



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE



ROSANA MENDES BEZERRA

**O SIGNIFICADO DE CUIDAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PEDIÁTRICA**

GOIÂNIA
2012

ROSANA MENDES BEZERRA

**O SIGNIFICADO DE CUIDAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PEDIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*-Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde.

Orientadora: Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila

GOIÂNIA

2012

Bezerra, Rosana Mendes.
B574s O significado de cuidar na Unidade de Terapia Intensiva
Pediátrica [manuscrito] / Rosana Mendes Bezerra. – 2012.
119 f. ; il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, 2012.
“Orientadora: Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila”.

1. Unidade de tratamento intensivo. 2. Pediatria 3. Cuidados.
I. Título.

CDU: 616-085(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 05 DE DEZEMBRO DE 2012 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) Vanessa Carvalho Vila

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Presidente/Orientadora)

2) Eline Jonas

Profa. Dra. Eline Jonas / PUC Goiás (Membro)

3) Adenice Custódia Silva e Souza

Profa. Dra. Adenice Custódia Silva e Souza / UFG (Membro Externo)

4)

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico em especial a meus pais Benedita e Romildo que sempre estiveram ao meu lado, acreditando ser possível a realização deste. Pessoas perseverantes, guerreiros que nunca mediram esforços para proporcionar a mim e meus irmãos algo que ninguém poderá nos tirar, o Estudo. Sempre confiaram e acreditam que eu podia ir longe, crescer e brilhar como profissional. Muito obrigada por serem sempre meu exemplo de dignidade, honestidade, respeito, fidelidade, trabalho e amor, sem vocês eu não conseguiria alcançar este tão sonhado momento. Terão meu eterno amor e respeito por tudo que representam a mim. Mesmo não estando entre nós, esta vitória também é sua minha mãe.

A Deus em primeiro lugar, que sempre conduziu meus passos desde a escolha a enfermagem e que com o passar dos anos me mostrou o quanto seria importante a atuação com crianças em estado crítico, me proporcionando a realização profissional e confirmando em meu coração o sentimento de alteridade que existiu desde o primeiro contato com paciente durante a graduação. Que me fez uma pessoa digna pelos princípios e valores ensinados por meus queridos pais. Esta etapa de minha vida tenho certeza que foi guiada por Ele, pois somente nós dois sabemos o quanto sofri com inúmeras dificuldades que enfrentei para chegar a esta conquista. Enfim sem Deus nada é possível!

Ao meu esposo Júlio César. Sempre presente, disposto a ajudar, se desdobrando em sua rotina de trabalho e estudo para cuidar da minha. Sempre tentando compreender o porquê de tanta ausência em nossas vidas para que eu pudesse realizar o meu sonho. Com muito amor, carinho, respeito e compreensão estive sempre ao meu lado, acreditando em mim e em minha capacidade. A você, as palavras ainda faltam, pois não escreverei sozinha nossa história de vida e sim deixarei um livro inteiro para escrevermos juntos. Amo você, minha vida!

A minha querida filha Júlia. Como foram difíceis todos estes dias. Quantas vezes tive que me dividir para não deixar de ser mãe. Afinal esta primeira infância não volta nunca mais. Quantas vezes a tive em meu colo enquanto trabalhava no computador, quantas vezes interrompi meus estudos quando ouvia sua voz suave dizer: “mamãe estou com saudades de mãe, fica comigo! Suas tarefas não acabam nunca, sua professora passa muita tarefa”! Mesmo com seus cinco, seis e sete anos já tinha que compreender a ausência da mãe aos domingos de manhã no parque, na correria do dia a dia, mas que sem entender muito acabava contribuindo para que meu sonho fosse realizado. Filha querida mamãe te ama!

Ao meu irmãozinho querido e amado, Mestre Leonardo. Motivo de grande inspiração e modelo de profissional. Sempre acreditou em minha capacidade e potencial. Nunca aceitou que eu não corresse atrás do sonhado mestrado, qual acabei retardando. Mesmo sendo meu irmãozinho do meio, se formou mestre antes que eu começasse o meu. Grande educador, conhecedor de ciências tão profundas que o faz meu grande ídolo, espelho para todos os momentos. Obrigada pelas contribuições, incentivo e dedicação durante esta trajetória. Mesmo estando a muitos quilômetros de distância nunca deixou de me apoiar e ajudar. A você minha eterna gratidão e admiração.

A minha irmã Karla Cristina que mesmo diante das indiferenças, ao seu modo sempre contribuiu para minha formação. A minha sobrinha Gabrielly, pela espontaneidade no carinho e afeto.

AGRADECIMENTOS

A todas as crianças que passaram pela Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, sem elas não teria despertado o sentimento de entender o cuidar prestado pela enfermagem, a instituição hospitalar de saúde que me proporcionou a possibilidade de realizar o estudo. Muito obrigada.

A Enfermeira Especialista Josianny Moreira Ferreira, querida amiga que no momento de decisão para a realização deste, me deu o incentivo necessário para o início da concretização deste sonho. Muito obrigada pelo carinho de todas as horas.

A Enfermeira Especialista Aparecida Socorro de Souza, amiga, companheira, colega. Exemplo de profissional e acima de tudo, exemplo de pessoa, muito justa e perseverante. Com sua imensa sabedoria compartilhou comigo momentos de dificuldades e alegrias, obrigada pelo incentivo de sempre.

A Enfermeira Especialista Sâmia Maria Skaf Vieira, companheira que sempre trouxe palavras de incentivo mesmo nos momentos de incerteza, obrigada por tudo.

A Enfermeira Especialista Marli Malta, por contribuir para a realização deste.

A Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila, exemplo de profissional, detentora de inúmeros saberes em diferentes ciências. Deu-me a mão e soube conduzir meus passos diante de minhas frustrações e dificuldades. Muito obrigada pelos momentos de incompreensão, pelos momentos de compreensão e companheirismo. Obrigada pela oportunidade de convívio, foi única. Estará sempre guardada “do lado esquerdo do peito, dentro do coração”.

A Dr^a Eline Jonas por gentilmente contribuir com suas considerações para o crescimento desta dissertação.

A Dr^a Adenícia Custódia Silva e Souza que aceitou fazer suas considerações de maneira gentil para o crescimento desta dissertação.

As colegas que contribuíram para a realização deste trabalho, Ângela Maria, Pollyana Gomes, Jocilene Fátima, Andréia Caixeta, Maria de Fátima, Ana Cláudia, Eunice Gonçalves, Jackeline Ferreira, Sandra Carolina, Laís Moreira, Aline de Souza, Sirlene, Lucilene, sem vocês nada poderia ter sido realizado. Muito obrigada.

A secretaria do mestrado nas pessoas de Luciano, sempre dedicado, prestativo e incentivador; Carlos e Jader pelo apoio oferecido.

A coordenação de ensino e pesquisa da instituição pesquisada pela liberação do trabalho de campo.

A Sr^a Elziene do comitê de ética e pesquisa da UniEvangélica. Sempre prestativa, educada, incentivadora. Meus sinceros agradecimentos pela disposição com o projeto que

origina esta dissertação bem como tantos outros que já a enviei. Sempre por você fui muito bem recebida. Obrigada pelo apoio oferecido.

A todos, meu Muito obrigada!!!

Se olhares o teu semelhante como teu Irmão e sentires os seus sofrimentos e problemas como se teus próprios fossem, estarás palmilhando a estrada certa...

Yokaanam

RESUMO

BEZERRA, R.M. **O significado de cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.** 2012.119f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é caracterizada como ambiente altamente tecnológico e com profissionais especializados. É permeada por sentimentos de perda, angústia e ao mesmo tempo esperança na expectativa da estabilização e recuperação da criança. A equipe de enfermagem configura um grupo que planeja, implementa e desenvolve o processo de cuidar embasado nas políticas públicas de saúde. Garantir ao cliente crítico pediátrico e sua família o cuidado humanizado, integralizado, sistematizado e com qualidade em sua totalidade é hoje um ponto a ser questionado juntamente a compreensão da enfermagem sobre o significado de cuidar de criança em unidade crítica. Neste sentido, optou-se por desenvolver um estudo de caso qualitativo com o objetivo de compreender o significado de cuidar na UTIP na perspectiva dos componentes da equipe de enfermagem. Participaram seis auxiliares de enfermagem, seis técnicas de enfermagem e 2 enfermeiras. A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2010 a agosto de 2011 por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante, em local privativo, dentro da própria instituição de saúde. Através da análise e interpretação dos dados, ficou constatado que os sentidos atribuídos pelas participantes ao significado do cuidar em unidade de terapia intensiva pediátrica está relacionada as dimensões técnicas, de humanização, das tensões e do gostar para cuidar. Os participantes mencionaram que o cuidar é composto por atividades assistenciais relacionadas a alimentação, higienização, medicação, eliminações, suporte ventilatório. Acrescentaram ainda que as características de humanização estão fortemente presente no sentido de dar carinho, dar aconchego e dialogar. Apontaram gostar do que fazem, sentir muita satisfação para trabalhar com criança crítica e com sua família além da realização pessoal, lembrando o sacerdócio existente na enfermagem antiga. O trabalho em equipe, a alteridade e a preocupação de cuidar de quem cuida também foram identificados bem como o reconhecimento da família pelo cuidado desenvolvido. Cuidar como gerador de tensões foram citadas como prejudiciais ao desenvolvimento das ações de saúde. Estão representadas pela sobrecarga de trabalho, desvio de contratação de função, recursos humanos e materiais insuficientes, impossibilidade de acolher a família, principalmente a mãe durante todo o processo de hospitalização além de sofrer ao ver o sofrimento do outro e a frustração do enfermeiro por não assistir o cliente pediátrico e sua família através da assistência

sistematizada. Os resultados apontam que as tensões são superadas pela satisfação em cuidar neste ambiente crítico pediátrico, mas que deixa a equipe de enfermagem em seu limite laboral. A necessidade dos gestores adequarem o modelo de assistencial vigente as políticas de saúde deve ser realizado uma vez que a fragmentação do serviço de enfermagem não proporciona o cuidado pautado na integralidade, na humanização e na sistematização da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados Intensivos. Cuidados Críticos. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

