



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

**INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS À CRIANÇA
HOSPITALIZADA: O Enfermeiro e a Comunicação Terapêutica**

Discentes:

Cheila Santos Gonçalves, nº2033

Eduina Monteiro Lorena, nº 2169

Zenaida Monteiro Gomes, nº 2036

Mindelo, 08 de Julho de 2013

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo com parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

**INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS À CRIANÇA
HOSPITALIZADA: O Enfermeiro e a Comunicação Terapêutica**

Discentes:

Cheila Santos Gonçalves, nº 2033

Eduina Monteiro Lorena, nº 2169

Zenaida Monteiro Gomes, nº 2036

Orientadoras:

Mestre Rosemeire M. Ambrozano

Lic. Mariana Pires

Mindelo, 08 de Julho de 2013

AGRADECIMENTO

Um especial agradecimento às nossas famílias, por acreditarem nas nossas capacidades, pela força para superar os momentos mais difíceis da nossa vida. A vocês, devemos tudo que conquistamos até hoje...

As Enfermeiras Orientadoras Mariana Pires e Idalina Gaspar, pelos ensinamentos e pela disponibilidade demonstrada...

À professora Mariana, por termos aceite como orientandos, por ter sofrido connosco e ter sobrevivido e pelo precioso encaminhamento deste trabalho...

À professora Rosemeire Ambrozano, um especial obrigada por ter aceite que fizéssemos parte da sua vida durante esses anos, por ser um exemplo a seguir, com uma visão tão honesta e gratificante da profissão e por nos tentar fazer ser melhores...

A todos os Professores e Enfermeiros Orientadores que nos acompanharam nestes quatro anos. Foram forte contributo na nossa aprendizagem...

Aos diferentes locais de Ensino Clínico, pelas experiências que nos proporcionaram...

À Unidade de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa com a sua magnífica equipa, que tão bem nos acolheram e integraram...

Aos nossos verdadeiros amigos, pelos ombros que nunca deixaram descair, pela paciência que nunca se esgotou, pelo apoio incansável e pelo sorriso que sempre nos proporcionou...

Aos “mais-que-tudo” e “mais-que-nada”...

A nós pelas noites mal dormidas, trabalhos penosos, frequências sofridas, pelos obstáculos encontrados e caminho percorridos ao longo desses quatro anos...

Às alegrias e tristezas, que fizeram parte...

RESUMO

Acreditamos que a integração da família nos cuidados à criança hospitalizada, é fulcral tanto para enfermeiras, familiares e principalmente para as crianças, cultivando uma relação baseada na comunicação terapêutica, a fim de antecipar a reabilitação e diminuir o tempo da hospitalização. Sendo indispensável o trabalho, foi desenvolvido tendo como quadro de referência a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

O **objectivo** do nosso trabalho é compreender os benefícios da integração da família nos Cuidados à criança Hospitalizada e qual o contributo da Enfermagem na prestação de Cuidados no Sistema Criança/Família.

Materiais e Métodos, a investigação qualitativa foi dirigida as situações reais dos sentimentos dos familiares durante a escuta das mesmas, possibilitando-lhes a falar dos seus sentimentos, angústias e stress, durante a hospitalização dos seus filhos. As enfermeiras demonstraram a relevância da participação dos familiares nos cuidados, contudo não deixando de fora muitas vezes os aspectos negativos desta participação.

Tendo por base o objectivo do estudo, optámos por uma pesquisa bibliográfica incluindo livros, artigos originais, artigos de revisão, editoriais e diretrizes escritos na língua portuguesa publicados, dissertações, teses, monografias, de acordo com a norma da Universidade do Mindelo.

A coleta das informações foi realizada através de um roteiro de entrevista semi - estruturada, com maior privacidade, contudo essas eram para serem gravadas, mas os participantes não quiseram expor as suas vozes, então decidimos registá - las no guião.

Foram realizadas cinco entrevistas para as enfermeiras e cinco para os familiares /acompanhantes durante o tempo da hospitalização, na Unidade de Enfermaria de Pediatria no Hospital Dr. Baptista de Sousa. **Os resultados** obtidos serviram de suporte ao trabalho do desenvolvimento dos conteúdos dos objectivos específicos, esses demonstraram a importância da parceria nos cuidados à criança hospitalizada, transitando tanto para essas como os familiares, assim como as enfermeiras. Através dessas pesquisas observamos que as famílias eram tratadas de forma diferentes, pois, umas sentiam mais integradas em relação a outras. Todas elas demonstravam interesse na integração dos cuidados dos seus filhos, as mesmas apresentavam quase sempre os mesmos factores que desencadeavam stress, tais como mudanças de rotina, perante as mães em satisfazer as suas necessidades básicas fundamentais e também no seio familiar e laborar. Constatamos que a presença do acompanhante causa impacto positivo, pois as mães sentiam-se mais aliviadas e confiantes

dos cuidados prestados aos seus filhos, uma vez que conseguiam observar e tomar parte de alguns desses cuidados.

No que tange as entrevistas feitas pelas enfermeiras, constatamos que elas reconhecem a importância da integração dos familiares nos cuidados as crianças hospitalizadas, assim como a comunicação terapêutica, contudo essas sentem-se consciencializadas que esses procedimentos não tenham sido realizados da maneira mais apropriadas, devido a demanda do serviço, falta de mais enfermeiras e também muitas vezes algumas famílias não colaboram.

Foi-nos possível através da realização da revisão sistemática da literatura, que as enfermeiras deveriam tentar criar estratégias para integrar melhor as famílias nesses cuidados aprofundando ainda mais as suas competências comunicacionais, de forma a responder às necessidades das crianças e suas famílias.

Palavras-chave: Criança hospitalizada; Família; Enfermagem Pediátrica/ Filosofia dos cuidados; Comunicação terapêutica.

ABSTRACT

We do believe that the integration of the family in the care of hospitalized children is crucial both for nurses, family, and especially children, cultivating a relationship based on therapeutic communication in order to anticipate the rehabilitation and shorten hospitalization. Being essential, this work has been developed as a framework to Betty Neuman Systems Theory.

The **aim** of this work is to understand the benefits of integrating the family in the care of Hospitalized children and seek the contribution of nursing in providing care in the Child / Family System

Concerning **Materials and Methods**, the qualitative research was directed to the current situation of the feelings of family members during their hearing and allowing them to talk about their feelings, anxieties, stress during the hospitalization of their children. Nurses demonstrated the importance of family participation in care, not leaving out, nevertheless, the negative aspects of this participation.

Based on the aim of the study, we opted for a bibliographical research which included textbooks, original articles, review articles, editorials and guidelines written in the Portuguese language publications, dissertations, theses, monographs, according to the rules of the University of Mindelo.

Data collection was conducted through a script of semi - structured interview, with great privacy, which was to be recorded, but participants did not want to expose their voices, so we decided to register their answers on the script. Five interviews for nurses and five family members / caregivers were held during the time of hospitalization at the Pediatric Ward of Hospital Dr. Baptista de Sousa. **The results** were used to support the work of developing the content of the specific objectives. These demonstrate the importance of the meaning of the integration of the family in the care of hospitalized children, moving both to these families as well as nurses. Through this research we found that families were treated differently, some felt more integrated in relation to others. All of them showed interest in integrating the care of their children; they had almost always triggered stress factors, such as changes in routine, before the mothers meet their bare necessities and also within the bosom of family and workplace. We found that the presence of the mate has a positive impact because the mother feels more confident and relieved of the care addressed to their children, once they have someone who can observe and take part in some of the care.

Regarding the interviews with nurses, we found that they recognize the importance of integrating the family in the care of hospitalized children, as well as therapeutic communication, However, they are aware that these procedures have not been performed in the most appropriate way, due to the demands of the service, lack of more nurses and some families do not often collaborate, either.

We were able to acknowledge, by conducting a systematic review of the literature, that nurses should try to develop strategies to better integrate the families in children's care, further developing their communication skills in order to meet the needs of the children and their families.

Keywords: Hospitalized child; Family; Pediatric Nursing / Care Philosophy; Therapeutic communication.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
O presente trabalho tem o intuito de conhecer como a Equipe de Enfermagem pode contribuir na integração da família nos cuidados à criança hospitalizada.....	10
Objecto do Estudo	13
Objectivos.....	13
CAPÍTULO I - CAMINHO METODOLÓGICA	14
1.1. Tipo de Estudo.....	14
1.2. Local do Estudo.....	16
1.3. Sujeito do Estudo.....	17
1.4 Instrumento de Colheita de Dados	17
1.5. Considerações Éticas	19
CAPITULO II - REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1. Sobre Betty Neuman.....	22
2.1.1. A Proposição Teórica de Betty Neuman	22
2.2. Explitação dos Conceitos / Palavras-chaves.....	25
2.2.1. Criança Hospitalizada.....	25
2.2.2. Família	27
2.2.3. Enfermagem Pediátrica/ Filosofia dos cuidados	30
2.2.4. Comunicação Terapêutica	34
CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS	39
3.1. Compreender a vivência e o significado da integração da família nos cuidados da criança hospitalizada.....	39
3.1.1. A presença da família e o significado da integração para criança/cuidador.....	40
3.1.2. Cuidando da criança hospitalizada e sua família: Filosofia de cuidados em pediatria.	43
3.1.3. Integração da família como foco dos cuidados durante a hospitalização.....	45

3.1.4. A família perante à criança hospitalizada.....	47
3.1.5. Conhecendo e criando vínculos entre a enfermeira e a família.....	50
3.2. Identificar as repercussões da hospitalização no sistema criança/ família.....	51
3.3. Compreender os benefícios da implementação de uma prática centrada no sistema criança/ família.....	53
Perante uma integração da família diante dos cuidados com a criança trás benefícios para a enfermeira como para a família e principalmente para a criança.	53
3.4. Identificar meios para implementar uma assistência da enfermagem centrada na família.....	55
3.5. Identificar stress e as estratégias de coping familiar.	57
3. 5.1. Comunicação terapêutica como relação de ajuda.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ÍNDICE DE ANEXOS.....	77
Anexo I – Guião De Entrevista Para Enfermeiras e Familiares/ Acompanhantes	77
Anexo II – Consentimentos para Enfermeiras e Familiares/ Acompanhantes	77
Anexo III – Pedido de Autorização para Aplicação de um Instrumento de Colheitas de dados.....	77
<i>Apendice de Cronograma.....</i>	<i>81</i>

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o intuito de conhecer como a Equipe de Enfermagem pode contribuir na integração da família nos cuidados à criança hospitalizada.

Wright L. M. e Leahey (2002), dizem que a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde à criança. Os pais são quem melhor conhecem as crianças, logo constituem-se como parceiros privilegiados na prestação de cuidados à criança.

A escolha do tema surgiu de reflexões vivenciadas durante o ensino clínico na unidade de pediatria, em que constatamos que o atendimento da enfermagem baseava-se no paradigma em que a doença é referência, ou seja, persiste o paradigma biomédico. Neste, havia uma elevada foco nos sinais e sintomatologia clínica, pretendendo-se apenas curar e tratar a pessoa e a sua doença em vez de cuidar, tendo em consideração que esta é um todo...um ser único e individual.

Desta forma, os procedimentos visavam apenas tratar ou minimizar os efeitos causados pela doença, sendo prioritários, em detrimento da qualidade de vida das crianças. A família estava inserida nesse ambiente, porém, não havia um processo interactivo entre os profissionais e a família. A assistência de enfermagem não contemplava a família, estas permaneciam excluídas dos cuidados de enfermagem e das tomadas de decisões em relação à criança. Muitas vezes o profissional focava seu trabalho na recuperação da saúde biológica do paciente.

Percebemos que assim como a criança, todo o sistema familiar se mostrava doente e se esforçava para adaptar-se a nova situação de doença e hospitalização.

Como afirma Corlett, J. Twycross, A. (2006: 34), que o indicador mais importante da qualidade dos cuidados é a oportunidade que os pais têm de ser incluídas nas decisões dos cuidados à criança, pois, os pais expressam uma necessidade de comunicação com a equipa de enfermagem e sugerem o estabelecimento de fidedigna que fornecem uma clara compreensão do que esperar, quando e de quem.

Vivenciamos situações de stress, medo, dor, angústia e sofrimento expresso diariamente pelas famílias. E como estagiárias sentíamos impotentes sem saber o que fazer ou falar, nem tão pouco dar apoio adequado.

Segundo Martins (1991), ao trazerem o filho doente para um hospital, os pais estão ansiosos, não entendam muitas informações que não são dadas mas raramente pedem explicações, intimidados pelo tipo discurso, impotente perante a rapidez dos acontecimentos que não conseguem prever.

O relacionamento é toda interação entre pessoas. Todavia entendermos que a enfermeira quando se relaciona com a criança e sua família, tem o compromisso de identificar e atender suas necessidades. Este objectivo pode ser atingido através da relação de ajuda. Uma vez que é um recurso de grande valor para a enfermagem tornando o tratamento mais positivo. A relação de ajuda contribui diminuindo o stress e a ansiedade da família e a criança diante de várias situações, evitando traumas psíquicos auxiliando-os na aceitação de limitações, promovendo o desenvolvimento da confiança em si e no outro, estimulando-os para o autocuidado (Sigaud, Veríssimo, 1996).

Casey, Ana (1993), reconhece dois conceitos facilitadores desta abordagem de parceria, os cuidados centrados na família e os cuidados negociados. Segundo a autora (1993), (cit. in por Mano, 2002: 55), “o processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente e a um nível de participação na prestação desses cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um”.

Um aspecto importante que condiciona a relação entre o profissional de saúde e a criança hospitalizada é a relação que o primeiro também desenvolve com a família da criança, dado que a doença infantil é não somente vivida pela criança mas também pela sua família, nomeadamente pais e irmãos. Assim, é fundamental que todo e qualquer profissional de saúde disponha de um nível de conhecimentos científicos atuais que permitam explicar quer à criança quer à sua família todo o tipo de dúvidas acerca da doença, do tratamento, das práticas profissionais bem como as possíveis consequências que as mesmas possam acarretar, com o objetivo de tranquilizá-las, mas também de modo a diminuir a ansiedade que é manifestada por ambos. O profissional de saúde como fonte fidedigna da informação manifesta assim características de interlocutor, conselheiro e surge como um apoio do doente e da família em relação à adaptação ao tratamento (Santos, 2005).

Uma comunicação efectiva e de negociação entre pais e enfermeiros, contribuem para o sentimento parenteral de oportunidade de envolvimento na tomada de decisão (Young, J. et al., 2006: 4-10). Ainda vai de encontro com Sajari, M. (2009: 120-130),

sistematizando quatro tipos de apoio que os enfermeiros podem disponibilizar aos pais como: informativo, emocional, reforço positivo e instrumental.

De acordo com Trentini (2004), a comunicação terapêutica permite uma interação entre o enfermeiro doente e sua família ao proporcionar a oportunidade de um relacionamento humano que atinge os objectivos da prática do cuidar.

Pois todas essas experiências nos levaram a fazer reflexões sobre esse tema e para que este conhecimento se torna fundamentado, será importante a utilização de metodologia científica, que torna a pesquisa mais credível e coesa possível.

O conteúdo da presente monografia, formalmente é organizado em três capítulos distintas, para além da introdução que contém a problemática, a pergunta de partida e os objectivos, as considerações finais e bibliografia que passaremos a descrever. No primeiro capítulo proceder-se - à metodologia que versa o material e métodos, o tipo de estudo, local do estudo, sujeito do estudo, seleção e características do instrumento de colheita de dados e considerações éticas.

No segundo capítulo abarca a revisão da literatura, onde ilustrará os conteúdos baseando na teoria conceptual de Betty Neuman, ainda nesta parte serão aprofundados a exploração dos conceitos e das palavras-chaves que incluem a criança hospitalizada, família, enfermagem pediátrica/ filosofia dos cuidados e a comunicação terapêutica.

O desenvolvimento dos conteúdos construirá a terceira parte, em que serão fundamentadas.

Pergunta de Partida

Segundo Fortin (2003), na fase conceptual do processo de investigação após a definição do problema de investigação e da revisão da literatura pertinente, identifica-se a pergunta de partida e os objectivos do estudo. Essa pergunta de partida provém do tema e do problema da investigação e é uma questão principal aplicada pelo investigador. Desta forma, a pergunta de partida para o nosso estudo é: “ *Como é vivenciado, pela família, o processo de saúde/ doença da criança hospitalizada*”?

Objecto do Estudo

Focamos o nosso trabalho nas interações e nas respostas como a família vivencia a doença e a hospitalização da criança.

Objectivos

Os objectivos são essenciais na elaboração de um estudo, pois introduzem o seu porquê. Ele identifica as variáveis-chaves à população-alvo e o conteúdo do estudo (Fortin, 2003).

Objectivo Geral

- Compreender os benefícios da integração da família nos Cuidados à Criança Hospitalizada e qual o contributo da Enfermagem na prestação de Cuidados no Sistema Criança/Família;

Objectivos Específicos

Além do objectivo geral, procura-se atingir os seguintes objectivos específicos que vão facilitar a compreensão do fenómeno.

- ❖ Compreender a vivência e o significado da integração da família nos cuidados da criança hospitalizada;
- ❖ Identificar as repercussões da hospitalização no sistema criança / família;
- ❖ Compreender os benefícios da implementação de uma prática centrada no sistema criança/família;
- ❖ Identificar meios para implementar uma assistência de enfermagem centrada na família;
- ❖ Identificar os factores de stress e as estratégias de coping familiar.

CAPÍTULO I - CAMINHO METODOLÓGICA

1.1. Tipo de Estudo

Delinear o caminho para a investigação requer uma abertura à diversidade de métodos que são determinados pelo tipo de objecto a investigar, dos objectivos do trabalho, da preferência do investigador e a sua competência para se movimentar-se no mundo complexo da investigação.

A metodologia assenta no “conjunto dos métodos e das técnicas, que guiam a elaboração do processo de investigação científica.” Fortin, Marie, F. (1999: 354), diz que a metodologia desempenha um papel essencial no desenvolvimento de um projecto de investigação, pois quase os resultados finais são condicionados pelo processo, o método e a forma como se obtiveram estes resultados.

Partindo do princípio que o enfermeiro que presta cuidados à criança hospitalizada tem no familiar um potencial parceiro, sentimos a necessidade de compreender os benefícios da integração da família nesses cuidados.

Tendo por base o objectivo do estudo, optámos por uma pesquisa bibliográfica incluindo livros, artigos originais, artigos de revisão, editoriais e diretrizes escritos na língua portuguesa publicados, dissertações, teses, monografias, de acordo com a norma da Universidade do Mindelo, a fim de revisar e adquirir novos conhecimentos e também por uma metodologia qualitativa. Também elaboramos um cronograma (apêndice I), com intuito de demonstrar o nosso percurso ao longo do segundo semestre deste ano lectivo. Foi realizada revisão da literatura para o planeamento e desenvolvimento da prática assistencial e foi necessário à procura de recursos teóricos em livros, como: Betty Neuman (2010, 1995, 1983); Whaley & Wong (1999); Ana Maria Jorge (2004); Sorensen e Luckmann (1989), Stafanelli, *Peplau*, sendo seleccionados artigos publicados nos últimos vinte anos, abordando os seguintes termos de pesquisa (palavras-chaves e delimitadores).

