolvida a dinâmica ***“em busca de conceito”***, ***utilizando material de sucata, descrevendo-se a seguir o seu desenvolvimento.***

O grupo foi dividido em sub-grupos de 3 enfermeiras cada um, sendo o material exposto em uma mesa. Foi solicitado que escolhessem o material e a idade para o qual fosse confeccionado um brinquedo, que avaliasse o crescimento e desenvolvimento da criança. Explicou-se também, que o brinquedo seria descrito e não confeccionado. Situação-problema: na descrição contaria qual o brinquedo elaborado, o quê este brinquedo avaliaria na criança e como é feito na unidade onde trabalha. Deu-se um tempo de aproximadamente 20 minutos, após a escolha do material e da idade. Decorrido este tempo cada sub-grupo expôs seu resultado e foi realizado o fechamento.

O referencial do crescimento e desenvolvimento da criança, auxilia na sistematização da assistência de enfermagem, faz com que o enfermeiro em seu planejamento contemple a abordagem, o manejo, o apoio e as orientações necessárias de acordo o entendimento, tanto para a criança quanto para a família. Um dos meios para se alcançar este objetivo é o brinquedo, já que por meio dele é possível avaliar a criança nos seus aspectos - bio-psico-social e cultural, percebendo como ela se relaciona com a família, o meio ambiente e as outras pessoas.

Tal assertiva possibilitou a opção por esta dinâmica. Um fato interessante foi uma enfermeira relatar, após explicação do desenvolvimento do tema: ...*“Nossa, faz tanto tempo que não faço isso”*.

Perceber que o que se quer com esta metodologia conscientizadora é isto mesmo; que as pessoas se conscientizem de suas potencialidades, seus conhecimentos que já foram assimilados e os coloquem em prática.

O agir do enfermeiro com o seu público alvo tem como finalidade a promoção da saúde e seu bem-estar, devendo ser encarado como um momento interativo, num rico contexto de interação interpessoal. Para isso, exige um procedimento simples que é o ato de ouvir, que requer atenção durante a interlocução, mas muitas vezes o enfermeiro não é claro em seu discurso. Ter atitude comunicativa deve ser uma preocupação dos profissionais que lidam no seu cotidiano com a prestação do cuidado.⁽⁷⁸⁾

Com relação à exposição dos achados das discussões dos sub-grupos, houve os relatos de qual o brinquedo, a que idade se destinava, o que seria avaliado e como é feito no dia-a-dia em seu trabalho. As idades escolhidas foram: 0 a 3 meses de idade; 2 a 3 anos de idade; 7 a 12 anos de idade e para criança com 4 anos.

O sub-grupo que escolheu a idade de 0 a 3 meses, descreveu **o móbile com caixinha de música e o chocalho**:

... *“Um móbile para pendurar, com caixinha de música e um chocalho com bichinho, estaríamos avaliando a motricidade, a visão e a audição”*. Com referência a esta avaliação explicaram os detalhes:

... *“Se está tudo certo, se está buscando com o olhinho, se segue quando estamos colocando, se tenta pegar, se ao ligarmos a caixinha de música ela procura de onde vem”.*

Como estas enfermeiras trabalham na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e Semi – intensiva Neonatal, colocaram que na sua prática diária não é realizado por serem prematuros, mas enfatizaram:

... *“Na semi daria para estarmos colocando, para eles estarem indo buscando. Teve um neném que ficou com a gente mais tempo, colocava o móbile e ele buscava, ele ria...; então não é com todos que dá para estar fazendo. Outra coisa que daria para estar fazendo seria o visual, colocando aquele desenho na porta da incubadora, na parte de dentro, para ele ficar olhando, mas não é feito”.*

Este relato vai ao encontro ao que é recomendado para a estimulação do recém-nascido, como colocar cartões com imagens em preto e branco ou com outras cores fortes perto do seu alcance visual.⁽⁷⁹⁾

Para a criança na idade de 2 a 3 anos, o sub-grupo escolheu **o quebra cabeça de forma geométrica**, descrevendo como fariam qual objetivo deste brinquedo:

... *“Seria o conhecimento de cor, o desenvolvimento cognitivo e a habilidade motora da criança, pegando a forma para encaixar. É acho que nesta idade a criança já consegue fazer, desenvolver isto”.*

Para o seu desenvolvimento na prática de uso deste brinquedo, explicaram:

... “Ofereceria o brinquedo no leito na hora em que fosse fazer o exame físico, enquanto estaria examinando a criança daria o brinquedo para não ficar chorando, fazer ausculta e depois já avaliaria a parte de crescimento e desenvolvimento na idade da criança. E também para poder fazer a evolução diária em criança que perderam por algum motivo a habilidade motora, para poder estar acompanhando dia-a-dia se a criança está melhorando ou piorando habilidade”.

Salientaram também a importância desta prática durante a realização do primeiro exame físico na criança, mas que no cotidiano de trabalho não é realizada:

... “A gente não tem esse brinquedo aqui, quando a psicopedagoga, da brinquedoteca, oferece o brinquedo para a criança, então a gente faz esta avaliação. Mas oferecer o brinquedo não tem como estar fazendo. Teria que ter o brinquedo na unidade, seria mais fácil. Se a gente está fazendo, oferecendo, eu nunca fiz isso na verdade, nunca aconteceu, às vezes eu avaliei com ela brincando com o brinquedo da psicopedagoga”.

Mesmo com estas colocações nota-se a preocupação das enfermeiras em utilizarem algum objeto para a avaliação, o que fica claro nas falas:

... “E se não tiver o brinquedo? Algum material que tenha na unidade serve”.

... “É, alguma coisa que chame a atenção da criança, caneta colorida, uma chave, um chaveirinho, assim, a enfermeira da outra unidade tem um lápis com um dente, cheio de dedos, acho que toda criança quer pegar e você pergunta o que é isto? – É um dentinho, assim coisa simples”.

... *“Qualquer objeto, como estetoscópio que chame bastante a atenção”.*

O brinquedo pensado e descrito para a idade de 7 a 12 anos foi o **“pega vareta”**, com o objetivo de se estar avaliando:

... *“A criança como um todo, porque tem que obedecer regras, geralmente, joga-se em dois, três ou mais, desenvolve também a atenção, a habilidade, porque tem que jogar os palitos e tentar pegar sem mexer o outro, a paciência, tem que esperar o horário de jogar e a coordenação motora”.*

Este sub-grupo relatou em qual local pensou em utilizar este brinquedo:

... *“A gente pensou em utilizar o brinquedo, no caso, na UTI que é onde temos criança de 7 a 12 anos, com criança extubada e pelo menos uma vez ao dia para estar avaliando o entretenimento da criança com o jogo, mas para isso é preciso ter alguém ali para poder acompanhar”.*

Mas enfatizaram: ... *“é uma coisa que ali não está fazendo, não temos”.* Neste momento da fala, o grupo todo se manifestou demonstrando a preocupação com este aspecto da assistência, havendo os relatos:

... *“A gente acha que a partir que a gente coloca no papel é o ideal, a gente tenta colocar o ideal, mas na prática acho que é uma forma muito complicada”.*

... *“A questão não é não saber o que fazer, o problema é o tempo, o material, o material até dá para agente providenciar, a gente acaba usando a imaginação essas coisa. Mas o tempo acho que é mais difícil para a gente”.*

... *“A brinquedoteca tem certas atividades, o que nos ajudou muito, a molecada fica em alvoroço, assim quando passo nos quartos elas ficam: - abriu? Abriu?”.*

Ao mesmo tempo, colocou-se a preocupação da brinquedoteca não funcionar em período integral, sendo proposto:

... *“Deveria funcionar o dia inteiro e até a noite”.*

... *“O final de semana não tem”.*

... *“Deveria ter disponível na área de terapia ocupacional alguém que ficasse nesses horários, ter a escala deles, cada dia um aluno. Fazer parte da grade deles, de atividades. Eles não deveriam ficar só no ambulatório, as crianças aqui precisam mais, as do ambulatório passam tão rapidinho”.*

A proposição do subgrupo para a criança com 4 anos foi :

... *“Daria umas canetas coloridas, folhas de papel e solicitaria para estar fazendo um **desenho de um quarto**”.*

Neste desenho relataram estar avaliando:

... *“A questão de amplitude, avaliação do meio ambiente da maneira de enxergar, a coordenação motora, vê a questão de cores, atenção, o social”.*

O grupo relatou de maneira geral, o que se estaria sendo avaliado com o brinquedo:

... *“Avaliar a criança no cognitivo, o psicológico, social, biológica que envolve toda a parte de habilidades, motora, neuro. Temos que avaliar tudo”.*

Neste momento foi questionado ao grupo como percebiam a importância do crescimento e desenvolvimento na assistência, fazendo uma relação com o que já havia sido discutido até o momento e em suas respostas, foram abordadas o relacionamento com as mães e o aspecto da educação em saúde.

... “Acho que é em cima disto que a gente trabalha, no crescimento e desenvolvimento, tentando melhorar as condições e que isto aconteça perfeito para a criança, não tenha nenhum desvio”.

... “Durante o período que ela está internada para que não seja interrompida isto ai, que dê continuidade”.

... “É isto mesmo é isso que eu quis dizer. Porque vocês vêm interrupção”.

... “Porque ela está em uma cama pregada olhando para a parede”.

... “Ela sente saudades da escola, dos amigos, principalmente as maiores. Elas não vêm a hora de sair daqui para poder voltar para a vida delas. A gente estaria assim diminuindo essa angustia, essa possibilidade”.

Nota-se preocupação das enfermeiras incluídas nesta pesquisa de atenção às questões do crescimento e desenvolvimento. Todo enfermeiro envolvido com o cuidado à criança deve exercer sua prática de saúde preventiva. Independente do problema identificado, o plano de cuidado deve ser direcionado em cada aspecto do crescimento e desenvolvimento. No processo de avaliação completa, os problemas de nutrição, imunizações, segurança, cuidados dentários, socialização, disciplina ou escolarização, freqüentemente, se tornam evidentes. Na sua identificação o enfermeiro pode agir diretamente ou, se achar necessário, encaminhar para outros profissionais ou serviços de saúde. Outro fator importante no cuidado do enfermeiro, é que além da prevenção ou reabilitação de doença física ou acidentes, deve promover a saúde mental, até mesmo preocupar-se com os traumas psicológicos associados aos procedimentos realizados.⁽³²⁾

Diante destas respostas, perguntou-se: ***a família sabe como estimular a criança para que tenha as habilidades?*** Tal pergunta baseia-se no fato de muitas vezes nos deparamos com crianças não estimuladas pela família, com idade que já deveriam estar realizando certas habilidades motoras e ainda não o fazem. Como por exemplo, criança com 8 meses de idade que não senta nem com apoio, não por problemas neurológicos, mas porque a mãe não estimula, só segura a criança deitada. Neste enfoque o grupo apresentou discussões sobre:

... *“A gente sabe, se a mãe não estimulá-la esquece, a gente aprendeu que não é só evoluir”.*

... *“A participação da mãe, acho que neste caso aí, a gente deveria também estar avaliando a mãe, que tipo de mãe está ali, orientando”.*

... *“E para estar fazendo esta orientação, a educação, há necessidade de conhecermos o paradigma da mãe, porque tem muitas que não têm perspectiva de ser motivada. Aí a gente questiona porque ela não entende? Porque depende da cultura dela também, a gente tem saber se adequar a ela”.*

... *“É porque para ela é mais fácil deixar o bebê lá deitado, quietinho e ficar só olhando, não dá trabalho nenhum. Só que não estimula, não mexe nada. Às vezes, se isto é mais prático para ela, vai deixando e se ela não for orientada que isso é necessário ela vai deixar de fazer”.*

Colocou-se a que na assistência do enfermeiro isto tem que estar bem estruturado, a todo o momento, mesmo que falem:

... *“Ah! Não dá tempo de pegar um brinquedo”.*

Diante desta colocação as enfermeiras relataram:

... *“É tem outras maneiras, lembro de uma criança que ela chorava e a mãe falava assim: Aí! faz alguma coisa! Mas mãe o bebê chora, ele tem cólica, ele sente dor, faz parte dele chorar. Aí! Seda com este negocinho cor-de-rosa!”*

... *“Se ela faz isso em casa heim!”.*

... *“Então em casa você não vai ter esse negocinho cor-de-rosa”.*

... *“É, mas pode até adquirir”.*

... *“Tem mãe que dá fenobarbital para a criança dormir. Aí chega na emergência sedada”.*

... *“Na época em que internava a criança sem a mãe, quando não era mãe acompanhante, nós tivemos uma funcionária que dava dipirona para dormir, para não dar trabalho, para ficar relaxado. Ela nem chorava”.*

Foi lembrado no crescimento e desenvolvimento a questão da **fala**.

... *“Como é que vou conversar com a criança de 2 a 3 anos, de 4 anos, de 0 a 3 meses, de 7 a 12 anos. Às vezes você pega uma pessoa conversando com criança de 7 a 12 anos do mesmo jeito que ela conversa com criança de 2 anos, nossa eles querem morrer”.*

Diante deste relato, acrescentaram:

... *“A gente conversar com RN e como a gente conversa”.*

... *“Para a idade de 7 a 12 anos, acho assim que esta faixa de idade agora, eles se acham moderno, tudo informatizado, informação assim sempre na nossa cabeça, a deles também é a mesma coisa, então eles se acham favoritos. Isto a gente tem que estar lembrando na hora do contato com a criança, conversando com a criança”.*

... *“Bom o que tem hoje? – Você fala e eles corrigem a gente, você acaba de falar e eles falam não é assim, é assim. Você fica assim de queixo caído”.*

Para o fechamento do tema foi solicitado ao grupo que desse algumas soluções de como colocar na sua prática diária, com o seguinte questionamento: ***vocês colocaram as avaliações de acordo com as idades, como avaliar, o que avaliar, como fazer e o que não é feito. Qual solução vocês dariam para ser implementado nas unidades?***

Houve um pouco de hesitação nas respostas, sendo que uma enfermeira relatou:

... *“A gente quase não tem tempo, nem é tão a falta do brinquedo em si, mas é o tempo mesmo tem que ser o enfermeiro ou o responsável que esta perto, não tenho idéia”.*

Percebe-se que muitas hesitações e incertezas persistem na conduta cotidiana do enfermeiro, como foi demonstrado em uma pesquisa sobre a área hospitalar, que 74% das funções administrativas são de caráter burocrático. Diante das imposições do processo organizacional hospitalar, a autora afirma que o enfermeiro deve assumir e exercer funções gerenciais, mas enfatiza que o conteúdo e a forma dessa gerência deve ser focalizada na assistência ao cliente. Portanto, vai conciliar gerência e assistência, e o enfermeiro terá novo ânimo para reorientar e reativar seu potencial profissional.⁽⁷⁷⁾

Diante das respostas fez-se o seguinte questionamento: ***mas mesmo no tempo vocês conseguem fazer isso no dia-a-dia quando estão trabalhando? Na hora em que está em contato com a família? No primeiro***

momento em que vocês estão em contato com a criança, conseguem fazer esta avaliação? Obteve-se como respostas:

... *“Às vezes, uma parte, não no total”.*

... *“Às vezes a gente tem o contato e consegue avaliar, no segundo contato fica mais esclarecido, como está sendo, como é que é”.*

E complementaram que conseguem perceber a importância da avaliação por acharem que é uma coisa incorporada. Houve um último questionamento em relação à dinâmica utilizada. **Gostaria que vocês colocassem como foi a participação nesta dinâmica? O quê vocês sentiram?** As respostas foram:

... *“Deu para perceber como é importante este desenvolvimento para a criança internada”.*

... *“Tem o período provisório e que a gente tem que estar atuando”.*

... *“Fazia tanto tempo que não mexia com isto”.*

... *“É mais complicado no noturno, porque eles dormem. Tem o período em que as crianças dormem, tem o período que fica acordado até 10 horas, daria para estar trabalhando. Chega POI, mas quando dá tempo, na época de Natal, tinha uma menina e o setor estava mais calmo, aí a gente jogou jogo da memória com ela, e ela pegou rapidinho, acho que foi muito bom e ela gostou”.*

... *“Eu penso assim às vezes a gente pode até fazer um trabalho desse, começar a trabalhar aqui. Porque tem crianças que vem de muito longe não tem atividade nenhuma, não tem mesmo e aí você percebe tem crianças que mais precisariam do nosso apoio, nossa ajuda e vão embora sem ter conseguido; é difícil saber”.*

... “Por isso que é importante estar envolvendo a mãe, ver a importância de seu envolvimento, que ficou melhor, legal, ela vai aprendendo assim por dizer por osmose, ela vai vendo que aquilo está melhor, incurte nela o comportamento também, muda o comportamento por... Conscientização tem a conscientização que aquilo é melhor, porque se não se conscientizar entra por um ouvido e sai pelo outro”.