BEZERRA, R.M. **The Meaning of Pediatric Intensive Therapy Unit.** 2012.119f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

The Pediatric Intensive Therapy Unit of is characterized as highly technological environment with specialized professionals. It is permeated by feelings of loss, anguish and at the same hopes on the expectation of stability and recovery of a child. The nursing team sets a team that plans, implements and develops the process of caring based on health public policies. To assure a critical pediatric patient and its family a humanized, integrated and systematic care with quality in its entirety is a matter to be questioned along with the understanding of nursing about the meaning of child caring into a critical unit. Therefore, it was chosen to develop a qualitative case study in which the target was to comprehend the meaning of taking care at the PITU from the nursing components perspective team. Six nursing assistants, six nursing technician and two nurses participated. The data collection happened from December of 2010 to August of 2011 through semi structured interviews and participant observation held on a private place inside its own health institution. Through the study and interpretation of data, it is noted that the attributed feelings from the participants in the meaning of caring in the Pediatric Intensive Therapy Units is associated with the dimensions techniques of humanization, the pressure and the love for caring. The participants mentioned that caring is composed by assistance activities concerning the eating, the hygienization, the medication, the elimination and the ventilator support. It was also added that characteristics of humanization emerges strongly in the sense of giving warmth, affection and to dialogue. They shower love for what they do, and the fulfillment to work with critical children and families, in addition to personal accomplishment, recalling the existence of the old nursing. Team work and the concern of taking care of who also takes, was identified as well, just like therecognition fo the family by the care carried out. To take care like a creator of tension was referred as harmful for health development actions. They are represented by the overwork, by the absence of hiring for a position, human resources and insufficient materials, impossibility of helping a family, specially a mother during the process of hospitalization beside suffering from seeing the affliction of ones and the nurse's frustration for not seeing the paediatric patient and their family through the systematized assistance. Results show that tensions are overcome by the satisfaction of caring in a critical pediatric atmosphere, but also leaves the nursing team in its working limits. The need of managers to suit an actual policy assistance model for health should be accomplished when a nursing service fragmentation doesn't provide the care guided in its integrality, in humanization and the sysmatization of the nursing assistance.

KEYWORDS: Intensive care. Critical care. Pediatric Intensive Care Unit. Pediatric nursing.

RESUMEN

BEZERRA, R.M. **Significado de cuidar en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica**. 2012. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica es caracterizada como un ambiente altamente tecnológico y con profesionales especializados. Está impregnada de sentimientos de pérdida, angustia y al mismo tiempo esperanza en la expectativa de la estabilización y recuperación del niño. El equipo de enfermería configura un grupo que planea, implementa y desarrolla el proceso de cuidar basado en políticas públicas de salud. Garantizar al cliente crítico pediátrico y su familia el cuidado humanizado, integral, sistematizado y con calidad en su totalidad es hoy en día un punto a ser discutido juntamente con la comprensión de la enfermería sobre el significado de cuidar del niño en la unidad crítica. En este sentido se optó por desarrollar un estudio de modo cualitativo con el objetivo de comprender el significado de cuidar en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica en la perspectiva de los componentes del equipo de enfermería. Participaron seis auxiliares de enfermería, seis técnicos de enfermería y 2 enfermeras. La recopilación de datos ocurrió en diciembre de 2010 a agosto de 2011 mediante entrevista semiestructurada y observación participante, en local privativo, dentro de la propia institución de salud. Por medio del análisis e interpretación de los datos se constató que los sentidos atribuidos por las participantes al significado del cuidar en unidad de cuidados intensivos pediátrica, está relacionada a las dimensiones técnicas, de humanización, de las tensiones y del hecho de gustar para cuidar. Los participantes mencionaron que la atención está compuesta por actividades asistenciales relacionadas a la alimentación, medicación, eliminaciones, soporte de ventilación. Agregaron aún, que las características de humanización están fuertemente presentes en el sentido de cariño, p acoger y dialogar. También enfatizaron que les gusta lo que hacen, que sienten mucha satisfacción el trabajar con niños en situación crítica y con su familia, además de la realización personal, recordando el sacerdocio existente en la enfermería antigua. El trabajo en equipo, la alteridad y la preocupación de cuidar de quien cuida, también fueron identificados, además como el reconocimiento de la familia por el cuidado desarrollado. Cuidar como generador de tensiones fue citado como perjudicial al desarrollo de las actividades de salud. Están representadas por la sobrecarga de trabajo, desvío de contratación de función, recursos humanos y materiales insuficientes, imposibilidad de acoger a la familia, principalmente la madre durante todo el proceso de internación, además de sufrir al ver el sufrimiento del otro y la frustración del enfermero por no asistir al cliente

pediátrico y su familia mediante la asistencia sistematizada. Los resultados señalan que las tensiones son superadas por la satisfacción en cuidar en este ambiente crítico pediátrico, pero que deja el equipo de enfermería en su límite laboral. La necesidad de los gestores en adecuar el modelo de asistencia vigente a las políticas de salud debe de ser realizado, ya que la fragmentación del servicio de enfermería no proporciona el cuidado pautado en su integralidad, en la humanización y en la sistematización de la asistencia de enfermería.

Palabras clave: Cuidados Intensivos. Cuidados Críticos. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. Enfermería Pediátrica.

LISTA DE SIGLAS

AE Auxiliar de enfermagem

AIDS Síndrome da Imuno Deficiência adquirida

AlCon Alojamento conjunto

AMIB Associação de Medicina Intensiva Brasileira

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

CLT Consolidação das Leis Trabalhistas

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

CONANDA Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente

DOU Diário Oficial da União

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

ENF Enfermeira

F Feminino

GTH Grupo de Trabalho de Humanização

HC-FMUSP Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNAPC Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico

PNH Política Nacional de Humanização

PUC-GOOIÁS Pontifícia Universidade Católica de Goiás

RDC Resolução da Diretoria Colegiada

SSVV Sinais Vitais

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE Técnico de Enfermagem

UTI Unidade de Terapia Intensiva

UTIA Unidade de Terapia Intensiva Adulto

UTIN Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTIP Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 Cuidar.....	22
2.2 O processo de cuidar.....	25
2.3 A equipe de enfermagem.....	35
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
3.1 Tipo de estudo.....	41
3.2 Aspectos Éticos.....	41
3.3 Local do estudo.....	42
3.4 O grupo social pesquisado.....	42
3.5 Estratégia para coleta de dados.....	43
3.6 Análise dos dados.....	45
4 O SIGNIFICADO DE CUIDAR NA UTIP.....	47
4.1 Caracterização da UTIP.....	48
4.2 A descrição do grupo social pesquisado.....	49
4.3 Os sentidos atribuídos ao cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.....	51
4.3.1 Cuidado como um fazer técnico.....	51
4.3.2 Cuidado como humanização.....	56
4.3.3 Cuidar por gostar ou por sacerdócio?.....	69
4.3.4 Cuidar como gerador de tensão.....	73

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICES.....	116
ANEXO.....	119

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem como um de seus desafios a necessidade da qualificação ao cuidado integral à saúde da criança. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) promover o cuidado integral à saúde da criança requer ações integradas dos diferentes espaços da rede de atenção à saúde que tenham como objetivo oferecer o cuidado individualizado, com qualidade técnica e humana por meio de ações de cuidado a saúde que levem as crianças e seus familiares vivenciarem a experiência do processo saúde e doença da melhor forma possível (BRASIL, 2010).

No panorama de saúde brasileiro, a redução da mortalidade infantil faz parte das prioridades das esferas federal, estadual e municipal. Entre os objetivos estabelecidos para atingir essa meta estão ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. As políticas públicas de saúde têm como princípio filosófico e ideológico que para promover saúde é preciso garantir ao cidadão brasileiro, o acesso universal, o atendimento integral e equitativo considerando as necessidades individuais e coletivas (BRASIL, 2005).

Entre as problemáticas vivenciadas no processo de cuidar da criança, destaca-se o processo de hospitalização, principalmente no âmbito das UTIP. Esta unidade é considerada um importante espaço assistencial destinado ao atendimento de crianças em estado crítico ou potencialmente crítico, que necessitam de cuidados complexos e especializados, além da utilização de recursos tecnológicos apropriados para a observação e monitorização contínua de suas funções vitais e para intervenções de descompensação (ALMEIDA et al., 2006; OLIVEIRA, 2002).