Segundo Fortin. Marie, F. (1999: 40 -100), a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação.

Agora entraremos na metodologia que pareceu-nos mais adequada que é a metodologia qualitativa, na medida em que favorece uma maior aproximação e colaboração entre o investigador e as pessoas, permitindo incluir as perspetivas dos autores acerca da realidade estudada. Segundo Strauss, Anselm e Corbin e Juliet (1990:11),

permite ainda descobrir e compreender o que está por trás de cada fenómeno sobre os quais pouco se sabe ou sobre os quais é necessário ganhar um novo entendimento.

Para Leininger, Madeleine M. (1985: 6-7), refere que a abordagem qualitativa é frequentemente a forma inicial de explicar factos desconhecidos de certos comportamentos, ocorrências ou locais de vida das pessoas, razão pela qual considera este método como a forma principal de dar a conhecer as essências, sentimentos e significados, permitindo-nos estudar conceitos relativos a sentimentos, emoções (como dor, sofrimento, beleza, esperança, amor) através da forma como são vividos pelas pessoas. Os métodos qualitativos permitem a exploração de situações complexas da vida real, oferecendo a possibilidade de utilizar múltiplas estratégias metodológicas para aceder ao conhecimento de um modo mais abrangente, uma vez que nos dão a possibilidade de compreender o sentido das experiências vividas pelos vários factores sociais: doentes, famílias e equipa multidisciplinar.

Para De La Cuesta, C. (1995: 21-24), é a metodologia mais apropriada, quando queremos saber a maneira como os participantes do estudo experimentam determinado fenómeno ou situação, quais os significados que lhe atribuem e como interpretam aquilo que experimentam. Este método de pesquisa privilegia a compreensão das atitudes humanas, o conhecimento das experiências no seu contexto e a compreensão da visão do mundo das pessoas. Ao referir que as diversas metodologias qualitativas enfatizam a compreensão do mundo da pessoa, através do seu ponto de vista, no fundo a visão das «coisas por dentro», que se relaciona com a intencionalidade.

Suportado ainda por leituras diversas, quer de natureza clínica, quer de natureza metodológica, este estudo foi alicerçado também numa reflexão pessoal acerca das experiências tidas enquanto estudantes de enfermagem, através dos ensinamentos clínicos e durante o estágio profissional na Unidade de Pediatria e nos diálogos estabelecidas com as enfermeiras. Daquilo que conseguimos observar durante as nossas práticas, a nossa opinião não ia de encontro das enfermeiras, mas havia sempre uma justificativa por parte delas em relação à integração da família nos cuidados à criança hospitalizada.

1.2. Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no período de cinco de Junho á oito de Junho de 2013, na Unidade de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa em São Vicente, sendo único Hospital da ilha, que foi inaugurada em 1986, pertencente à rede de atenção à Saúde Pública Estadual.

Esta unidade possui cinco enfermarias, sendo uma de gastroenterite, duas patologias gerais (cardiologia; nefrologia e pneumologia; estomatologia; respiratórias; ortopédica, queimadura, etc), uma de neonatologia e uma de isolamento para as doenças infecto contagiosas (meningite, herpes, HIV, tuberculose, sífilis, entre outros), cada enfermaria dispõe de banheiros exacto a enfermaria de neonatologia, uma sala de procedimentos de enfermagem e outra para preparação de terapêutica, um gabinete médico, uma sala de recepção de enfermagem, um quarto para enfermeiras, um para os médico e outro para os funcionários de serviço gerais, uma arrecadação de stock para materiais, uma sala de reuniões, um quarto para descanso dos acompanhantes só para sexo feminino, uma casa de banho para médicos e enfermeiros e outro para os funcionários de serviços gerais, uma cozinha, uma copa para enfermeiras e um quarto para materiais de limpeza e lixo.

Ainda dispõe um espaço para refeições e recreatividades pedagógicas (jogos, materiais para desenhar e pintar, televisão), esta sala é ampla bem iluminada, possui desenhos infantis nas paredes, onde são realizadas actividades lúdicas variadas, acompanhadas por uma recriacionista e académicos de psicologia e um parque de diversões. Em geral a unidade de pediatria contém vinte e sete leitos sendo um armário e uma cadeira ao lado de cada leito.

A equipa multidisciplinar desta unidade é composta por uma enfermeira pediátrica que é chefe do serviço e cinco generalistas que trabalham por turnos, seis médicos fixos, sendo um chefe do serviço, cinco de turnos e uma estagiária, ainda dispõe de outros médicos rotativos de outras especialidades caso necessário, quatro funcionários de serviço gerais, uma copeira e quatro porteiros.

Esta unidade acolhe criança dos zero aos nove anos de idade com patologia diversas, provenientes do banco de urgência de pediatria e de consultas externas. Essas crianças antes de serem hospitalizadas fiquem no período máximo de 24 horas em observação no Banco de Urgência Pediátrica, que fica localizado no lado esquerdo da enfermaria.

1.3. Sujeito do Estudo

Os sujeitos do estudo foram as enfermeiras que trabalham na Unidade de Pediatria, familiares e acompanhantes que acompanhem as crianças durante o internamento e que disponibilizaram a participar, uma vez que este é um dos critérios deontológicos relativos a qualquer estudo que não pode ser negligenciado. Para a selecção dos participantes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser o principal cuidador da criança durante o tempo da hospitalização e ter uma duração mínima de internamento de três dias.

Segundo Ruquoy (1997:103), nos estudos qualitativos, o critério que determina o número de sujeito é a sua adequação aos objectivos da investigação. Pois deste modo, “os indivíduos não são escolhidos em função da importância numérica que representam, mas antes ao seu carácter exemplar.”

Polit et al. (1995:270), refere que a importância da amostra centra-se fundamentalmente na riqueza dos dados que revelam experiências individuais ou específicas de cada sujeito. O investigador pode determinar um número mínimo de participantes uma vez que a representatividade da amostra apenas diz respeito aos dados e não aos números de indivíduos. (Leininger, Madeleine M. 1985: 215-217). Assim sendo, a amostra do nosso estudo foi constituída por dez participantes que emergiram, sendo cinco entrevistas para as enfermeiras e cinco para os familiares / acompanhante.

1.4 Instrumento de Colheita de Dados

Para a obtenção das informações, foram realizadas uma abordagem através de entrevista que foram aplicadas nos acompanhantes das crianças hospitalizados e as enfermeiras da mesma unidade, através de um formulário contendo sete perguntas para enfermeiras e seis para familiares.

Segundo Patton, Michel Quinn (1990:532) “nós entrevistamos pessoas para descobrir a partir delas algo que não podemos observar (...), nós não podemos observar sentimentos, pensamentos e intenções.” A entrevista enquanto técnica de colheita de dados é considerada adequada na obtenção de informações acerca do universo dos sentidos dos sujeitos no que respeita ao que as pessoas sabem, sentem, crêem, fizeram, fazem, ou pretendem fazer.

Para os autores Bogdan, R. & Biklen, Sari. (1994:134), a entrevista torna-se assim útil para recolher dados sobre crenças, opiniões e ideias dos sujeitos, pois “a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao

investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.” Quivy, Campenhoudt e LucVan. (1998: 193), complementam esta ideia ao referir que a entrevista é a técnica adequada quando o intuito é compreender “o sentido que os actores dão às suas práticas e aos (...) acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas (...) as leituras que fazem das suas próprias experiências.”

Tendo em conta o tema e tipo de estudo, o objectivo e as questões de investigação, utilizámos como técnica de colheita de dados a entrevista semi - estruturada. Este tipo de entrevista vai ao encontro dos objectivos delineados para a temática deste estudo, porque permite colher informação junto dos participantes relativamente às suas ideias, preferências, comportamentos, sentimentos, expectativas e atitudes (Fortin, Marie, F. 1999: 388).

Considerando o objecto do estudo, os objectivos definidos e a problemática construída, o recurso à entrevista semi - estruturada, em que o investigador apresenta uma lista de temas a cobrir, fórmula questões a partir desses temas e apresenta-os segundo uma ordem que lhe convém, pareceu-nos útil na medida em que esta possibilitaria conhecer o quadro de referência dos sujeito em estudo, explorar outros aspectos que poderiam clarificar o problema. Assim, foram redigidas entrevistas semi - estruturadas temáticas (AnexoI).

Após ter conseguido autorização da Coordenadora e da Orientadora do Curso da Enfermagem da Universidade do Mindelo, preparamos o material para as entrevistas. No momento das entrevistas realizamos a leitura e a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura, a fim de formalizar a participação, bem como foi enfatizado que as informações fornecidas seriam utilizadas para fins científicos, e que serão mantidas sob sigilo, respeitando o direito à privacidade, garantindo o anonimato e assegurada a confidencialidade das informações.

As questões foram verificadas pela orientadora do estudo que concordou com as mesmas e sugeriu algumas alterações e introdução de questões pertinentes. Após testar o instrumento de colheita de dados, facilitou-nos o aperfeiçoamento de algumas competências quanto aos aspectos relacionados com a prática de técnicas, de validação e clarificação no decorrer da entrevista.

Procuramos manter uma atitude empática, demonstrando interesse e atenção ao que o entrevistado dizia. O tempo gasto em cada uma das entrevistas variou entre vinte à trinta minutos.

Com o intuito de preservar o anonimato, os familiares cuidadores foram identificados de acordo com a ordem das entrevistas, tendo-lhes dominado por um código analfabética. Por exemplo, o primeiro participante recebeu o código EA e o segundo FA, ao qual lhe foi associado posteriormente um nome fictício e assim sucessivamente. Deste modo, os entrevistados foram identificados da seguinte forma: para as enfermeiras **EA; EB; EC; ED; EE** e para as famílias **FA; FB; FC, FD,FE**, pois, as entrevistas iniciaram conforme explicam os autores Bogdan e Biklen (1994:134-135), com uma conversa banal, onde foi feita uma breve exposição a cerca dos objectivos do trabalho e sua importância para explicarem a importância quando estes faziam parte dos cuidados dos seus filhos hospitalizadas.

1.5. Considerações Éticas

A primeira etapa da realização desta monografia, envolveu a elaboração de um Projecto do Trabalho de Conclusão de Curso da Licenciatura em Enfermagem apresentado na Universidade do Mindelo, tendo sido aprovado.

Segundo Streubert, H. e Carpenter, D. (2002: 37), a prática profissional de enfermagem e das disciplinas relacionadas com a saúde, tal como a medicina, enfrentam situações que exigem cotidianamente tomadas de decisões éticas e morais.

No que concerne a investigação, as considerações éticas, são e sempre serão de consideração crítica. Comprometer-se com um estudo de investigação, implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ética e moral. Os direitos humanos necessitam sempre ser protegidos, portanto linhas gerais tem sido estabelecidas tais como as linhas gerais profissionais, Human Rights Guidelines For Nurses in Clinical and Other Research (American Nurses Association, 1975). E Code for Neuses (American NursesAssociation, 1995).

De acordo com estas autoras acima citadas é necessário que haja responsabilidade pessoal e profissional por parte do investigador. Neste sentido foram tomados os procedimentos necessários para assegurar esses princípios. Tivemos de recorrer á

Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade do Mindelo, a fim de pedir uma assinatura do Consentimento Informado para autorizar essas entrevistas (Anexo N°II).

Antes de iniciar o trabalho tivemos um contacto com a Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria para dar conhecimento da intenção de realizar o trabalho neste serviço, tendo havido receptividade da sua parte. Também tivemos consentimento por parte das outras enfermeiras e familiares que disponibilizarem os seus tempos a fim de oferecer essas informações.

A ética é teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, ou da moral, considerado porém na sua totalidade, diversidade e veracidade (Padilha, M. I. C. S. 1995: 118-132).

Vale ressaltar que apenas um conhecimento teórico-técnico e científico não é suficiente para a prestação de intervenções de enfermagem com qualidade, pois o saber da ética se faz presente tanto no cotidiano quanto na imagem do cuidador. No nosso ponto de vista, o profissional de saúde deve prestar cuidados, informando diante de todas as intervenções que foram realizadas ao utente bem como não omitir qualquer informação acerca de sua saúde. Ainda para que haja êxito ético no exercício profissional, não devemos nunca nos esquecer de que o ser humano possui crenças, costumes e valores que nunca devem ser rejeitados ou colocados em segundo plano, pois desta forma estaríamos invadindo seu espaço e também colocando seus saberes à margem.

Como aspectos práticos da aplicação dos princípios éticos, as enfermeiras, familiares ou acompanhantes das crianças, foram esclarecidos sobre os objetivos das entrevistas, formalizados os procedimentos respectivos de aceite e confirmação através das assinaturas. A entrevista com cada uma das enfermeiras e familiares/ acompanhantes foi realizada individualmente, num único momento e decorreram em ambiente privado, calmo, tranquilo, essas foram previamente planeadas de acordo com a disponibilidade das mesmas.

Como diz, Streubert, Helen e Carpenter Dona (2002:24), a escolha das condições de colheita de dados na investigação qualitativa, pois o campo é o lugar onde os indivíduos vivem e onde experimentam a vida. A pesquisa será conduzida nas casas, salas de aula ou sítios selecionados pelos participantes.

Foi solicitada a permissão para gravar as entrevistas, contudo essas eram para serem gravadas, mas os participantes não quiseram exporem as suas vozes, então decidimos registá-las no guião.

CAPITULO II - REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, são apresentados dados da biografia da teórica adotada para subsidiar nosso trabalho, Betty Neuman, além da descrição do seu “Modelo de Sistemas.” Também são apresentadas definições de alguns conceitos e a revisão da literatura.

2.1. Sobre Betty Neuman

A nossa referencial teórica é baseada na teoria de Betty Neuman. Ela nasceu em 1924 em Lowell, Ohio, Estados Unidos da América. Seus primeiros estudos em enfermagem foram concluídos no Peoples Hospital School Nursing (atualmente denominado de General Hospital), em Akron, Ohio, em 1947. Recebeu seu grau de Bacharel em Enfermagem no ano de 1957, e o grau de Mestre em Saúde Mental e de Consultoria em Saúde Pública, da UCLA (Universidade Califórnia de Los Angeles), em 1966. Também possui um Doutorado em Psicologia Clínica (Cross, J. R. Betty Neuman. In : Jorge, J.B. et. al 1993:).

Foi pioneira na introdução da enfermagem no campo da Saúde Mental ao desenvolver um modelo de prática e ensino da área enquanto era docente de pós-graduação na UCLA, oferecendo um marco referencial a estudantes e permitindo uma avaliação do trabalho de enfermagem. Em 1970, criou seu modelo de sistemas de cuidado à saúde (Leopardi, M. T. Neuman, 1999: 114-121) publicado pela primeira vez em 1972. Na década de setenta procurou melhorar a teoria, revisada numa publicação em 1989 e em 1995 publicou seu modelo com mais detalhes (George, 2000). As influências teóricas de Neuman incluem Chardin, Marx, Gestalt, Selye, von Bertalanffy e Caplan.

2.1.1. A Proposição Teórica de Betty Neuman

Afirmando George (2000:338), o modelo de Neuman teve seu aprimoramento mais recente em 1989, o qual parte de uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se acham em constante interação com estressores ambientais. Basicamente, o modelo focaliza a reação do cliente ao estresse e os fatores de reconstituição ou adaptação. É considerado um modelo adequado tanto para a Enfermagem como para todas as profissões de cuidado à saúde. A abordagem conceitual de Neuman é o resultado da síntese de conhecimento de várias fontes teóricas, incluindo Chardin, Marx, Gestalt, Selye, Von Bertalanffy e Caplan. Assim, a estrutura da Teoria de Neuman é, basicamente, um modelo de sistemas abertos compostos principalmente de estressores,

reação aos estressores e indivíduo interagindo com o ambiente. Seu modelo, ao utilizar um sistema abertos, caracteriza as formas de interação constantes entre o meio ou o ambiente em que o indivíduo, grupos (famílias) e comunidades vivem e as forças internas e externas que delas são provenientes, as quais podem alterar o equilíbrio existente.

A criança ao ser hospitalizada, sofre uma mudança radical nos seus hábitos de vida, configurando esta situação como agressão ou castigo, levando ao desenvolvimento de sentimentos de culpa, de abandono em relação aos pais, e embotamento afetivo.

A partir do modelo teórico de Neuman, o enfermeiro deve investigar os comportamentos e estímulos (diagnóstico) que possam gerar stresse na criança: factores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais e a partir disso propor estratégias de intervenção (metas) para manter a linha flexível de defesa da criança e verificar se as intervenções estão surtindo efeito (resultados/feedback). A realização do cuidado de forma integral e sistematizada, segundo este modelo teórico, busca minimizar as variáveis que afectam as reações do sistema aos estressores. A preocupação central da enfermagem é a criança e a meta principal é a manutenção de sua estabilidade. Durante o processo de hospitalização, o enfermeiro deve, segundo a metodologia proposta por Neuman, verificar os estressores percebidos pela criança e também pelo provedor dos cuidados, e classificá-los segundo o tipo de factores: intrapessoais, factores interpessoais e/ou extra pessoais. Importante também é observar as distorções entre o que é percebido pela criança e o provedor de cuidados nessa situação.

Uma vez identificados e classificados os estressores, deve estabelecer as metas de Enfermagem, isto é, as intervenções a partir de um ordenamento das prioridades de necessidades, baseadas na totalidade dos dados obtidos. As intervenções podem ser primárias, secundárias ou terciárias. Intervenções são ações que ajudam o cliente a reter a estabilidade do sistema (manter ou alcançar).

Neuman indica três níveis de intervenções:

Prevenção Primárias, aquelas que podem ocorrer a qualquer momento no processo de hospitalização, quando se suspeita ou se identifica a possibilidade da existência de um estressor e sua finalidade, é o abrandamento dos factores de risco para prevenir as possíveis reações da criança.

Prevenção Secundárias, quando não for possível a intervenção primária e ocorrer uma reação da criança. O enfermeiro deve cuidar dos sintomas derivados das reações, com

a finalidade de reduzir os efeitos deletérios dos stressores, fortalecendo as linhas de resistência para reduzir essas reações.

Prevenção terciárias, quando a criança já consegue mobilizar os recursos de energia e mantém as interações das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais em equilíbrio – período de reconstituição ou adaptação.

O tipo de intervenção que o enfermeiro utilizará depende do stressor e também da bagagem de conhecimento que o profissional possui, facilitando a antecipação da defesa aos fatores de riscos que permeiam o processo de hospitalização da criança.

Brazelton, B. T. (1990), diz que os pais ao participarem nos cuidados ao filho, sentem-se parte integrante da equipa, facilitando a manutenção dos laços familiares.

Jorge (2004: 46), os pais têm grande interesse em estarem perto dos filhos, de participarem nos cuidados, de receberem informações e explicações, que a sua opinião seja tida em conta no processo de tomada de decisão. Para que isto aconteça é necessário que ocorra uma negociação eficaz entre os pais e a equipa de saúde. Os pais identificam muitas vezes como **stressores** a perda do papel parental, incerteza sobre o prognóstico da criança, estar separada da criança e sentir que a qualidade dos cuidados de saúde prestados é fraca. É considerado também um fator de stress para os pais, o facto de não entenderem a informação providenciada pela equipa de saúde, assim como que estes afirmem o que é melhor para a criança sem os cuidadores com papel parental serem questionados.