... “Uma coisa é que inconscientemente a gente faz, independente dela, mas faz. O nosso comportamento, nossa maneira de lidar. Outro dia chegou a mãe e disse que a filha tinha Síndrome de Down, é que você deixou partir dela”.

Diante das discussões deste círculo, verificou-se que as enfermeiras têm conscientização da importância de se abranger o crescimento e desenvolvimento da criança na assistência. No entanto tal fato não ocorre com frequência em sua prática diária, devido ao tempo, número de pessoal e recursos materiais insuficientes para sua implementação. Todavia, o enfermeiro é responsável pelo cuidado direto ao paciente em toda sua integralidade como ser bio-psico-social e seu trabalho deve envolver dois campos de atividades: os cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial.⁽⁶³⁾

Tema III – Continuidade do tratamento no domicílio

Neste tema utilizou-se a ***dinâmica “identificando conceito”***.⁽⁶⁹⁾ ***A situação-problema: o quê pensam da continuidade do tratamento no***

domicílio? Distribuiu-se folhas de papel, duas de 7cm e uma de 16cm para cada participante. Foi solicitado que em um papel escrevessem uma palavra que respondesse à questão formulada. No outro papel pediu-se para escrever uma frase e no maior fizessem um desenho. Decorrido o tempo estipulado, recolheram-se os papéis, formaram-se sub-grupos e para cada um foram distribuídas as palavras, frases e desenhos. A partir deste material, construíram-se as respostas e houve a exposição em plenária. Descreve-se a seguir o que foi escrito e desenhado:

- **AS PALAVRAS** - treinamento; confiança; difícil; qualidade;
- **AS FRASES**- tem que ter conhecimento e atenção para cuidar; o melhor cuidado é o da mãe; a mãe consciente e que tem confiança na equipe, certamente continuará com o tratamento; visita domiciliar; trabalhoso, mas efetivo; o tratamento domiciliar só é possível ser bem executado quando se tem uma boa orientação na alta hospitalar;
- **OS DESENHOS** - criança balançando com pessoas do lado; criança no leito com uma pessoa preocupada; criança com sorvete e bexigas de gás, uma casa e uma árvore; uma criança e uma mulher com as mãos dadas e uma casa; uma criança caindo em um barranco e uma pessoa puxando pela mão, uma árvore e sol.

Para a descrição da resposta fizeram uma análise das palavras, frases e desenhos, iniciando a fala com um desenho:

... *“A família vê a criança com saúde e quando esta adocece é difícil para a mesma lidar com esta situação. Que é difícil o cuidado na casa, como que é possível à continuidade do trabalho, é difícil”.*

... *“Vai ser trabalhoso para a equipe de enfermagem, que vai ter que saber educar, saber orientar para que em casa ela saiba cuidar”.*

Percebe-se nas falas que há dificuldade em conciliar a assistência com os ensinamentos da continuidade do tratamento no domicílio.

A maioria dos enfermeiros não consegue interagir efetivamente com a família durante a hospitalização, o que dificulta o cuidado no âmbito doméstico, pois a família é responsável por esse cuidado no domicílio.⁽⁸⁰⁾

Outro fator comentado foi o momento das orientações, citando-se:

... *“Eu coloquei assim na alta hospitalar, mas acho que isso é durante o tratamento, porque às vezes na alta, você chega, a criança já foi embora e você não teve o contato de alta”.*

... *“Mas acho que é assim, durante o tratamento hospitalar a gente já deve estar fazendo esta orientação, todos os dias”.*

E colocaram que estas orientações dependem da *“disponibilidade e disposição da família em estar aceitando ou não”*, como relatado pelas enfermeiras:

... *“Mas acho que é assim, tem família que é preocupada pra caramba, quer aprender, quer saber, tem família que não, a gente vê que tem mãe na unidade que não quer nem saber”.*

... *“Mas depende assim da condição sócio-econômico, da cultura, daquela família, que a gente como educador vai ter que aprender a chegar até ela, para ela conseguir, por mais que seja difícil ela vai ter que entender”.*

... *“Como a gente falou no outro encontro, sobre isso mesmo, de estar falando com a linguagem dela”.*

O hospital é um bom local para os profissionais de enfermagem desenvolverem a percepção das manifestações das reais necessidades enviadas pelos pacientes. Quando tais interações são afetivas e efetivas entre profissionais, família e pacientes, é possível minimizar a angústia e o desamparo que acompanha esta experiência.⁽⁸⁰⁾

Foi lembrada a confiança que a família deve ter no profissional para estar aceitando estas orientações:

... *“No caso aqui coloquei a confiança, quando a mãe é confiante mesmo no que ela precisa, ela vai estar fazendo, para isso, para ela ser consciente, ela precisa ter um preparo aqui antes, coloquei neste intuito também, porque eu fiz este desenho, porque a criança acaba tendo uma confiança e a mãe querendo ou não ela vai ajudar na maneira dela, vai acabar aceitando”.*

O vínculo de confiança deve ser estabelecido entre os profissionais, os pacientes e família, tanto nos aspectos da vida que podem influenciar no prognóstico, como também na questão de valores.⁽⁸¹⁾

As enfermeiras do estudo também manifestaram a necessidade da orientação ser de acordo com a doença da criança.

... *“Acho que estas orientações educativas em relação a medicação, horário, para não dar em horário errado, alimentação, higiene, isso tudo dependendo da patologia que a criança tiver vai ser a orientação”.*

... *“Quando a criança requer maiores cuidados no domicílio, a família precisa ter acompanhamento profissional, não possui estrutura para cuidar sozinha”.*

Relataram maiores dificuldades nestes casos:

... *“E a gente deu assim exemplo de coisa simples, agora quero ver você levar para casa criança com Síndrome de Down, que você tem que estimular”.*

... *“Uma criança que tem assim paralisia cerebral, que sofreu um acidente, ficou com várias seqüelas, que tem feridas, como é que eu vou. Tanto é que tivemos um caso de internação social, ficou internada até conseguir alguém para cuidar, porque o pai não tinha condições, a mãe não tinha condições”.*

Foi aventada pelas enfermeiras do estudo a questão do cuidador, de ser na maioria dos casos, a mãe ou a mulher, conforme descrição:

... *“Bem na verdade é esse tipo de cliente, eles vão ter que ser tratados no lar, então assim vai ser difícil, porque a mulher tem funções amplas, ela tem que trabalhar, cuidar da casa, do marido, de outros filhos e ter que cuidar agora de um ser doente, que às vezes vai além do que dar uma medicação, um cuidado mais intensivo, aspirar, fazer curativo, mudança de decúbito, é complicado, é bastante estressante”.*

Salientaram inclusive as cobranças, que ocorrem por parte do enfermeiro, às mães, de serem obrigadas a permanecerem e cuidarem do filho enquanto este estiver internado. Tal fato é explicitado no depoimento a seguir:

... *“Não sei até que ponto a gente está certa de cobrar de uma mãe que tem uma criança com anóxia totalmente dependente, a gente chega até falar assim: puxa! Você não vem ficar com seu filho, você não cuida dele, fica com os cuidados de enfermagem. A maioria delas responde para nós: - eu tenho outra vida além do hospital, tenho uma vida lá fora que eu preciso dar continuidade e, às vezes, acontece de deixar o filho”.*

Na compreensão de quanto a doença modifica a estrutura familiar foram relatados:

... *“Por isso que a doença acaba desequilibrando toda a função familiar, a estrutura familiar”.*

... *“Quantas vezes a gente vê a mãe aqui que os maridos abandonaram porque ficou aqui um tempo prolongado com o filho, você acha que lá na casa dela, cuidando de uma pessoa assim vai ser diferente? De jeito nenhum, vai ter que ficar um tempo muito grande com a criança e daí”.*

Enfatizaram novamente a questão do apoio no domicílio:

... *“Em casa ela vai estar sozinha, aqui ela tem o apoio nosso, é difícil. É igual quando temos nosso pai que temos que cuidar e nós também temos nossa vida, o trabalho. É complicado”.*

Quando questionadas a respeito de como tornar viável a confiança da família, responderam:

... *“Que é trabalho em equipe, interdisciplinar. Mas você fala que aqui ainda é intra - hospitalar, porque é o que a gente pode fazer aqui dentro só”.*

O trabalho em equipe é importante para a interação profissional-paciente, pois desenvolve uma consciência coletiva do que é importante para o cuidado.

Isto é possível quando os membros de um grupo desenvolvem a habilidade de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e de acordo com as exigências da situação.⁽⁸¹⁾

As enfermeiras participantes desta pesquisa ainda acrescentaram:

... *“Acho que falta o feedback com o pessoal, com a equipe da saúde da família, a referência e contra-referência, falta isso, a comunicação que eu como enfermeira hospitalar tenho com a enfermeira do PSF ou da saúde coletiva”.*

E como conseguir isso?

... *“Eu acho que a gente só vai conseguir isto na hora que estiver tudo informatizado mesmo, entendeu, prontuário, porque para eu passar por Internet um prontuário do paciente para a equipe ou para onde ele faz parte vai ser fácil, mas como a gente vai fazer isto assim”.*

... *“Eu não sei se ainda existe isto, como não trabalho na saúde pública, existia um trabalho com paciente adulto que ele saía do hospital com uma carta de referência para o postinho que ele morava, aí ele chegava no posto a família entregava essa carta para o enfermeiro, ele passava visita e dava continuidade no cuidado, curativo, independente da assistência e quando acontecia alguma coisa e tinha que voltar para o hospital, o enfermeiro do PSF mandava a carta falando como é que estava”.*

... *“Com criança nunca vi acontecer. Porque enquanto estava na Santa Casa a noite então a gente via o paciente chegar com esta cartinha da unidade, o enfermeiro colocava como estava o cuidado em casa. Depois quando o paciente tinha alta era recíproco do hospital mandar”.*

... *“Porque na verdade é isso mesmo que precisa ser feito, porque se não quebra o cuidado, não tem continuidade e assim, esse enfermeiro, da unidade básica de saúde, do PSF acaba acompanhando e apoiando esses pais em toda sua necessidades, trazendo psicólogo, trazendo assistente social para favorecer. Trabalho em equipe, uma cooperação com esses pais”.*

É exatamente isto que temos que refletir e achar uma solução, se não é feito, não poderia ser implementado? Diante do questionamento uma enfermeira relatou um fato:

... *“Teve uma criança que foi embora com uma queimadura de medicação, infiltração e ela precisava fazer curativo com papaína, a equipe decidiu que ia trocar o curativo três vezes ao dia, foi feito uma carta para aquela unidade de saúde orientando como era para ser feito esse curativo e deu certo. A mãe levou a criança no postinho e foi feito os curativos e teve uma boa evolução. Só que não teve um retorno, a gente soube disso porque a criança vinha aqui e a gente via”.*

... *“Você percebeu como deu certo, uma simples carta, será que não está faltando isto, será que tenho que esperar alguma coisa vir para poder estar mudando. O prontuário informatizado vai ser excelente, eles estão querendo implementar isso no SUS, fazer o prontuário único do paciente, mas enquanto isto não acontece o que posso estar fazendo para estar melhorando? Estou realmente fazendo aquilo que eu preciso fazer para que aquela criança continue o tratamento no domicílio? Estou delegando para outra pessoa coisas que não é função dela? Porque, vocês trabalham em equipe, tem momento em que a assistente social vai ter que estar? Vai, quando são ações de sua*

competência, como por exemplo, para adquirir alguma coisa de alto custo. Mas será que a parte que cabe ao enfermeiro, que compete ao enfermeiro, ele está fazendo? Então o contexto familiar é muito importante, não só o hospitalar, a extra hospitalar também, como é este contexto, como a criança está inserida nesta família. Essa pessoa que está acompanhando, como é a vida dela? Ela sabe se cuidar? Para ela poder cuidar”.

Neste momento colocaram:

... “Igual aconteceu outro dia comigo, estava orientando, me descabelando para ensinar a mãe dar medicamento, pegando todas seringas, mostrando o ml, aqui é 1, aqui é 2, mostrando os remédios, os horários, depois que tinha acabado, achando que ela tinha entendido tudo, ela vira para mim e falou assim: - ai, eu não sei ler”.

... “Já aconteceu isto comigo também”.

... “Eu me desmoronei, e agora o que é que vou fazer. Parei um pouco pensei, perguntei se tinha mais alguém na casa que sabia ler, ela falou que não, que era só ela, falei meu Deus e agora? Aí ela falou que tinha uma vizinha que podia ajudá-la. Aí, o que tinha que ser feito tinha que mandar uma cartinha para ela entregar no posto de saúde para fazer o acompanhamento desta medicação”.

Foi explicado que poderia ter usado símbolos para fazer a leitura, não precisava usar palavras. O que respondeu:

... “Só que ainda existe muita falha nisto porque no meio da semana, por exemplo, a gente fica mais, tem o contato maior, principalmente com paciente da cardio que fica um tempo aqui. Agora já teve caso do pai ir embora no final

de semana, a gente está aqui, está na emergência, a médica vem dá a alta e eles vão embora, e fiquei sabendo depois que ele mesmo voltou que não sabia ler, como que ele medicou esta criança, as vezes ela vem com os pulmões encharcados, ele não dá o medicamento certo”.

Novamente foram feitas as perguntas: por quê aconteceu? Quando que eu começo o preparo para a alta? Responderam:

... “Não é na alta, é durante a internação”.

Uma enfermeira colocou:

... “E é engraçado porque você fala isso para o médico. Antes de uma criança da semi ir para o quarto, precisava orientar a mãe como dar medicação para a criança, questão de jejum. Ai eu falei para a doutora:- a srª não quer já soltar a receita, porque ai eu vou explicando para ela. Ela respondeu não, na hora da alta eu explico. A gente sabe que é difícil na hora da alta”.