O processo de hospitalização em UTIP é um momento difícil, único e repleto de particularidades tanto para a criança quanto para seus familiares (CÔA; PETTENGILL, 2011; HAYAKAWA et al., 2010; MOLINA; MARCON, 2009). A hospitalização da criança leva a mudanças em todo seu estilo de vida gerando dificuldade para o enfrentamento da hospitalização. Isto faz com que a criança se sinta abandonada e rejeitada, em decorrência da separação do ambiente familiar (LITCHTENEKER; FERRARI, 2005).

Neste sentido, cuidar da criança hospitalizada é uma atividade complexa, que requer além de conhecimentos tecnocientíficos especializados, habilidades intrapessoais (autoconhecimento, autocontrole) e interpessoais (boa comunicação, respeito, solidariedade) para atuar neste ambiente (SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008). Os profissionais de enfermagem, em especial, por prestar assistência direta no ambiente intensivo pediátrico, necessitam de sensibilidade para identificar, compreender e entender que os cuidados devem

ser direcionados não apenas para a criança internada, mas também para os familiares que passam pelo processo de hospitalização.

Em minha experiência como enfermeira intensivista pude observar o estresse vivenciado por crianças, familiares e pela equipe multiprofissional ao lidar com o risco de morte. Muitas vezes pude observar as carências assistenciais decorrentes da falta de ações sistematizadas, profissionais em número insuficientes para o número de crianças internadas, o que gera dificuldades para o processo de cuidar e para a segurança e qualidade de atenção a saúde da criança. Pude perceber a dificuldade da criança devido a separação dos pais, ao ambiente com máquinas e pessoas estranhas, gerando sua despersonalização e descaracterização.

A UTIP é considerada um dos ambientes geradores de estresse, de sofrimento e um local repleto de equipamentos tecnicamente avançados e indispensáveis para o tratamento da criança (BOUSSO; ANGELO, 2001; FARIA; JÚNIOR, 2004). Pesquisadores descrevem que o ambiente da UTI é caracterizado pela falta de privacidade, distanciamento social e desconforto, o que contribui para o estresse e sofrimento (NASCIMENTO, TRENTINI, 2004).

O cuidado integral à saúde resulta da interação entre o cuidado por meio de equipamentos, procedimentos, do uso de saberes bem estruturados, além do espaço intersubjetivo dos profissionais de saúde e a quem é assistido (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Neste sentido, a humanização deve fazer parte da filosofia da assistência de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana que deverá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam a UTI (VILA; ROSSI, 2002).

A quebra do vínculo familiar, a dor, o desconforto físico, a intensa manipulação do corpo, a realização de procedimentos para o cuidar e a quebra das atividades cotidianas, demonstram o quanto a modificação das atividades diárias da criança podem ser traumáticas e ocasionar intenso sofrimento (CAGNIN; LISTON; DUPAS, 2004; MOREIRA; DUPAS, 2003).

Para os familiares em geral esta experiência representa a necessidade de lidar com sentimentos conflitantes com o medo, a angústia, a insegurança e ao mesmo tempo a esperança ao entregar seu filho para profissionais da saúde assumem a responsabilidade de

cuidar da vida daquela criança que vivencia uma situação de risco de morte (BOUSSO; ANGELO, 2001; FRAGA; PEDRO, 2004).

Como Enfermeira, me intrigava ainda a realidade vivenciada pela equipe multiprofissional e compreender que a rotina diária exige dos profissionais uma excelente capacitação técnica e científica e o preparo emocional para lidar com a perda, com a dor e com o sofrimento. Entre os desafios para promoção do cuidado integral à saúde da criança estão fatores organizacionais como a falta de recursos humanos e materiais; a sobrecarga de trabalho, bem como dificuldades no relacionamento interpessoal.

Neste sentido, desenvolver o cuidado crítico de qualidade implica em uma boa estrutura de UTI com pessoal em número suficiente e treinado e observação contínua, materiais e equipamentos, organização administrativa preocupada em manter padrões de assistência e programas de educação continuada (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007).

Aspectos como a má remuneração, a sobrecarga de trabalho, as perdas bem como a falta de reconhecimento do trabalho prejudicam o desempenho profissional. Encontram ainda desafios com o lidar com os limites humanos, o sofrimento dos outros, lidar com a doença e com a própria morte afetando o estado emocional dos profissionais; que por sua vez influenciam em seu cotidiano de vida podendo interferir também nas ações instrumentais.

Neste contexto, o presente estudo foi desenvolvido como objetivo de compreender o significado de cuidar da criança hospitalizada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem.

As evidências científicas identificadas nesta pesquisa fornecerão subsídios para a compreensão do significado de cuidar para possibilitar a identificação das lacunas existentes na promoção da saúde da criança em terapia intensiva. Os resultados poderão subsidiar instrumentos para reflexão-ação dos profissionais no sentido de repensar sua prática a luz dos referenciais que envolvem a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

2.1 Cuidar

A preocupação em prestar cuidados aos necessitados está presente nos povos em seus diferentes períodos evolutivos. Muito pode ser observado entre o empirismo, o intuitivo até se chegar a cientificidade. A enfermagem é uma profissão que tem por essência o cuidar. Para o entendimento do significado do cuidar faz-se necessário compreender as transformações durante os diferentes períodos. O trabalho da enfermagem teve marcada sua evolução com base na fundamentação científica juntamente as evoluções ocorridas durante vários anos. Neste sentido, estudos e autores diferem suas conceituações e definições em diferentes momentos caracterizando o cuidar.

O cuidado se analisado do ponto de vista da inserção na evolução histórica das ações de saúde contempla as fases do período instintivo ao período medieval, do Sacerdotal a barbárie, do hipocrático a Idade Média e do Moderno a Contemporânea (PAIXÃO, 1979).

No período Instintivo, a saúde e a prática de cuidado contemplavam medidas de higiene, eliminar as dores, diminuir males físicos por meio da necessidade de sobrevivência. As pessoas que tratavam as doenças englobavam ações de feiticeiro, artista, botânico, cirurgião, enfermeiro e médico. Era a estes atribuído o poder inquestionável onde a população acreditava que suas ações de cuidado se davam por meio da utilização da fúria dos deuses afastando os maus espíritos (PAIXÃO, 1979).

No período Sacerdotal, o cuidado era baseado no modelo religioso, com desenvolvimento de rituais. Os sacerdotes e seus auxiliares eram encarregados das atividades dentro do templo, que servia como igreja e hospital. O sacerdote ora era tido como sacerdote ora como médico, em consequência da procura ao templo por aqueles que buscavam algo que os levasse a cura de suas doenças (PAIXÃO, 1979).

Ainda conforme Paixão (1979), no período Hipocrático a razão passa a prevalecer. Hipócrates propõem a dissociação da arte da cura, do misticismo e das superstições. Surge então um novo modo de se pensar e desenvolver o cuidar. O sentido ético atribuído as ações de cura estava presente nos conhecedores da área médica que passam a valorizar as manifestações dos sinais e sintomas das doenças.

No período Medieval, devido ao autoritarismo do clero um período repulsivo acontece. As ações de saúde e o cuidar eram desenvolvidos de forma popular ou caseira. O conhecimento era restrito a monges em mosteiros cabendo a estes o desenvolvimento do cuidar. Neste período a enfermagem era exercida por mulheres mais experientes, ou por

religiosos. Antes deste período, não existiam relatos do trabalho da enfermagem. Do século XVII até meados do século XIX a enfermagem desenvolvia o cuidado ao doente de maneira empírica e sem condições adequadas para o atendimento (PAIXÃO, 1979). Com o surgimento das ordens religiosas, com a motivação cristã que incentivava as mulheres para desenvolver a caridade e a proteção e assistência aos enfermos, a prática da enfermagem surge de maneira leiga, distanciada de conhecimento científico (GEOVANINI, 2005).

Ainda neste período, as práticas de saúde vão passando em grande proporção das mãos dos clérigos para as mãos dos leigos. Ocorre o surgimento das primeiras universidades. A prática médica com formação universitária, suas leis e estatutos, confirmam o status social desta classe. Em relação a enfermagem, com a reforma religiosa, os hospitais cristãos foram fechados e as religiosas que cuidavam dos doentes expulsas, dando lugar a mulheres de baixo nível moral e social. O hospital então fica visto como depósito de doentes. Estas pseudo-enfermeiras desenvolviam atividades doméstica, por longos períodos tendo em troca alimentação precária e salários insignificantes. Começa então a exploração do serviço de enfermagem que se confundia entre o cuidado aos doentes e práticas domésticas, tornando indigno e sem atrativo este tipo de trabalho a mulheres de casta social mais elevada (GEOVANINI, 2005).

No final do século XIX e início do XX, através de Florence Nightingale com a idéia de que a enfermagem necessita de organização treinamento científico e prática o reconhecimento da enfermagem como profissão acontece (LIRA; BONFIM, 1989). Nasce a enfermagem científica com as idéias inovadoras do cuidar de Florence. Mesmo assim, o trabalho em formar mulheres para desenvolver o cuidado em hospitais ainda era restrito a realização de tarefas no sentido de zelar e cuidar do paciente como um todo, deixando de lado a preocupação intelectual com compreensão das ações desenvolvidas.