Como afirmam Einloft et al. (1996), é vital para seu ajustamento social e psicológico durante a hospitalização. Seguindo a mesma linha de pensamento, aqui o papel do enfermeiro é fundamental pois, para os mesmos autores, ele é o membro da equipa que para além de prestar cuidados, vai funcionar como elemento de ligação entre a criança.

O modelo de Betty Neuman (2010), aponta de um modo geral para uma visão do cliente de Enfermagem como um sistema. Para a autora o cliente de Enfermagem pode ser constituído por um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou até um problema social, denominando-o como sistema, que integra cinco variáveis fortemente interligadas, sendo elas a fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual.

2.2. Exploração dos Conceitos / Palavras-chaves

2.2.1. Criança Hospitalizada

A criança é definida, segundo a Convenção sobre os Direitos das Crianças (1990:6) todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto a lei confere a maioridade mais cedo.

Santos, A. F. (2000), afirma que, não é possível pensar em hospitalização sem ansiedade, porque só o pensamento de ser hospitalizado causa medo e stress a quem por ele passa. “Imagina - se uma criança com a sua fértil imaginação, com a capacidade de fantasiar a cerca do que poderá vir acontecer”. Sendo a enfermeira é um elemento fundamental na equipe multidisciplinar, é o profissional que tem a possibilidade de criar laços com a criança e seus pais, desenvolvendo uma relação mais empática com os mesmos, propiciada pelo acompanhamento que proporciona nas vinte e quatro horas do dia.

Conforme Oliveira, Roazzi (2003: 1-13), acrescentam que o hospital apresenta - se como um ambiente hostil para as crianças: paredes lisas e sem qualquer tipo de estimulação, crianças doentes deitadas nas suas camas; pessoas desconhecidas que circulam de lá para cá impondo o cumprimento de regras de boa educação, a invasão e manipulação do corpo de forma doloroso, a perda de autonomia decorrente da imposição de regras por parte da equipa e a obrigada separação da família. A primeira impressão que lhes é dada é a de um ambiente estranho, com material assustador, com muita gente e todas com caras desconhecidas e por vez mal-encaradas. É um local onde não se pode brincar nem gritar, onde normalmente se praticam procedimentos dolorosos, com poucos elos a casa, de toda inadaptada a crianças (Batista, C. V.M. 2003).

Sigaud et al. (1996), argumenta que toda a criança tem uma maneira de pensar, sentir e reagir. É capaz de fazer escolhas, tomar decisões, encontrar soluções para muitos de seus problemas e assumir responsabilidades. Também considera-a como um ser único, conferido por sua herança genética bem como por sua inserção no tempo e no espaço. E ainda um ser em processo de desenvolvimento, pois a criança vai incorporando habilidades que lhe permitem alcançar a autonomia esperada no final do período infantil.

De acordo com estes autores Collet, N. Beatriz et al. (2002), enfocam o significado para a criança do convívio familiar e dizem que nos primeiros anos de vida a criança depende da família para crescer. Ela precisa de cuidados de higiene, alimentação e da

aprendizagem, porém nada disso é possível se ela não encontrar um ambiente de acolhimento e afecto. Ainda para as mesmas autoras os bebês não sobrevivem ao desamor. Elas enfatizam que o amor materno, na infância e juventude, é tão importante para a saúde mental quanto às vitaminas e proteínas o são para a saúde física.

“A doença e a hospitalização são consideradas as primeiras crises com as quais as crianças se deparam, principalmente durante os primeiros anos de suas vidas. São frágeis à crise de doença e à hospitalização, porque este stresse modifica seu estado de saúde e a sua rotina ambiental” (Whaley e Wong, 1999: 543).

Para Ceccim, R. B. & Carvalho et al. (1997), defendem que, as crianças bem mais que os adultos, ficam frágeis e não entendem a doença, porque estão em um período de desenvolvimento, portanto não compreendem o seu estado de doença. Ficar longe de sua família, o medo do ambiente novo, pessoas estranhas, afastar-se de seus brinquedos até mesmo de sua cama, são factores que contribuem para que a criança viva momentos de ansiedade e stress, podendo até mesmo mudar a sua realidade, de modo a negar sua doença ou super valorizá-la. Podemos então agrupar os principais factores de stress na criança hospitalizada em três aspectos essenciais, segundo Whaley e Wong 1999: 543)

- Stressores Físicos: Dor e desconforto (decorrentes de procedimentos invasivos); Imobilidade; Privação do sono; Impossibilidade de comer e beber; Alterações dos hábitos da alimentação.
- Stressores Psicológicos: Falta de privacidade; Incapacidade para comunicar; Inadequado conhecimento ou compreensão de situação; Gravidade de doença.
- Stressores Ambientais: Ambiente pouco familiar e estranho; Sons, luzes e odores estranhos (dos equipamentos hospitalares); Comentários inadequados e actividades relacionadas com outras pessoas.

Festas, C. (1994: 323-327), refere que, para esta problemática avoca particular para a equipa de saúde, que lida diariamente com crianças, cabendo-lhe a especial tarefa de favorecer a melhor resolução possível de situação de crise, bem como a obtenção de um crescimento positivo da experiência.

No pensamento de Guareshi, A. P. Martins et al. (1997: 423- 436), a doença e a hospitalização constituem portanto, uma crise na vida da criança, podendo levar a manifestações de desajustamento, como inapetência, perda de peso, agressividade, desejo incontrolável de fugir, dependência excessiva e falta de receptividade orgânica ao tratamento. A criança pode acreditar que seus pais a colocaram em um ambiente hostil e

com pessoas estranhas por alguma falta por ela cometida e em alguns casos, as reações à hospitalização podem agravar ou se confundir com os sintomas da própria doença, dificultando o diagnóstico e o tratamento.

Para Waechter. E. H. Blake et al. (1979), a hospitalização da criança sem a presença da mãe a compromete psico e emocionalmente, salientando que por outro lado, a presença materna melhora a sua adequação e o seu desenvolvimento psicoemocional.

Schmitz, Edilza. M. R. et al. (2001), explicam que, os factores que influenciam no processo da hospitalização vivenciados pelas crianças são variados, porém a ausência total ou parcial do familiar responsável possui o maior peso na adaptação da criança, principalmente quando esta possui menos de seis meses. Também considera significativa a ausência parcial do familiar, quando os contactos são diários ou esporádicos, limitados por horários definidos e curtos os quais restringem a possibilidade dos pais desenvolverem as atividades de cuidados diários e afetivos com que a criança está acostumada. É no familiar responsável que a criança busca apoio, orientação, proteção para o desconhecido e para o sofrimento. Diz ainda que quando a criança recebe assistência familiar, é capaz de suportar os sofrimentos e ansiedades durante a doença e hospitalização.

2.2.2. Família

Betty Neuman (1983:239-254), na sua teoria define a família como sistema dentro da sociedade. O objectivo do sistema familiar é manter-se num óptimo estado de saúde. Acredita que a enfermagem se refere à totalidade da pessoa, é “uma profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do indivíduo ao stress”.

Na ideia de Roy. C. (1983) citado por Sorensen e Luckman (1989: 401), a família como um sistema adaptativo. Estímulos provenientes das necessidades dos membros da família e do ambiente em que estão inseridos, têm impacto sobre o sistema familiar. Internamente, o sistema familiar funciona produzindo “ apoio, educação e socialização”. O objectivo é promover a adaptação do sistema familiar com vista à “ sobrevivência, continuidade e crescimento”.

A família pode ser definida como o pai, a mãe e os filhos, todas as pessoas do mesmo sangue, ou seja, grupos de seres ou coisas que apresentam características comuns (Koogan, A. Hauaiss, A. et al. 1995). Vimos que os pais e a família são elementos

representativos do desenvolvimento infantil, no sentido de que a família é a unidade de representação básica da criança (Camon, A. Angerami et al. 2003).

Na família Cabo-Verdiana, não há em geral um núcleo comum, com pai, mãe, e filhos. Como é particular da família africana, também em Cabo Verde as avós, os primos, os netos, e até pessoas que não têm qualquer relação de consanguinidade com membros do agregado familiar, mantêm relações afectivas de alguma ordem, habitam o mesmo tecto. Nas famílias Cabo-Verdianas, os braços estão sempre abertos para mais um. A mulher é o núcleo da família, quer o homem esteja presente fisicamente ou não. Os dados estatísticos vêm comprovando esta evolução, assim como os estudos (ainda que dispersos) ao nível da sociologia e dos papéis sociais de Género. Na perspectiva do modelo sistémico, a família constitui um sistema aberto em que os seus elementos interagem entre si e com o meio, em permanente interacção. As dinâmicas internas interpessoais e vários aspectos do ambiente modelam o funcionamento da família.

http://www.com.gatewaycaboverde.org.cv/index.php?option=com_content&view=article&id=104&Itemid.

Segundo Gameiro (1992: 187), (cit. in Jorge, Ana, M. 2004:17), que a família é considerada como “ uma rede complexa de relações de emoções que não são passíveis de ser pensadas como os instrumentos criados para os indivíduos isolados (...). A simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade. Assim, “cada família é visto como todo. Como emergência dos elementos que a compõem, é definitivamente uma e única.”

Neste sentido Stanhope e Lancaster (1999: 493- 503), afirma que, no seio da família, cada elemento tem um determinado papel a desempenhar. Referem que não somente os indivíduos dentro da família distribuem papéis como também têm expectativas acerca do modo como essas funções são desempenhadas, ou seja, as crianças brincam, vão para a escola, o pai vai trabalhar, entre outros. Pois de acordo com as mesmas autoras, ainda o mesmo elemento da família pode desempenhar mais do que uma função, ocupando várias posições na família como ex: mãe, esposa, dona de casa e trabalhadora. Ainda as mesmas destacam como principais funções da família:

- Gerar afecto,
- Proporcionar segurança e aceitação pessoal;
- Proporcionar satisfação e sentimento de utilidade;
- Assegurar continuidade das relações;

- Proportional estabilidade e socialização;
- Impor autoridade e sentimento do que é correcto.

A própria disciplina de enfermagem define a família como a “...unidade básica da sociedade, na qual se processam os comportamentos humanos conotados com a saúde” (Bollander, V. R. 1998: 398).

No que concerne Schmitz, Edilza, M. R. et al. (2001), a família é uma unidade básica de saúde, o núcleo primário, em que a criança recebe e aprende os primeiros cuidados de promoção de saúde e prevenção de doenças. Quando uma criança fica doente toda família sofre, chegando ao ponto até mesmo de adoecer. Expressões como medo e ansiedade são sentimentos presentes em toda família. Se a família não estiver bem estruturada para vivenciar a doença ou a hospitalização, poderá entrar em crise, fortalecendo-se ou enfraquecendo-se.

A função de saúde da família é contribuir para a saúde dos seus membros individuais através do apoio ao seu desenvolvimento biofísico e psicossocial. É dentro da unidade familiar que os seus membros desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de saúde (Stanhope, Lancaster, 1999: 503).

Segundo a Carta da Criança Hospitalizada, adotada em 1988 em Leiden na Holanda, que resume os direitos da criança hospitalizada: “Uma criança hospitalizada tem o direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

A presença da família no mundo do hospital é fundamental para a preservação do mundo da criança. Os pais são o seu próprio referencial, significam afeto, o elo que une a criança e família. É relevante preservar esse sentimento, pois gera segurança emocional para a criança, o que significa manter os aspectos sadios de sua existência. A presença do familiar permite que a criança elabore com mais facilidade os seus sentimentos e emoções, controle suas ansiedades e seus medos, organizando melhor o seu mundo interior (Dias et al. 2004:41-48).

Dessa forma a ocorrência da doença em um filho, determina factores de intensa angústia e desorganização psicológica. Assim, a família defronta-se com a perda do sentimento e invulnerabilidade, sendo frontalmente atingida em sua falsa sensação de proteção, em consequência, evidencia-se uma desestruturação familiar. A família perde sua ligação com o mundo habitual e também perde o controlo da sua estrutura, advindo do

tratamento pelo temor ao desconhecido, pelas reinternações, pelo contacto obrigatório com diferentes profissionais, exposição de sentimentos e pela perda do controle do próprio destino. Ressalta-se a perda da aptidão e plenitude de raciocínio em consequência da situação ameaçadora em que se faz questionamentos sem respostas como: “Por que isso foi acontecer com meu filho?” “Onde foi que errei?” (Camon, A. Angerami et al. 2003).

Na perspectiva Bragadóttir, H. (1999: 201-207), quando uma criança é hospitalizada, tudo se torna diferente, esta interrompe o relacionamento entre pais e filhos e é sentida como uma grande ameaça para o sentimento de segurança e amor da família. Para a criança é uma situação particularmente crítica para o seu equilíbrio psicológico dada a fragilidade emocional e a sua dependência dos pais, isto é, que a separação da criança da família, quebra as suas actividades habituais, permitindo tratamentos dolorosos e até sofrimento. Fernandes, (1988) apud Reis, Gina (2007:170), acrescentam que as manifestações psicológicas que traduzem esta condição para os pais representam uma quebra na organização do quotidiano (deslocações, despesas, faltas ao trabalho, ausência do lar, entre outras) tornando-os muitas vezes impotentes, experienciando sentimentos de medo, ansiedade e culpa.

2.2.3. Enfermagem Pediátrica/ Filosofia dos cuidados

A enfermagem pediátrica, como especialidade, não é excepção. Uma especialidade define-se como um ramo de prática de enfermagem que exige que a enfermeira possua conhecimentos e perícia especiais. A pediatria é uma especialidade de prática de enfermagem que envolve o cuidar de crianças saudáveis e doentes (Opperman, Cassandra, 2000: 21).

Também Lima, R. Rocha & Schochi, (1999:33-39), salientam a importância da assistência à criança hospitalizada que tem vindo sofrer alterações significativas ao longo das últimas décadas. Até 1930, tinha esta linha como principal finalidade de recorrer ao isolamento rigoroso como forma de evitar a transmissão da infecção, tendo como consequência o afastamento da mãe e família da criança e até mesmos dos próprios profissionais de saúde.

Após 1940 e decorrente dos avanços de Medicina (consequência da II Guerra Mundial), nomeadamente no diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças começou a repensar a não permanência dos pais junto dos filhos quanto da hospitalização. Embora a família era vista como um bem maior para a criança, porém muitas vezes a sua presença

era intolerada no ambiente hospitalar. O que fez com que criassem obstáculos para proibir a presença das mesmas, como problemas da infecção, dificuldades de realizar procedimentos, em controlar o repouso e a dieta das crianças, problemas com a alimentação dos pais, causando assim uma relação superficial o que levava muitas vezes conflitos principalmente por parte dos pais.

Em 1951, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um relatório de autoria de John Bowlby intitulado “ Cuidado Materno e Saúde Mental” onde era realçado os riscos da separação mãe-filho em qualquer situação (Jorge, 2004, Lima, R. Rocha & Schochi, 1999). Em 1959, a Inglaterra publicou do Relatório Platt no seu país, revelando uma crescente preocupação o bem - estar das crianças hospitalizadas, despoletando uma serio de discussões com intenção de humanizar esta experiência (Pinto, C. & Figueiredo, M. do C., 1995:15-16); Lima. R. Rocha, S & Rocha e Scochi (1999:33-39). Duas décadas mais tarde, OMS, recomendou que as crianças mais pequenas fossem admitidas no hospital com as mães e que lhes fossem proporcionadas visitas limitadas (Jorge 2004).

Segundo American Nurses Association (1995), citado por Whaley e Wong (1999:09), a enfermagem de lactentes e crianças conduz com a definição de enfermagem como “ diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais”. Vale ressaltar os quatros aspectos essenciais da prática de enfermagem contemporânea: atenção à ampla faixa de experiências e respostas humanas à saúde e à doença sem restrição à orientação focalizada no problema; integração de dados objectivos com o conhecimento alcançado a partir da compreensão da experiência subjectiva do paciente ou grupo; aplicação do conhecimento científico ao processo de diagnóstico e tratamento; e o estímulo a um relacionamento cuidadoso que facilita a saúde e a cicatrização.

A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece esta como uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência da família (Johnson BH, McGonigel, M. et al. 1989).

Para Neuman (2010), que:

“... a base filosófica do Modelo de Sistemas de Neuman, engloba o holismo, a orientação para a saúde, a percepção e motivação do cliente e por fim, uma perspectiva dinâmica dos sistemas de energia e diferentes interações com o ambiente, de forma a atenuar possíveis lesões dos stressores internos e/ou externos enquanto cuidadores e clientes formam uma relação de parceria, para negociar os resultados esperados, com a finalidade de manter, melhorar e restaurar o bem-estar.”

A filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos é a filosofia de cuidados centrados na família (Young, Jeanine et al., 2006: 4-13). O reconhecimento da importância desta atuação centrada na família com um envolvimento efetivo dos pais nos cuidados à criança surgiu já fortalecido com Casey, Anne, Mobbs, Sarah (1988: 67-68), ao defenderem que a criança, pais e enfermeiros em parceria, devem assumir parte ativa no processo de enfermagem. Uma das estratégias defendida pelos autores (Gotlieb, Laurie, Feeley et al., 2005), a parceria está associada a um processo dinâmico que requer participação activa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns. Caracteriza-se pela partilha de poder e partilha de conhecimentos; definição de objetivos comuns, centrados na pessoa; participação ativa de todos os parceiros e concordância de todos os parceiros na relação.

2. 2. 3.1. Papel da Enfermeira nos cuidados Pediátricos

Walter Hesbeen (2000: 38-39), relata que “ cuidar é uma arte, é arte terapeuta”. Porque é a ciência que permite estabelecer conhecimentos globais, que dizem respeito as pessoas em geral, conhecimentos esses que estabelecidos a partir da observação e da experimentação realizadas um grande número de indivíduos, ... “baseia-se no corpo que se setem”.

Deste modo o cuidado em enfermagem pediátrica tem como objectivo a promoção do bem-estar da criança e sua família. Para que isso aconteça é necessário que as enfermeiras desenvolvam acções com o intuito de prevenir doenças, prestar cuidados no sentido de manter um nível óptimo de crescimento e desenvolvimento, bem como reabilitar crianças com modificações do seu estado de saúde, tendo como alvo de cuidados a família (Guareschi. A. P. Martins et al. 1997:423).

Segundo Aldridge (2005), seguindo a teoria de Betty Neuman (2010:225), considera que:

“ a hospitalização é um stressor, na medida em que vai provocar instabilidade no sistema cliente, com alterações emocionais dos cuidadores com papel parental. O papel do enfermeiro passa assim, num primeiro momento, pela identificação desses stressors, intervindo segundo o modelo de Cuidados Centrados na Família, que se articula com o modelo de sistemas”.

Consideramos importante salientar a opinião de Diogo, P. (2001:17-21), quando expressa que trabalhar no serviço pediatria que sustente uma orientação análoga aquele em que se acredita, para que exista assim, naturalmente, um estímulo e empenho muito forte por parte de quem cuida. Neste sentido, a enfermeira que trabalha em pediatria tem que dispor de determinadas características como: gostar de criança; ter capacidade de relação com criança; conhecimento de pediatria e por fim ter personalidade estável que a possibilitem alcançar os objectivos do cuidado à criança.