Ao ser questionada quando a criança havia começado a tomar a medicação, a enfermeira respondeu que foi após a cirurgia. Sabe-se que a criança permanece um tempo na UTI depois da cirurgia.

...”A mesma explicou que não orientou porque a médica bloqueou dizendo que não precisava estar informando isto agora, é muito cedo”.

Quando foi explicado de que há a necessidade do enfermeiro conquistar seu espaço de educador e fundamentar, falar qual a importância, para outros profissionais da saúde. Elas colocaram:

... “Olha as vezes este negócio de querer estar ensinando as mães, eles questionam que a enfermagem não quer fazer. Também tem preconceito isto”.

Um outro fato narrado:

... “A gente quer que a mãe, na semi-intensiva, dê o banho na criança, porque ela fica muito insegura, porque o bebê é diferente do outro filho, ela tem medo, mas a gente quer que ela dê o banho ali conosco do lado, para ela ter confiança que quando chegar em casa já fez várias vezes, ela vai saber que esta apta a fazer aquilo. Mas não, o pessoal começa a dizer que a enfermagem não quer dar mais o banho”.

... “Aí depois ele sai da semi e vem para a unidade de internação, tem que fazer sozinha e não consegue”.

... “Mas sabe o que a gente ouve: enfermeira é para isso, é para trocar meu filho”.

... “Mas o que acontece, na unidade de internação tem pouco funcionário, não igual na semi que os funcionários estão de olho direto, aí a funcionária fala mãe pode fazer, ela responde que não sabe, nossa! Mas ficou tanto tempo na semi – intensiva, como não aprendeu”.

... “Deveria falar eu vou dar o primeiro banho com você. Exatamente porque é contínuo, se ali não deu tempo de ensinar é continuidade e não julgar o serviço do outro”.

Um outro fator mencionado foi que a rotina de alguns procedimentos é mudada devido à participação em congressos médicos e a equipe de enfermagem não é comunicada, como se nota na observação abaixo:

... “É coisa de congresso que estes médicos vão. E você não rela sete dias na criança nem para passar o pano, só para higiene íntima. E o duro que eles não informam para a gente, eles vão lá põem uma placa que não pode. A gente precisava ter mais este tipo de informações entre a equipe. A equipe

tinha que trabalhar unida, trabalhar em equipe é você discutir as questões que estão ocorrendo, não é cada um trabalhar na sua área e pronto e acabou”.

Ficou claro na discussão que ainda há impasse no profissional da equipe de saúde em saber qual a função do outro, também demonstrado na fala:

... “Tenho até vergonha de falar isto, mas teve uma vez que a gente montou um grupo para ir dar palestra em um hospital de outra cidade, montei minha aula, da enfermagem com uma criança que interna em uma UTI. Montei a aula bonitinha, um dia antes a gente discutiu o que cada um ia falar e tinha meu slide de orientações para alta, onde abordaria a mãe se ela realmente tinha entendido a prescrição médica, consultas, vacinas. Acredita que a médica riscou e disse que isto não é função da enfermeira. Falei não doutora, eu não prescrevo a medicação, mas como a criança vai tomar a medicação posso orientar”.

Neste momento há relato da importância na orientação do tratamento no domicílio:

... “Sabe o que a mãe fala, nossa esse remédio fazia ela fazer muito xixi, que ela não parava de fazer xixi, era dois pacotes de fraldas por dia, não precisa disto. O que acontecia, não dava mais o lasix, voltava encharcada, então como é que não é”.

E ainda enfatizou a proibição de sua função:

... “Mas nós somos educadores e eles querem tirar isto da gente e aí não educa direito”.

Estas falas vão ao encontro a um estudo efetuado com profissionais da saúde, no qual se relata que nem todos profissionais conhecem o papel, a

função ou a competência de seus colegas de equipe e que há uma disputa pelo poder e um medo de perder o espaço e status profissional, bem como a existência de feudos profissionais difíceis de penetrar. Sendo esta dificuldade decorrente do precário diálogo entre os profissionais e a difícil inter-relação entre os membros da equipe, salienta também a falta de espaço para realização de reuniões ou encontros.⁽⁷⁴⁾

A educação para a saúde é com frequência uma área na qual os enfermeiros têm grande atuação, mas precisam de capacitação e de praticar modelos educativos, porque permite desenvolver a transmissão de informação de acordo com o nível de compreensão da criança e da família. Como educador, o enfermeiro focaliza o oferecimento de educação adequada para a saúde com retroalimentação e avaliação para promover aprendizagem.⁽³²⁾

A linguagem verbal na educação em saúde deve ser acessível ao paciente, de maneira que compreenda o que está sendo informado, bem como estar apto para interagir com a equipe e opinar sobre o tratamento. Entre outros aspectos, é fundamental para o enfermeiro ser um educador e um agente de transformação na vida das pessoas.⁽⁸¹⁾

Neste momento, outra enfermeira acrescentou:

... “Já presenciei muita alta em que o médico chega, entrega a receita, dá o papel de alta resume e fala se vira. E quando a gente tem essa iniciativa eles querem bloquear”.

Fica, nesta fala, a consciência do saber do enfermeiro no âmbito educativo e a justificativa de não fazê-lo:

... *“Eu faço pouca orientação de alta, não é com todas crianças que consigo orientar, não vou falar que é porque não sei o que tenho que fazer, sei que tenho que orientar, mas a gente acaba dando a desculpa do falta de tempo. O trabalho é intensivo, principalmente aqui que é cirúrgico, tem a alta rotatividade. Está aumentando cada dia mais, acho que quanto mais enfermeira se contrata mais contratada precisa”.*

É comum que a equipe de enfermagem hospitalar seja acostumada às práticas curativas e com forte incorporação tecnológica. Isto parece dificultar sua capacidade de se reorganizar e se perceber como parte de uma cadeia de cuidados à saúde, que incluem todos os níveis de atenção.⁽⁸²⁾

Neste estudo as enfermeiras relatam esta questão, quando houve tal manifestação:

... *“Antigamente nós tocávamos a pediatria inteira. É impossível você querer fazer um trabalho bem feito tocando isso tudo. Finais de semana tenho que me desdobrar em três lugares diferentes. E tem muitas coisas que têm o desvio de função. Tem e muito”...*

O grupo relatou preocupação quanto ao fato da continuidade do tratamento no domicílio não ocorrer como deveria ser e isto ficou claro na fala:

... *“Quando tem criança com gastrostomia e a mãe vai embora com aquela sonda não sabe o que vai passar, que jeito vai passar, o que vai passar e aí a criança volta depois desnutrida, desidratada. Sem contar que quando a sonda sai a gastrostomia fecha. E você tem que passar um óleo de peroba na cara e perguntar nossa mãe porque você voltou? Quer dizer você não fez*

orientação nenhuma com ela, nada, você não falou nada. Nem os cuidados com a sonda”.

Interagiu-se com o grupo de enfermeiras lançando a questão “**Vocês percebem que essa continuidade do tratamento é muito importante, todos tem que ter**”. Diante desta afirmação disseram:

... “O pior é que a gente tem noção disto, a gente sabe que precisa. É que na verdade é assim, o que mais acontece mesmo é o desvio de função, porque assim a gente sabe que tem que fazer, a gente tem que trabalhar mais com a sistematização, a gente está começando a trabalhar, a gente vê falha, que a gente só trabalha em cima da patologia, a gente sabe que a abordagem mais atual é trabalhar com o cliente e a família, então na verdade é assim a gente acaba sendo rápido, tem que ser o que está mais berrante e o que está mais agora ruim”.

A implementação da SAE vem sendo considerada um grande desafio imposto aos enfermeiros, pois na atualidade não se admite o cuidado rotineiro assistemático, voltado apenas aos aspectos biológicos, fato perpetuado por muito tempo.⁽⁶⁰⁾

As enfermeiras do círculo de discussão acrescentaram o que poderia estar ajudando neste aspecto:

... “Seria interessante se o enfermeiro do hospital que passasse visita, fosse na casa para ver como é que está, como está sendo orientado, fazer avaliação da alta”.

... “Teria que ter é uma equipe de alta, uma equipe assim que não dá alta no final de semana ou uma equipe sempre presente, sempre assim

trabalhando, porque as vezes acontece e essa equipe no final vai estar junta. Vai saindo, vai acompanhando a domicílio”.

... “É daria para pagar 100 enfermeiras para passar a visita em casa, aqui a gente gasta dias de internação, mandaria para casa tomando antibiótico não teria dificuldade e dando continuidade no tratamento. É exatamente isto, já é um problema público”.

Colaborando com o mencionado, é verificado que a assistência domiciliar é um tema que suscita muita discussão entre profissionais da área da saúde e administradores, com algumas modalidades de assistência domiciliar. Uma das modalidades é o da referência e contra referência que o COREN-SP vem orientando implantar nos municípios. Uma outra é a modalidade de assistência conhecida como **home care**, definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Muitos dos serviços de assistência domiciliar dividem sua forma de assistência em: **visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar**. Na *visita domiciliar* avalia-se as necessidades do paciente, de seus familiares e do seu ambiente, para estabelecimento de um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação. No *atendimento domiciliar* há execução de procedimentos mais complexos. Na *internação domiciliar* há a oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando ao cuidado oferecido no ambiente hospitalar. Em qualquer uma destas assistências há necessidade de profissionais da equipe de saúde.⁽⁸³⁾

Sobre o que fazer para melhorar esta problemática, enfocaram como resposta:

... “É que as vezes a gente tem medo né, de tomar certas atitudes, iniciativas e oh! A enfermeira está por fora, vamos cortar ela. A gente tem medo de fazer isso”.

...“Acho que também é assim, como você vai trabalhar desta forma, acho que primeiro a equipe, que nem a colega trabalha com várias equipes, ela trabalha com o neuro, com a pneumo, com a cirurgia cardíaca o que cada equipe, como cada equipe fala. Porque ocorrem divergências, eu venho oriento e o médico orienta a mesma coisa, só que a pessoa entendeu diferente, aí ela fala não foi assim que a enfermeira falou. Aí então nós somos cobrados, o quê você falou? Você falou errado, não interessa falar assim, ó foi falha de entendimento do cliente; não, eu não quero mais que você oriente mais”.

... “Falta o trabalho em equipe, faltam reuniões desenvolver mesmos protocolos para a gente trabalhar”.

... “Anotações de alta, orientado a família quanto a isto, isso e isso, você tem respaldo se acontecer alguma coisa em casa, aí a mãe vai falar foi isso que o enfermeiro falou, ela não entendeu o que você falou”.

... “Até mesmo quando você vai dando orientação para preparo para alta, desde quando é admitida, você vai fazendo anotações. Não só deixar o momento da alta para fazer anotação, você vai estar orientando em qualquer unidade, até na UTI da cardio, na UTI neo. Durante a visita que a gente faz, passando no leito e já conversa, já vai anotando”.

Neste círculo de discussão ocorreram muitas colocações da prática diária das enfermeiras, verificando-se que elas sabem da importância das orientações para a continuidade do tratamento no domicílio, mas geralmente

não o fazem. Alegam vários motivos, sendo os mais relatados: *falta de tempo, desvio de função e impedimento por outro profissional da equipe de saúde por desconhecer o papel do enfermeiro dentro da equipe.*

Algumas vezes os enfermeiros referem exercer algumas atividades que não são de sua competência, mas mesmo assim as executam, o que pode vir a refletir na questão de qualidade da assistência prestada pela equipe. O seu desempenho pode ser definido pelo contexto organizacional, missão da instituição e objetivos dos mesmos.⁽⁶³⁾

Tema IV – O Gerenciar em Pediatria

Para o desenvolvimento deste tema foi realizada **a dinâmica do farol**,⁽⁶⁸⁾ sendo que os sub-temas abordados foram: **planejamento e organização da unidade, dimensionamento de pessoal e sistema de informação**. Nesta dinâmica cada cor tem as características que definem a situação-problema que está sendo vivenciada. Assim são definidas pelas cores:

- **a cor vermelha** – pontos negativos, problemas, dificuldade e empecilhos para atingir o objetivo;
- **a cor amarela** – pontos negativos, dificuldades e alguns problemas - não impedindo totalmente o alcance dos objetivos;
- **cor verde** – pontos positivos, poucos problemas para o alcance do objetivo – trânsito livre para o alcance dos objetivos;
- **cor cinza** – situação desconhecida, não muito clara, sem condições para opinar.

Para o assunto planejamento e organização descreveram:

- **5 cores verdes** – ...”Existem normas, rotinas, protocolos... difícil é implementar – por em prática. Em relação a organização existe regra e rotina para facilitar o andamento da unidade. Em relação ao planejamento existe muita proposta, vontades de algumas pessoas. Cursos de atualização”.
- **3 cores amarelas** – ... “Falta de materiais, instrumentos de trabalho. Dificuldade com plantão administrativo. Em relação à organização observa-se que fica muito a desejar, porque nem todas as pessoas estão dispostas a colaborar”.
- **1 cor vermelha** – ...”Falta de continuidade...serviços não bem inseridos”.

Para o assunto dimensionamento de pessoal descreveram:

- **2 cores amarelas** – ...”Falta instrumento para o dimensionamento adequado: avaliação clientela/complexidade; visa números... Acredito que existe falha, muita cobrança, assim sobrecarregando toda a equipe”.
- **2 cores vermelhas** – ...”Cadê o povo? Haja perna. Falta de funcionários”.
- **1 cor cinza** – ...”Porque plantão administrativo é que tem o domínio.”

Para o assunto sistema de informação foram descritas:

- **2 cores amarelas** – ...”Falta boa vontade (às vezes) dos profissionais. Falha, tempo. Interrupção da comunicação, mas acontece”.
- **2 cores vermelhas** – ...”Barreiras com plantão médico, pois período de descanso. Na comunicação a falha prevalece – equipe de enfermagem – farmácia – Rx.”.

Faltaram opiniões das enfermeiras em alguns assuntos, pelo fato de preferirem falar a escrever. A discussão foi realizada por sub-tema, para melhor entendimento e colocações do grupo. E mesmo na apresentação da dinâmica, seguiu-se esta ordem.

O planejamento e organização da unidade

Neste assunto, o grupo abordou as questões referentes aos conhecimentos adquiridos na época da graduação, enfocando:

... “Eu acho que é bastante tranquilo você planejar, nós enfermeiros, temos desde o primeiro ano, aquela noção do planejamento, de como executar, de como organizar, a gente chega até ser chata de tão organizada que a gente tenta ser, e acaba fazendo isto até na”.

Esta fala vem ao encontro do que se espera do enfermeiro egresso das universidades, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem, Art 4º. “A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício” de “competência e habilidades gerais”, explicitando em seus parágrafos, a tomada de decisões, a

comunicação e a administração e gerenciamento, além da educação permanente.⁽⁶³⁾

O exercício das ações administrativas permeia de forma decisiva o trabalho do enfermeiro, pois é uma diretriz do próprio Conselho Nacional de Educação. Em relação à habilidade e competência em administração e gerenciamento do enfermeiro fica destacado: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e a administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. Verifica-se também que não deter as informações e desconhecer a dinâmica de sua unidade parece pouco tolerado para certos enfermeiros. Enquanto saber tudo o que está se passando na unidade lhe dá segurança para exercer suas ações e mantém uma estreita relação com a necessidade de organizar o trabalho. Isto lhe permite uma assistência de enfermagem sistematizada e organizada.⁽⁶³⁾

Porém, as enfermeiras deste estudo referiram as dificuldades para que tudo ocorra de maneira adequada, no que tange a organização e sistematização da assistência de Enfermagem:

... “O difícil são os percalços até você chegar nos finalmente para ter um bom andamento do serviço”.