Porém vários pesquisadores e estudiosos continuam a questionar, conceituar e definir o cuidar, sua pratica e a enfermagem. Práticas humanizadas, voltadas a integralidade da assistência são descritas. Com a evolução tecnocientífica, as legislações, protocolos são capazes de transformar os antigos doentes em usuários diferenciados conforme suas necessidades de cuidado.

O cuidar pode ser descrito como um processo que define o ser humano. Esta definição se apóia de acordo com as relações entre os sujeitos, suas relações com as coisas e suas relações com o mundo (ZAGONEL, 1999).

Leonardo Boff (2010) aponta que o cuidado é singular, é uma virtude. É a forma do ser humano ser, se estruturar no mundo dos outros.

Ainda neste sentido, enfermeiras desenvolveram um estudo sobre a perspectiva de cuidado de acordo com Leonardo Boff. Foi apontado que para a Enfermagem, enquanto cuidadoras, as enfermeiras na tentativa de tornar real o saber cuidar, direcionando as tecnologias e se disponibilizam aos novos paradigmas. Percebem a necessidade de serem dialéticos frente as mudanças que decorrem do estado permanente de desenvolvimento pessoal, de transformação de vir a ser para facilitar a compreensão e reflexão epistemológica (SILVA; FRANZIONE et al., 2005).

Ainda de acordo com Boff (2010), o cuidar representa não apenas um ato. É uma atitude. Engloba além do zelo, o desvelo e a atenção. É uma atitude de responsabilidade, preocupação e envolvimento como o outro. Porém a sociedade contemporânea, também conhecida como sociedade do conhecimento e da comunicação, está proporcionando em sentido contrário e crescente, a solidão e a falta de comunicação entre as pessoas. O ser humano sem cuidado, deixa de ser humano. Nos momentos de perigo, algumas figuras são chamadas preservando o cuidado. As mães são o ponto de referência de salvação e confiança. São encontrados como representante da maneira de serem mães, os educadores, “as enfermeiras que cuidam dos seus doentes e tantas outras pessoas que anonimamente se desvelam no cuidado de alguém”. Define que “o cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade”.

Ao se pensar o cuidado sob a visão de Watson, voltada ao conceito de cuidar do homem, a enfermagem faz a sua abordagem voltada a saúde e não a doença. Em todas as sociedades a enfermagem e o cuidado estão presentes, onde alguns indivíduos cuidam dos outros e transmissão do cuidar não é algo que passa de geração a geração ou geneticamente. A atitude de cuidar é passada pela cultura profissional sendo considerada como a alternativa única de enfrentar seu ambiente. (BOFF, 2010).

A preocupação com a natureza, com a dignidade humana e espiritualidade também pode ser encontrado na literatura como descrição do cuidado. Este é o compromisso de estar no mundo e contribuir para o bem estar geral, construindo a história, o conhecimento e a própria vida (WALDOW, 1999).

Lira; Silva (2008) em seu estudo aborda o cuidado como uma Lei da Natureza. Traz que o cuidado desenvolvido pela enfermagem é guiado por um esquema o qual é chamado

processo de enfermagem e este, por sua vez, oportuniza a ordem e a direção ao cuidado, de forma sistemática e ordenada com bases intelectuais.

De acordo com os dicionários clássicos de filologia existem estudiosos que acabam por derivar a palavra cuidado do latim que significa cura. Em uma das obras de Heidegger assume um sentido erudito com o sentido de relações de amizade e amor. Porém ainda de acordo com a filologia, existe o pensamento de que o cuidado vai além de uma bondade ou um ato individual, é “um modo de ser-no-mundo que funde as relações que se estabelecem com todas as coisas”. Já o poeta latino (65-8 aC), observava que “o cuidado é o permanente companheiro do ser humano” (BOFF, 2010).

Ao ser pensado o cuidado de enfermagem do ponto de vista de sua reflexão, Silva; Porto; Figueiredo (2008), descreve que para o uso de tecnologias e humanização, suas implicações para o cuidar em pacientes críticos, demonstra que nos últimos vinte anos o cuidado está sendo objeto de inúmeros estudiosos, pesquisadores e teóricos de outras áreas do conhecimento, para a busca da compreensão dos diferentes conceitos e significados do cuidar.

No estudo feito por Corbani; Brêtas; Matheus (2009) foi feita abordagem da humanização do cuidado de enfermagem. Descrevem que o cuidado é saber tratar, prevenir, refletir e atender as necessidades para melhor saúde dos outros e de nós mesmos entendendo que ao se deixar o cuidado morrer, conseqüentemente o ser estará morrendo. No sentido comportamental, existe uma atitude que favorece a natureza individual, não deixando que o indivíduo se transforme em um ser desumano.

Para a enfermagem, o cuidado é específico, contempla competências éticas, estéticas e tecnocientíficas (LIMA; TEIXEIRA, 2007). O cuidado pode ser direto, com utilização de funções técnicas desenvolvidas com perícia e excelência (SILVA, 1989); pode ser cuidado instrumental e expressivo com atendimento a prescrições objetivas e prescritivas; cuidado expressivo caracterizado pelo aspecto psicossocial, a sensibilidade, ao relacionamento e ao apoio emocional. Engloba ainda o cuidado ético com respeito valorização, diálogo, felicidade e prazer para com o outro e o estético com embasamento na ética da vida, e solidariedade (TEIXEIRA; FIQUEIREDO, 2001).

2.2 O processo de cuidar

Vivenciamos atualmente no Brasil, um período de transição dos modos de produção do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde. Este período, fortemente influenciado por aspectos sociais, econômicos e políticos, trouxe a necessidade de incorporar às práticas de

cuidados à saúde referenciais que considerem as pessoas em suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Este tem sido o grande desafio para a humanização do cuidado à saúde considerando-se o cenário brasileiro marcado fortemente por desigualdades sociais e econômicas que tem forte impacto sobre o cenário de transição epidemiológica e pelo modo como as pessoas vivenciam o processo saúde-enfermidade.

A proposta de organizar os serviços de saúde brasileiro surgiu por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Trouxe a necessidade de redefinir os mecanismos regulatórios de atenção à saúde que passaram a ter como objetivo viabilizar ações integradas de cuidados e proporcionar a descentralização nos serviços, tornando o acesso e a disponibilidade ao alcance da população, sendo necessária a reformulação da gestão bem como aos profissionais de saúde o surgimento de um novo modelo ético. Houve a difusão da democratização da assistência a saúde. Responsabilidade do fato se deu por meio de movimentos sociais, com destaque ao Movimento da Reforma Sanitária na década de 70, posicionando-se contra o então modelo econômico da saúde popular com enfoque econômico desprezando o enfoque social. Como resultado, grande parte da população apresentava desfavorável poder aquisitivo o que por conseqüência levava a deixar esta população longe dos principais meios de subsistência que proporcionassem a sociedade uma vida digna (BRASIL, 2001).

Até então, predominava o modelo hospitalocêntrico com o cuidado centrado na atenção curativa e reabilitadora das doenças (MENDES, 2001). É iniciada a transição dos modos de produção do cuidado levando em consideração aspectos econômicos, sociais, políticos bem como dimensões biológicas, psicológicas e culturais do indivíduo ou do grupo.

Para proporcionar adequação a qualidade dos serviços desenvolvidos visando a saúde dos indivíduos, existe importantes instrumentos que servem para operacionalizar proporcionando a construção de novos modelos de atenção a saúde, são eles, a política e a gestão (CAMPOS, 2003).

Neste contexto, um modelo assistencial de trabalho é estruturado. Este modelo está direcionado aos determinantes das condições de saúde da população, deixando de lado a idéia de desenvolver somente o tratamento da doença. Isto começa a ser possível com a criação do Sistema Único de Saúde, com sua proposta embasada em princípios filosóficos/ideológicos contemplando a equidade, a integralidade, a universalização do acesso e por princípios organizativos que abrangem a descentralização, regionalização e a hierarquização, resolutividade, participação e controle social (BRASIL, 1990).

Com a criação do sistema público, seus princípios e diretrizes que visam proporcionar a promoção da saúde dos indivíduos, originou-se um sistema unificado das instituições de saúde. Para tanto, fez-se necessário a criação de ações integradas e proporcionar descentralização nos serviços. Desta maneira, seria possível o acesso e a disponibilidade da saúde ao alcance da população, sendo necessária a reformulação da gestão bem como aos profissionais de saúde o surgimento de um novo modelo ético (BRASIL, 2001).

A utilização do princípio da integralidade vem de encontro a esta nova proposta de modelo ético, proporcionando auxílio a reformulação da gestão.

Como forma de orientação as práticas de saúde, enfoque maior é dado a integralidade, com sua assistência holística para promover saúde, proporcionar a prevenção e cura da doença. De acordo com Mendes (2001, p.102):

a organização das práticas de saúde, pautada na integralidade, exige o rompimento da atenção dos sistemas convencionais fortemente centrados na atenção curativa e reabilitadora das doenças para a promoção da saúde e prevenção das doenças. A cultura hospitalocêntrica é superada por uma cultura que privilegia a atenção integrada e o modo de atendimento muda o foco do individual para o coletivo, identificando pessoas ou grupos em situação de risco e desenvolve ações para atender as diferentes necessidades de grupos ou pessoas.