Mais importante ainda quando Neuman (2010), revela que à enfermagem de cuidados pediátricos, partindo da perspectiva de que é possível afirmar que o objetivo da prática da enfermagem pediátrica consiste na assistência das crianças e respetivas famílias em reter, alcançar e manter a máxima estabilidade do sistema, que é o bem-estar ótimo.

O papel da enfermagem é intervir no sentido de limitar os factores de stress que interfiram com o estado de saúde da família. Aplicando o conceito de Betty Neuman citado por Soresen e Luckman (1999:401), à família tentaria reduzir o stress provocado pelo novo diagnóstico, proporcionando formação acerca da doença e da forma de lidar com ela. A enfermeira pode assegurar esta formação através da entrega de material escrito, discussão sobre o assunto e resposta a perguntas sobre a doença.

Do ponto de vista de Albuquerque, Maria et al. (2009: 15-26), defendem que, os enfermeiros de pediatria são exigidos um papel de cuidadores e de educadores já que a hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, indispensável a um pleno crescimento e desenvolvimento infantil. Sinalizar e desenvolver a promoção e educação para a saúde com as mães presentes no internamento é responsabilidade do enfermeiro. Enquanto Roy. C. (1983), cit. in. Soresen e Luckman, 1999:401), o papel da enfermeira é participar com a família no processamento e na adaptação aos estímulos que afectam o sistema familiar. King, I. (1983) também (cit. in

por Soresen e Luckman, 1999:402), interpreta ao esclarecendo que o papel da enfermeira é ajudar as famílias, por meio da interação enfermeira-família, a clarificar a situação e a prestar a informação necessária para o estabelecimento de um objectivo e a resolução do problema relacionado com a saúde do agregado familiar.

Como descrito em Schmitz, Edilza, M. R. et al. (2001), as crianças a partir de três anos de idade, já começam a adquirir a capacidade de entendimento, se as explicações forem de maneiras apropriadas. Como a internação é o momento mais traumático da hospitalização, o ideal seria a preparação da criança pelos pais e pela Equipe de Enfermagem, utilizando desenhos, slides, fantoches, que são muito úteis na internação, como forma de orientação e preparação, principalmente até os sete anos de idade. Para que o ambiente não se torne tão estranho, o ideal seria a enfermagem fornecer informações, mostrando para os pais e filhos as rotinas e normas da instituição.

Segundo (Whaley & Wong, 1999: 11, cit. in Rushton, C. H. 1993), embora a enfermeira seja responsável por si mesma, pela profissão e pela instituição empregadora, a principal responsabilidade é para com o usuário dos serviços de enfermagem, a criança e a família. A enfermeira deve trabalhar com os familiares, identificando suas metas e necessidades e planejando as intervenções que melhor atendam aos problemas definidos. Como defensora, a enfermeira ajuda a criança e seus familiares a fazerem opções conscientes e a agirem de acordo com o melhor interesse da criança.

Com intuito de atingir a estabilidade do sistema Neuman (2010), defende que ao usar os três níveis de prevenção como intervenção, para manter a estabilidade do sistema, o enfermeiro pode criar elos de ligação com o cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem.

2.2.4. Comunicação Terapêutica

Peplau, Travelbee (1952), citado por Sorensen e Luckmann, (1989:528), confirma que o processo de comunicação como sendo um meio de permitir o desenvolvimento das relações de ser humano com outro ser humano permite às enfermeiras ajudar os indivíduos e familiares a liderem com a doença e a encontrarem significado nessa experiência. Ela acreditava que a comunicação deveria ser recíproca, dinâmica e ter influencia.”

Stefanelli, M. C. Carvalho (2005:28-46), diferencia a comunicação humana e terapêutica, sendo a primeira entendida “como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, em que as próprias mensagens e o modo como se dá seu

intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas” e a segunda, como sendo o uso da comunicação humana com o objectivo de ajudar a outra pessoa, desenvolvendo relações interpessoais construtivas.

A comunicação é algo inerente aos seres humanos e essencial para o relacionamento com os outros, pois permite a partilha de sentimentos, pensamentos e acções. Caracteriza-se pela troca de informação e pela sua percepção pelo indivíduo (Stefanelli, M. C. Carvalho 2005:29). Ainda mencionam que a comunicação é: “ ...um processo de compreender e partilhar mensagem enviadas e recebidas, as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio, exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas a curto, médio e longo prazo.”

Todos temos necessidades de ser escutados, no entanto no quotidiano não atribuímos a este acto verdadeira importância. (Costa, A. et al. 2003: 26-27) a comunicação verbal é o tipo de linguagem a que é atribuída maior importância, por esta revelar muito da essência do indivíduo e também por estarmos mais despertos para a sua percepção.

A explicação de Pontes, A. C. et al. (2008: 312-318), quando a pessoa adoece, são gerados sentimentos de angústia, sofrimento, ansiedade de não ser capaz de referir os sintomas as necessidades e as dúvidas, deste modo, ao chegar ao hospital, procura antes de tudo, ser acolhida, escutada e ser compreendida. Assim, ao perder o contacto com o ambiente familiar torna-se mais sensível, precisando tanto de cuidados complexos como de um relacionamento terapêutico. A comunicação entre a enfermeira e doente é designada por comunicação terapêutica e é imprescindível, tanto para identificar problemas físicos como para desenvolver uma interação. É designada assim, porque tem o intuito de identificar e atender as necessidades (de saúde) do doente, de contribuir para o progresso da prática de enfermagem e de despoletar nos doentes confiança e segurança.

Numa comunicação terapêutica, para alcançar o bem-estar da criança e sua família principalmente nos cuidados traumáticos é pertinente expor os aspectos fundamentais preconizada por Swanson, K. (1993: 352-357), no cuidado que prestamos à criança hospitalizada, baseada na comunicação terapêutica, assim a autora aconselha cinco momentos que serão necessárias para integrar na nossa prática:

1. Manter a crença, como base do cuidar em enfermagem, acreditando que a criança ultrapassará a situação de hospitalização da forma mais construtiva possível e com uma percepção positiva da enfermeira;

2. Conhecer os aspectos que poderão influenciar a situação da doença e hospitalização: estruturas familiares, cultura, crenças, representações sociais de saúde e doença, do enfermeiro, experiências anteriores;

3. Estar com, mostrar empatia, sentimentos pela criança, mostrar que se preocupa com a criança e sua família que percebe o seu sofrimento que ela é importante para a enfermeira;

4. Fazer por confortar a criança, antecipar as suas necessidades, utilizando o brinquedo terapêutico como ferramenta diária do trabalho de forma a minorar os procedimentos mais dolorosos para ela;

5. Possibilitar, dando tempo necessário para se “adaptar” a sua nova situação, informar explicar procedimentos adequados à sua idade, possibilitar alternativas quando possível, nomeadamente a brincadeira, como forma de ultrapassar momento difícil que está a passar.

Também na procura de contribuir para a melhoria dos cuidados pediátricos Crole, N. & Smith (2002:30-31), para uma boa comunicação terapêutica há que seguir as “Fases do Cuidado” subjacentes aos cuidados de enfermagem pediátrica. Nestas, as enfermeiras deverão interiorizar quatro fases. Cada fase é essencial e não deve ser negligenciada, com o risco de afectar negativamente as restantes. As fases são cíclicas e pode haver necessidade de interromper a fase e recomeçar noutra. As fases referidas são: “Fase Introdutória”, nesta fase quando inicia-se a relação de confiança entre a criança/ família e a enfermeira, através do contacto inicial, do acolhimento. “Fase da Construção da relação de confiança”, nesta a enfermeira deverá utilizar a linguagem adequada e estratégias como jogos e brincar, para explicar e preparar a criança para os procedimentos. Com esta as crianças poderão distrair-se dos elementos stressantes da hospitalização e proporcionar mais rapidamente estabelecimento de confiança ao perceberem-se que a enfermeira está

disposta a ficar ao “seu nível” a brincar com elas. “Fase de tomada de decisão” nesta fase é suportada pela relação de confiança anteriormente consolidada e consiste em determinar, junto da criança, o nível da participação desta no cuidado, tendo em conta o seu desenvolvimento e capacidade para compreender e por último a “Fase do conforto e contra riscos”, relativamente a esta fase, a enfermeira pode ser vista como responsável pelo sofrimento causado à criança, através dos procedimentos dolorosos, pelo que durante e após, deverá confortar e “mimar” à criança, de forma a reconquistar a sua confiança.

Por tanto Algren, C. et al. (2006: 337-704), diz que, no que concerne aos procedimentos dolorosos, os métodos invasivos encontram-se muitas vezes relacionadas com o medo de lesão corporal e mutilação. As injeções e introdução de cateteres ou sondas são alguns procedimentos mais temidos pelas crianças em idade escolar. As crianças desejam saber para que servem, como concorrem para a sua melhoria e que danos irão causar em si, sendo que a maioria parece menos receosa quando sabe o que esperar e elas normalmente têm mais facilidade em comunicar a sua dor relativamente à sua localização, intensidade e descrição do que estão sentindo conseguindo também ser mais resistente. As mesmas, chegando mesmo a desenvolver estratégias sozinhas ou com a colaboração das enfermeiras, para controlarem a sua dor. Importa ressaltar que, dado o seu desejo de independência, por vezes podem ter dificuldades em expressar por sua iniciativa os seus sentimentos como medo e dor pelo que as enfermeiras deverão estar alerta para os sinais não-verbais que poderão estar ocultos, para tomar a iniciativa de ajudar, que será certamente aceita pela criança.

O familiar/ criança por se mostrarem interessados com a sua situação de saúde e doença, estão normalmente muito atentos ao que se passa ao seu redor, necessitando de informações concretas acerca do seu estado de saúde, contribuindo desta forma para a diminuição da ansiedade, favorecendo também a sua colaboração com os profissionais de saúde (Algren, C. et al. 2006.). Para que esta transmissão de informação seja terapêutica é necessária que a linguagem e terminologia utilizadas sejam escolhidas cuidadosamente, evitando assim equívocos e conseqüentemente, maiores níveis de stress por parte criança e familiares (Leroy. S. et al. 2003: 2550-2564).

Para Barnsteiner, J. e Gillis e Donovan, J. (1990: 223-228), as enfermeiras pediátricas precisam estar significativamente relacionadas às crianças e seus familiares e ainda separar-se suficientemente para distinguir seus próprios sentimentos e necessidades. Em um relacionamento terapêutico, atencioso, os limites bem definidos separam a

enfermeira da criança e da família. Esses limites são positivos e profissionais, estimulando o controlo da família sobre a atenção à saúde da criança.

A comunicação terapêutica permite uma interacção entre enfermeiro e doente ao proporcionar a oportunidade de um relacionamento humano que atinja os objectivos da prática de cuidar. De acordo com Nascimento, & Trentini (2004:1-10), este encontro quando ocorre numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) será significativo garantindo uma autêntica intersubjectividade, quando os prestadores de cuidados deixarem de se refugiar no seu papel profissional e de exercerem domínio, impondo normas e rotinas e ao contrário fizerem com que a sua presença seja percebida pelo doente como alguém que está preocupado em compreender a sua experiência de ser doente.

CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS

3.1. Compreender a vivência e o significado da integração da família nos cuidados da criança hospitalizada.

A análise dos dados obtidos por meio das entrevistas nos permitiu compreender a vivência da família na doença e na hospitalização da criança. Muitas vezes essas vivências vêm acompanhadas de sofrimento e caracterizado por um processo contínuo de acontecimentos. A integração da família adota vários significados para as enfermeiras no contexto pediátricas.

Relato da família:

Segundo a FD, “quando conseguimos fazer parte da integração nos cuidados da nossa filha, durante o período da hospitalização, ficamos mais aliviado, dá-nos maior capacidade, pois ficamos mais preparados psicologicamente e emocionalmente.”

Neil, S. (1996:110-117), nos seus estudos disse que, os pais entendem que devem participar e estar disponíveis para a criança. A importância da sua presença junto da criança prende-se com o conhecimento de que está a acontecer e continuar o seu papel como pais. Nos cuidados clínicos, sentem-se menos preparados para o envolvimento, porque têm medo de cometer erros. Todos os pais querem envolver-se nas discussões acerca dos cuidados da criança.

Relato da enfermeira.

“A integração da família é muito bom para nós as enfermeiras como para as famílias, porque há procedimentos como administração de xaropes, muitas vezes é difícil para nós, mas na presença da mãe torna-se mais fácil”. (EB)

Pois estes estudos vão de encontro aos de Galvin, E. et al. (2000: 652-632), que constaram que os pais acreditam que para se sentirem envolvidos necessitam de : primeiro, serem incluídas nas actividades médicas e de enfermagem, segundo, poderem ver o processo do doente, terceiro, serem incentivados a participar nos cuidados diários, quarto,

ficarem com a criança durante todos os procedimentos, quinto, serem incluídas nas decisões relativas aos cuidados e sexto sentirem-se como pais, em vez de meros visitantes.

Durante a hospitalização a criança vivência várias mudanças, levando muitas vezes ao stress, devido ao afastamento familiar, escolar, amigos, ambiente estranho, medo dos profissionais de saúde sendo pessoas desconhecidas, a insegurança entre outros e com uma identificação tardio poderá levar danos graves nas suas vidas.

As crianças que não têm um acompanhamento permanente durante o internamento, necessitam de mais atenção por parte das enfermeiras, pelo facto dos familiares não estarem presentes.

3.1.1. A presença da família e o significado da integração para criança/cuidador

Hoje as crianças têm direito a ser acompanhadas durante o período da hospitalização e de receber visitas.

De acordo com Carvalho Ceccin, Ricardo, Burg e Carvalho et al. (1997), esses direitos reforçam o acesso universal e igualitário de todos os cidadãos imbuídos de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação de saúde.

Qualquer ambiente fora do nosso contexto não se compara com o nosso, principalmente o ambiente hospitalar que nos acarreta para situações constrangedoras, devido a separação da nossa rotina do quotidiano. Daí que, a presença de pessoas significante anemiza os possíveis sentimentos que podem vir a emergir no período da hospitalização.

A enfermeira reconhece o direito da permanência de um acompanhante da criança durante a hospitalização, embora noturno esse acompanhamento deve ser feito pelo sexo feminino.

Referindo a enfermeira EE,

“nessa unidade pediátrica, não é permitido a permanência do sexo masculino durante à noite, porque nessa enfermaria não tem condições adequada, visto que têm somente um quarto para as mães (...) além de que nem todas as pessoas são iguais, umas comportam de forma inadequada. Já tivemos casos em que o pai, vêm acompanhar o seu filho, mas em vez de se preocupar com a criança, preocupa com as outras mães, acabando gerando conflitos.”

Mota, M. (1998), diz que a presença da família no mundo do hospital é fundamental para a preservação do mundo da vida da criança. Os pais são o seu próprio referencial, significam afeto, o elo que une a criança e família. É relevante preservar esse sentimento, pois gera segurança emocional para a criança, o que significa manter os aspectos saudáveis de sua existência.

Segundo ED:

“ Sendo a hospitalização um evento potencial para o desequilíbrio de uma família, o processo da integração é muito importante, para isso é preciso criar condições para a sua adaptação ao ambiente que para eles é hostil, estabelecendo assim uma boa relação, comunicação e apoio emocional. Permitindo assim minimizar o sofrimento que lhes é causado pela hospitalização.”

A presença da família vai minimizar o stress na criança, contribuindo assim para melhores cuidados prestados, favorecendo muitas vezes uma rápida recuperação.

Para Oliveira, Helena de (1997), a presença do familiar justifica-se pelo anonimato da relação profissional de saúde e criança em um ambiente hospitalar estranho, aliado a dor, fazendo com que a criança necessita da presença amorosa e solidária dos seus familiares. Motta, Maria (1998), estar perto significa, comunhão com o filho, mantendo vivos os laços de afeto e o sentimento de cuidado.

Relato de enfermeira:

“(…) quando temos uma família que realmente participa nos cuidados da criança, é como dizemos compartilhamos os cuidados, porque sempre a família fica em alerta para chamar -nos em qualquer situação.” (EB)

Quem cuida da criança doente, necessita de considerar que a presença real da mãe tem um papel tranquilizador. A criança sofre mais pela separação da família e de seu ambiente do que pela doença propriamente dita (Zavaschi, Maria; Bassols, Ana e Palma 1997).

EA, relata que “ sendo nós um pessoal desconhecido e o ambiente também desconhecido, as crianças colaboram mais na presença da família o que facilita o nosso trabalho tornando assim os cuidados partilhados.”

Essa presença gera, na enfermagem reflexões que se estabelecem nas relações de trabalho e da vida das enfermeiras e revela-se imprescindível tanto para a integração desta família.

Segundo Cypriano, Mónica, Fisberg, Mauro (1990: 4-5), ter a família como participante do cuidado é facilitar a formação de elos entre a criança e as enfermeiras, pois é a própria família que melhor conhece sua criança. Quando a família participa do cuidado, as informações obtidas de criança são seguras, tanto no que se refere a doença quanto a evolução de saúde, salvo algumas exceções em que a família não tem uma formação de vínculos efectivos, dificultando a coerência nas informações, facto este a qual enfermagem deve estar atenta.

Realçando a FE, “é muito bom, quando se consegue fazer parte nos cuidados, alivia a dor tanto para mim como para a minha filha. Pois considero que a mãe é a principal cuidadora do seu filho.”

Quando as famílias participam nos cuidados da criança, isso leva uma melhor interacção entre a equipa e as famílias, permitindo assim uma orientação de cuidados específicos por parte das enfermeiras.

Em contrapartida, existe alguns aspectos que levam a significados controversos na integração da família durante a criança hospitalizada. Muitas vezes essa integração dificulta no processo de cuidar de enfermagem que aparecem nos diferentes relatos das enfermeiras.

Relato EE:

“Não tem nenhuma dificuldade quando as famílias participam nos cuidados. O único problema é no procedimento da cateterização da veia e punção lombar, por serem procedimento bastante traumatizante para família. **Ex:** há crianças que são difíceis, muitas vezes acabamos picando duas à três vezes, isso leva com que as famílias ficam ansiosas e acabam por dificultar o procedimento.”

Em estudo realizado por Martinez, Fonseca e Scochi (2007: 51-59), foi possível constatar que a presença dos pais e significantes favoreceu a estabilidade clínica do filho hospitalizado, bem como, seu processo de crescimento e desenvolvimento, além de possibilitar maior interação pais-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo em se tratando de recém-nascidos.

3.1.2. Cuidando da criança hospitalizada e sua família: Filosofia de cuidados em pediatria.

O cuidar da criança e sua família baseia-se no conhecimento adquirido e construído durante a formação dos enfermeiros tanto pessoal através de suas relações e inter-relações, quanto profissional através da sua formação acadêmica.

Os cuidados centrados na família, são a filosofia de cuidados da Enfermagem contemporânea. A filosofia assistencial das Unidades Pediátricas, descrita por Nunes, Dulce, Maria et al. (1983: 2937), considera a família um integrante da equipe que cuida da criança. Essa equipa, por sua vez, deve ter como filosofia a ênfase na promoção e manutenção das inter-relações afetivas entre criança e família durante a hospitalização.