Estes percalços são referidos na dependência com outros setores, dos quais a unidade depende, como o relatado:

... “Na dependência de outros serviços é que o bicho pega, enquanto você esta organizando o teu serviço, fazendo tudo que é teu, como, por exemplo, a

farmácia que você planeja, pede na via adequada, e a resposta: porque você vai precisar de duas? Vou precisar de duas, aí ela manda uma, chega no outro dia de manhã tem que ir lá buscar”.

O cuidado refere-se às atividades, aos processos e as decisões, diretas ou indiretas, dirigidas ao indivíduo, grupo ou comunidade em situações de saúde/doença. Os enfermeiros exercem o cuidado como parte de seu processo de trabalho e o percebem como um conjunto de atividades, no âmbito administrativo, assistencial e outros inter-relacionados, como a educação e a pesquisa. Há algum tempo, o enfermeiro não possuía esta visão unificada referente ao seu processo de trabalho, sentia-se culpado em exercer as ações administrativas e não estar à cabeceira do paciente.⁽⁶³⁾

As enfermeiras deste estudo relataram ainda a falta de consciência da equipe de todos os serviços para que o planejamento e a organização se efetivem para uma boa assistência ao cliente, quando disseram:

... “Então falta um pouco da consciência do pessoal dizendo como você assina e carimba uma coisa, porque não vão confiar naquilo que você está pedindo, é aquilo que está querendo. Então acho que talvez falta um pouco de treinamento nos serviços do quais a gente depende, implementando mesmo um entrosamento do serviço de enfermagem com o que nos serve, os que nos ajudam a atender bem o cliente”.

Percebe-se que o enfermeiro faz suas ações administrativas, no gerenciamento de seu trabalho, como uma atividade coletiva, mas, ao mesmo tempo, fracionada pela própria divisão do trabalho. A atual estrutura da enfermagem em um sistema hierarquizado e heterogêneo funda-se num

trabalho parcelar, cujo controle e organização pertence ao enfermeiro. Este planeja e distribui a tarefa aos outros agentes, bem como a organização do ensino da enfermagem, desde que Nightingale fundou a Escola Nightingale de Enfermagem, em 1860, na Inglaterra. Essa gerência é exercida pelo enfermeiro com o objetivo de fazer funcionar a organização em sua totalidade controlando os trabalhos e os trabalhadores. Para Fayol este “controle” aparece como necessidade de observar o desenrolar das ações de maneira que tudo ocorra conforme as regras estabelecidas e as ordens dadas. Isto é verificado realmente quando se observa que o enfermeiro tem necessidade profissional de “controlar”, como parte do exercício de suas ações administrativas, em seu processo de trabalho.⁽⁶³⁾

Pode-se explicar a escolha da cor vermelha, o que dificulta o planejamento e a organização da unidade, quando enfocam:

... “Então quando fala isso, não põe como um ponto vermelho, porque na verdade a gente tem como conseguir, a gente tem o papel, o que falta mesmo é por em prática. E ainda acrescentaram um outro fator contribuinte só que para isso a gente precisa de um número muito grande de pessoal”.

As macroempresas possuem maior necessidade do enfermeiro como gerente, que intermedia a administração entre o hospital e o trabalhador. As expectativas das instituições quanto ao trabalho do enfermeiro são relativas ao “controle gerencial e burocrático de toda unidade”. Portanto o trabalho do enfermeiro fica sendo o de “previsão e controle dos recursos humanos e materiais”, nas organizações que desempenham suas funções.⁽⁶³⁾

Nota-se que há diferença na percepção do planejamento e organização de acordo com o turno de trabalho das enfermeiras deste estudo quando é colocado:

... “No noturno eu acho que não tenho muita dificuldade, porque o período da manhã e o da tarde organizam os leitos para as crianças, inclusive, os respiradores e os materiais, eu acho que quanto a isso não tenho dificuldade, entendeu”.

Ainda, percebe-se a visão de que mesmo quando alguma coisa não foi deixada pronta, faz parte da rotina da unidade e que o plantão é uma continuidade, no comentário:

... “E nem assim, a organização a gente pode até demorar um período, até a meia-noite para organizar algumas coisas que ficou pendente da tarde, da manhã e aí é claro que não é falha, é coisa que tem que organizar. As vezes ficou coleta de sangue, é um exame que tem que ir, crianças que são admitidas no período noturno no pós-operatório. Então são coisas que é rotina, eu não tenho tanta dificuldade não”.

Quando as enfermeiras falam que já deixam tudo organizado percebe-se maior preocupação com os recursos materiais. Englobam os recursos físicos, tais como, os equipamentos utilizados, o material a ser consumido, o espaço físico apropriado. Isto condiz com a explicação de que a qualidade do cuidado deve ser preservada quando se considera a disponibilidade de recursos materiais adequados à prática assistencial, sejam de caráter de consumo ou permanentes. Dispor de tecnologia apropriada permite fazer um planejamento adequado.⁽⁶²⁾

Porém, neste estudo ficou claro a dificuldade das enfermeiras do noturno em relação à organização, quando há o relato:

... “A organização, pelo fato de boicotar a gente, depois acho que vou falar mais para frente em questão ao plantão administrativo, que boicota muito, é difícil, principalmente a noite”.

O gerenciar em enfermagem é um desafio, pois sua prática apóia-se em três aspectos: recursos humanos, materiais e administrativos. O equilíbrio entre estes três aspectos favorece o desenvolvimento da assistência de Enfermagem direta ao cliente. Desde a época de Florence Nightingale (final do século XIX), a estratégia para assistir o cliente enfermo era baseada na possibilidade de execução do serviço de enfermagem, por meios propícios e facilitadores. O primeiro passo para garantir esse cuidado era a criação de espaços, visando maior proximidade com o cliente. Florence ficou conhecida como a pioneira da administração hospitalar pela instituição de medidas administrativas que se desenvolveram com sucesso em sua época. Tal fato permitiu criar bases para um olhar organizacional ao cuidado, seja no campo educacional ou gerencial, fazendo com que ocorresse a transformação da prática do cuidado de enfermagem, do simples fazer à ação dirigida e sistematizada.⁽⁶²⁾

Dimensionamento de pessoal

Este assunto atualmente está sendo muito discutido e abordado nos fóruns e nas divulgações científicas de enfermagem, principalmente na rede hospitalar, que abrange cerca de 60% do quadro de pessoal empregado. Assim, neste círculo de discussão as abordagens não poderiam ser diferentes

e as colocações foram referentes ao número insuficiente de pessoas, às cobranças e ao cálculo não adequado de funcionários, o que ficou claro pelas falas:

... “Aí já cai plantão administrativo boicota muito, eles tiram pessoal, a gente planeja certinho, vê que a equipe não está preparada para sair, eles tiram funcionário mesmo. Tem uma única pessoa do administrativo que pergunta se dá para tocar, do resto não quer saber, não deixa você dominar essa parte, argumentar, não deixa. Não perguntam e então é o plantão administrativo que manda”.

Esta expectativa é esperada, porque a gerente de enfermagem é a força motriz para o estímulo à prática assistencial de sua equipe. Portanto, concessões, benefícios e prêmios por desempenho são uma necessidade de incutir satisfação no funcionário e prática comum de grandes empresas. Dessa forma, escala de trabalho, de férias, possibilidade de complementação de carga horária e outros aspectos à rotina de trabalho devem ser exequíveis, ouvindo as necessidades da equipe de enfermagem.⁽⁶²⁾

Como justificativa desta cobrança e atitude do plantão administrativo colocaram:

... “É que isto aí é assim, falta instrumento, em Pediatria não existe nenhum instrumento que classifique aquela criança, não tem. Eu preciso de um funcionário para cuidar somente desta porque a complexidade dela é muito grande, então o que visam número eu tenho 5 crianças então você só precisa de 2 funcionários, sem saber que na verdade tenho 5 crianças e preciso de 5 funcionários para cuidar delas”.

... “Então falta mesmo recursos, falta avaliação, falta pensar mesmo. Pensam assim que 12 horas a noite é 12 horas para a gente descansar, não é isso gente. Tem que se conscientizar, precisa de uma filmadora aqui, porque não é possível tem diálise peritoneal, é criança entubada, gritam hei! a criança aqui se extubou e grita mesmo, porque não tem pessoal, principalmente, se tem um de licença”.

... “Outro dia tinha 5 funcionários só, sendo que são 7 para tocar, mas não querem saber, acho que é muito boicotado. Tinha 4, 3 para 15 crianças, é, pós-operatório da cardio! É, pós chegando. Aí você fica nervosa, atende ao telefone nervosa com a gente, a gente tem que manter o equilíbrio emocional, que jeito!. E ainda fala que você está desequilibrada. Por isso é que o pessoal sai tanto de licença”.

... “Ai o pessoal fala assim que é porque não gosta de trabalhar. Vai parar lá na psiquiatria”.

... ”Na verdade tem que ver, porque não sei, tem muita gente que fala assim: trabalha na cardio! É tranquilo, lá tem pouca criança, aqui a gente rala, fala isso de um para o outro. Ninguém vê que tem vezes que trabalho como auxiliar, além de ter que dar conta de tudo, batelada de exames de rotina para coletar e qualquer problema é você que tem que resolver, como o computador não está funcionando, não vai ter prescrição hoje entendeu. Ai fica desce a cama do pós-operatório e prescrição não sei. Além de ficar com toda essa parte, ainda tem que assumir criança porque não tem funcionário”.

... “Que nem a enfermeira do noturno estava precisando, o que precisou fazer, desfaltar o meu plantão para acudir o dela”.

... “Outra coisa do plantão noturno, a gente não tem respaldo de ninguém, enfermeira é enfermeira. Que nem um dia o doutor pediu para abrir um tenkof e na emergência ele foi aberto, só que foi uma emergência. Foi pedido que abrisse agora, foi feito. No outro dia veio, a chefia quer falar com você porque você tomou a frente. Aí tive que ligar pedir desculpas para a enfermeira, para poder me defender. É assim”.

Os relatos das enfermeiras retratam não só o aspecto do dimensionamento de pessoal nas unidades pediátricas como abrangem parte dos outros dois assuntos, **o planejamento e organização e o sistema de informação do serviço de pediatria**. Também, sobre a estrutura deste serviço, como está interligada toda a unidade, pois mesmo que cada unidade possua suas características peculiares, existe o todo que as interliga. Não se pode conceber que tenham dois pesos e duas medidas para os mesmos pontos em comuns.

A gerência de unidade deve criar os meios para desenvolvimento da assistência de enfermagem em pelo menos três níveis: *o enfermeiro chefe do setor ou gerente; o enfermeiro líder de equipe e o técnico/auxiliar de enfermagem*. Também, deve propiciar o dimensionamento da equipe de enfermagem, determinando o número de enfermeiros e auxiliares, que deve estar equiparado a determinantes lógicos, para uma assistência de qualidade, tendo em mente a relação custos e benefícios.⁽⁶²⁾

Compreende-se que é fundamental o enfermeiro reconhecer no seu espaço de exercício profissional, a interdependência existente entre a assistência/cuidado; ensino/educação; pesquisa/construção de novos modos

de cuidar e administração/interconexão e cooperação nas ações/attitudes de cuidar, desenvolvendo sua prática social com coerência e visão crítica da realidade, diante de diferentes contextos, para poder valorizar a multidimensionalidade do ser humano.⁽⁸⁴⁾

O dimensionamento de pessoal pode ser considerado uma questão importante na Enfermagem, pois enquanto existe o cálculo determinado pela OMS, existem outros instrumentos que estão sendo utilizados atualmente e que enfocam o Sistema de Classificação do Paciente (SCP). Este também é um fator complicado na área de Pediatria. Como relatado em um estudo, a questão de contratação de recursos humanos em todas organizações é um ponto crítico e as instituições de saúde não são exceções. Esta falta de recursos humanos deve ser contemplada, já quando se tem conhecimento do planejamento da assistência.⁽⁶³⁾

A Resolução do COFEN nº 168/1993 determina que cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico da Instituição garantir os recursos humanos necessários à assistência de enfermagem e segurança do paciente. Isso muitas vezes não é respeitado nas Instituições, ficando tal função a cargo de pessoas de outras categorias profissionais.⁽⁸⁵⁾

No dimensionamento de pessoal, o ideal seria a utilização de metodologias e critérios que permitissem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência. Para esta adequação em nosso país existem várias propostas no chamado SCP. Estas propostas se diferenciam na forma de avaliação e no número de categorias que são avaliadas, porém todas são baseadas no cuidado progressivo ao paciente.⁽⁸⁶⁻⁸⁷⁾

A introdução do SCP na prática gerencial do enfermeiro contribuiu para a determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que evidencia a variação do tempo médio de seu trabalho dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado. Ainda, possibilita a adequação dos métodos até então utilizados na determinação dos custos da assistência prestada. Portanto o SCP vem sendo considerado como instrumento essencial da prática administrativa, proporcionando informações para o processo de tomada de decisão quanto a alocação de recursos humanos, a monitorização da produtividade, aos custos da assistência de enfermagem, a organização dos serviços e ao planejamento da assistência de enfermagem.⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾

Sistema de informação

O sistema de informação, automatizado ou não, participa de todas as fases do planejamento, da organização, do controle, da avaliação e nas funções administrativas. Tem como principal componente a comunicação. Este sistema proporciona aos elementos da equipe de enfermagem as informações necessárias ao desenvolvimento da assistência. É amplo, abrange toda troca de informações entre a equipe de enfermagem, e entre estes e a equipe multiprofissional. Assim, todos os elementos que participam do processo têm que ter fluência na comunicação.⁽⁸⁹⁾

A preocupação do grupo de enfermeiras desta pesquisa foi relativa à comunicação na passagem de plantão, por causa de um comunicado que haviam recebido há alguns dias, cerca de uma semana. Isto veio dificultar

ainda mais um assunto que já consideravam falho no serviço. O comunicado que receberam foi: **que ficava proibida a hora extra por qualquer motivo, inclusive pela passagem de plantão.** O descontentamento ficou nítido nas colocações:

... *“Agora a gente tem que passar o plantão em 5 minutos, se não leva advertência e perde o ticket, e vai fazer o que, que tipo de comunicação a gente vai ter. Eu acho que já é falha, porque muitas informações acabam ficando dispersas e agora então!”.*

... *“Você não tem tempo de anotar. Eu falo assim _ que porcaria de plantão eu passei, porque tenho que ir embora”.*

... *“Aí o que acontece, ela liga para mim e fala que ficou faltando isso”.*

... *“Realmente chego em casa percebo que não passei alguma coisa por causa do tempo e ligo para a unidade para passar”.*