Como um princípio do SUS, a integralidade engloba as dimensões social, cultural e biológica do cliente, sendo maneira de orientação as políticas e ações de saúde, tendo em vista o atendimento das demandas bem como suas necessidades que possibilitam o acesso as redes de serviços de saúde. (SILVA; SENA, 2008).

Ao se reportar a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a integralidade que representa uma das diretrizes do SUS, está inserida como atendimento integral. Em seu artigo 198 dispõe sobre:

Art.198. as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais:

III – participação da comunidade.

Para afirmar a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) em seu Capítulo 2, onde trata sobre os Princípios e diretrizes estabelece:

Art. 7 – As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema único de Saúde são desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

II – integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Ao se reportar ao atendimento em saúde desenvolvido por profissionais em suas diferentes áreas, pautado no Sistema Único de Saúde (SUS), direcionado-se ao princípio da integralidade, é possível dizer que “o SUS deve oferecer a atenção necessária a saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e as comunidades, em quaisquer níveis de complexidade”.(BRASIL, 1990).

Conforme os autores Cecílio; Merhy (2007), para desenvolver o cuidado em saúde, faz-se necessário a articulação detalhada relacionados a rotina, aos procedimentos, aos atos, aos fluxos e aos saberes. Desta maneira os resultados em melhoram a maneira de articulação das práticas dos membros da equipe de saúde do hospital, para se alcançar a integralidade em máximas ou mínimas proporções.

A integralidade está relacionada ao processo de cuidado por meio de procedimentos e técnicas implementadas, porém o cuidado é compreendido como uma dimensão humana pautado na intersubjetividade. Desta maneira, são proporcionadas práticas inovadoras nos vários campos de atenção, de cuidado a saúde e do sistema de saúde (AYRES, 2001).

A integralidade deve ser entendida nas práticas dos profissionais de saúde como grande valor a ser utilizado durante as respostas aos clientes que a eles recorrem. Está envolvida em saber atender o usuário que busca assistência não só no que relaciona-se a seu sofrimento e sua doença. A integralidade deve ter uma visão ampla do que o usuário necessita para restabelecimento de sua saúde por meio de identificação precoce do diagnóstico, diminuindo sua angústia em decorrência do estado de saúde comprometido, o que conseqüentemente irá melhorar a diminuição do fatores de risco do indivíduo, cabendo ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de saúde (MATTOS, 2006).

A compreensão do princípio da integralidade está ligada a qualidade da atenção e do cuidado que se tornaram motivo para maiores preocupações e responsabilidades dentro do sistema de saúde. Com isto, é dado grande valor ao entendimento da relação de usuários com

a visão da maneira de um indivíduo ou de um grupo (coletivo) relacionados aos trabalhadores e serviços de saúde.

Torna-se importante a compreensão do indivíduo ou de um grupo de indivíduos em relação a compreensão dos trabalhadores e serviços de saúde. A integralidade está relacionada ao processo de cuidado por meio de procedimentos e técnicas implementadas, porém o cuidado é compreendido como uma dimensão humana pautado na intersubjetividade. Desta maneira, são proporcionadas práticas inovadoras nos vários campos de atenção, de cuidado a saúde e do sistema de saúde (AYRES, 2001).

De acordo com Cecílio (2002), a atenção integral de um usuário dentro do hospital é resultante de uma abordagem holística, integral de cada indivíduo que necessita de cuidados de saúde e hospitalares durante um período de sua vida. Desta maneira, a integralidade do cuidado se relaciona a utilização de todas as tecnologias de saúde visando melhorar ou até mesmo prolongar o processo de vida do indivíduo bem como proporcionar um ambiente de conforto e segurança para aquele que necessita da hospitalização.

Neste sentido, se reportando ao atendimento de saúde da população pediátrica, o processo de cuidar encontra amparo e respaldo legal em leis, normativas e resoluções. Durante o processo de hospitalização, os direitos da criança estão assegurados no Art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8.069 de 13/07/1990. Determina que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 2007).

Antes da promulgação do ECA, já existia desde 12 de outubro 1988, a adoção do programa “Mãe Participante”, que possibilitava aos familiares das crianças internadas o acompanhamento durante sua internação, participando nos cuidados diários. Após ganhar força com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Sociedade Brasileira de Pediatria apresentou ao CONANDA – Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – o documento “Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados”, que foi aprovado e se transformou na resolução número 41, de 17 de outubro de 1995 (BRASIL, 1995).

A partir de 2001, governantes e profissionais visando reavivar e valorizar no cuidado em saúde a humanização foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Este, entre suas propostas direcionou a humanização da assistência hospitalar pública aos clientes, com aprimoramento do relacionamento de

profissionais e usuários, entre o hospital e a comunidade e entre os profissionais visando melhoria na eficácia e qualidade dos serviços oferecidos (BRASIL, 2001).

Entendo a necessidade da recuperação de conceitos e de práticas humanizadoras, englobando a participação dos sujeitos no campo de saúde, através de suas relações e práticas deram origem através das estratégias governamentais traçadas pelo SUS onde do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar veio tempos após culminar na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde – PNH (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, avança ao que tange a regionalização e centralização da atenção e da gestão da saúde, mas por outro lado encontra-se fragilizado na fragmentação e verticalização dos processos de trabalho, em suas diferentes relações entre os usuários e os vários profissionais da saúde. A proposta de uma Política de Humanização da assistência da saúde tem por vezes como foco de suas ações o usuário do sistema como objeto do saber profissional. Porém cabe aos gestores incluir o trabalhador como indivíduo desta política, já que por vezes, este não é percebido como merecedor das práticas de humanização (BRASIL, 2006) “humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”.

De acordo com Brasil (2006), a co-responsabilidade dos atores do SUS para a produção da saúde está ligada a mudança na cultura da atenção dos usuários e gestão dos processos de trabalho com garantia aos usuários e seus familiares o direito a saúde. Aos profissionais cabe proporcionar condições de trabalho de modo digno com criação de novas ações além de participarem como co-gestores de seu processo de trabalho. Para tanto, são necessárias atitudes ético-estético-político. Ético no sentido da defesa da vida, estético no sentido da invenção das normas que regulam a vida e político no sentido das relações entre os homens e relações sociais.

Neste sentido, o acolhimento presente na PNH apresenta-se como fundamental para o processo de saúde que envolve atendimento pediátrico nos diferentes níveis de complexidade.

O cuidado em unidades de tratamento intensivo pediátrico deve ser desenvolvido de forma holística, dando importância aos diferentes tipos de dor, as experiências difíceis que a proporcionam, onde a criança e família podem identificar esta dor, exigindo da equipe de

enfermagem, um cuidado seguro, de qualidade e específico na tentativa de abrandar este momento em que crianças sofrem (OLIVEIRA, 2010).

Estudo com familiares de pacientes internados em UTI mostra que o acolhimento na visão da família, por meio da utilização de grupos de apoio é uma forma positiva, mostrando a satisfação, sentimento de serem acolhidos em suas necessidades de informações e apoio emocional. Mostrou ser possível que o uso do grupo promova uma prática assistencial humanizada e de maneira respeitosa. O desenvolvimento do acolhimento vem afirmar que a PNH está voltada ao atendimento de qualidade e humano a população usuária do SUS (OLIVEIRA, 2010).

Muito tem sido discutido sobre o modo de produção do cuidado em terapia intensiva pediatria. As pesquisas reforçam a importância da humanização do processo de cuidar da criança e da família e apontam lacunas no modo como tem sido implementado o cuidado, principalmente pela equipe médica e pela enfermagem que ainda caracteriza um modelo de cuidar centrado na doença e não no indivíduo e família.

Estes estudos denotam que o acolhimento ainda é precário nestes espaço assistencial podendo trazer repercussões sobre a recuperação da criança e no enfrentamento das famílias de uma situação altamente impactante sobre suas vidas.

Para Corbani; Brêtas; Matheus (2009) a humanização do cuidado de enfermagem está em saber tratar, prevenir, refletir e atender as necessidades para melhor saúde dos outros e de nós mesmos entendendo que ao se deixar o cuidado morrer, conseqüentemente o ser estará morrendo. No sentido comportamental, existe uma atitude que favorece a natureza individual, não deixando que o indivíduo se transforme em um ser desumano. Fato este é extrema importância para atuação em UTIP, para o lidar com criança e seus familiares.

O acolhimento da criança e da família devem ser desenvolvidos de maneira a seguir a PNH, o acolhimento pode ser compreendido como diretriz ética, estética e política servindo de base para produção de saúde que com utilização de ferramentas tecnológicas que constroem vínculo, com escuta de qualidade, sendo garantido o acesso com responsabilização e também a resolutividade nos serviços. Torna-se imprescindível para o sucesso nos processos de produção de saúde que exista uma base importante no afeto possibilitando uma rede de conversação entre relações (BRASIL, 2006). Aponta ainda que acolhimento pode ser entendido como uma maneira para se desenvolver os processos de saúde, a forma de atendimento aos que a procuram, tendo a sabedoria para ouvi-los em suas solicitação sendo passível de acolher, escutar e dar respostas bem elaboradas aos clientes. É proporcionar

atendimento com resolutividade e responsabilidade ofertado não só ao usuário mas também a sua família, mesmo quando se fizer necessário a interligação com a continuidade do serviço de saúde .