“O desenvolvimento desta nova filosofia de cuidados não é alheia às mudanças e progressos ocorridos na família e na sociedade nos últimos anos: Estas mudanças atribuíram, directa ou indirectamente, maior responsabilidade às famílias nos cuidados aos seus familiares doentes. Criou-se então a necessidade dos profissionais de saúde colaborarem mais com as famílias de modo a darem resposta às suas solicitações em matéria de cuidados de saúde.”

Hoje defende-se, que a filosofia de cuidados subjaz aos cuidados pediátricos, seja a filosofia de cuidados centrados na família (Casey, 1993; Kristensson-Hallström, 2000; Palmer, 1993; Ygge, 2004, Young, 2006). Parental participation in paediatric surgical care. [on line,], AORN Journal, in [http// WWW.findarticles.com](http://WWW.findarticles.com)

A filosofia dos cuidados centrados na família aplicada à pediatria, reconhece a família como o polo central na vida de uma criança. A participação dos pais nos cuidados pediátricos hospitalares é, para Casey, A. (1995), a peça chave dos cuidados centrados na família. Com esta filosofia procura-se manter e reforçar os papéis e laços da família com a criança hospitalizada, e ajudar a promover a normalidade das rotinas e da unidade familiar (Palmer, S, J, 1993:185-191).

De acordo com os autores Ahmann e Johnson (2000), Franck e Callery (2004), Hanson (2005), Hutthfield (1999), (cit. in. Cardoso, Ana Cristina, 2010:33), a filosofia dos cuidados centrados na família baseia-se numa série de pressupostos:

- Reconhecimento do papel central da família na vida da criança;
- Valorização do conhecimento e potencialidades parentais relativamente à criança;

- Reconhecimento que o cuidar da criança inclui o cuidar da família, nomeadamente no seu desejo de participar no processo de tomada de decisão e no processo de prestação de cuidados;
- Proporcionar cuidados de acordo com as necessidades da criança e família que se assumam como acessíveis, flexíveis, responsáveis e sensíveis;
- Partilhar com a família de forma contínua as informações necessárias aos cuidados;
- Reconhecimento das preferências e prioridades da família;
- Respeitar a dignidade e a diversidade racial, étnica, cultural, espiritual e económica da família;
- Reconhecimento dos aspectos fortes da família e respeitar os diferentes modos de lidar com as situações.

Actualmente os cuidados centrados na família é definida por Smith et al. (2006:78), “suporte profissional da criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados”.

Este conceito nos leva a consciencializar que os cuidados de enfermagem requerem, conhecimentos e capacidades para apoiar a criança e família, quer nos cuidados hospitalares quer na comunidade.

Para Hutthfield (1999), (cit. in. Cardoso, Ana Cristina, 2010: 34), os enfermeiros que utilizam esta abordagem assumem o papel de supervisores e decidem sobre os cuidados que os pais participam. As famílias são encorajadas a continuarem a realizar no hospital as actividades que habitualmente realizavam em casa para ajudarem os enfermeiros e para se sentirem úteis (Darbyshire, P. 1993: 1670-1680).

Os enfermeiros que põem em prática esta abordagem estão capacitados para ajudar as famílias a reconhecerem as próprias forças e geri-las, para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados aos seus filhos.

De acordo com ED, no nosso contexto o envolvimento da família nos cuidados ainda é um pouco complicado porque depende da cultura e da posição social de cada um. Sendo que por um lado querem acompanhar os procedimentos, higiene, alimentação e administração de medicamentos por via oral.

Esclarecendo, Hutthfield (1999), (cit. in. por Cardoso, Ana Cristina, 2010: 34), na abordagem holística, os cuidados centrados na família é baseada no respeito e na

cooperação com a família. Esta abordagem tem subjacente o princípio da necessidade de haver uma troca de informações completa e imparcial entre os enfermeiros e a família e reconhece que todas as famílias têm algumas forças próprias.

3.1.3. Integração da família como foco dos cuidados durante a hospitalização

A integração entre profissional de Saúde / família /criança hospitalizada é imprescindível, uma vez que diminui os sofrimentos físicos e psíquicos da hospitalização, porque a família necessita de cuidados holísticos, pois a família é um sistema de extrema importância, cujo objectivo é fonte de afeto, proteção e segurança a criança doente hospitalizada.

Anteriormente a descrição do cuidado de enfermagem centrada na família faz-se necessária referenciar um pouco da história da abordagem dessa assistência no contexto da saúde.

Florence Nightingale, já demonstrava a importância do cuidado a família quando esta fornecia acomodações no hospital para as esposas e os filhos dos soldados internados. Essa enfermeira não chegou a desenvolver teorias para assistir a família mais conseguiu sensibilizar sobre a importância deste cuidado.

A origem da enfermagem deu-se nos lares no contexto da família, a partir da Segunda Guerra Mundial, em função de políticas, movimentos académicos na área de Medicina, as famílias foram esquecidas e excluídas dos cuidados aos seus membros doentes. O lugar do cuidar passou do lar para o hospital, ocasionando ruptura na família e causando a fragmentação levando o afastamento da família perante o membro doente.

O foco do cuidado do enfermeiro era o individuo, ficando a família em uma posição secundária, o que causava muitas vezes medo, insegurança, sofrimento e desesperança ao aproximarem do ambiente hospitalar, sentimentos estes que a enfermagem não considerava importante para o tratamento da criança hospitalizada.

Já no período de 1930 á 1950, estudos descrevem a importância da relação família-utentes e da necessidade do enfermeiro em conhecer o papel da família no contexto do cuidado ao utente. A partir da Década de 80 com a publicação livro de Friedman MM. Family Nursing: theory and assessment. 1981, os trabalhos científicos começaram a divulgar uma preocupação da enfermagem em relação à família.

Hoje, reconhecem-se os valores da permanência da família no hospital junto à criança e a importância do seu envolvimento no processo saúde-doença, contudo, o cuidado centrado na família está sendo uma conquista gradativa.

Segundo Enfermeiro Brito José et al. (2010: 1-2), Superintendente da Enfermagem no Hospital Dr. Baptista de Sousa em São Vicente, traçando uma breve perspectiva histórica da evolução dos serviços de Pediatria em Cabo-verde, podemos constatar ter havido, avanços significativos ao longo dos últimos 20 anos. Nessa altura, era proibida a permanência dos pais e outros familiares na pediatria, contribuindo para aumentar os níveis de ansiedade nas crianças e seus familiares, bem como o número de acidentes, quedas de berço, fugas, deficientes cuidados ao nível da higiene entre outros, devido ao rácio enfermeiros-internamentos.

Esta situação contribuía para potencializar vários conflitos entre os profissionais e familiares, causando danos psicológicos, bem como o atraso no processo de recuperação e cura. Não se facultava aos familiares qualquer informação acerca da doença e do tratamento, era negando a sua participação nas decisões que lhes diziam respeito. Não se tinha em conta a distribuição das crianças pelas enfermarias, de acordo com as respectivas idades.

Elsen, I. (1994), a enfermagem cuida de quem cuida quando pensa que a família funciona como uma unidade de saúde para cada um dos seus membros.

EA “(...), o foco centrado na família é um factor importante, porque além de cuidamos das crianças hospitalizadas, cuidamos também das famílias o que faz com que elas sintam-se mais apoiadas.”

Realçamos que, muitas vezes é difícil cuidar das famílias durante o período da hospitalização de uma criança, contudo muitas vezes as enfermeiras mostram uma preocupação em alargar o cuidado dos membros da mesma, seja o pai, a mãe, avó, a irmã (o), entre outros.

A família é o foco de atenção para a enfermagem e a sensibilização fornecida durante a formação académica, salientando a família como contexto ou foco de cuidado, é um dos elementos essenciais para os cuidados prestados pelas enfermeiras.

Relato de enfermeira:

“(...), as famílias ficam mais atentas e mais responsáveis e ainda serve como um processo de aprendizagem pós alta.” (EB).

Ângelo Marguareth, (1999:8), para esta autora “ estar sensibilizado é ser capaz de reconhecer a família como um fenómeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldades, é considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e também a importância do cuidado da família em suas experiências de saúde e doença, tendo como meta promover um funcionamento pleno da família.”

3.1.4. A família perante à criança hospitalizada

A família é, hoje em dia, uma referência quando se pensa nos cuidados pediátricos, sendo consensual o seu enquadramento no sistema de saúde que se pretende mais humanizado e capaz de dar respostas eficientes e em tempo oportuno a situações que variam de simples a bastante complexas (Relvas, A. 1996).

Perante um quadro de doença ou internamento os cuidadores vivenciam situação de desequilíbrios físicos e emocionais o que muitas vezes resultará uma dificuldade em superar os problemas que se deparam.

A necessidade de hospitalização da criança, aliada à sua condição de saúde e a prematuridade afiguram-se como momentos de crise no seio familiar. Em sentido lato, a hospitalização em contexto familiar afigura-se como um momento de separação dado que “ (...) mesmo que essa separação não se verifique fisicamente em relação à figura maternal (ou paternal), ela ocorre, necessariamente, em relação ao ambiente familiar físico e afectivo” (Jorge, Ana, M. 2004: 24).

Embora existem obstáculos que se possam fazer sentir, porém são evidentes as vantagens decorrentes do acompanhamento à criança por um convivente significativo que com ela tenha profundos laços de afecto. Por valores e questões culturalmente aceites em Cabo Verde, a mãe ou cuidador do sexo feminino representam a figura principal de eleição para permanecer junto dos filhos e educandos.

O despontar de certas mudanças no seio da família, devido ao surgimento de um período de doença que possa implicar uma situação passageira e aguda, ou crónica e de mau prognóstico, obrigando-a a modificar as suas rotinas e comprometendo por vezes a actividade laboral de um dos progenitores ou substituto, são questões que se lhe colocam (Jorge, Ana, M, 2004).

“ A minha vida mudou bastante após a doença e logo de seguida o internamento, pois hoje sinto muito stressada e desorganizada, além que tive de deslocar da ilha de São Nicolau para São Vicente.” (FC)

Na perspectiva de Vara, L. (1996: 5-45), a habilidade da família ou acompanhantes para enfrentar a doença em si, os tratamentos e os cuidados necessários à sua remissão e cura fundamentam-se nas experiências prévias em acontecimentos semelhantes, na coesão entre os membros e na utilização de modo adequado dos recursos humanos e materiais exteriores ao núcleo parenteral.

Realçamos que as esferas financeiras, social, comportamental da família seja ela biológica ou não podem ser causada por qualquer patologia. Cada família é única, porém tem formas diferentes de manifestar perante certas doenças.

Seja uma doença crónica ou de evolução progressiva, no início súbito da doença faz com que vivenciam situações de stress e angústia. De certa maneira a experiência que se desenrola conduz a sentimentos extremos que variam da negatividade e desânimo total até ao positivismo e consciência do estado real do doente.

Declarando a (FA), “o que me causa mais stress é a evacuação da minha filha para exterior, porque há cinco anos que ela adoeceu e desde essa altura vemos constantemente ao hospital ..., quando não é para internar é para controle de tensão arterial e análises”.

Subtil et al. (1995: 241-250), afirma que existem famílias com mecanismos de resposta que lhes permitem ajustarem-se rapidamente à doença. São capazes de tolerar estados afectivos delicados e estão mais habilitadas a trocarem de papéis com flexibilidade e clareza. Resolvem com eficiência os problemas utilizando melhor os recursos externos. Estão assim em vantagem para lidar com situações de início súbito.

Relato de Família:

“Inicialmente quando a minha filha adoeceu, a minha vida parou, mas devido ao diagnóstico atempadamente e atenção que os profissionais de saúde tem vindo a nos dar durante hospitalização, sinto-me mais aliviada e confiante.” (FE)

Já ao contrário de (Jorge, Ana, M. 2004), as doenças de progresso gradual caracterizam-se por sinais e sintomas que ao longo do tempo aumentam em gravidade, levando a que os conviventes significativos sejam obrigados a desenvolver uma capacidade de adaptação permanente como forma de dar resposta ao evoluir do estado geral do seu familiar.

Na opinião de Marques, A. & Morais, I. (1991), as incertezas diagnósticas são o que de mais aflitivo existe para a família fazendo com que a mesma demonstre grandes variações nos estados afectivos e emocionais.

Relatando, a FD, “ penso que deveriam fazer todos os exames logo à primeira. No meu caso, após a terceira vez que dirigi as urgências da pediatria, que detetaram o diagnóstico de meningite o que resultou internamento imediato.”

O internamento de uma criança abrange o conteúdo da ideia de separação. Todavia esta não pode ocorrer no sentido físico e em relação à figura da mãe e do pai ou indivíduo significativo, acontece na ligação com o ambiente em que a rodeia e na qual esta inserido.

“Saber ouvir os pais, esclarecer dúvidas, aceitar responder várias vezes às mesmas perguntas sem formular juízos de valor, procurando que exista uniformidade na informação, permite aos pais e à criança ultrapassar muitos medos e aumentar a confiança na equipa” (Jorge, Ana, M. 2004: 89).

Para ser compreendido e compreender enquadrando-se no vocabulário da criança, jovem e acompanhantes o profissional de enfermagem deve ter respeito por estes e por si mesmo.

De acordo com Takatori, Oshiro e Otashima (2004), principalmente as mães vêm-se internadas com a criança, geralmente tem que permanecer o dia todo no hospital, ficar longe de seus lares, afastadas dos outros filhos, não podem permanecer no trabalho. Há cansaço, desestruturação familiar e máxima atenção voltada para a criança, sendo que seus sentimentos não são priorizados, ou até nem considerados.

Na opinião de um familiar, “os profissionais de saúde deveriam dar mais atenção aos familiares, pois muitas vezes esqueçam da parte humana, isto é dos nossos sentimentos e preocupam somente com a criança.” (FB)

A família funcionando como um todo, mostra-nos que quando existe uma modificação numa das partes, ela afecta esse todo, porque apesar de existirem diversos tipos de família, em todas elas existem papéis definidos que as mantêm num certo equilíbrio. “Quando um dos familiares adocece e não pode continuar com o desenvolvimento das suas actividades no seio familiar, pode desencadear uma crise, obrigando a uma reorganização familiar” Silveira (2000), (cit. in Santos, D., 2008: 194).

Claro que existem mudanças na rotina familiar. “Eu sou da ilha de Santo Antão, neste momento tive que abandonar o trabalho, os meus outros três filhos ficaram com o pai, mas eles não sabem cozinhar pois tive que pedir ajuda de uma vizinha para o tal (...). O meu filho mais velho é quem cuida dos outros quando o pai não está em casa.” (FB)

Segundo, Whaley & Wong (1999: 584), as reações que o acompanhante vivência na situação de urgência/emergência da criança/adolescente dependem de uma série de fatores influenciadores, destacando-se: Gravidade da ameaça à criança/adolescente; Experiência prévia com doença ou hospitalização; Procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e no tratamento; Sistemas de suporte disponíveis; Forças do ego pessoal; Capacidade prévia de enfrentamento; Estresses adicionais sobre o sistema familiar; Crenças culturais e religiosas; Padrões de comunicação entre os membros da família. Assim que a hospitalização é confirmada, a culpa é intensificada porque ele se sente indefeso quanto a aliviar a dor física e emocional da criança/adolescente.

O ambiente hospitalar provoca sofrimento físico e emocional, fazendo com que a família se sinta cansada, às vezes pouco à vontade para cuidar da criança e ignorada em suas necessidades. As dúvidas a respeito da situação, cujas respostas e soluções dependem não só da família, giram em torno da saúde da criança, da situação familiar e da eficácia do tratamento e originam a sensação de impotência na família, que se percebe à mercê da decisão de outras pessoas (Pinto, Ribeiro e Silva, 2005: 74-81).

Ainda os mesmos referem que, os fatos vivenciados e o significado atribuído a estar doente levam o acompanhante a um limiar de sentimentos originados em fatos reais ou imaginários que se manifestam por meio de sentimentos, ações e pensamentos que refletem a dificuldade para lidar com a situação, tais como: nervosismo, choro incessante, andar constante pelo hospital, falta de apetite e outras alterações comportamentais.

3.1.5. Conhecendo e criando vínculos entre a enfermeira e a família

É de extrema importância a elaboração de um cuidado de enfermagem centrada na criança e sua família, isso facilita uma maior eficácia e sendo assim minimizar possíveis danos advindo do processo de doença durante e após a hospitalização.

Para cuidar de alguém é preciso conhecê-lo, saber suas limitações suas necessidades. O cuidador também deve conhecer seus poderes e limitações, ter o conhecimento do seu, para poder cuidar do outro (Mayeroff, Milton, 1971).

A enfermeira (ED) relata que:

“A enfermeira só se consegue apoiar a família conhecendo o funcionamento da mesma (...) só assim é que se consegue criar um vínculo, participando- lhes nos cuidados a fim de depositar confiança em nós.”

Woldaw, Vera, Regina (1998: 29-35), diz que o componente humano de cuidar surge como um apelo que requer coragem, pois desafia sistemas e estruturas tradicionais. Portanto, a coragem é necessária para desafiar os próprios limites.

A interação entre a família e a equipe de Enfermagem favorece a identificação das necessidades da criança, possibilitando um cuidado integral. Essa interação favorece a troca de experiência entre equipe e família, assim o sofrimento e a crise vividos pela família decorrente da hospitalização são minimizados (Gomes, G.C. e Erdmann, 2005: 20-30).

A família é o elo que liga a criança a Enfermagem, pois sabe os costumes, conhece o choro, as “manias”, além de trazer segurança à criança. Mas, o cuidador realiza mais do que a prestação de apoio emocional e cuidados afetivos, ele realiza outros cuidados, na tentativa de que a recuperação seja mais rápida e o possível trauma decorrente da internação inexista seja diminuído.

3.2. Identificar as repercussões da hospitalização no sistema criança/ família

Atualmente várias áreas da saúde têm discutido sobre as repercussões da inserção da família no ambiente hospitalar.

Na ideia dos profissionais de saúde, a presença da família, minimiza o sofrimento da criança e contribui para que elas enfrentem melhor o processo de hospitalização.

Relato de enfermeira:

“A presença da família, minimiza os sofrimentos da criança, apoia e ajuda no serviço da enfermagem, porque muitas vezes temos crianças que não tem acompanhante e esse necessitam de atenção redobradas.” (EE)

De acordo com Oliveira, B. R. G. Collet, N. (1999: 95-102), a criança busca apoio, orientação, proteção para o desconhecido e para o sofrimento em pessoas que lhes são significativas. Portanto, a presença do acompanhante representa para a mesma a segurança necessária para enfrentar as adversidades da hospitalização.

As investigações buscam apreender a concepção das crianças acerca da participação da família no cuidado hospitalar apontam, em sua totalidade, que o Alojamento Conjunto Pediátrico (ACP) é uma forma de organizar a assistência por demais benéfica (Lichteneker, K e Ferrari, R. A. P., 2005: 19 - 28). Com a presença da família as crianças sofrem menos no ambiente hospitalar, pois encontram nos familiares pessoas de sua confiança. Para Brêtas, J. R. S. et al. (1995: 9-18), a presença da família tem ação terapêutica na saúde da criança.

A inserção da família no processo de hospitalização, por meio da presença de um acompanhante nas unidades pediátricas, contribui para despertar na enfermagem a necessidade de desempenhar suas atividades assistenciais com mais cautela e atenção.