... *“Existe, só que é assim, existe a falha, que é muito grande, que é transmitir de um para o outro, do outro para o outro. Quantas vezes eu odeio receber comunicado que tenho que passar para a chefia. Porque, por exemplo, a chefia não está aqui, aí tenho que pegar o recado passar para a enfermeira da noite, para a enfermeira da noite passar para a enfermeira da manhã, para a enfermeira da manhã passar para a chefia. Você acha que não tem distorção, tem completamente. Então é falho, nem telefone sem fio é tão complicado”.*

Em muitas situações o fluxo da informação pode sofrer alterações, modificando o conteúdo dos dados. Há necessidade de uma análise deste fluxo com o propósito de diminuir as interferências que possam ocorrer. Existem modelos (Círculo, Roda, Cadeia, Canais, em Y) pelos quais as informações

podem chegar ao receptor. É difícil um único fluxo por onde a mensagem pode fluir.⁽⁸⁹⁾

A participação da troca diária dos plantões de enfermagem é uma atividade da maior importância, pois é justamente nesse momento que será passada a informação necessária para a manutenção de determinado cuidado de enfermagem ou mesmo a divulgação de novos protocolos assistenciais.⁽⁶²⁾

Ainda, a passagem de plantão tem o objetivo de assegurar o fluxo de informações entre os grupos que se sucedem num período de 24 horas. A Roda é um modelo que apresenta possibilidade de ser eficiente, pois quem tem a informação ocupa a posição central.⁽⁸⁹⁾

Quando foi lembrado para as enfermeiras deste estudo que existe os meios de comunicações informal e formal, elas colocaram:

... *“Não sei qual que é a pior se é a informal ou a formal. Porque a formal é formal demais, você tem que verificar tudo, por tudo, e aí não tem pessoal”.*

... *“Começa desde aí se o dimensionamento é ruim como vai ter uma comunicação boa”.*

Em pesquisa realizada neste enfoque obteve-se dados semelhantes ao relatado, com afirmações das integrantes do estudo sobre as falhas nas condições de trabalho (número reduzido de funcionário, grande demanda de pacientes, recursos físicos e materiais deficitários), prejudicando o uso adequado e eficiente da comunicação.⁽⁸¹⁾

As enfermeiras das unidades pediátricas deste estudo ainda complementaram:

... *“É uma bola de neve insegurável”.*

... *“Agora a noite de novo é um problema, porque o médico cansa, vai para outro setor fora do nosso, aí você tem que chamar, acordar e fala doutor...pode fazer isso, a criança está passando mal, está caindo a saturação, a criança está assim, assim e assim, mal acorda vem todo cansado, trabalhou demais no outro dia, no outro dia fala que não foi comunicado do estado da criança, há falha na comunicação”.*

A comunicação informal é inevitável e incontrollável em muitas situações, pois não apresenta fluxo determinado, pois surge na interação entre as pessoas nas diversas oportunidades.⁽⁸⁹⁾

Ainda, neste estudo as enfermeiras destacaram a importância da anotação de enfermagem em relação ao aspecto legal no exercício da profissão:

... *“Ainda bem que a única defesa da gente é a anotação, estão anotando, depois de muito falar”.*

Outra questão levantada foi dos enfermeiros de cobertura no plantão noturno, pois os mesmos referiram sentir-se isolados da unidade, inclusive há reclamações dos funcionários do noturno. Eles relatam que se sentem sozinhos, “a Deus dará”. As enfermeiras fizeram os seguintes relatos:

... *“Eu acho que isto é assim existe essa certa dificuldade e acho que o que pode ser feito eles fazem sim”.*

... *“Acho que o que agrava um pouco mais isso, que além de ser uma pessoa extra pediatria, ela atende as duas enfermarias e a emergência. Você já viu alguém da emergência adulta cobrir um outro setor aqui para cima? Nunca, nunca! Emergência é emergência, lá é acidente, é não sei o que, você*

tem que estar lá, tem que estar no auxílio ali imediato, no atendimento ao cliente que chega, quem tem que atender é o enfermeiro. E onde ela está nas duas enfermarias com 50 e poucos leitos, que não é pouco não, entendeu! Isso é desumano para quem trabalha a noite no plantão aqui”.

... “É uma coisa maluca”.

... “A enfermeira chefe da pediatria já tentou várias vezes colocar enfermeira, mas nunca conseguiu”.

... “O último plantão tinha criança no corredor, acidente. Se cair de uma maca no corredor quem responde por isso, é você que responde, é uma coisa que é gravíssima, chamo isso de gravíssimo. E você é conivente porque você procura dar conta do volume, de trabalho que aqui você se submete. Você assumiu bem! Acabou mesmo! Você está assumindo um plantão teu, são mais de 50 aqui em cima e mais 10 ou 15 lá em baixo, sei lá, quantos entubados, quantos chegando”.

Com uma utilização do sistema de informação em que a comunicação possa fluir de maneira a propiciar e facilitar o planejamento da assistência e fornecer elementos para tomada de decisão deve-se ter a disponibilidade de informações e a melhor assistência de enfermagem, o que propicia melhores registros, assegurando o planejamento, a execução, a supervisão e a avaliação das ações realizadas.⁽⁸⁹⁾ Uma assistência de enfermagem com qualidade necessita de enfermeiros qualificados e em quantidade suficiente.⁽²⁸⁾

Tem-se observado que os administradores de enfermagem buscam soluções imediatistas para problemas essenciais, permeados de conflitos e divergências, servem para atender o aqui e agora, deixando de ser

contemplados os encaminhamentos de médio e longo prazo, não atendendo o essencial da situação problema e tendo que superar o estresse gerado pelas demandas assistenciais e administrativas apresentadas.⁽⁷²⁾

Nesta pesquisa foi importante a colocação das enfermeiras das unidades pediátricas a respeito dos encontros, pois referiram tratar de um momento onde pudessem desabafar e ao mesmo tempo ocorrer o levantamento dos problemas como mencionado:

... “Este trabalho que você está fazendo com a gente aqui serve de levantamento dos problemas, porque, que a coisa talvez não esteja funcionando como deveria, planejamento e organização elaborado. E também como um desabafo para quem vivencia todo essa problemática do dia-a-dia. E também a solução, que solução a gente daria, cadê a boquinha do túnel lá na frente é difícil achar, não é fácil não. Precisaria ter vivência os cabeças, um pouco de vivência na unidade para falar não precisam, vocês estão em 15 dá para tocar, agora 4 funcionários para tocar 15 ou 2 para 15, ai não dá não”.

Após esta colocação, foi solicitado ao grupo o fechamento do encontro e as colocações que poderiam aventar para possíveis resoluções:

... “São tantos problemas pequenos, mas que com boa vontade fáceis de resolução entre aspas, que se gasta tanto, diz ao atendimento ao cliente, que a gente tem que dar o suporte nota 10. Então para isso a gente tem que ter”:

...“- Primeiro um bom dimensionamento de pessoal, o pessoal da enfermagem passa por tanta coisa para ser admitido aqui né, avaliações mil. Além dessas avaliações, para pessoa ser boa, bom caráter, bom profissional, ela ter um dimensionamento bom, porque não adianta ela ser boa e cair em

uma rede dessa. Aí ela é malhada porque não dá conta, é lógico ela é humana, ela tem duas pernas só, esse é o problema”.

...“- Segundo ponto é existir uma engrenagem boa entre todos os setores que nos atende, entre farmácia, lavanderia, porque você quer trocar a criança e não tem lençol. Então às vezes você quer fazer, quer dar um bom atendimento, qualidade 10 e você não consegue, porque existe um pouco a falta de engrenagem do serviço de enfermagem de pediatria com os demais serviços que nos atende, que nos dão suporte ao atendimento ao cliente”.

... “As coisas básicas são mais gritantes. Tem que saber um pouco mais da gente, se colocarem um pouco em nosso lugar, as chefias tem sua hierarquia e a gente respeita isto”.

... “O plantão administrativo, a gente respeita, que existe essa pessoa, ela é uma hierarquia, a gente tem que cumprir. Ela fica no hospital inteiro, só que ela tem que ouvir o nosso lado também, porque você não está cedendo o funcionário? Porque isso, isso e isso. Não é porque não está colaborando, porque a gente não quer”.

Quanto a tais aspectos, em um estudo realizado abrangendo tal enfoque, percebeu-se que os fatores de insatisfação atribuídos ao trabalho, que interferiam na atuação da enfermeira, estavam relacionados à insegurança por vários motivos: falta de experiência, treinamento deficiente na admissão, longa jornada de trabalho, salário baixo e número insuficiente de trabalhadores de enfermagem. Um outro resultado foi o estresse no ambiente hospitalar, que contribui para o *burnout*, a síndrome da exaustão emocional, que acomete profissionais que trabalham em contato direto com pessoas e é considerado

fator significativo para a rotatividade. Além disso, resulta em faltas, licenças e baixa produtividade.⁽⁹⁰⁾

Foi também colocado sobre o SCP, que deveria ser feito por três meses. Foi discutida a distribuição de cuidados do COFEN, que é um tanto complicado em Pediatria, onde houve as seguintes colocações:

... *“Porque se o adulto é classificado como cuidados mínimos e precisa puncionar a veia o funcionário vai sozinho, com a criança não, não se consegue puncionar a veia sozinha, dependendo da criança, as vezes precisa ir até em três”.*

... *“Tenta passar sonda em uma criança sozinha, aspirar, mesmo com a mãe. A mãe não ajuda e muitas vezes sai de perto para não ver. Tem resistência ao procedimento”.*

... *“E você percebe que tem criança aqui na unidade de internação que tem cuidados de UTI, e o funcionário assume o número de paciente igual a todo mundo, se ela estivesse na UTI o funcionário lá estaria com menos paciente e aqui não, sobrecarrega mesmo”.*

Foi discutido no SCP da porcentagem para enfermeiro, técnico e auxiliar. Novamente houve a colocação do grupo em relação à complicação em Pediatria:

... *“Às vezes para puncionar a enfermeira precisa ir junto ficando até mesmo 2 horas para puncionar e são 6 horas de jornada, tem dia que você não consegue fazer outra coisa. O COFEN deveria fazer uma revisão para a área da criança”.*

Uma unidade só se desenvolve quando recebe os recursos humanos, materiais e administrativos que tenham como fim o pleno desenvolvimento de uma dinâmica assistencial satisfatória para o cliente, profissional e empresa. É importante lembrar que o mais relevante é a forma como direcionar a assistência de enfermagem, de transformar a prática gerencial em uma dinâmica catalizadora de ações humanizadas e voltadas para o ser humano com necessidades. Assim, evita-se que a presença maciça de equipamentos e processos tecnológicos, tornem o cuidado de enfermagem em uma fábrica de montagem e desmontagem. O exercício profissional deve ser digno e de qualidade, buscando a qualificação e as estratégias gerenciais adequadas para o pleno desenvolvimento da unidade.⁽⁶²⁾ As instituições, nessa perspectiva, ocupam lugar importante, pois precisam conhecer o grau de satisfação e/ou de insatisfação pessoal e profissional dos trabalhadores e criar espaços concretos para a expressão da subjetividade e o desenvolvimento do potencial humano.⁽⁶⁵⁾

Tendo por referência fatos históricos, verifica-se que as ações administrativas de enfermagem antecedem às teorias da enfermagem moderna. As religiosas assumiam simultaneamente as atividades de enfermagem e a administração interna dos hospitais, desempenhando as funções de controle, coordenação, supervisão, avaliação e planejamento, mesmo de forma empírica. Florence Nightingale analisou e sistematizou essas funções experimentando-as e teorizando, o que lhe permitiu sucessos em suas intervenções de enfermagem e perpetuação de alguns de seus preceitos até os dias atuais. A execução destas ações administrativas tornou-se mais evidente

com a divisão técnica e social do trabalho da enfermagem, caracterizando-se como atividades intelectuais e, assim, fonte de prestígio para o enfermeiro. Cada vez mais o enfermeiro vem incorporando as ações administrativas à sua prática profissional.⁽⁶³⁾

Outro fator que se deve levar em consideração é que as organizações são determinantes no papel que os enfermeiros devem desempenhar em relação às ações administrativas, segundo o contexto organizacional. Ainda, os enfermeiros devem desempenhar as ações administrativas de acordo com sua função, conforme Código de Exercício do Profissional Enfermeiro.⁽⁹¹⁾

Apresenta-se a seguir os dados do estudo quanto ao alcance dos objetivos, segundo os planos de ensino elaborados para tal finalidade.

5.2.5. Alcance dos objetivos dos planos de ensino

Nesta parte são apresentados os resultados dos círculos de discussão, informando o alcance dos objetivos de cada tema abordado.

O primeiro tema discutido no círculo de discussão foi **“Relacionamento Interpessoal na Unidade de Trabalho”**, com os seguintes objetivos:

- **O objetivo 1:** “Identificar os elementos que compõem a dinâmica do relacionamento humano”. O grupo verbalizou que os elementos que participam no relacionamento humano, conseguindo identificar como ocorrem os relacionamentos entre as enfermeiras, entre enfermeiras e a equipe de enfermagem, entre enfermeiras e a equipe de saúde e

entre enfermeiras e o binômio mãe-filho. Assim, considerou-se que este objetivo foi alcançado.

- **O objetivo 2:** “Correlacionar os aspectos que geram facilidades ou dificuldades para o relacionamento humano”. Nesta discussão o grupo apontou o que acreditam facilitar ou dificultar o relacionamento humano para o desenvolvimento das atividades profissionais de enfermagem nas unidades pediátricas. Entre as enfermeiras a dificuldade verbalizada foi ter enfermeiros que trabalham em Pediatria sem pertencer ao setor, que denominam como “*enfermeiros de cobertura*”. No relacionamento com a equipe de enfermagem houve o relato da facilidade da equipe ser, em sua maioria, capacitada para trabalhar em Pediatria, mas relataram como dificuldade o autoritarismo por parte de profissionais detentores de poder. Sobre o relacionamento com a equipe de saúde relataram que existe dificuldade em relação à *equipe médica*, principalmente, com os recém-formados, além de algumas verbalizarem a imposição e interferência de alguns médicos, com falta de reconhecimento das funções do enfermeiro nas unidades pediátricas. No relacionamento com o binômio mãe-filho, enfocaram os aspectos em relação ao relacionamento com a mãe ou acompanhante, que em algumas situações revelam dificuldades, particularmente em alguns setores e horários e a respeito do direito à permanência com a criança. Porém, aventaram que pensam em mudar paradigmas para adequação do que é correto e legal. Diante

dos dados obtidos, considerou-se que este objetivo também foi alcançado.

No segundo círculo de discussão, o tema abordado foi: **“A Importância de abranger o Crescimento e Desenvolvimento na Assistência do Enfermeiro”**, com os objetivos que se seguem:

- **O objetivo 1:** *“Identificar como se processa a assistência voltada para os aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança”*. O grupo verbalizou como aborda o crescimento e desenvolvimento na sua prática diária, o que é necessário fazer, como fazer e o que é realizado em parte, não totalmente. Assim, considerou-se que este objetivo foi alcançado.
- **O objetivo 2:** *“Correlacionar os aspectos que geram facilidades ou dificuldades para abordar o crescimento e o desenvolvimento na assistência”*. O grupo verbalizou que a facilidade é ter incorporado que na avaliação da criança o crescimento e desenvolvimento deve ser levado em consideração. No entanto, expuseram que normalmente isso não é feito, alegando como motivos a falta de tempo e de instrumentos que os auxiliem nesta avaliação, como não ter brinquedos específicos para este fim. Citaram algumas sugestões para melhorar esta concepção na prática e ante tais informações o objetivo foi considerado alcançado.