O acolhimento pode ainda não ser apenas uma efetividade, pode consistir em uma atividade assistencial holística. Busca conhecer bem as precisões a cerca da saúde dos usuários, a melhor maneira satisfação com o atendimento. Para tanto, é necessária uma nova postura e o sentimento em receber, escutar e tratar de maneira humana os que recorrem aos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2003).

O cuidado a criança deve ser vinculado ao cuidado da família, respeitando vários aspectos, sendo a enfermagem a detentora de saberes capazes de apreender os sentidos éticos e bio-psico-sócio-espirituais durante a desenvoltura de suas atividades assistenciais.

Neste sentido, a preocupação em promover a saúde da criança fez com que no ano de 2004 o Ministério da Saúde por meio da Coordenação de Atenção à Criança, apresentasse a Agenda de Compromisso com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Este documento teve a proposta de orientação aos profissionais que lidam com crianças no sentido de focar suas ações seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, contemplando com um cuidado integral e multiprofissional podendo atender as necessidades e direitos individuais (BRASIL, 2005a).

Uma rede integrada de assistência deve ser organizada com base nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Sistema Único de Saúde e para usuários infantis no Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta articulação garante o direito de acesso aos serviços de saúde enfocando a integralidade individual e da assistência proporcionando a resolubilidade necessária e a equidade (BRASIL, 2005a).

De acordo com a Portaria 1071 de 04 de julho de 2005, as UTI são unidades de alta tecnologia, podendo atender grupos etários específicos. Voltadas ao atendimento de crianças, podem ser Unidades Assistenciais em Terapia intensiva pediátrico podendo atender clientes de 28 dias a 12 anos de idade, podendo atender até 18 anos, de acordo com as rotinas de cada unidade; também Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva Infantil atendendo a clientes neonatos (até 28 dias de vida) e pediátricos.

Para tanto são necessários recursos materiais e humanos suficientes para prestação do cuidado a criança na unidade intensiva pediátrica. De acordo com as recomendações da RDC 7 de 2010, são estipulados número de profissionais de saúde, incluindo da enfermagem,

materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento assistencial no ambiente de UTIP (BRASIL, 2010).

Houve a necessidade da criação de uma política voltada ao usuário em estado crítico. Surge então a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (PNAPC). A Portaria 1.071/05 aborda a PNAPC, criando UTI de acordo com a faixa etária e o nível de gravidade do paciente, sua formulação foi de acordo com Brasil (2005b):

“elaborar uma PNAPC alicerçada na necessidade de incorporação de uma perspectiva sistêmica da terapia intensiva, integrada e multifacetada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde, bem como sua progressiva qualificação sob aspectos técnicos, tecnológicos, organizacionais e humanizadores”.

Esta política busca estabelecer determinantes estruturantes e estruturais que sirvam com conceitos de referências levando a uma política real de qualificação progressiva do atendimento desenvolvido ao paciente crítico (BRASIL, 2005b).

Para a estruturação da PNAPC, foram elaborados quatro eixos estruturantes. São eles: “organização da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços; identificação das necessidades dos serviços na rede; qualificação dos serviços de terapia intensiva e financiamento” (BRASIL, 2005b). Aos gestores de saúde, cabe a identificação das necessidades estruturais, estabelecer critérios que possam contemplar os eixos estruturantes desta política para que possa ser colocada em prática e ser consolidada nas práticas de saúde ao paciente crítico.

Em relação ao cuidado, atualmente em terapia intensiva está associado a utilização e inserção de tecnologias visando a contribuir com a qualidade do trabalho bem como da qualidade da assistência e qualidade de vida tanto dos cuidadores quanto dos que são cuidados (SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008). Para as unidades críticas de pediatria este conceito também é aplicável.

A hospitalização infantil é fortemente marcada por um período em que famílias sentem-se fragilizadas e a criança vivencia um estresse emocional intenso relacionado principalmente aos fatores ambientais impostos quando deixam o espaço domiciliar e vivenciam o espaço hospitalar. A quebra do vínculo familiar, a dor, o desconforto físico, a intensa manipulação do corpo, a realização de procedimentos para o cuidar e a quebra das atividades cotidianas, demonstram o quanto a modificação das atividades diárias da criança podem ser traumáticas e ocasionar intenso sofrimento (CAGNIN; LISTON; DUPAS, 2004).

O cuidado crítico é entendido como a prestação da assistência a pacientes críticos ou potencialmente críticos representados como pacientes graves. Esses apresentam

comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com deficiência em sua auto-regulação o que ocasiona a substituição artificial de funções vitais e a necessidade de assistência contínua. Há ainda pacientes graves mas que apresentam estabilidade clínica, porém com risco potencial de agravamento do quadro e que também necessita de assistência contínua (BRASIL, 2005b).

Para a prestação de cuidado a clientes com risco de morte ou que não estão hemodinamicamente estáveis, é preciso profissionais qualificados e em ambiente adequado, caracterizando assim a área da medicina intensiva. A UTI teve seu marco consolidado em meados do século passado. Isto representa cerca de 50 anos, podendo ser ainda considerada, uma área recente, dentro das especialidades médicas.

As UTIP foram criadas a partir das UTIA na Escandinávia, no início dos anos 50, em vítimas da poliomelite (VICENT; THUIS; CERNY, 1997). Em 1967, era inaugurada nos Estados Unidos a primeira Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, no hospital infantil da Philadelphia (De NICOLA; TODRES, 1998).

Até a década de 1970, o cuidado intensivo pediátrico era lento e com o avanço científico e terapêutico houve o aprimoramento desta prática direcionada a UTI pediátrica. Neste período, Estados Unidos e Canadá foram os pioneiros (MOLINA, 2008).

Nos Estados Unidos, estudo realizado para descrever o crescimento e distribuição de leitos de UTIP, aponta que entre os anos de 1995 a 2001, houve significativo crescimento da disponibilidade de leitos pediátricos de cuidados intensivos, proporcionado melhor assistência a esta clientela (RANDOLPH et al. 2004).

No Brasil, a história das UTIP se deu na década de 1960. Existia nesta época não uma UTI mas uma sala de Atendimento Pediátrico Intensivo anexada ao pronto socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas, do Instituto da Criança “Professor Pedro de Alcantara” Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (HC-FMUSP). Nos anos de 1970 foram inauguradas as primeiras Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. A primeira foi no Hospital do Servidor no Rio de Janeiro no ano de 1971. Em 1974, surge a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) na Universidade de São Paulo, nesta circunstância já contava com pediatras capacitados a assistência intensiva (SOUZA et al., 2004).

Foi na década de 1990 que houve uma explosão das unidades de terapia intensiva, onde a UTIP por todo Brasil.

No Brasil, a difusão do número de leitos de UTIP existentes pelo SUS até janeiro de 2011 era de 162 para UTI tipo I, 1446 para tipo II e 760 para tipo III.

Ao se reportar ao Estado de Goiás, a história da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, de acordo com revisão dos dados cadastrais da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), foi identificado que as primeiras UTIP criadas no Estado se deu em Goiânia. Foi inaugurada em 1998 a UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital Materno- Infantil com 16 leitos. De acordo como censo da AMIB de 2010, conta atualmente com oito leitos de UTIP¹.

No ano de 2003, foi criada a unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital de Doenças Tropicais e Transmissíveis, referência ao atendimento ao tratamento a patologias como hanseníase, malária, acidente com animais peçonhentos, micoses profundas, síndrome da imunodeficiência adquirida AIDS, dengue, cólera, tuberculose e outras pneumopatias. Contava com 7 leitos. Atualmente, de acordo com censo da AMIB de 2010, conta com 5 leitos de UTI infantil mista¹.

Atualmente, a capital do Estado de Goiás conta com outras unidades de terapia intensiva. Em relação ao interior do Estado, foi inaugurada no final da década de 1990 a UTI infantil mista do Hospital Evangélico Goiano. Seu funcionamento se deu até por volta do ano 2004, quando onde houve seu fechamento. Foi reaberta no ano de 2008 e está em funcionamento, sendo caracterizada como mista² contando com cinco leitos.

Em 2003, na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, a UTIP pesquisada teve suas atividades iniciadas. Com sete leitos cadastrados, classificada como UTI tipo II, está em funcionamento ainda nos dias atuais².

Ainda em Anápolis, com a inauguração do Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo, referência em Urgências e Emergências em 2005, uma UTIP de cinco leitos teve suas atividades iniciadas, porém foi extinta no ano de 2009².

O Estado de Goiás conta hoje com várias UTIP. São encontradas também UTIP em Goiânia. Partindo para o interior, a cidade de Aparecida de Goiânia conta com este serviço. Anápolis dispões de UTIP. No sudoeste goiano, a cidade de Santa Helena disponibiliza leitos. Não são disponibilizados atendimento em UTIP em outras cidades do Estado.

2.3 A equipe de enfermagem

¹ Informações encontradas no censo da AMIB de 2010, sendo este o mais recente divulgado. Seu sítio na internet: [HTTP://www.amib.org.br/censo/censoTodos.asp?cod=undefined](http://www.amib.org.br/censo/censoTodos.asp?cod=undefined)

² Informações obtidas por membros do efetivo do hospital e/ou documentos internos.