Segundo Rocha, Nascimento e Lima (2002: 709 - 714), as profissionais que atuam na enfermagem pediátrica devem se aproximar das ciências humanas e das teorias sobre terapias familiares a fim de estarem preparadas para lidar com o binómio. Entretanto, na ausência do acompanhante, a equipe não deve eximir-se do cuidado pautado por tecnologias leves, uma vez que muitas crianças até hoje, pelos motivos mais variados, permanecem durante toda a sua estadia hospitalar sem acompanhante devendo ser cuidadas com todo zelo pela equipe, não só de enfermagem, mas de saúde.

O relacionamento do trabalho da enfermagem pode estar associada um déficit de pronúncia e responsabilização conjunta entre equipa e família, ou seja, à falta de uma relação de parceria, de interação. A organização do trabalho hospitalar não caiba o direito da família, mas sim ela deverá ser orientada a fim de realizar as acções de acordo as necessidades da saúde criança.

O cotidiano da família que têm uma criança enferma se modifica e passa a ser organizado a partir do que exige o tratamento (Othero, M. e Carlo, M. 2006: 100- 104).

Quando a família encontra-se na condição de acompanhante, enfrenta juntamente com a criança um sofrimento que, em muitos casos, faz com que os acompanhantes expressem o desejo de impedir a realização de alguns procedimentos que são dolorosos e que fazem o binómio sofrer mais, independente de ser uma dor física ou emocional, momentânea ou duradoura. Muitas vezes, a família até tenta impedir o procedimento.

Como estagiárias de enfermagem já vivenciamos situação do tipo, em que a (FC), não aceitou a cateterização da veia do seu sobrinho, porque segundo ela, “a criança já estava toda perfurada e que já não havia mais veia” também ela nos impediu de fazer a aspiração de secreções porque ia comprometer a sua respiração. Nos primeiros dias ela

aceitava todos os procedimentos, mas com o passar do tempo talvez devido ao stress e o cansaço físico dela. Tornou -se um pouco difícil os procedimentos uma vez que ela não via melhoria no sobrinho.

Neste sentido, de forma a minorar o estado emocional vivenciado e a facilitar o processo de adaptação à doença crónica procurou estabelecer com a estrutura parental/família uma relação terapêutica, adoptando uma postura assente na disponibilidade, escuta activa, compreensão e empatia. Segundo Ray (2002), citado por Hellsten-Brown (2006: 551), “as condições crónicas nas crianças implicam a maioria das famílias em tarefas, responsabilidades e preocupações adicionais”.

3.3. Compreender os benefícios da implementação de uma prática centrada no sistema criança/ família

Perante uma integração da família diante dos cuidados com a criança trás benefícios para a enfermeira como para a família e principalmente para a criança.

A presença da mãe /familiar no hospital trouxe mudanças fundamentais no processo de trabalho de enfermagem. A mãe assume cuidados antes realizados por aqueles profissionais, e isso têm levado a organização tanto do cuidado como do ensino no que tange atenção à criança (Cursino, et al. 1992).

Collet, N e Rocha, S. M. M. (2004: 40-50), os pais e a enfermagem têm pelo menos um objetivo comum, o estabelecimento da saúde da criança.

Do mesmo modo, a autora Casey, A. (cit. in, Ferreira e Costa 2004: 55- 56), “propõe uma abordagem de cuidados flexível, embora distinga cuidados familiares de cuidados de enfermagem (...) haverá ocasiões em que o enfermeiro desempenha actividades de cuidados familiares e outras em que os pais tomam a seu cargo algumas actividades de cuidados de enfermagem.”

Reflectindo novamente sobre o exercício de parceria nesta realidade contextual foi possível aferir mais uma vez a sua inobservância integral. Reportando para a admissão da criança/família e tendo em conta as etapas do processo de negociação preconizado por Casey, A. (mais especificamente a fase de apreciação) verificou que esta incidia sobretudo nas questões inerentes às regras e normas do serviço, em detrimento das necessidades/preocupações da díade.

Nunca o trabalho da enfermagem deve ser substituído pela família. Podemos dizer que, a equipa de enfermagem é responsável por todos os cuidados realizados com a criança durante a hospitalização, não devendo atribuir a responsabilidade aos pais ou cuidadores a desempenhar certas actividades. A enfermeira poderá sim orientar, e acompanhar, bem como partilhar os cuidados tais como higiene e alimentação, mas deverá auxiliar e realizar aqueles que a família se recusar, ou não se sentir capacitada a desenvolver.

Existem vários benefícios para a família cuidadora. A presença do cuidador próximo à criança, permite que este tem informações tanto no diagnóstico como procedimentos a serem realizados assim a evolução da doença.

As famílias que têm uma criança hospitalizada podem enfrentar uma crise durante este período. Sendo assim, a busca por informações é constante e pode vir acompanhada de sentimentos como a descrença e a negação (Favero, L. 2009: 124).

Segundo a autora Zengerle-Levy, Karla (2006: 226-231-237), nos resultados da sua investigação, os enfermeiros podem apresentar quatro tipos de abordagem que contribuem para o tratamento holístico à criança que está “só” no hospital: manter relações afectivas; ser um enfermeiro com linha de pensamento paternal; acolher a criança como se de um filho se tratasse; manter sempre presente o espírito da criança. Este tipo de abordagem acontece porque os enfermeiros experienciam a tristeza sentida pelas crianças neste momento de solidão, estimulando neles sentimentos de compaixão e empatia, comuns aos pais: providenciar segurança, cuidados e relações.

Para a equipa de enfermagem as vantagens são: uma melhor interacção entre a equipa e os pais; a criança sente-se mais segura com a presença de um rosto conhecido; os pais ajudam no cuidado da criança; existe uma óptima oportunidade para educar os pais quanto aos cuidados com os seus filhos; os enfermeiros podem dedicar mais tempo às crianças desacompanhadas (Guareschi, A. P. D. F. e Martins, 1997: 423).

De acordo com Gomes, G. C e Erdmann (2005: 20-30), partilhar o cuidado prestado à criança no hospital entre família e equipa de enfermagem é um processo em construção. Esta é uma estratégia que se apresenta como possibilidade para um cuidado mais efetivo, singular e prazeroso no qual tanto família como profissionais possam sentir-se valorizados, competentes e plenos.

Relato de Enfermeira:

“ Quando o cuidado é compartilhado, a criança não se sente sozinha, muitas vezes aceita melhor o tratamento, o que contribui a uma rápida recuperação.” (EC)

Todos os esforços são importantes para que haja harmonia entre família-equipe, minimizando assim as dificuldades decorrentes do cuidado compartilhado.

Um das vantagens do cuidado compartilhado é a oportunidade da mãe e/ou família em sentir-se física e psicologicamente disponível para a criança, além de poderem compartilhar a experiência da hospitalização (Smitherman 1979, cit. in Guareshi, A. P. D. F. e Martins, 1997).

Foi possível observar-nos que durante a prestação de cuidados pelo cuidador, este se sentia útil, satisfeito, apesar de serem considerados procedimentos simples, mas de extrema importância para a recuperação da criança, como banho, alimentação e troca de fraldas.

Nesta óptica, a presença do familiar durante a execução dos cuidados de enfermagem contribui para uma melhor aproximação, criando assim um vínculo entre ambos. Além disso, proporciona maior conforto e tranquilidade durante e pós alta hospitalar.

3.4. Identificar meios para implementar uma assistência da enfermagem centrada na família

Para que possa ajudar a família a superar os seus problemas há-de adquirir conhecimentos sobre os recursos e estratégias que ela utiliza, para intervir nas situações de crises. Tendo sempre presente as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, considera-se que “As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2003: 5).

Realçando a FE, “as enfermeiras desempenham um bom papel durante a hospitalização e espero ainda mais adesão. E também mais informação porque muitas vezes somos nós a recorrer a procura dessas informações, o que deveria ser ao contrário.”

Sendo a família um elemento importante na sociedade, ela não deve ser vista apenas como um recurso de cuidados. “As intervenções utilizadas pelos enfermeiros focalizam-se em modificações nos domínios cognitivo, afectivo ou de conduta do funcionamento familiar” (Wright, L e Leahey, M. 2009: 21). As do domínio cognitivo situam-se no âmbito do ilustrar, informar e educar, as do domínio afectivo referem-se à expressão de sentimentos que possam estar a reprimir a solução de problemas, e as do domínio comportamental que se destinam a mudar e/ou adquirir novos comportamentos. Ainda ressaltando Wright L, e Leahey, M. (2009:21), as situações que se seguem carecem da intervenção da enfermagem à família:

A doença de um membro da família, podendo provocar impacto prejudicial nos outros membros da família;

- No caso da doença de um dos elementos da família poder contribuir para o desenvolvimento de sintomas num outro elemento da família;
- Incapacidade em ultrapassar uma situação de crise;
- Diagnóstico de doença num elemento da família;
- Agravamento do estado de saúde de um membro da família;
- Transição inadequada no desenvolvimento do ciclo vital da família;
- Regresso de um membro da família com doença crónica para o domicílio;
- Morte de um familiar.

A intervenção de enfermagem na família deve ser feita de uma forma holística, porque a doença num dos seus membros altera todo o equilíbrio familiar, portanto esses cuidados devem ser abrangente às necessidades de toda a família e não só ao um indivíduo específico.

As intervenções na família propostas pelos enfermeiros estão enquadradas no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, em que se propõe capacitar a família para a prestação de cuidados informais, através duma abordagem centrada na família e no ciclo de vida (Plano Nacional Saúde, 2004: 53).

Concluindo Martins, M. (2002: 260),

“o doente e a sua família precisam de um tempo de moratória o que nos sugere que o período de internamento deveria ser, pelo menos em certos casos, realmente mais alargado e deveria contar, sempre que possível, com uma participação activa, mais precoce

da família. Não para o hospital se substituir à família e ao doente, não para reforçar a sua dependência mas exactamente para potenciar um retorno uma reentrada mais facilitada.”

É nesta óptica que o cuidador principal da criança que é o núcleo familiar se torna dependente pelo que têm sido alvo da atenção dos enfermeiros. Como concluiu Brito, L. (2002: 158), “deve-se reconhecer que o trabalho directamente dirigido aos familiares prestadores de cuidados constitui uma área nova de intervenção para os profissionais de saúde, mas que se afigura como cada vez mais importante, senão mesmo essencial...”.

Na fase do internamento até a adaptação da família a nova situação, a enfermeira deve intervir de uma forma atempada a fim de contribuir para uma melhor adaptação hospitalar; integrando nos cuidados da criança e informando nos aspectos principais.

3.5. Identificar stress e as estratégias de coping familiar.

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2012), o stress pode ser definido como “um conjunto das perturbações orgânicas e psíquicas provocadas por vários estímulos ou agentes agressores, como o frio, uma doença infecciosa, uma emoção, um choque cirúrgico, condições de vida muito ativa e trepidante, etc. enquanto que a teoria dos sistemas de Betty Neuman (2010), considera que os stressores têm um grande impacto na saúde e que estes são capazes de ter um efeito positivo ou negativo no sistema do cliente. A autora refere ainda que um stressor é qualquer força do meio envolvente, que pode afetar potencialmente a estabilidade do sistema.

O stress é uma palavra que entrou no nosso vocabulário e na nossa vida. Por isso hoje, é um termo muito utilizado e está associado a muitas situações, vivências que exigem do individuo uma resposta para a qual nem sempre está presente.

Quando um filho encontra-se hospitalizado é uma grande preocupação e stress a ser ultrapassada por parte dos familiares. A relação entre o stress individual e familiar apoia-se na percepção da família como um sistema, em que os problemas de um membro da família afetam os outros. Isso acarreta algumas mudanças no sistema familiar como também no próprio individuo. Isso verificado no decorrer dos estágios e também e nosso seio familiar. Estes autores Beck, e Lopes, vêm confirmar que afirmar que efetivamente acontecem dessa forma.

Referindo a FE, “ o que lhe causa stress é a alimentação fora do horário habitual, a higiene e a forma de dormir. Nos primeiros dias de internamento dormia no quarto da mãe, mas depois as queixas frequentes da minha filha, passei a dormir numa cadeira ao lado do seu berço.”

O estresse do cuidador familiar está relacionado com a quantidade de tarefas que envolvem o cuidado, exigindo gasto de energia para lidar com sentimentos inerentes a este processo. Resulta na interrupção das suas atividades diárias como trabalho, estudo, sono, lazer, humor, vida sexual e social, desajuste financeiro, entre outros (Beck, A e Lopes, M. 2007: 517-518).

Bouchard, J. M. (1991: 20), refere que o stress pode ser benigno ou severo, perturbar a família, causar desconforto ou exercer fortes pressões no sistema família. Por lado os eventos stressores, podem causar estados de crise, produzir mudanças importantes e em certos casos, crises maiores que bloqueiam o modo de funcionamento.

“ A demora e a inexistência de informação completa e pormenorizada do estado da criança, a evolução do quadro e os resultados dos exames feitos, fazem com que os pais se sentam perdidos.” (FD)

Uma abordagem de stress individual e familiar permite compreender melhor o coping entre ambos e respectivas estratégias, mobilizadas pela família, para responder a situações estressantes como o caso da criança hospitalizada.

Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1984), referem-se ao coping quando é necessário modificar as formas usuais de comportamento, sendo necessário a produção de um comportamento novo.

Para Monat e Lazarus (1985) (cit. in Vaz Serra, A., 1988: 310-316), coping consiste em pensamentos e comportamentos que o individuo utiliza, para lidar as exigências de transações pessoa/ meio que tem relevância para o seu bem-estar. Aplica-se as estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com as situações de danos, ameaças e desafios com que se depara e para as quais não tem respostas de rotina preparada.

Lazarus e Launier (1978) citado por Matos, A. P. (1989) pressupõem-se o seguinte esquema de estratégia de coping:

- Acção directa - o individuo tenta directamente manipular ou alterar as relações com uma situação estressante.

- Procura de informação- a pessoa procura informação acerca da situação de modo a poder compreendê-la e prever acontecimentos.
- Inibição da acção- a pessoa limita-se a não fazer nada.
- Coping intra - psíquico cognitivo- o individuo acomoda-se a situação, reavaliando-a ou alterando o seu ambiente interno. Usar drogas, álcool, aprender a relaxar-se, fazer medicação, etc.

Para Gomes, Idalina et al. (1997:59), o enfermeiro tem um papel relevante no alívio do sofrimento do familiar cuidador, proporcionando-lhe espaço para partilhar angústias e dar apoio, favorecendo o restabelecimento das energias despendidas conduzindo deste modo a família ao equilíbrio.

Relato de Enfermeira:

“(…), para minimizar o stress nas famílias há que criar condições, uma vez que elas são elementos fundamentais na participação dos cuidados. Embora existe um quarto de repouso para as mães, as vezes encontram-se esgotadas, o faz com que permanecem nas cadeiras durante toda a noite.” (EE)

De acordo com Wrigh, L. M. (2002), a partir do momento em que um dos familiares se inserem no contexto de internação, outros horizontes são abertos para o atendimento e a compreensão das necessidades das famílias. O enfermeiro precisa oferecer ajuda às famílias que vivenciam a doença e a hospitalização da criança para o sistema familiar consiga lidar e planejar estratégias de enfrentamento. Ainda priorizar intervenções do enfermeiro que trabalha com a a família: reduzir o impacto estressante de doença na família; proporcionar informações sobre a doença, os sinais e sintomas, tratamento e procedimentos necessários; incentivar competências e potências da criança e da família; oferecer diretrizes na redução contínua de angústias, medo e sofrimento clinicas; incentivar períodos de descanso para o membro da família que cuida da criança doente e validar as respostas emocionais principalmente.

Estamos de acordo com os autores, que quando a enfermeira mostra disponibilidade ao familiar cuidador este, sente-se mais aliviado e consegue-se partilhar suas preocupações de uma forma mais confiantes.

3. 5.1. Comunicação terapêutica como relação de ajuda

Segundo Ramos Silva (2007:51), comunicar é um dos dons fundamentais do Homem, pelo que vale a pena reflectir na forma de o fazer eficazmente com a criança doente e seus familiares cuidadores a fim de se estabelecer uma verdadeira relação de ajuda. É através da comunicação que estabelecemos que fomentamos as relações interpessoais que nos ajudam a compreender o modo como as nossas crianças e família vivem os seus problemas, manifestando as suas necessidades, anseios e angústias.

Para Rispail, Dominique (2003:180), quer queiramos quer não, não podemos deixar de comunicar: actividade ou inactividade, palavra ou silêncio, tudo tem valor de mensagem. As manifestações físicas das nossas emoções falam por nós; o nosso corpo, a sua posição e os gestos exprimem a nossa relação com o mundo. Comunicamos por palavras mas também com o nosso corpo. A simples presença de uma pessoa pode ser uma forma de comunicação mas a sua ausência inesperada será ainda uma mensagem com maior significado. Os momentos de intimidade entre o enfermeiro e os familiares cuidadores facilitam o estabelecimento de uma relação de confiança, o que permite a reflexão e expressão de preocupações e sentimentos, um melhor conhecimento daquilo que a pessoa sente e pensa e para, conseqüentemente, poder responder às suas emoções.

“Espero que as enfermeiras continuam com o bom atendimento, não só para mi como também para as outras famílias. E tentarem vocacionar para a área quando tem ambição e vocação e não pelo simples motivo de enquadrar no mercado de trabalho.” (FC)

Segundo Collière, M. F. (1989), a primeira fonte de conhecimento é a própria pessoa ou o grupo no qual ela está inserida. Assim, é necessário reaprender a ver e ouvir a linguagem; reaprender a comunicação não-verbal descobrindo, na multiplicidade de sinais, o que a pessoa deseja transmitir através do olhar, da expressão facial, das roupas, postura, do espaço que ocupa.

Para Watson Jean (2002: 182), empatia diz respeito à capacidade do enfermeiro “experimentar / entrar” no mundo privado e os sentimentos do outro e comunicar à pessoa o grau de significado dessa compreensão. Contrariamente se a equipe de enfermagem não desempenhar as suas funções de maneira mais adequada, poderá trazer conflitos para família e que irá afectar a criança.

Relato de Família:

“Competência, colaboração, ajuda, solidariedade e compreensão, são elementos fundamentais numa relação terapêutica. Muitas vezes nos tratam de forma rude como se um fosse um grande favor estarem nos dando uma informação ou um simples balde de água para dar banho à criança, causando ainda mais o nervosismo.” (FD)

Pois, concordamos quando Barros, Luísa (2003: 220), diz que um serviço “amigo da família” e não somente “tolerante das famílias”, que tenha em conta as necessidades de informação, aconselhamento e controlo das pessoas adultas que acompanham a criança.

Como refere Phaneuf, Margot (2005:82), a comunicação e a relação de ajuda são considerados factores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda.

Segundo EB, “ há que dar sempre informações e explicar o porque dos procedimentos. Mas nem sempre isso é possível, devido a demanda do trabalho e por falta de enfermeiras, não conseguimos realizar sempre trabalho com qualidade.”

Durman, S. (2003: 44 - 53), num estudo que realizou chegou à conclusão que apesar dos enfermeiros reconhecerem a importância da comunicação terapêutica nos cuidados prestados ao doente, apontam falhas no relacionamento interpessoal e referem uma maior necessidade em ouvir os doentes, terem mais leituras sobre o assunto e planear suas acções, levando em consideração o cuidado holístico.