O terceiro tema abordado foi: **“A continuidade do tratamento no domicílio”**, tendo como objetivos:

- **O objetivo 1:** *“Reconhecer como se processam as orientações para a continuidade do cuidado no domicílio em sua unidade de trabalho”*. O grupo verbalizou que geralmente não acontecem as orientações para a continuidade do cuidado. As enfermeiras participantes reconhecem que sabem o que tem que ser feito e que precisam mudar o enfoque centrado na patologia e trabalhar mais com a sistematização da assistência, pois trabalham mais com a resolução de problemas imediatistas. Então, conforme os relatos obtidos considerou-se alcançado este objetivo.
- **O objetivo 2:** *“Discernir nas situações, fatos, acontecimentos do dia-a-dia do trabalho, as facilidades e dificuldades para as orientações do cuidado no domicílio”*. Este objetivo foi considerado alcançado, pois o grupo conseguiu verbalizar nas discussões que há discernimento com bases em sua vivência diária de trabalho. Assim, conseguiram verbalizar quais são os obstáculos que contribuem para não realizarem as orientações como deveriam, como: falta de tempo, desvio de função, impedimento por outro profissional da equipe de saúde, geralmente por desconhecerem ou não levarem em consideração o papel do enfermeiro dentro da equipe de atenção em saúde nas unidades pediátricas.

O quarto tema abordado foi: **“O gerenciar em Pediatria”**, com objetivos, tais como:

- **O objetivo 1:** *“Identificar como ocorre o planejamento e a organização em sua unidade de trabalho”*. O grupo verbalizou que

considera o planejamento e a organização adequados, porém falta conscientização da equipe de todos os serviços para que o planejamento e a organização se efetivem e ocorra uma boa assistência ao cliente. As enfermeiras relataram também as diferenças que consideram existir entre as unidades pediátricas no hospital estudado. Assim, o objetivo foi considerado alcançado.

- **O objetivo 2:** *“Identificar fatores que contribuem para o dimensionamento de pessoal adequado”*. O grupo verbalizou o que deve considerar no cálculo para o quadro de pessoal nas unidades. Relatou deficiências no âmbito da humanização para com os colegas de trabalho, pela freqüente sobrecarga no serviço; sobre a distribuição de enfermeiros para as unidades e turnos, que não ocorre de maneira uniforme e a falta de instrumentos para o cálculo de dimensionamento de pessoal em Pediatria. Ante o exposto pelas participantes, este objetivo foi considerado alcançado.
- **O objetivo 3:** *“ Identificar os aspectos que geram facilidades e dificuldades no sistema de informação em sua unidade de trabalho”*. O grupo verbalizou mais os aspectos que dificultam o sistema, como: a passagem de plantão, que já não era eficaz e agora ficou pior devido ao tempo estipulado para a sua consecução; que muitas vezes o que é passado não chega em seu destino; que não existe uma uniformização no sistema de troca de informações; sobre a falta de credibilidade de algumas áreas profissionais nas ações do

enfermeiro, mesmo registrando, assinando e colocando o carimbo.

Deste modo, considerou-se que o objetivo foi alcançado.

A respeito da postura do grupo de enfermeiras de unidades pediátricas participantes desta pesquisa, são apresentados a seguir os resultados obtidos.

5.2.6. A postura do grupo

É importante lembrar que não houve a participação nos círculos de discussão de todos os encontros, das 17 enfermeiras incluídas no estudo, mas as que participaram revelaram-se comprometidas, pelo envolvimento nos debates e discussões realizados. Foi possível verificar que à medida que evoluíam os encontros as enfermeiras participantes foram ficando mais à vontade, verbalizando com mais clareza, pertinência e naturalidade suas percepções, angústias, dúvidas, possibilidades de intervenção, opiniões, crenças e limitações.

Assim, gradativamente foram conquistando e construindo um clima de descontração, cumplicidade e comprometimento, o que nos pareceu ter favorecido e fortalecido a vontade comum de buscar caminhos para superar as dificuldades que foram destacadas.

Um fator positivo para revelar a postura do grupo quanto a participação nas atividades educativas foi que as enfermeiras dos três turnos estiveram presentes nos encontros, mesmo sendo ressaltadas as dificuldades que

encontravam para participar. Tal fato resultou em um estreitamento de vínculo, que não existiu no primeiro encontro.

A seguir apresentam-se algumas “falas” das integrantes do grupo sobre o que sentiram ao trilhar o caminho para a conscientização a respeito da participação nos círculos de discussão:

... *“Existe a possibilidade de dar continuidade nestes encontros, nem que fosse uma vez por mês ou a cada 3 meses ou 6 meses”.*

... *“Estes encontros serve também como um desabafo para quem vivência todo essa problemática do dia-a-dia”.*

... *“Não perco por nada estes encontros”.*

... *“Estes encontros estão servindo para mudar a minha visão em relação à unidade”.*

... *“Estou conseguindo enxergar caminhos que antes não conseguia”.*

Com este estudo, há a inferência de que os temas abordados não se esgotam e sim que sensibilizam e levam a uma conscientização que pode e deve ser mudada no processo de cuidado dos enfermeiros com crianças. Espera-se que isto possa repercutir na melhoria da qualidade da assistência, na qual a responsabilidade e compromisso foram assumidos diante da aceitação de se seguir e efetivar esta profissão.

A seguir são descritas as considerações finais e conclusões desta pesquisa, tendo por base os objetivos definidos e os resultados obtidos neste estudo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade deste estudo foi conhecer o cotidiano de atuação de enfermeiras nas unidades pediátricas de um hospital de ensino e, a partir daí, planejar e implantar a educação conscientizadora, no intuito de que refletissem sobre sua realidade no processo de trabalho. O propósito foi de construir junto com as enfermeiras participantes da pesquisa algumas estratégias para enfrentar as situações-problemas que vivenciavam. Sendo usadas como modo de propor e implantar mudanças no processo de trabalho vigente e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Tentar alcançar os objetivos propostos neste estudo possibilitou a reflexão, de todos os envolvidos, sobre o processo de trabalho que tem prevalecido nas unidades pediátricas do hospital de ensino estudado. Constatou-se deficiências na gestão e processo de trabalho, de modo geral, em todas as unidades, com particularidades quanto ao turno de trabalho, o que comprometia a qualidade da assistência prestada. Notaram-se falhas no âmbito administrativo, pois ao mesmo tempo em que é esperado que a enfermeira seja a líder da equipe de enfermagem e tome decisões de forma autônoma, no seu contexto de atuação profissional, muitas vezes ela deixa de cumprir suas atribuições; seja por desconhecer, seja por desconsiderar o que comporta seu papel. Verificou-se, neste enfoque que muitas vezes a decisão das ações na assistência à criança fica centrada em outro profissional da equipe de saúde,

principalmente no médico, mesmo aquelas diretamente relacionadas com as atividades de enfermagem.

Os dados obtidos revelaram que a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem nas unidades pediátricas estudadas poderia ser alcançada com uma gestão mais democrática, com atuação multi e interprofissional, de modo que cada um, segundo as especificidades e sua profissão, pudesse expressar suas opiniões, idéias e cuidar de forma mais adequada. Ante tal perspectiva de análise, há necessidade de uma reflexão em conjunto com os profissionais das unidades pediátricas a respeito da gestão administrativa instituída no hospital campo desta pesquisa. Sugere-se uma gestão participativa, pois tem condições de propiciar um modo de trabalho que busque alcançar as metas previamente definidas, com maior naturalidade e tranqüilidade, compartilhando responsabilidades e interesses profissionais.

Assim, a método utilizada na implantação da atividade educativa dirigida para as enfermeiras das unidades pediátricas deste estudo foi a pedagogia conscientizadora de Paulo Freire. Utilizou-se a entrevista para o levantamento do universo temático, obtendo-se dados sobre o perfil e processo de trabalho das enfermeiras participantes. As informações neste contexto delinearam os temas geradores para a atividade educativa e, após a análise do universo temático, os temas geradores foram trabalhados em círculos de discussão, que ocorreram em quatro encontros.

Mesmo considerando que em média as enfermeiras do estudo tinham entre três e dez anos de atuação na área pediátrica, detectou-se que apresentavam dúvidas, ansiedades e incertezas em seu processo de trabalho

cotidiano. Também, que necessitavam de uma educação que abrangesse tanto os conceitos já adquiridos, quanto a introdução de novos conceitos, tendo por base a educação conscientizadora, que parte de seu próprio referencial e reflexões, segundo os temas geradores definidos.

Quanto ao relacionamento interpessoal na unidade de trabalho, percebeu-se maior preocupação das enfermeiras na atuação junto ao binômio mãe/acompanhante-filho/criança, com dificuldades explicitadas no relacionamento com a família, principalmente das enfermeiras que atuavam em unidades de terapia intensiva e em sistema de “cobertura” de plantão. Porém, nas reflexões geradas nos círculos de discussão revelaram ter consciência de necessidade de mudanças neste paradigma. Nas discussões geradas nos encontros educativos ficou claro que o relacionamento entre os membros da equipe é muito importante para o desenvolvimento da unidade e que existe o autoritarismo, devendo-se buscar alternativas para sanar ou trazer à tona tal problemática.

Em relação aos aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança na assistência, houve o consenso de que, apesar de acreditarem que possuem tais conhecimentos como enfermeiras que trabalham com criança e de sua importância para uma boa qualidade da assistência, é pouco levado em consideração estes aspectos. Nas discussões deste círculo, verificou-se que as enfermeiras têm conscientização da importância do mesmo, mas que tal fato não ocorre com frequência em sua prática diária, devido ao tempo, número de pessoal, além de materiais deficientes para sua implementação.

Nas orientações para a continuidade do cuidado no domicílio, conscientizaram que é pouco realizado, que fica a desejar. Na discussão ocorreram muitas colocações da prática diária das enfermeiras. As mesmas sabem da importância das orientações para a continuidade do tratamento no domicílio, mas, geralmente não as fazem, por vários motivos, sendo os mais relatados: falta de tempo, desvio de função, impedimento por outro profissional da equipe e também por desconhecer ou não aplicar o papel do enfermeiro dentro da equipe de enfermagem e de saúde.

No que se refere às discussões sobre o gerenciamento em Pediatria, os assuntos particularmente abordados foram: o planejamento e a organização da unidade; o dimensionamento de pessoal e o sistema de informação na unidade. Nas discussões emanadas ficaram claras as diferenças existentes de um setor para o outro, de um turno para o outro, a falta de uniformização de condutas, regras e rotinas, em situações semelhantes, além de se perceber falta de motivação no trabalho, em decorrência de problemas gerenciais. As enfermeiras manifestaram que há necessidade de um dimensionamento de pessoal adequado, de maior integração entre as unidades pediátricas e de se utilizar mecanismos mais eficazes em diferentes aspectos da assistência, como na passagem de plantão, que não condiz com o esperado desta prática no seu processo de trabalho.

As discussões realizadas nos encontros educativos permitiram reflexões acerca do que realmente acontece no dia-a-dia de trabalho nas unidades pediátricas e sobre a qualidade da assistência prestada pelas enfermeiras participantes desta pesquisa. Foi possível inferir que o enfermeiro, mesmo

conhecedor de suas funções, de seu papel perante a equipe de saúde, o cliente e sua família, muitas vezes não atua como o esperado. Isto ocorre devido a fatores que fogem à sua competência de resolução, principalmente no ambiente hospitalar, já que dependem da política da instituição, de como ocorre sua estrutura organizacional, mas também de fatos ligados à situação específica do enfermeiro de acatar sem questionamentos o processo de trabalho imposto.

Muitos atos e ações descritos pelas enfermeiras participantes condizem com discussões atuais que mostram a politicidade do cuidado e a tentativa de antever indícios libertários. Nas discussões muitas manifestaram o entendimento de que cuidar em enfermagem não pode ser um ato mecanizado, rotinizado e alienado de sentido, mas deve fazer parte da atividade criativa dos seres, na estrutura de ser e vir a ser no mundo, sendo atitude humana inscrita nas esferas vitais, subjetivas e culturais das relações sociais. Atualmente é comum perceber o cuidado institucionalizado, aprisionado em normas, rotinas e técnicas, alienando-o de sua existência criadora e reveladora, sustentando um modelo assistencial injusto e desigual. Percebe-se uma forma de ajuda conformada em política da saúde tipicamente capitalista, havendo a necessidade de libertar a expressiva força revolucionária presente no ato de cuidar, de modo a tornar mais humana a existência e incluir a todos. A mudança de modelo assistencial pressupõe alterar a excessiva tecnificação e coisificação que o cuidado sofre no processo de trabalho dos profissionais de saúde.⁽⁹²⁾

Cabe destacar que as enfermeiras participantes desta pesquisa, durante todo o desenvolvimento dos temas mostraram-se atentas, interessadas e animadas com as discussões, o que incluía risos e brincadeiras que mostravam descontração e interesse em participar. Em alguns momentos, dependendo do tema discutido, falavam ao mesmo tempo, mas demonstrando seriedade por meio do olhar e nas anuências ao que estava sendo falado.

A participação do grupo não mostrou limitação ou maior interesse a uma determinada atividade educativa, sempre foi possível o diálogo, a reflexão e a troca de pensamentos e idéias a respeito do trabalho que desenvolviam nas unidades pediátricas, o que era objeto desta pesquisa. Deste modo, criou-se espaços para discussão em diferentes contextos, com participação incentivada para que as enfermeiras refletissem sobre seu agir profissional e se tornassem mais comprometidas com seu trabalho e com seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ante tais percepções, a realização desta pesquisa permitiu a reflexão coletiva, ofereceu a oportunidade de compartilhar sentimentos e dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho de enfermeiras em unidades pediátricas de um hospital de ensino de grande porte. Os encontros educativos oportunizaram as enfermeiras participantes refletirem sobre sua prática e como cada uma elabora o significado do seu trabalho. Espera-se que pela conscientização das necessidades de mudança, consigam realmente ter seu processo de trabalho voltado para a assistência integral à criança, com mais qualidade nas atividades de enfermagem e destaque para as ações privativas do enfermeiro, na área de Pediatria e como integrante da equipe de saúde.

7. CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

A análise dos resultados obtidos nesta pesquisa, segundo os objetivos propostos permitiu concluir que:

- A maioria das enfermeiras tinha experiência, formação específica na área e escolheu trabalhar em Pediatria;
- A maioria reconhecia as deficiências apresentadas no processo de atuação profissional e de gestão do trabalho nas unidades pediátricas, com diferenças nos turnos da manhã, tarde e noite;
- Nos encontros educativos houve a reflexão de como ocorre o processo de trabalho de enfermagem nas unidades pediátricas e quais soluções eram mais viáveis para mudanças neste contexto, para possibilitar a qualidade da assistência prestada;
- As estratégias metodológicas aplicadas, sob o enfoque da educação conscientizadora, permitiram a reflexão sobre o processo de trabalho das enfermeiras do estudo, especialmente, quanto às dificuldades encontradas para a realização do mesmo em sua unidade de trabalho e de que poderiam usar os conteúdos gerados nas discussões para uma prática transformadora na atenção em enfermagem Pediátrica.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocha SMM, Lima RGA, Scochi CGS, Vendrúsculo DMS, Mello DF. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. *Rev Latinoam Enfermagem*. 1998;6(5):5-15.
2. Furlan MFMF. Experiência do cateterismo vesical intermitente por crianças e adolescentes portadores de bexiga neurogênica [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003.
3. Nogueira LCL. O que é qualidade em saúde? In: Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni; 1996; 2: 1-11.
4. Soler ZASG. Estudo do quarto período do parto: uma proposta de assistência sistematizada de enfermagem [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1993.
5. Vieira MRR. A avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem na infusão endovenosa periférica contínua prestado ao pré-escolar [dissertação]. São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 1998.

6. Sant'anna SC. As formas de produção e organização da assistência à saúde da criança na atenção básica. [Tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.
7. Rocha SMM. Puericultura e enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1987.
8. Sucupira AC. Representando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. *Rev Adm Pública*. 1998; 32(2): 61-78.
9. Tanaka O. Avaliação do programa de assistência à criança da Secretaria do Estado de São Paulo. [Dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1982.
10. Sant'anna SC. A suplementação alimentar nas unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. [Dissertação] Ribeirão preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1995.
11. Ministério da Saúde (BR). Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília. (DF); 1984.
12. Figueredo GLA, Mello DF. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2003; 11(4): 544-51.

13. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudanças do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: Rev dos Tribunais; 1989.
15. Instituto Brasileiro de Administração (IBAM). A saúde no município: organização e gestão. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF; 1991.
16. Ministério da Saúde (BR): Estatuto da criança e do adolescente. Brasília. (DF): Ministério da Criança; 1991.
17. Campos GWS. Reforma da reforma repensando a saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1992.
18. Alves AMA. A criança sadia. In: Figueiredo NMA. Ensinando a cuidar da criança. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p. 1-7.
19. Rodrigues BMRD, Christoffel MM, Cunha JM, Pacheco STA, Reis CSC. Tendências da pesquisa na saúde da criança e os desafios para a enfermagem brasileira. Rev Enfermagem UERJ. 2005; 13(1): 112-6.

20. Amaral JJF, Cunha AJLA, Silva MASF. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Brasília. (DF): Organização Pan Americana da Saúde, Ministério da Saúde do Brasil; 2002.
21. Rocha SMM. O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento. [Livre Docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1990.
22. Leopardi DIMT. Contribuição ao estudo das teorias de enfermagem [dissertação]. Florianópolis(SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1985.
23. Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Rev Latinoam Enfermagem. 1998; 6(5):5-15.
24. Meleis AFAF. Theoretical nursing – development and progress. Philadelphia: Lippincott; 1985.
25. Bittar OJNV. Gestão de processos e certificação para a qualidade em saúde. Rev. Ass Med Bras. 1999; 45(4):357-63.

26. Bernardo WM, Jatene FB, Nobre MRC. Experiência clínica, educação médica continuada e qualidade da atenção em saúde. *Rev Ass Med Bras.* 2005; 51(2):61-74.
27. Gonzaga MLdeC, Arruda EM. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. *Rev Latinoam Enfermagem.* 1998; 6(5):17-26.
28. Cunha AP, Orofino CLF, Costa AP, Donato Júnior G. Serviço de enfermagem: um passo decisivo para a qualidade. *Rev Nursing.* 2003; 60(6):19-24.
29. Vendrusculo DMS, Manzolli MC. Currículo na e da enfermagem: por onde começar e recomeçar? *Rev Latinoam Enfermagem.* 1996; 4(1):55-70.
30. Pettengili MAM, Nunes CB, Barbosa MAM. Professor e aluno compartilhando da experiência de ensino-aprendizagem: a disciplina de enfermagem pediátrica da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2003; 11(4):453-60.
31. Rocha SMM, Scochi CGS, Lima RAG. O conhecimento em enfermagem pediátrica: livros editados no Brasil de 1916 a 1988. *Rev Latinoam Enfermagem.* 1993; 1(2):77-91.
32. Wong DL. Perspectivas da enfermagem pediátrica. In: Wong DL. Whaley & Wong *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam; 1999; 1: 2-15.

33. Sadala MLA, Antônio ALdeO. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. *Rev Latinoam Enfermagem*. 1995; 3(2): 93-106.
34. Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev Latinoam Enfermagem*. 1999; 7(2): 33-39.
35. Elsen I, Patrício ZM. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: Schmitz EMR. *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo: Atheneu; 2005;15:169-79.
36. Pinto JP, Ribeiro CA, Silva CVda. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2005; 13(6):974-81.
37. Souza MCF, Oliveira ICS. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: breve retrospectiva. *Rev Bras Enfermagem*. 2004; 57(2): 247-9.
38. Carmona V. Programa de Saúde da Família: uma saúde humanizada. *Rev Nursing*. 2003; 64 (6):10-11.
39. Malta RF, Mishima SM, Almeida MCP, Pereira MJB. A utilização do inquérito domiciliar como instrumento de acompanhamento de ações de

- saúde em microáreas – analisando a situação vacinal de menores de um ano. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2002; 10(1):28-33.
40. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 29ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
41. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad Saúde Pública* 1993; 9(3): 239-62.
42. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
43. Cesarino CB. *Eficácia da educação conscientizadora no tratamento da hipertensão arterial*. [Tese] São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP; 2000.
44. Brasil. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
45. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégia. *Conjuntura Econômica*. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégia; 2005.

46. Cursino MR, Strefessi M, Agustini M, Pajara MRC. Estrutura organizacional de um serviço de enfermagem de um hospital pediátrico de médio porte. In: Cursino MR. Assistência de enfermagem em pediatria. São Paulo: Sarvier; 1992; p. 1:3-7.
47. Brasil. Resolução n. 41 de 13/ outubro 1995. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre a regulamentação dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Diário Oficial da União. Brasília (DF); Sec. 1, (Out. 17, 1995).
48. Cianciarullo TI. C&Q: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone; 1997.
49. Ribeiro MILC, Furegato ARF. Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de enfermagem. Rev Nursing. 2003; 66(6):19-24.
50. Kakehashi TY. A situação atual da enfermagem neonatológica e suas tendências para o futuro. Acta Paul Enfermagem. 1996; 9(Ed Esp):17-22.
51. Santos AF, Campos MA, Dias SFP, Cardoso TVM, Oliveira ICS. O cotidiano da mãe com seu filho hospitalizado: uma contribuição para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2001; 5(3):325-34.

52. Pedroso GER, Bousso RS. O significado de cuidar de família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem. *Acta Sci Health Sci* 2004; 26(1):129-34.
53. Ferreira EA, Vargas IMA, Rocha SMM. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. *Rev Latinoam Enfermagem*. 1998; 6(4):111-16.
54. Souza AIJ, Ribeiro EM, Eckert ER. Dialogando com a equipe de enfermagem sobre necessidades educativas dos acompanhantes de crianças internadas: construindo caminhos para o cuidado à família. *Texto Contexto Enfermagem*. 2003; 12(3):280-8.
55. Santos ER, Barros JR, Baraldi MM, Minto CA, Dupas G. Assistência de enfermagem em unidade pediátrica: uma proposta de início de sistematização. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1997; 31(1):36-50.
56. Amorim JF, Souza MHN. O conhecimento das mães acerca da triagem neonatal. *Rev Enfermagem UERJ*. 2005; 13(1):27-31.
57. Gomes GC, Lunardi WDF. A família na unidade de pediatria: uma unidade que se cuida, uma unidade a ser cuidada. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2000; 9(2Pt1):28-38.

58. Andraus LMS, Minamisava R, Munari DB. Cuidando da família da criança hospitalizada. *Rev Bras Cresc Desenvol Hum*. 2004; 14(2):54-60.
59. Mariano ACC, Silva LMAB, Silva RG, Santos LCR. Convalescença: a evolução histórica de um conceito em enfermagem. *Revista Nursing*. 2005; 90(8): 534-38.
60. Marin MJS, Oliveira R, Faria SAR. A comunicação com pacientes sob entubação endotraqueal. *Revista Nursing*. 2006; 98(8):908-12.
61. Mallet J. Talking patient round. *Nurs. Times* 1989; 85(38): 37-9.
62. Nascimento MTF, Stipp MAC. Gerência de unidade de cuidado crítico. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*. 2002; 6(2):189-194.
63. Vaghetti H, Reis D, Kerber NC, Azambuja E, Fernandes G. Percepções dos enfermeiros acerca das ações administrativas em seu processo de trabalho. *Rev Bras Enfermagem*. 2004; 57(3):316-20.
64. Souza TM. O gerenciamento no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal e a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

65. Ribeiro MILC, Pedrão L J. Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*. 2005; 58(3): 311-5.
66. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2007; 15(1):34-41.
67. Lunardi WDF. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*. 1997; 40(1): 77-92.
68. Gonçalves OSJ, Diniz MLB. Em busca do conceito. In: São Paulo. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Educação em Saúde: coletânea de técnicas. São Paulo: CVE, 2002. p. 22-3.
69. Lessa ZL. O farol. In: São Paulo. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Educação em Saúde: coletânea de técnicas. São Paulo: CVE, 2002. p. 119-21.
70. Viana RD. Identificando conceitos. In: São Paulo. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Educação em Saúde: coletânea de técnicas. São Paulo: CVE, 2002. p. 145-7.

71. Cortez SAE. Acidente de trabalho: ainda uma realidade a ser desvelada. [Dissertação] Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1996.
72. Souza FM, Soares E. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. *Rev Bras Enfermagem*. 2006; 59(5): 620-5.
73. Silveira RS, Lunardi VL. A problematização do cotidiano do trabalho da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2000; 9(3): 447-58.
74. Saar SRC, Trevizan MA. Professional roles of health team: a view of components. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2007; 15(1):106-12.
75. Wernet M, Angelo M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2003; 37(1):19-25.
76. Shimizu HE. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiro (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola. [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.

77. Trevizan MA, Mendes IAC, Shinyashiki GT, Gray GI. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006; 14(3):457-60.
78. Machado MMT, Leitão GCM, Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Revista Latinoam Enfermagem*. 2005; 13(5): 723-8.
79. Tamez RN, Silva MJP. Impacto do ambiente da UTI neonatal no desenvolvimento neuromotor. In: Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 17: 157- 63.
80. Inaba LC, Silva MJP. A percepção da comunicação da enfermagem pelos deficientes físicos. *Revista Nursing*. 2005; 88(8):414-18.
81. Souza RB, Silva MJP, Saleh CMR. Comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes na unidade de pronto-socorro. *Revista Nursing*. 2005; 85(8): 272-76.
82. Bernardino E, Felli VEA. A organização da enfermagem do HC-UFPR: refletindo sobre seus determinantes. *Rev Bras Enfermagem*. 2006; 59(2): 148-53.

83. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2004; 12(5):721-6.
84. Prochnow AG, Leite JL, Erdmann AL. Teoria interpretativa de GEERTZ e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. *Rev Latinoam Enfermagem* 2005; 13(4): 583-90.
85. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos Básicos de Enfermagem: Enfermeiros, técnicos e auxiliares. Resolução COFEN 168/1993. São Paulo, 2001.
86. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2003; 11(6):832-9.
87. Perroca MG, Gaidzinski RR. Análise da validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2004; 12(1): 83-91.
88. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latinoam Enfermagem* 2005; 13(1):72-8.
89. Takahashi RT. Sistema de informação em enfermagem. In: Kurcgant P. *et al*. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p. 181-9.

90. Nomura FH, Gaidzinski RR. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2005; 13(5):648-53.
91. Brasil. Lei n. 7498 de 26/ junho 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional de Enfermagem. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF); Sec. 1, (Jun. 6, 1986).
92. Pires MRGM. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2005; 13(5): 729-36.

9. ANEXO

Anexo 1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 218/2004

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 3385/2004 sob a responsabilidade **Maria Rita Rodrigues Vieira**, com o título "Qualidade da assistência do enfermeiro na saúde da criança: um programa educativo" está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 06 de agosto de 2004.

Prof. Dr. José Paulo Cipullo
Vice-Coordenador do CEP/FAMERP


Prof. Dr. Antônio Carlos Pires
Coordenador do CEP - FAMERP

10. APÊNDICES

Apêndice 1. Modelos dos consentimentos utilizados no estudo.

Confirmação da pesquisadora:

Certifico que informei e expliquei à pessoa nomeada abaixo sobre a descrição dos procedimentos do estudo e deste formulário.

Maria Rita Rodrigues Vieira

Data: _____ de _____ de 200_

Consentimento para atuar como sujeito na pesquisa:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada “Qualidade da assistência do enfermeiro na saúde da criança: um programa educativo”. Esse projeto constitui-se na tese de doutorado que eu, Maria Rita Rodrigues Vieira, desenvolvo sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Zaída Aurora Sperli Geraldes Soler e co-orientação da Profa Dra Cláudia Bernardi Cesarino, com o propósito de propor, implantar e avaliar uma proposta de educação conscientizadora, dirigida a enfermeiros que atuam em unidade pediátrica hospitalar. Serão analisados o perfil, o conhecimento e aspectos da prática deste enfermeiro a respeito da atenção de enfermagem à criança. A sua participação consiste, no primeiro momento, em responder uma entrevista com a utilização de um formulário estruturado. No segundo momento será realizada a educação conscientizadora, baseado em suas respostas, serão definidos temas geradores para atividade educativa, segundo método de pedagogia conscientizadora de Paulo Freire. Esta atividade buscará a reflexão acerca da situação da assistência do enfermeiro na saúde da criança, suscitando debates para ações a serem implementadas nesta assistência. Para este segundo momento será utilizado o gravador, para que não haja interrupção das falas.

Eu recebi uma descrição verbal do estudo, incluindo uma explicação do seu propósito, procedimentos, possíveis desconfortos e benefícios. Entendo que nenhuma compensação será oferecida em decorrência de minha participação e que minha assinatura neste documento, por livre espontânea vontade, representa a concordância para atuar como sujeito no estudo proposto. Fica-me assegurado os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, no momento em que julgar necessário; assegurando-me a confidência de qualquer resposta quando por mim solicitado, assim como sigilo de minha identidade e de conhecer os resultados obtidos. Declaro ainda que fui certificado que os resultados obtidos poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros. Essa pesquisa também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, serão ressarcidos.

Assinatura do Enfermeiro

Data: _____ de _____ de 200_

Qualquer dúvida entrar em contato com o pesquisador no endereço e telefone: Rua Miguel Cione 2798 – Mirassol – SP, Fone: (17) 32534261. Ou com o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) / FAMERP – AV. Brigadeiro Faria Lima 5416, Fone: (17) 210 5700 Ramal – 5813.

Certifico que informei e expliquei à pessoa nomeada abaixo sobre a descrição dos procedimentos do estudo e deste formulário.