Para atuação em UTIP faz-se necessário a equipe de enfermagem compreender as experiências de vida, a forma relacional, compartilhada e humana por meio da valorização da relação humana efetiva. O cuidado é compreendido como ações que envolvem atenção integral as necessidades dos usuários do sistema de saúde e requerem ações que contribuam para melhorar o estado de saúde da criança em estado crítico (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

Com esta perspectiva, estudos apontam para a reflexão do cuidado de enfermagem. Para o uso de tecnologias e humanização, suas implicações para o cuidar em pacientes críticos, demonstra que nos últimos vinte anos o cuidado está sendo objeto de inúmeros estudiosos, pesquisadores e teóricos de outras áreas do conhecimento, para a busca da compreensão dos diferentes conceitos e significados do cuidar (SILVA; SENA, 2008).

O cuidado a criança crítica requer individualidade no planejamento das ações voltadas também a família, que diretamente ou indiretamente permanecem hospitalizadas durante o período de internação pediátrico.

Importante lembrar que o cuidado de enfermagem pode ser apresentado de forma humanística, e em UTIP, o enfoque é dado a criança, a família e também a equipe, sendo todos são vistos com necessidade de terem a seu dispor cuidados integrais. O cuidado deve estar associado ao diálogo, ter profissionais com habilidades específica para cuidar de criança, proporcionando um cuidado humanístico, na essência de estar cuidando não só da criança em estado crítico mas também estar cuidando do familiar, integrando a prática diária da enfermagem ao relacionamento intersubjetivo, podendo entender a dimensão humana da equipe, da criança e da família (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

Quanto ao processo de cuidar no ambiente de UTIP, enfocando a equipe de enfermagem, são unidades onde são necessárias a equipe em geral de um preparo adequado para o desenvolvimento das atividades complexas. O conhecimento técnico científico, bem como a destreza nas habilidades técnicas são desenvolvidas no sentido de controlar rigorosamente as funções vitais. Desta maneira, proporciona a sobrevivência de crianças recém-nascidos, o que conseqüentemente reduz o índice de mortalidade. Entre os membros da equipe, os profissionais de enfermagem estão inseridos nesta linha de cuidado. (PEDROSO; BOUSSO; 2004).

Uma dificuldade apontada por vários autores para cuidar em UTIP, diz respeito ao sofrimento vivenciado por familiares durante a hospitalização da criança em UTIP. Estão presentes nestes familiares sentimentos de desespero pela quebra da unidade familiar, de culpa pela doença da criança, medo e incerteza em relação a morte o que levaria a quebra

precoce do ciclo vital. Estes fatores são fortemente expressos por familiares de crianças hospitalizadas em unidade de terapia intensiva pediátrica na literatura (ALMEIDA et al., 2009; BOUSSO; ANGELO, 2001; CÔA; PETTENGILL, 2011; HAYAKAWA et al. 2010; KISSOON, 2005; MOLINA; MARCON, 2009; MOLINA et al.; 2009; PAULI; BOUSSO, 2003).

O diálogo ineficaz entre família equipe de saúde vivenciado durante a hospitalização da criança, todo o seu sofrimento, em especial para a equipe de enfermagem. Compromete de forma significativa no cuidado a criança em estado crítico no ambiente de UTI. Os pais ao entrarem na UTIP por vezes convivem com o silêncio, em outras situações, estes pais entram chorando, desesperados, incompreensivos, fazendo várias reclamações e questionamentos. Esta situação faz com que profissionais da enfermagem tenham dificuldades em lidar com este problema. Nem sempre o cuidado humanizado é prestado em decorrência da incerteza do que deve ser dito, o que deve ser feito para acolher a família (MOLINA; MARCON, 2009).

Dentro da equipe de enfermagem, os profissionais que desenvolvem suas atividades em serviço de urgência, encontram um ambiente mais agressivo, tenso, com procedimentos complexos não tendo sempre número satisfatório de profissionais para executá-los, torna-se mais dificultoso o cuidar neste ambiente desgastante e gerador de estresse (GASPAR, 1997). Estas dificuldades são também apresentadas por integrantes da enfermagem que atuam em UTIP.

Por vezes a equipe de enfermagem tem no seu cotidiano uma sobrecarga de trabalho para compensar os baixos salários. Isto acarreta cansaço, tensão e mesmo dificuldade em conciliar vida profissional e pessoal, dificultando a execução do cuidado de enfermagem e ao mesmo tempo, não atendendo a humanização do trabalho destes profissionais (SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008).

Para o desenvolvimento do cuidado em UTI, são necessários a equipe de enfermagem especialização no trabalho a ser executado, passando por treinamento adequado, pois são as UTIs unidade fechadas e os profissionais necessitam de uma resistência diferenciada dos profissionais que atuam em unidades abertas (SANTORO, 2001).

O cuidado dispensado ao usuário pediátrico vem de encontro ao próprio sentido de cuidar do outro, com profissionalismo, dedicação, percebendo que durante a hospitalização da criança em UTIP, são necessários entendimentos dos fenômenos que envolvem a situação de separação, desespero e preocupação com a vida.

O cuidar em enfermagem deve ser sistematizado. Este é respaldado por meio da Sistematização da Assistência de enfermagem, Resolução COFEN 358/2009, que considera que o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional além de contribuir para atenção a saúde da população melhorando a visibilidade e o reconhecimento profissional.

A Enfermagem para desenvolver os cuidados críticos/intensivos pediátrico, necessita estar respaldada. Para tanto, lança mão da utilização de normatizações, resoluções, decretos, portarias, códigos de ética e do exercício profissional que tem sua fundamentação legal a partir de conselho de classe e políticas públicas de saúde (BRASIL, 1987; 2006; COFEN, 1992; 2004; 2007; 2009).

Neste sentido é importante ressaltar que a equipe de enfermagem tem a representatividade mais significativa no percentual quantitativo e orçamentário das instituições de saúde. Em UTI, mensurar este pessoal adequadamente leva ao padrão de qualidade desejado o que tem por consequência uma assistência de qualidade e profissionais desenvolvendo suas atividades harmoniosamente e em equipe (JYH; NÓBREGA; SOUZA, 2007).

Para que o padrão de qualidade do cuidado seja mantido, a avaliação da carga de trabalho da enfermagem é um fator relevante para que se possa ter o provimento de pessoas as unidades hospitalares.

Ao ser estabelecida uma ligação entre a organização do trabalho, o sofrimento psíquico e a carga mental no âmbito hospitalar, muitos trabalhadores apresentam esta sobrecarga mental, o sofrimento psíquico através de alguns elementos facilmente identificáveis por longas jornadas de trabalho, por ritmos acelerados de produção, por pressões repressora e autoritária da rigorosa e vertical hierarquia, na inexistência ou exigüidade de pausas para descanso ao longo das jornadas de trabalho, na alienação de trabalho e do trabalhador, na fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho realizado e de quem o desenvolve (PITTA; 1994).

A enfermagem desenvolve seu processo de trabalho durante 24 horas por dia na área hospitalar, o que intensifica o impacto das condições de trabalho. Quando existe escassez de trabalhadores de enfermagem, o desgaste aumenta em decorrência do ritmo de trabalho intensificado. Em consequência gera a desqualificação da assistência. Por vezes estes

profissionais escassos acabam cobrindo ausências de outros e assumindo funções que não são de sua responsabilidade. Esta exposição profissional aumenta o risco de adoecimento na equipe de enfermagem (FELLI, 2012).

Em relação a esta problemática, a PNH, a PNAPC, RDC 7 de 2010 e RDC 26 de 2012 tem definido recomendações que servem para que gestores de saúde desenvolvam o processo de trabalho aos profissionais de saúde, dentre eles os de enfermagem, a possibilidade de atuar em ambiente crítico com condições para o desenvolvimento do processo de cuidar, adequar o número de trabalhadores conforme o número de leitos bem como proporcionar a humanização não só ao usuário mas aos trabalhadores (BRASIL, 2006; 2005b; 2010; 2012).

3.1 Tipo de estudo

Para descrever o significado de cuidar em uma unidade de terapia intensiva pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem, optou-se por desenvolver um estudo de caso qualitativo, segundo os pressupostos teórico-metodológicos da hermenêutica moderna. Este referencial concebe o conhecimento do pesquisador e do sujeito como construções históricas e as relações sociais de natureza dialógica e intersubjetiva (COSTA, 2002).

O estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro de seu contexto real, quando as fronteiras entre o fenômeno e este contexto não estão claramente definidas (YIN, 2002). O propósito deste tipo de investigação não é representar o mundo, mas representar o caso na tentativa de compreender sua complexidade (JAPIASSU; 1994; STAKE, 2000).

O estudo de caso focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. Tem como princípio básico, que “para compreender melhor a manifestação geral de um problema, as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas devem estar relacionadas à situação específica onde ocorre e a problemática a que estão ligadas” (LUDKE, ANDRÉ, 1986, p.18-9).

Neste estudo, o caso está direcionado ao significado de cuidar na UTIP na perspectiva da equipe de enfermagem.