Stefanelli, M. C. Carvalho (2005: 73- 104) também estudou a comunicação terapêutica enfermeiro/doente referindo que as técnicas de comunicação terapêutica podem ser classificadas em três grupos: de expressão, de clarificação e de validação.

- No grupo de expressão, segundo esta autora, estão implícitas estratégias que estimulam ou facilitam a expressão verbal de pensamentos e sentimentos sobre a experiência que os desencadeou, e são fundamentais na descrição da própria experiência. Algumas técnicas deste grupo são ouvir reflexivamente, usar terapêuticamente o silêncio, verbalizar a aceitação e interesse, usar frases com sentido aberto, permitir ao doente que escolha o assunto, verbalizar dúvidas e usar terapêuticamente o humor.
- No grupo de clarificação, as estratégias são utilizadas para ajudar a compreender ou clarificar as mensagens enviadas pelos doentes, quando parte delas contém

ambiguidades. Algumas destas técnicas segundo a referida autora, reportam-se a: estimular comparações, solicitar ao doente que esclareça termos incomuns e que precise o agente de acção e descrever os eventos em sequência lógica. Se o enfermeiro não clarificar e validar a mensagem do doente, incorrerá no risco de agir com base nos seus valores, crenças ou fazer interpretações erradas.

- A validação da mensagem na opinião desta autora, deve ser contínua no processo de comunicação. A validação tem importância fundamental na verificação da compreensão das informações e orientações dadas ao doente pelo enfermeiro. Ela ajuda-o a ter uma visão mais realista do mundo e a experimentar a sensação de ser compreendido. Algumas técnicas de comunicação terapêutica deste grupo de validação são: repetir a mensagem do doente, pedir ao doente para repetir o que foi dito e resumir o conteúdo da interacção.

Contudo, na nossa prática são frequentes a utilização de técnicas de comunicação não terapêuticas, que acabe dificultando a interacção enfermeiro/doente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o decorrer no nosso estágio profissional na Unidade de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa, e na qualidade de discentes de Licenciatura em Enfermagem, temos a considerar que, a visão que tínhamos do ensino do Clínico IV, e da nossa experiência própria mudou. Isto porque, no ensino clínico IV, a nossa visão mostrava que nem todas as enfermeiras baseavam numa boa comunicação terapêutica, as famílias eram excluídas das informações de alguns cuidados e não havia preocupação com a parte humana destas. Pois, ao deparar - mos que a maioria dos familiares mostravam interesses em ter conhecimento de todos os procedimentos, isto tornavam-nas preocupadas, stressadas, o que para nós as informações é uma valia fundamental no complemento a enfermagem. Não tínhamos conhecimentos do porque gerava no seio das enfermeiras tais comportamentos em que os familiares sempre queixavam e sentiam a tal necessidade de serem integradas nos cuidados dos seus filhos.

Dando a situação corrente diariamente e pelos conhecimentos já adquiridos durante os anos anteriores do curso, que os familiares são as mais indicadas para cuidar de saúde dos seus filhos, pois estas situações levaram-nos a sentirem confusas e preocupadas. O mais relevante disto, que na qualidade de estagiárias não sentíamos confiantes em dialogar a volta dessas situações com as enfermeiras profissionais, porque pensavamos que estes poderiam sentir-se comovidos com a nossa preocupação, pois não sabíamos onde o erro se encontrava, se era nas enfermeiras ou nos familiares. Então com base nisso, tivemos que realizar a nossa monografia baseada no tema acima mencionada com base na Teoria de Sistemas de Betty Neuman, teoria esta, que atribui uma avaliação e apreciação complexas de Enfermagem, tendo em atenção todas as dimensões do sistema família durante a hospitalização da criança, assim recorremos a entrevistas semi - estruturada e analisamos revisões sistemática da literatura, onde verificamos que a integração e a comunicação terapêutica é uma necessidade fundamental, tanto para criança como para família e essa intervenção deve ser feita da forma autónoma perante o enfermeiro, a fim de criar vínculo e diminuir o stress.

Fomos felizardas em realizar o nosso estágio profissional neste sector o que nos facilitou a conclusão dessa problemática. As enfermeiras do referido sector do hospital, são em números limitadas, muitas vezes chegando ao ponto de trabalharem nos turnos somente uma enfermeira tendo um número elevadíssimo de crianças hospitalizadas com diferentes patologias acarretando uma sobrecarga de trabalho, o que fazem exteriorizar certos

comportamentos considerados negativos ao serviço daqueles que precisam, pois, e elas questionadas, conscientemente sabem a importância da integração com a família que tem a sua criança hospitalizada e muitas vezes não têm tempo de fazer um trabalho de qualidade mas sim de quantidade, isto porque preocupam-se em não deixar a próxima enfermeira (colega) sobrecarregada de trabalho. Sendo assim, questionamos o seguinte tratando de um problema gravíssima à saúde de uma comunidade, deixamos no ar a seguinte pergunta: Se o enfermeiro é aquele que cuida, então perguntamos: **quem cuida do stress das famílias com crianças hospitalizadas, se estamos perante uma enfermeira sobrecarregada?**

Trabalhar com criança doente e a sua família durante o período de hospitalização não é uma tarefa fácil, pois, cada pessoa deve ser vista na singularidade, por isso há que ter em conta reações diferentes em certas situações, respeitante o meio social e a cultura (hábitos, crenças, costumes e valores).

Na análise das entrevistas com os familiares/ acompanhantes, todas elas demonstraram que a hospitalização da criança é um facto crítico para os mesmos, porque para eles o internamento origina sentimentos, emoções e stress, devido às preocupações que ligam do filho a sua pessoa, tornando assim as suas vidas alteradas, no que tange a dinâmica e rotinas familiares, já que devido a situação que se encontra os filhos, acabam por abandonar o trabalho em troca do cuidar dos mesmos, o que implica muitas vezes em não possuir melhores condições económica. O ambiente hospitalar também é um factor que implica muito na satisfação das suas necessidades fundamentais.

Outros aspectos negativos indicados pelas famílias foi uma fraca interação baseada na comunicação terapêutica, escassez de informações, falta de apoio emocional, falta de dinamismo, motivação, em ambivalência e que nem todas elas sentem -se integradas da mesma forma, o que para elas deveriam ser o inverso.

Há cinquenta anos atrás Platt Report (1959), citado por Shields, L. (2011: 14-20), se verificaram que teve grandes melhorias na interações entre os pais de crianças hospitalizadas e os profissionais que cuidam delas. No entanto, a presença dos pais durante o internamento da criança, nem sempre é assumida como factor minimizador da ansiedade e stress da criança e pais, mas sim, como uma oportunidade que os pais possam assumir alguns dos cuidados à criança. Torna-se assim imprescindível que os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros, que consciencializem dos verdadeiros benefícios da presença dos pais durante a hospitalização da criança.

Para alguns familiares a única vantagem de estarem no hospital é porque conseguem estar perto destes, e conseqüentemente conseguem integrar nos cuidados, ficando assim mais tranquilas e aliviadas. Ainda assumem que no hospital prestam ainda outros cuidados inerentes à doença da criança.

Para que a assistência de enfermagem seja afectiva com os familiares é necessário que exista uma ligação entre intervenção oferecida e a estrutura emocional da família. Ser capaz de construir colectivamente com a família através do diálogo mútuo onde existe uma efectiva troca de saberes e vivências deve ser um dos objectivos desse profissional. “Sensibilização e a instrumentalização do enfermeiro, estimulando uma prática avançada que os capacitem e pensar e agir no cuidado a família” (Ângelo e Bousso, 2005:16).

No decorrer das entrevistas aos enfermeiros relacionado com a integração com as famílias nos cuidados à criança hospitalizada, disseram que a presença destes, tornam-se importantíssimo, porque ajuda a partilhar os cuidados e também eles mais do que ninguém conhecem os filhos. Salientaram ainda que a presença da mãe junto da criança vai diminuir o medo, angústia, tristeza, tornando-os menos “agressivos”, e também ajuda na colaboração terapêutica “medicação e que durante o tempo da hospitalização, consideram-se que os pais adquiram alguns conhecimentos, ficam preparados para dar continuidade nos cuidados pós alta.

Para nós foi de extrema importância esta revisão literária, em compreender as dúvidas e as preocupações que tínhamos a cerca da problemática para o nosso desenvolvimento como futuras enfermeiras, sendo ser uma temática que vamos confrontar durante todo o nosso percurso.

Consideramos que continua a ser necessário aprofundar este tema com trabalhos de pesquisa subsequentes, nomeadamente compreender o significado atribuído pelas enfermeiras a importância da integração com as famílias nos cuidados à crianças hospitalizada. Também é de extrema importância ter mais enfermeiras na unidade de pediatria com o objectivo de diminuir a sobrecarga do trabalho, visto que elas também são humanas, pois o familiar ou acompanhante também precisa ser foco de assistência da enfermeira, portanto ele também tem necessidade de cuidados, principalmente do ponto de vista emocional durante a hospitalização do seu filho (a).

No decorrer do nosso trabalho tivemos obstáculos em cumprir o cronograma (apêndice I), visto que foi alterado ao longo do percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDRIDGE, M. D. (2005). *Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience*. *Critical Care Nurse*.
- ALGREN, C. et al. (2006). Cuidados Centrados na família da Criança durante a doença e a hospitalização. In Hochkenberry, M., Wilson, D., Wilkelstein, M., Whaley & Wong (1999). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva* 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda (367-704).
- AMERICAN Nurses Association (1995). *Nursing's social policy statement*. Washington, DC. American Nurses Publishing.
- BARNSTEINER, J e Gillis, Donovan, J. (1990). *Being related and separate: a standard for therapeutic relationships*. MCN.
- BARROS, Luísa (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-081-2.
- BOGDAN e Bikle (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2.
- BOLLANDER, V. R. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. 3ª ed. Lisboa: Lusociência. 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- BOUCHARD, J. M. (1991). Família anti-crise. In: Pourtois, Jean – Pierre (comp). *Innovation en éducation familiale*. Boeck –Wesmael editores.
- BOYLE, J. S. (2007). Estilos de etnografia In Morse, J. M. & Field. *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau: Formação e Saúde.
- BRAGADÓTTIR, H. (1999). *A descriptive study of the extent to which self-perceived needs of parents are met in paediatric units in Iceland*. *Journal Caring Science*. Scandinavian.
- BRAZELTON, B. T. (1990). *Psicologia e pedagogia da criança*. São Paulo, MacGraw Hill.
- BRITO, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- CAMON, A. Angerami et al. (2003). *E a Psicologia Entrou no Hospital*. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning.

- CASEY, A. (1995). *Partnership Nursing: Influências: on involvement of informal carers*. Journal of Advanced Nursing.
- CECCIM, Carvalho, Ricardo, Burg Carvalho et al. (1997). *Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade.
- COLLET, N. Beatriz et al. (2002). *Manual de Enfermagem em Pediatria*. Goiânia.
- COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2ª Edição. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros.
- CROSS, J. R. Betty Neuman (1993). In George, J.B. Betty Neuman : *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, (227- 241).
- CURSINO, et al. 1992). *Assistência de enfermagem em pediatria*. São Paulo: SARVIER.
- DARBYSHIRE, P. (1993) *Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review*. Journal of Advanced Nursing
- EINLOFT, et al. (1996). *Manual de enfermagem em UTI pediátrica*. Rio de Janeiro. Medsi.
- ELSEN I. (1994). Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In. Bud Marcos *Para prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis; Editora da UFS.C.
- FORTIN, Marie, F. (1999). *O Processo de Investigação : Da concepção à realização*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1ª Edição. ISBN:972-8383-10-X.
- FORTIN, M.F. (2003). *O processo de Investigação- da concepção à realização*. Loures, Lusociência- Edições Técnicas e científicas.
- FRIEDDMAN, M. M. (1997). *Family nursing Theory and Pratic*. Norwalk, conn: Appleton Lange.
- GEORGE, J.B. et al.(2000). Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. In: George, J.B. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos param a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- GOTTLIEB, Laurie, Feely, et al. (2005). *The collaborative partnership approach to care: a delicate balance*. Toronto: Elsevier Canada.
- HELLSTEN, Brown, M. (2006). Doença Crónica, Incapacidade ou Tratamento Terminal para a Criança e Família. In: Hockenberry, M.J.; Wilson, D, Winkelstein, M. Whaley & Wong, *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (1989). 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. ISBN 978-85-352-1918-0, (551).

- HESBEEN, Walter (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN-98383-11-8.
- HUSHTON CH. (1993), “Papel da Enfermeira Pediatra”. In Whaley & Wong, *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção*. Efectiva. 5º Ed, Rio de Janeiro:Guanabara Koogan. (11).
- JORGE, Ana, M. (2004). *Família e Hospitalização da criança: (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. 1º Ed Loures Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. IBS:972-8383-79-7.
- KING, I. (1983). Família. In Clements, I.W & Roberts, F.B. (eds); Sorensen Luckman (1989) *Enfermagem Fundamental* (1989). 1ª edição, Lisboa: Lusodidacta, (402).
- KOOGAN, A. Houaiss. A. et al. (1995). *Enciclopédia e Dicionário Ilustrado*. Edições Delta. Rio de Janeiro: Editora Guanabara
- LAZARUS, R. S. & Folkman, S. (1984). “Stress, appraisal, and coping”. New York: Springer; Lazure, H. *Viver a relação de ajuda: abordagem teóricas e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa,Lusodidácta.
- LEININGER, Madeleine M.(1985). Nature, rational and importance of qualitative research methods in nursing. In *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune and Stratton, 1985. ISBN 0-8089-1676-9, (215- 217).
- MARTINS, A. G. (1991). *Humanizar o atendimento da criança: alguns aspectos da humanização*. Lisboa, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- MARTINS, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família*. Coimbra: Formasau.
- MATOS, A. P. (1989). *Factores de stress, coping e personalidades em doentes com perturbações emocionais*. Trabalho de síntese teórica e experimental realizado no âmbito das provas de acesso à categoria de assistente de investigação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Ed. de autor.
- NEUMAN Betty (1983). Neuman’s theory of nursing. In Clements, I.W &Roberts, F.B.(eds). *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Djhon Wiley e Sons, (239, 254).
- NEUMAN, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Estados Unidos da América:

- Appleton & Lange. ISBN 0-8385-6701-0.
- NEUMAN, B. e Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model. Inglaterra: Pearson Education. 5ª edição. ISBN 10987654321.*
- NIGHTINGALE Florence (1863). *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o eu não é.* Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.. London: Longman. ISBN: 972-8383-92-4.
- OLIVEIRA, Helena de (1997). Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização. In CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R.A. *Criança hospitalizada. Atenção integral como escuta à vida.* Porto Alegre: Editora Universidade/ UFRGS.
- OPPERMAN, Cassadra (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea.* Lusociência-Edições Técnicas e Cinéticas. ISBN:972-8383-19-3.
- PATTON, Michel Quinn (1990). *Qualitative evaluation and research methods.* 2ª ed. Newbury Park: Sage publications, ISBN 0-8039-3779-2. (532 p.)
- PEPLAU, Travelbee (1952). Comunicação Terapêutica: A Interação Enfermeiro- Utente. In Sorensen Luckman (1989). *Enfermagem Fundamental.* 1ª edição, Lisboa: Lusodidacta, (528).
- PHANEUF, Margot (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Lusociência, Edições Técnicas e Científicas,Lda. INBN:972-8383-84-3.
- POLIT, et al. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.* 5ª Ed., Porto Alegre, RS: Artmed
- QUIVY e Campenhoudt (1998). *Manual de investigação em ciências Sociais.* 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. ISBN 972-662-272-1.
- RELVAS, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica.* Porto: Edições Afrontamento.
- RISPAIL, Dominique (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem.* Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-42-8.
- ROY, C. (1983). “Família” in Clements, In W & Roberts, F.B. (eds). *Sorensen Luckman- Enfermagem Fundamental* (1989). 1ª edição, Lisboa: Lusodidacta, (401).
- RUQUOY, Danielle (1997). Situação da entrevista e estratégia do investigado. In ALBARELLO,et al. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais.* Lisboa: Gradiva, (103).

RUSHTON, CH.(1993). Child/family advocacy:ethical issues, proctical strategies. In Crit Care Med, Whaley e Wong(1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção efetiva*. 5º.Ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan (11).

SANJARI, M. et al.(2009). *Nursing Support for Parents of Hospitalized Children*. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. ISSN: 0146-0862.

SCHMITZ, Edilza M. R. et al. (2001). *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo: Atheneu.

SIGAUD, et al. (1996). *Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem á criança e ao adolescente*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universidade Ltda.

SIGAUD; Veríssimo (1996). *Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem á criança e ao adolescente*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universidade Ltda,

SMITH et al. (2006). “Family centred care”. In Gasper, A. Richardson, J.- *A Textbook of childne’s and young people’s Nursing: Churchill Livingstone*. Elsevier.

SMITH et al.(2006). Family. Centred care. In Gasper, A; Richardson, J. *A Texbook of childrens and young people’s Nursing: Churchill Livingstone*. Elsevier.

SORENSEN e Luckmann, (1999). *Enfermagem Fundamental*. 1ª edição, Lisboa: Lusodidacta.

STANHOPE, Lancaster (1999). *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª Edição. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas. ISBN 972-8383-05-3.

STEFANELLI, M. C. Carvalho (2005). *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* São Paulo: Manole.

STRAUSS, Anselm, Corbin, Juliet (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. London: SAGE Publications.

STREUBERT, H. Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª Edição, Lisboa: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-29-0.

SUBTIL et al. (1995). *Impacto na familia da doença grave/ Crónica em crianças: inventário de respostas à doença dos filhos*. Psiquiatria clinica

TAKATORI, Oshiro e Otashima(2004). O Hospital e a Assistência em Terapia Ocupacional com a População Infantil. In De Carlo, M. M. R. P. e Luzo, M. C. M. (orgs). *Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares*. São Paulo: Roca.

- VAZ Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clinica*. 9(4):310-316.
- WAECHTER, E. H.; Blake et al. (1979). *Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- WHALEY & Wong (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª.Ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan.
- WRIGHT, L. e LEAHEY, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 4ªed. São Paulo: Roca.
- WRIGHT, L.; LEAHEY, M (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 4ªed. São Paulo: Roca.
- WRITGHT L. M. Leahey, M. (2002). *Enfermagem e família: Um guia para avaliação Intervenção na Família*. 3ª Ed. São Paulo: Roca.

Revistas

- ALBUQUERQUE, Maria et al. (2009). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem. Referência Série III*, nº 6, (15-26).
- BECK, A; Lopes, N. (2007). Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores da crianças com câncer. *Rer Bras Enferm*, v 60, nº 5 (513-518).
- BRÊTAS, J. R. S. et al. (1995). A aplicação do teste de triagem do desenvolvimento de Denver pelo enfermeiro pediatra: relato de caso. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v 8, nº 4, (9-18).
- BRITO, José et al. (2010). Reflexão sobre a filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica, considerando a Realidade de Cabo Verde. Universidade de Cabo Verde, (1-2).
- CASEY, Anne, Mobbs, Sarah (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*. Vol. 84, nº 4, (67-68).
- COLLET N.; ROCHA, S.M.M. (2004). Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev.Latino-Americana de Enfermagem*. vol. 12, nº2, (40-50).
- CORLETT, J. Twycross, A. (2006). Negotiation of Care by children's nurses: lessons

from research. *Pediatric Nursing*. vol. 18, nº 8, (34-37).