Maria Rita Rodrigues Vieira
Data: _____ de _____ de 200_

Consentimento para atuar como sujeito na pesquisa:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada “Qualidade da assistência do enfermeiro na saúde da criança: um programa educativo”. Esse projeto constitui-se na tese de doutorado que eu, Maria Rita Rodrigues Vieira, desenvolvo sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Zaida Aurora Sperli Galdes Soler e co-orientação da Profa Dra Cláudia Bernardi, com o propósito de propor, implantar e avaliar uma proposta de educação conscientizadora, dirigida a enfermeiros que atuam em unidade pediátrica hospitalar. A sua participação consiste em fazer parte dos quatro encontros que ocorrerão utilizando-se a metodologia pedagógica conscientizadora de Paulo Freire, esta educação buscará a reflexão acerca da situação da assistência do enfermeiro na saúde da criança, suscitando debates para ações a serem implementadas nesta assistência. Durante estes encontros serão realizados círculos de discussão e será utilizado o gravador para que não haja interrupção das falas.

Eu recebi uma descrição verbal do estudo, incluindo uma explicação do seu propósito, procedimentos, possíveis desconfortos e benefícios. Entendo que nenhuma compensação será oferecida em decorrência de minha participação e que minha assinatura neste documento, por livre espontânea vontade, representa a concordância para atuar como sujeito no estudo proposto. Fica-me assegurado os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, no momento em que julgar necessário, a confidência de qualquer resposta quando por mim solicitado, assim como sigilo de minha identidade e de conhecer os resultados obtidos. Declaro ainda que fui certificado que os resultados obtidos poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros. Essa pesquisa também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, serão ressarcidos.

Assinatura do Enfermeiro

Data: _____ de _____ de 200_

Qualquer dúvida entrar em contato com o pesquisador no endereço e telefone: Rua Miguel Cione 2798 – Mirassol - SP, Fone: (17) 32534261. Ou com o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa)/ FAMERP – Av. Brigadeiro Faria Lima 5416, Fone: (17) 32015813.

Apêndice 2. Modelo do instrumento utilizado na coleta de dados do estudo.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – Universo Temático

1. Dados de Identificação

Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de Formada: _____

Tempo de atuação com criança: _____

2. Dados referentes ao aprimoramento na área

Fez ou faz pós-graduação em pediatria?

Você escolheu trabalhar com criança?

Você foi capacitada para prestar assistência à criança?

Como foi esta capacitação?

3. Dados referentes à assistência

Você sente alguma dificuldade em trabalhar com criança? Qual?

Como você vê a sua interação com a criança e sua família?

Quais ações você desempenha na assistência à criança e a sua família?

Como são desenvolvidas estas ações?

O quê você pensa da integração da assistência à criança entre a rede hospital e a rede básica?

Em caso de assistência que deve ser continuada a domicílio:

a) De que maneira você resolve?

b) Você tem informações da evolução a domicílio?

4. Dados referentes à unidade de trabalho

Como você vê o atendimento à criança em sua unidade de trabalho?

Quê tipo de atendimento é fornecido à criança e sua família? Leva em conta o crescimento e desenvolvimento?

O quê facilita e o quê dificulta o atendimento?

Apêndice 3. Planos de Ensino.

TEMA I: O relacionamento interpessoal na Unidade de Trabalho				
DURAÇÃO APROXIMADA: 1 hora e 30 minutos				
PARTICIPANTES: 17 enfermeiras e 1 coordenadora				
OBJETIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AValiação
<p>Objetivo Geral O grupo de enfermeiros deverá ser capaz de conhecer como se dá o processo de relacionamento humano em sua unidade de trabalho.</p> <p>Objetivos Específicos 1. Identificar as pessoas que compõem a dinâmica do relacionamento humano; 2. Identificar os aspectos que geram facilidades ou dificuldades para o relacionamento humano.</p>	<p>1. A interação entre as enfermeiras na unidade de trabalho.</p> <p>2. Ser enfermeiro em na saúde da criança.</p> <p>3. Quem é a equipe de saúde.</p> <p>4. O relacionamento entre a equipe de saúde em pediatria.</p>	<p>1. Dinâmica de grupo.</p> <p>2. Discussão em comum sobre o significado do relacionamento humano em suas ações profissionais.</p>	<p>1. Flip-chard</p> <p>2. Folha para flip-chard</p> <p>3. Canetas hidrográficas</p> <p>4. Quadro Branco</p>	<p>Ao final da atividade o grupo de enfermeiros será capaz de:</p> <p>1. Reconhecer como acontece a interação entre enfermeiros.</p> <p>2. Identificar os elementos que compõem a dinâmica do relacionamento humano;</p> <p>3. Relatar os aspectos e critérios que facilitam ou dificultam o relacionamento interpessoal;</p> <p>4. Relatar propostas de soluções.</p>

ROTEIRO DO TEMA I: O relacionamento interpessoal na Unidade de Trabalho

- Iniciar as atividades com os participantes dispostos em círculo;
- Explicar como irão ocorrer os encontros e qual finalidade dos círculos de discussão;
- Apresentar e realizar a dinâmica de grupo*;
- Discutir nos sub-grupos o relacionamento interpessoal na unidade pediátrica;
- Solicitar que cada grupo escreva o resumo de sua conclusão na folha do flip-chard;
- Solicitar a exposição de cada sub-grupo sobre que conclusões chegaram;
- Resumir o que foi discutido, ressaltar como ocorre o relacionamento humano e solicitar soluções para realidade profissional.
- Discutir o próximo encontro.

*Dinâmica de grupo: dividir os participantes em sub-grupos de no máximo 4 participantes; solicitar que responda a questão norteadora após discussão com os integrantes; solicitar que eleja um relator e que se faça o resumo da discussão em uma folha para posterior apresentação em plenária; explicando que este resumo pode ser escrito, desenhado ou esquematizado, de acordo com criatividade dos mesmos.

TEMA II: A importância de abranger o crescimento e desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro

DURAÇÃO APROXIMADA: 1 hora e 30 minutos

PARTICIPANTES: 17 enfermeiras e 1 coordenadora

OBJETIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Objetivo Geral</p> <p>O grupo de enfermeiros será capaz de compreenderem que a assistência deve ser enfocada de acordo com o crescimento e desenvolvimento da criança.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Identificar como se processa a assistência voltada para os aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança;</p> <p>2. Correlacionar os aspectos que geram facilidades ou dificuldades para abordar o crescimento e desenvolvimento na assistência.</p>	<p>1. Crescimento e desenvolvimento infantil – implicações para assistência;</p> <p>2. Tipos de abordagens assistenciais à criança hospitalizada.</p>	<p>1. Dinâmica: em busca de conceito – elaboração de um brinquedo com sucata;</p> <p>2. Discussão em comum acerca do brinquedo na assistência e na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança.</p> <p>3. Envolvimento da utilização do brinquedo no relacionamento com a criança;</p> <p>4. Discutir com o grupo de modo que façam uma relação entre o que foi vivenciado com a sua prática profissional.</p>	<p>1. Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sucatas para elaboração dos brinquedos; - aparelho de som e CD com música instrumental para som ambiente; - cola; fita adesiva colorida, tesoura; cartolina; 	<p>Ao final da atividade o grupo de enfermeiras, deverá verbalizar acerca de:</p> <p>1. Identificar o processo da assistência voltada para o crescimento e desenvolvimento na assistência à criança.</p> <p>2. Relatar os aspectos que facilitam e dificultam a abordagem do crescimento e desenvolvimento na assistência à criança;</p> <p>3. Relatar propostas de soluções.</p>

ROTEIRO DO TEMA II: A importância do crescimento e desenvolvimento da criança na assistência do enfermeiro

- Iniciar as atividades com os participantes dispostos em círculo;
- Apresentar e desenvolver a dinâmica em busca do conceito*;
- Solicitar ao grupo que fale a respeito da vivência experimentada na dinâmica;
- Solicitar ao grupo soluções na sua prática profissional.
- Resumir o que foi discutido e ressaltar os aspectos do crescimento e desenvolvimento e da interação com a criança na assistência;
- Discutir o próximo encontro.

*Dinâmica em busca do conceito: colocar as cadeiras em círculo; colocar materiais de sucata nas cadeiras; solicitar que as pessoas andem em volta das cadeiras, observem e escolham os materiais de sucata; formar sub-grupos; solicitar que cada sub-grupo descreva que brinquedo criaria com o material escolhido para qual idade, o que estimula no desenvolvimento e como utilizá-lo no relacionamento mãe-filho em suas atividades diárias; decorrido um tempo solicitar que cada sub-grupo fale de seu brinquedo descrevendo a idade, o que se avalia no desenvolvimento da criança, na relação com a mesma e como utilizá-lo na sua prática diária.

TEMA III: Continuidade do Tratamento no domicílio				
DURAÇÃO APROXIMADA: 1 hora e 30 minutos.				
PARTICIPANTES: 17 enfermeiras e 1 coordenadora				
OBJETIVO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AValiação
<p>Objetivo Geral</p> <p>O grupo de enfermeiros deverá ser capaz de compreender a necessidade de orientações para a continuidade do cuidado no domicílio.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Reconhecer como se processa as orientações para a continuidade do cuidado no domicílio;</p> <p>2. Discernir nas situações, fatos, acontecimentos do dia-a-dia do trabalho, as facilidades e dificuldades para as orientações do cuidado no domicílio.</p>	<p>1.A continuidade do tratamento da criança hospitalizada no domicílio;</p> <p>2.Educação em saúde.</p> <p>3. O relacionamento com a saúde pública – Sistema de referência- contra-referência.</p>	<p>1. Dinâmica identificando conceitos;</p> <p>2.Discussão em comum acerca da identificação dos fatores facilitadores para a continuação do cuidado no domicílio.</p>	<p>1.Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Papel sulfite; - Pinceis atômicos; - Fita adesiva; - Canetas coloridas, giz de cera, lápis colorido; - Cola, tesoura. 	<p>Ao final da atividade o grupo de enfermeiras, deverá ser capaz de:</p> <p>1. Descrever como acontece a orientação para continuidade do cuidado da criança no domicílio.</p> <p>2. Identificar os fatores que facilitam e dificultam as orientações do cuidado no domicílio;</p> <p>3. Relatar propostas de soluções.</p>

ROTEIRO DO TEMA III: Continuidade do tratamento no domicílio

- Iniciar as atividades com os participantes dispostos em círculo;
- Apresentar e desenvolver a dinâmica identificando conceitos*.
- Discutir com o grupo a dinâmica realizada e sua implicação na prática;
- Introduzir conceitos acerca do sistema de referência – contra – referência;
- Resumir o que foi discutido e solicitar soluções para proporcionar a continuidade do cuidado no domicílio.
- Discutir o próximo encontro.

* Dinâmica identificando conceitos: distribuir para cada participante sulfite cortado de 7cm e canetas, lápis e giz de cera coloridos; introduzir a questão norteadora: o que significa a continuidade do tratamento no domicílio?; Solicitar que utilizando apenas uma palavra escreva no papel a primeira idéia que responda a questão; recolher os papeis e reservar; distribuir outro papel sulfite de 7cm e pedir que redijam uma frase que responda a questão; recolher e reservar; distribuindo a seguir o sulfite de 16cm; informa que registre a resposta em forma de desenho, recolher e reservar; dividir em 4 sub-grupos; orientar que os mesmos receberão um conjunto dos sulfites recolhidos; solicitar que tomem conhecimento do conteúdo e, após analisar e discutir, montar um mural que represente as idéias de todos. Informar que devem usar todas palavras, frases e desenhos, podendo complementar com outras opiniões do grupo; fornecer material para montagem do mural; dar atenção aos sub-grupos para esclarecimento de duvidas e solicitar a escolha de um relator para apresentação em plenária; realizar a apresentação em plenária; sistematizar os pontos complementares e discutir os divergentes, se for o caso.

TEMA IV: O gerenciar em pediatria				
DURAÇÃO APROXIMADA: 1 hora e 30 minutos.				
PARTICIPANTES: 17 enfermeiras e 1 coordenadora				
OBJETIVO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Objetivo Geral</p> <p>O grupo de enfermeiros será capaz de reconhecer como o gerenciar interfere em seu processo de trabalho.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar como ocorre o planejamento e a organização em sua unidade de trabalho; 2. Identificar fatores que contribuem para o dimensionamento de pessoal adequado; 3. Correlacionar os aspectos que geram facilidades e dificuldades no sistema de informação em sua unidade de trabalho. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspectos do gerenciamento em pediatria; 2. Planejamento e organização da unidade; 3. Dimensionamento de pessoal; 4. O sistema de informação na enfermagem. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinâmica o farol; 2. Exposição em plenária; 	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uma figura em cartolina ou similar, na cor preta, representando a silhueta de um farol de trânsito; - Círculos de cartolina ou similar nas cores verde, amarela, vermelha e cinza, com mais ou menos 10cm; - Caneta esferográfica azul e preta; fita crepe; sulfite; títulos dos itens em discussão; pincel atômico; - Painel para afixar os elementos. 	<p>Ao final da atividade o grupo de enfermeiras, deverá:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar os aspectos específicos do gerenciar em pediatria; 2. Relatar os meios que existem para o cálculo dos recursos humanos para o dimensionamento pessoal; 3. Identificar os aspectos e critérios que facilita ou dificultam o sistema de informação na unidade; 4. Relatar propostas de soluções.

ROTEIRO DO TEMA IV: O gerenciar em pediatria

- Iniciar as atividades com os participantes dispostos em círculo;
- Dividir em pequenos grupos para discussão das atividades gerenciais do enfermeiro;
- Apresentar e desenvolver a dinâmica o farol*
- Observar para que o conteúdo estabelecido para o encontro seja contemplado.
- Solicitar que cada um identifique no seu cotidiano uma atitude que contribuirá no gerenciamento.
- Resumir o que foi discutido e solicitar soluções para a sua prática profissional.
- Encerramento dos encontros.

* Dinâmica o farol: Colar no flip-chard o farol de trânsito já elaborado e um círculo vermelho, um amarelo, um verde e um cinza, com a descrição de cada cor: vermelha: pontos negativos, dificuldades e empecilhos para o alcance do objetivo; amarela: alguns problemas, pontos negativos e dificuldades não impedindo totalmente o alcance do objetivo; verde: pontos positivos, poucos problemas e dificuldades, trânsito livre para o alcance do objetivo; Cinza: situação desconhecida, não muita clara, sem condições de opinar. Dispor os círculos coloridos em quantidade suficiente para diferentes escolhas, diferentes itens, de acordo com o total de participantes; esclarecer o objetivo da atividade, expondo o tema “gerenciamento em pediatria” ; explicar o significado dos círculos coloridos afixados e que cada participante deve escolher a cor de acordo com sua avaliação dos itens indicados, que são: “planejamento e organização da unidade” , “dimensionamento de pessoal” e “serviços de apoio”; solicitar que anotem no círculo escolhido o(s) motivo(s) da referida cor, afixando-o após , no local indicado no painel em frente dos itens que serão avaliados; chamar a atenção dos participantes sobre o cenário construído e a diversidade ou não das cores relativas a cada item avaliado e ao tema como um todo; dividir os participantes em sub-grupos; separar os círculos por itens e cores; solicitar que cada grupo analise determinado item, após , avaliar e apresentar as sugestões e propostas; realizar plenária para apresentação e consolidação dos resultados.