COSTA, A. et al. (2003). Escute-me Srª Enfermeira. *Revista Enfermagem em foco*, nº 50, Janeiro/Abril, 26-27.

CROLE, N. & Smith (2002). Nursing Focus: Examining, the phases of nursing care of the hospitalised child. *Australian Nursing journal ProQuest Nursing Journals*, v 9, nº8, (30-31).

CYPRIANO, Mónica, Fisberg e Mauro (1990). *Mãe participante: Benefícios e barreiras*. Journal de Pediatria. V 66, nº4,(5).

DE LA CUESTA, C. (1995). Família e Salud. *Revista Rol de Enfermeria*, Barcelona. ISSN 0210-5020. XVIII: 203/204, Jul./Agosto 1995, (21-24).

DIOGO, P. (2001). Uma Orientação para cuidar. A criança. Servir, “Seminário - Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: base para assistência de enfermagem pediátrica e neonatal”, *Revista Latino- Americana de Enfermagem*. Ribeiro Preto. Vol.6, (17-18).

DURMAN, S. (2003). Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em hospital geral. *Revista Cogitare Enfermagem*, v 8, nº 2, (44).

FAVERO, L. (2009). A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva. *Dissertação (Mestrado em enfermagem)* - Universidade Federal do Paraná, Curitiba (124).

FERREIRA, Evellisse, et al. (1998). Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. v 6, nº Y (4).

FESTAS, C. (1994). Valorizar as expressões da criança durante a hospitalizada. *Servir*. (323-327).

GALVIN, E. et al. (2000). Challenging the precepts of family-centered care: testing a philosophy. *Paediatric Nursing*. nº 26, (625– 632).

GOMES, G. C. Erdmann (2005). O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Rev Gaúcha Enferm*. v 26, nº 1, (20-30).

GUARESHI, A. P. Martins et al. (1997). Relacionamento multiprofissional criança / acompanhante - desafio para a equipe. *Rev. Esc. Enferm, USP*, v 3 1, nº 3, (423).

LIMA, R. Rocha. & Scochi, (1999). Assistência à criança hospitalizada: Reflexões a cerca da participação dos pais. (versão electrónica). *Revista latino. Enfermagem*, v7, nº

2, (33-39).

MARGUARETH Ângelo, (1999). Abrir -se para a famílias: superando desafios. *Revista Fam. Saúde Desenv*, Curitiba, v 1, nº 1 e 2, (8).

MARTINEZ, Fonseca Scochi, (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, (51- 59).

NASCIMENTO, E. R. P. & Trentini, M. (2004). O Cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v 12, nº 2, (1 -10).

NEILL, S. (1996). Parent Participation : Findings and their implications for practice. *British Journal of Nursing*. vol.5, nº2, (110-117).

NUNES, Dulce Maria et al. (1983). Aspectos da atividade assistencial da enfermeira na Unidade de Internação Pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V36, nº 1, (293).

OLIVEIRA, B. R. Collet, N. (1999). Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, (95-102).

OLIVEIRA, Roazzi, (2003).O lúdico e as suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas (versão electrónica). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v 1, nº 16, (1-13).

ORDEM dos Enfermeiros (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários. Portugal: *Ordem do Enfermeiros*, (5).

OTHERO, M. Carlo, M. M. (2006). Família diante do adoecimento e da hospitalização infantil: desafio para a terapia ocupacional. *Prática Hospitalar*, São Paulo, v. 8, n. 4, (100-4).

PADILHA, M. I. C. S.(1995). Questões éticas: cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem. *Revista Texto & Contexto, Florianópolis*, v.4, n. 2, (118-132).

PINTO, C. & Figueiredo, M. do C. (1995). Cuidar da criança doente. Nursing.: *Revista técnica de enfermagem*, (15-17).

PINTO, Ribeiro, Silva (2005). Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiencia da família. *Revista Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, Nov/ Dez , vol.13, nº 6, (74-81).

PONTES, A.C. et al. (2008). Comunicação Terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista brasileira de enfermagem*, v 61, nº 3,(312-318).

- PORTUGAL (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos. Lisboa: Direcção- Geral da Saúde, Vol. II – Orientações estratégicas.
- RAMOS Silvia (2007). *Os familiares cuidadores da criança com doença de mau prognóstico: Fundamentos para uma intervenção no âmbito dos cuidados paliativos*. Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos. 2ª edição, Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina, (50-51).
- ROCHA, Nascimento, e Lima (2002). Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, nº 5, (709- 714).
- SHIELDS, L.(2011). Interactions between parents and staff of hospitalised children. *Paediatric Nursing*. vol. 23, nº 214, (14-20).
- SWANSON, K. (1993). Nursing as informed caring for the well of others (Versão electrónica). *Journal of Nursing Scholarsnis*, v 25, n º4, (352-357).
- VARA, L. (1996). Relação da ajuda à família da criança hospitalizada com doença do mau prognóstico num serviço de pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, v 1, (5-45).
- WALDOW, Vera. Regina (1998). Cuidado uma revisão teórica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Proto Alegre. v 13, nº 2, (29-35).
- YOUNG, J. et al.(2006). Negotiation of care for a hospitalized child: parental perspectives. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*. vol.9, nº2, (4-10).
- YOUNG, Jeanine et al. (2006). *Negotiation of care for a hospitalized child: parental perspectives, Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*. Volume. 9, nº 2, (4-13).
- ZENGERLE, Levy, K. “Nursing the child who is alone in the hospital”. *Pediatric Nursin*, vol. 32, nº Y- 3, (226-231,237).

Teses e monografias

- BATISTA, C. V.M. (2003). *Brincadeira: a criança enferma e o jogo simbólico*. Estudo de caso. Tese de doutoramento; Universidade estadual de Campinas.
- CARDOSO, Ana Cristina (2010). *Experiências dos pais na hospitalização de criança com doença aguda: Contribuição a enfermagem pediátrica*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciência Biomédica de Abel Salazar.

Universidade do Porto.

GOMES, Idalina et al. (1997). *Cuidar do doente idoso como doença crónica no domicílio: vivências dos familiares dos idosos como doença crónica face aos cuidados de enfermagem prestados no domicílio*. Lisboa: [s.n.], do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa, (59).

MOTTA, M. (1988). *O desenvolvimento da criança e as alterações decorrentes da hospitalização*. Porto Alegre, UFRGS, Dissertação (Mestrado) – Curso de pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SANTOS, A. C. F. (2000). *Influência do acolhimento na diminuição da ansiedade nos doentes coronários*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal.

SANTOS, D. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

Internet

ANGELO Bousso (2005). Família e doença: uma perspectiva de trabalho em enfermagem. [artigo on-line], [http://www. Ids-saude.org.br/enfermagem- e enfermagem.com](http://www.Ids-saude.org.br/enfermagem- e enfermagem.com) 16-11-2012, 16:13.

ASSEMBLEIA Geral das Nações Unidas (1990). *A convenção sobre os Direitos da criança*. [on-line], http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicações/convenção_direitos_da_criança_2004.pdf, 29-03-213, 18:10.

CASEY, 1993; Kristensson-Hallström, 2000; Palmer, 1993; Ygge, 2004, Young, 2006). Parental participation in paediatric surgical care. [on line,], *AORN Journal*, in <http:// WWW.findarticles>, 25-02-2013, 10: 18:20

DIAS, S. et al. (2004). Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança Hospitalizada. v.3, n.1 p.41-48 [on-line], <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515>, 05/4/2013, 20:30

DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa [on-line], <http://www.priberam.pt/dlpo/Default.aspx?pal=stress> , 25/06/ 2103, 13: 50.

FAMÍLIA Caboverdiana [on-line],

http://www.gatewaycabo Verde.org.cv/index.php?option=com_content&view=article&id=104&Itemid, 124 28-01-2013- 19:52.

LEOPARDI, M. T. Betty Neuman (1999). *Teoria de Enfermagem: instrumento para a prática*. Florianópolis. Papa-livros.(114 – 121) [on-line], http://www.gatewaycabo Verde.org.cv/index.php?option=com_content&view=article&id=104&Itemid=124 28-01-2013, 19:52

LEORY, S. et al.(2003). “Recommendations for preparing children and adolescent for invasive cardiac procedures: a Statemente from the American heard association peatric nursing subcommittee of the young” [on- line], *Circulation* 108, pp2550-2564. <http://cir.Ahajournals.Org/Cgi/Content/full/108/20/2550>, 11/02/2013, 15:40

LICHTENEKER, K.; Ferrari, R. A. P.(2005). “Internação conjunta: opinião da equipe de Enfermagem”. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 7, nº 1, (19-28), [on-line], <http://www.fen.ufg.br> , 22/04/2013, 16:14.

REIS, Gina (2007). Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança. Porto : ICBAS. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, apresentada ao ICBAS da Universidade do Porto. [on line], [www:<URLhttp://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7262/2/Microsoft%20Word%20%20Tese%20Expectativas%20dos%20pais%20durante%20a%20hospi.pdf>](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7262/2/Microsoft%20Word%20%20Tese%20Expectativas%20dos%20pais%20durante%20a%20hospi.pdf), 14/02/03.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Guião De Entrevista Para Enfermeiras e Familiares/ Acompanhantes

Anexo II – Consentimentos para Enfermeiras e Familiares/ Acompanhantes

Anexo III – Pedido de Autorização para Aplicação de um Instrumento de Colheitas de dados

Apêndice - Cronograma

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIRAS

O objetivo geral do nosso trabalho é compreender os benefícios da integração da família nos Cuidados à criança Hospitalizada e qual o contributo da Enfermagem na prestação de Cuidados no Sistema Criança/Família.

Para alcançar o objetivo geral, pretendemos, através de entrevistas, atingir os seguintes **objectivos específicos** que vão facilitar a compreensão do fenómeno.

- Compreender a vivência e o significado da integração da família nos cuidados da criança hospitalizada;
- Identificar as repercussões da hospitalização no sistema criança/ família
- Compreender os benefícios da implementação de uma prática centrada no sistema criança/ família;
- Identificar meios para implementar uma assistência da enfermagem centrada na família;
- Conhecer os factores de stress e as estratégias de coping familiar.

Guião de Entrevista

Caracterização dos/das entrevistados (as)

Nome:

Idade:

Sexo:

Experiência Profissional

Areas:

Tempo Serviços:

Cargos exercidos:

Local de Trabalho:

1. Que significado atribui à participação da família no processo da integração da criança hospitalizada?
2. Como envolve a família nos cuidados?
3. O que representa para si a participação da família nos cuidados da criança hospitalizada?
4. Vê alguma dificuldade quando a família participa dos cuidados?
5. Temos conhecimento que o pai não tem direito a acompanhar os filhos durante a noite. Porquê e de onde vem essa regra?
6. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa que se refere a este tema

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES/ ACOMPANHANTES DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Os objectivos geral do nosso trabalho é compreender os benefícios da integração da família nos Cuidados à criança Hospitalizada e qual o contributo da Enfermagem na prestação de Cuidados no Sistema Criança/Família.

Para alcançar o objectivo geral, pretendemos, através de entrevistas, atingir os seguintes **objectivos específicos** que vão facilitar a compreensão do fenómeno.

- Compreender a vivência e o significado da integração da família nos cuidados da criança hospitalizada;
- Identificar as repercussões da hospitalização no sistema criança/ família
- Compreender os benefícios da implementação de uma prática centrada no sistema criança/ família;
- Identificar meios para implementar uma assistência da enfermagem centrada na família;
- Conhecer os factores de stress e as estratégias de coping familiar.

Guião de Entrevista

Para Familiares/ Acompanhantes

Nome:

Idade:

Sexo:

Familiar: SIM () NÃO()

Relação de parentesco com a criança:

Tempo/ duração do acompanhamento à criança hospitalizada:

1. Poderia descrever como tem sido sua vida desde que a criança ficou doente? E como se sente perante o atendimento oferecido à criança?
2. Já tinha vivenciado alguma situação da hospitalização? Como lidou com ela?
3. Que factores/momentos provenientes/relacionados com a situação que vivencia considera mais estressantes?
4. Considera que houve mudanças nas relações familiares em função das necessidades de cuidado?
5. Que mudanças foram/são essas? Com quem ocorreram?
6. Como sente quando consegue fazer parte da integração nos cuidados à criança?
7. O que espera dos profissionais de saúde?

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA FAMILIARES/ ACOMPANHES

Nós, Cheila Gonçalves nº 2033, Eduina Lorena nº2169 e Zenaida Monteiro nº 2036 estudantes de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, estamos a realizar um trabalho de conclusão de curso na Unidade de Pediatria, com a finalidade de compreender as experiências e a integração dos pais que acompanham os seus filhos durante a hospitalização, para futuramente ser possível melhorar a qualidade da nossa assistência. Pedimos autorização para lhe fazer algumas perguntas sobre a sua experiência enquanto acompanhante de uma criança na sua hospitalização.

Optámos por uma metodologia qualitativa cuja a entrevista semi – estruturada, uma vez que deixa o entrevistador aberto para expressar os seus sentimentos e pensamentos.

Iremos gravar a nossa conversa se autorizar. Comprometemos a utilizar as informações que nos é fornecida apenas no estudo que estamos a afectar e que elas serão sigilosas, seu nome e da criança em questão, nunca serão usados. Com intuito de preservar o anonimato os familiares e cuidadores serão identificados de acordo com a ordem de entrevista tendo-lhes dominado por um código alfabética.

Cada entrevista durará cerca de 20 á 30 minutos e posteriormente serão transcritas com fidedignidade, assim como os dados após a elaboração do relatório final.

Salientamos ainda que, se assim o desejar, pode interromper a entrevista em qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer problema.

As entrevistas serão feitas individualmente e decorrerão num ambiente privado, calmo, tranquila e de acordo da disponibilidade dos mesmos.

Agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Pesquisadores responsáveis:

Cheila Gonçalves

Eduina Lorena

Zenaida Monteiro

Sim, eu _____, aceito colaborar no estudo que me foi explicado.

Mindelo ___ de Maio de 2013

Ass: _____

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AS ENFERMEIRAS

Nós, Cheila Gonçalves nº 2033, Eduina Lorena nº 2169 e Zenaida Monteiro nº 2036 estudantes de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, estamos a realizar um trabalho de conclusão de curso na Unidade de Pediatria, com a finalidade de compreender as experiências e a integração dos pais que acompanham os seus filhos durante a hospitalização, para futuramente ser possível melhorar a qualidade da nossa assistência.

Pedimos autorização para fazer -lhes algumas perguntas sobre essa experiência enquanto enfermeira que presta cuidados a hospitalização da criança.

Optamos por uma metodologia qualitativa cuja a entrevista semi – estruturada, uma vez que deixa o entrevistador aberto para expressar os seus sentimentos e pensamentos.

Iremos gravar a nossa conversa se autorizar. Comprometemos a utilizar as informações que nos é fornecida apenas no estudo que estamos a afectar e que elas serão sigilosas, seu nome e da criança em questão, nunca serão usados. Com intuito de preservar o anonimato os familiares e cuidadores serão identificados de acordo com a ordem de entrevista tendo-lhes atribuído por um código alfabético.

Cada entrevista durará cerca de 20 á 30 minutos e posteriormente serão transcritas com fidelidade, assim como os dados após a elaboração do relatório final.

Salientamos ainda que, se assim o desejar, pode interromper a entrevista em qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer problema.

As entrevistas serão feitas individualmente e decorrerão num ambiente privado, calmo, tranquila e de acordo da disponibilidade dos mesmos

Agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Pesquisadores responsáveis:

Cheila Gonçalves

Eduina Lorena

Zenaida Monteiro

Sim, eu _____, aceito colaborar no estudo que me foi explicado.

Mindelo ___ de Maio de 2013

Ass: _____

Handwritten notes:
Ao Superintendente de
Enf. P/ paucel.
03/06/13
Estágio de acordo, desde que se utilizarem os dados exclusivamente para fins académicos.
Sejam utilizados os dados exclusivamente para fins académicos.
Ent. 04/06/13
Exma. Sra.
Directora do Hospital Dr. Baptista Sousa

Handwritten notes:
Autorização
05/06/13
K1 21106 613
Subscrito
05/06/13

Mindelo 22 de Maio de 2013

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados.

Nós, Cheila Gonçalves nº 2033, Eduina Lorena nº2169 e Zenaida Monteiro nº 2036, estudantes do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, visto que o nosso estágio profissional está decorrer no sector de Pediatria, uma vez que o nosso trabalho de monografia se debruça sobre o Tema: Integração com a família nos cuidados a criança hospitalizada: O enfermeiro e a comunicação terapêutica.

Pretendemos realizar uma entrevista neste sector.

É de referir que a orientação deste trabalho é feita pela, Enfermeira Mariana Pires e a Coordenadora do Curso Mestre Rosemeire Ambrozano Macedo.

Optámos pela problemática Integração com a família nos cuidados à criança hospitalizada.

O objectivo deste estudo:

Compreender os benefícios da integração da família nos Cuidados à criança Hospitalizada e qual o contributo da Enfermagem na prestação de Cuidados no Sistema Criança/Família.

Solicitámos a V. Exa, a autorização para realização do referido estudo na unidade acima citada. Trata-se de uma entrevista aos enfermeiros e aos familiares/acompanhantes com crianças hospitalizadas.

Garantimos que os direitos da Instituição, dos enfermeiros assim como os familiares/acompanhantes serão salvaguardados (através da assinatura do termo de consentimento informado), bem como todos os encargos com o referido estudo de investigação serão da nossa responsabilidade.

Certo de que podemos contar com a colaboração da V. Exa, com os melhores cumprimentos.

Discentes:

Gonçalves

Cheila Gonçalves

Eduina Lorena

Eduina Lorena

Monteiro

Zenaida Monteiro

UNIVERSIDADE
DE LORENA

Coordenadora do Curso

Mariano

Orientadora do Trabalho

UNIVERSIDADE DE LORENA
619.29.5.13
Oficina

APÊNDICE DE CRONOGRAMA

Numero	Actividades	Janeiro	Fevereiro	Marco	Abril	Maio	Junho	Julho
1	Entrega e apresentação do projecto de monografia	31/13						
2	Análise dos textos de referências			12			24	
3	Ensino clínico (com dois três formandos)							
4	a) Eduina Lopes Monteiro D. e Lorena			18		30		
5	b) Zenaida Monteiro Gomes			18			24	
6	c) Cheila Patrícia S. Gonçalves				1			4
7	Elaboração de guião de entrevistas					13		
8	Elaboração de consentimentos para enfermeiros e familiares					10		
9	Declaração do Hospital					22		
10	Realização das entrevistas						5	
11	Tratamento dos dados da entrevista						10 a 22	
12	Aprofundar objectivos específicos					14	24	
13	Introdução da monografia						22	
14	Considerações finais						24 a 26	
15	Bibliografia						23 a 30	
16	Orientações de Monografia				1			1
17	Orientações de tutorias				2			2
18	Aula de elaboração de poster						27	
19	Revisão da literatura						11 a 12	
20	Envio da Monografia a Orientadora				Vários dias	Vários dias	Vários dias	1
21	Agradecimentos e dedicatórias							2 a 3
22	Revisão e correção do trabalho							4
23	Entrega do trabalho final							8