3.2 Aspectos éticos

Este estudo de caso obedeceu aos critérios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UniEvangélica sob o protocolo nº0138/10 (ANEXO A). Após aprovação iniciou-se a coleta de dados que ocorreu de dezembro de 2010 a agosto de 2011.

Antes de iniciar o estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi apresentado e assinado mediante a autorização dos participantes. As informações obtidas foram registradas de modo a não permitir a identificação dos participantes (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), tendo apenas um número correspondente a cada pessoa, para o controle do pesquisador.

Foram efetuados os esclarecimentos quanto ao sigilo, ao anonimato e a liberdade em interromper a participação na pesquisa no momento em que quisessem, sem que isso lhes acarretasse danos pessoais e/ou profissionais. Ainda foram apresentados aos participantes, os objetivos do estudo e que os dados coletados serviriam para elaboração de trabalho científico.

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, cidade do interior do Estado de Goiás.

Trata-se de uma unidade de referência ao atendimento intensivo pediátrico a Anápolis e cidades circunvizinhas. Em funcionamento desde março de 2003, oferece atendimento especializado a usuários do SUS e usuários de planos de saúde complementar.

Sua capacidade é de sete leitos para tratamento intensivo e cinco leitos para tratamento semi-intensivo.

3.4 O Grupo Social Pesquisado

Foram convidadas a participar do estudo todas as profissionais da equipe de enfermagem da UTIP que tivessem no mínimo um ano de atuação no serviço de terapia intensiva pediátrica. Neste período a equipe de enfermagem contava em seu quadro com um efetivo de seis enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e sete auxiliares de enfermagem. Foram excluídos um auxiliar e três enfermeiras que atuavam no serviço há menos de um ano e uma enfermeira que era a pesquisadora do estudo.

Neste contexto, o grupo social pesquisado foi composto por duas enfermeiras, seis técnicos de enfermagem e seis auxiliares de enfermagem, num total de quatorze participantes. Todos foram abordados durante o turno de trabalho respeitando a dinâmica de trabalho na unidade. Para garantir o anonimato dos participantes (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), as informações obtidas foram registradas por meio de um código³, para o controle da pesquisadora e anonimato das pesquisadas.

³ Participante 1 identificação(P1), Participante 2 identificação (P2) contemplando todas as participantes.

3.5 Estratégia para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de observações e entrevistas semi-estruturadas. A observação participante é a técnica de coleta de dados qualitativos que acontece por meio do contato direto do pesquisador com o seu objeto de investigação científica, visando obter informações acerca das pessoas em seus contextos e em suas realidades.

Esta etapa objetiva descrever o ambiente, as atividades desenvolvidas, os sujeitos sociais, seus atributos, suas crenças, valores e aspirações no contexto investigado, possibilitando a inserção do pesquisado no campo para compreender a realidade investigada (GUALDA; HOGA, 1992).

Durante a observação são registrados dados visíveis e de interesse da pesquisa. As anotações podem ser feitas por meio de registro cursivo (contínuo), uso de palavras-chaves, check-list e códigos, que são transcritos posteriormente (DANNA; MATOS, 2006).

Considerando que a pesquisadora responsável pelo estudo faz parte da equipe de enfermagem em estudo, antes de iniciadas as atividades de coleta de dados, foram realizadas por duas semanas um processo para tornar imparcial a pesquisadora e desvincular o papel da enfermeira pertencente ao grupo e sim surgir o papel da pesquisadora. Neste momento, houve a entrada no campo de pesquisa, foram necessárias conversas informais e orientações sobre o objetivo da pesquisa, assim como explicações sobre a intenção em querer descrever o significado de cuidar nesta UTIP. Durante este período, a pesquisadora estava inserida no ambiente de trabalho das pesquisadas, participando de suas atividades diárias e mostrando estar imparcial durante a execução do cuidado. Esta atividade foi essencial para o estabelecimento do vínculo com as pesquisadas e da relação de confiança para a realização das entrevistas e observações participante.

Durante o período inicial de observações (período de duas semanas referente a tornar imparcial a equipe), a pesquisadora realizou a primeira abordagem aos participantes, apresentando-lhes os objetivos da pesquisa e as intenções em estudar o processo de cuidar na UTIP. Neste momento, aqueles que concordavam e tinham disponibilidade para serem entrevistados assinavam o TCLE (APÊNDICE A). Por vezes, houve a oportunidade de realizar o agendamento da entrevista de acordo com a disponibilidade dos participantes,

andamento do serviço e em data e hora por elas estipulado. Todos fizeram opção para entrevista durante o turno de trabalho onde foram realizadas em sala privativa na própria UTIP, porém de modo que não atrapalhasse o desenvolvimento das atividades profissionais.

Após este período de duas semanas, foram iniciadas as observações que serviram para a realização da pesquisa. Seguiu o seguinte roteiro constando os temas de observação: observação das atividades desenvolvidas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, observação da maneira de desenvolvimento do cuidado a crianças e seus familiares, observação do relacionamento equipe-criança-família, observação da realidade para cuidar desenvolvido na UTIP (APÊNDICE B).

As observações foram registradas em um diário de campo a maioria tão logo era encerrada a sessão de observação. Algumas vezes, logo após as entrevistas, foram registradas e gravadas as percepções, observações e reflexões críticas da pesquisadora acerca do contexto observado.

A entrevista é uma modalidade de comunicação entre o pesquisador e o pesquisado e pretende obter informações sobre indivíduos e fenômenos. É necessário que se estabeleça entre pesquisador e pesquisado a empatia, no sentido do desenvolvimento de interação entre entrevistado e entrevistador, mantendo sempre a serenidade durante a entrevista focando sempre em seu objetivo (MINAYO, 2004).

Todas as entrevistas foram agendadas e realizadas no próprio hospital, em um local privativo de modo que os participantes tivessem assegurados a sua privacidade e a liberdade de expressão. As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro que continha informações que permitiram a caracterização sóciodemográfica (idade, gênero, tempo de formado, tempo de atuação na UTIP) e as seguintes questões norteadoras: *Descreva como é seu dia-a-dia de trabalho na unidade de terapia intensiva pediátrica? Como você se sente cuidando de crianças em estado crítico? Como é o seu relacionamento com os familiares dos pacientes? O que significa para você cuidar da criança e do familiar no ambiente da UTIP? Como é a realidade do cuidar na UTIP?* (APÊNDICE B).

Durante as entrevistas, o comportamento das participantes foi variado, algumas ansiosas, outras bem a vontade, outras dizendo estar se sentindo muito importante. Durante todo o período das entrevistas, a pesquisadora procurou deixá-las a vontade para exposição de suas idéias, seus pensamentos, dando oportunidade para informações reais fossem expressas.

Por vezes o sentimento de desabafo, de frustração, de gostar foram descritos pelas participantes.

Todas as entrevistas foram gravadas por meio do MP3 mediante a autorização dos participantes e transcritas na íntegra assim que encerrada a sessão. O tempo de duração das entrevistas variou de 30 minutos a 1 hora e 20 minutos.

3.6 Análise dos dados

A análise dos dados qualitativos é processual e tem a finalidade de verificar o que é dito com o que é realmente feito, e neste sentido, as informações coletadas a partir das observações e entrevistas precisam ser continuamente verificadas e interpretadas a luz do referencial teórico para que os significados sejam compreendidos pelo pesquisador.

Inicialmente, foi realizada a etapa de redução e organização dos dados. Nesta etapa, os pesquisadores realizaram a leitura crítica das transcrições e notas de campo. À medida que se aprofundou a leitura dos dados foi realizada a identificação das unidades de significados, formadas por fragmentos textuais representativos de significados para os participantes (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUSS, CORBIN, 1998).

Nesta etapa da análise de dados foi possível construir as explicações, identificando crenças e valores, analisando conceitos iguais em outros ambientes ou na busca de dados que possam trazer complementação relevante (MORSE; FIELD, 1995).

As unidades de significados semelhantes foram agrupadas em núcleos temáticos, relacionados ao significado do cuidar na UTIP. Importante ressaltar que o contexto sócio-cultural é importante e necessário para a compreensão das narrativas dos participantes.

Nas narrativas das participantes foram feitos ajustes gramaticais conforme a ortografia da língua portuguesa no sentido de tornar as falas adequadas ao trabalho científico. Porém em nenhum momento foram alteradas as falas, sendo mantida a fidelidade do que foi dito em entrevista.

Por fim, procedeu-se a interpretação dos dados com base no referencial teórico construído nas narrativas dos pesquisados bem como por meio das reflexões e percepções da pesquisadora. Foi possível utilizar as ferramentas conceituais que expõe as interpretações, utilizando para tanto a identificação com os dados.

Neste momento é fundamental a comparação, entendida como principal ferramenta, apontar diferenças e semelhanças, levando a conclusões a serem comparadas a estudos interligados (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUSS; CORBIN, 1998).

4 O SIGNIFICADO DE CUIDAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Neste capítulo, serão apresentadas e discutidas as características do grupo social pesquisado e a análise interpretativa dos sentidos atribuídos ao cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Foram identificados os núcleos temáticos cuidado como um fazer técnico; cuidado como humanização, cuidar por gostar ou por sacerdócio, cuidar como gerador de tensão.

4.1 Caracterização da UTIP

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis. Esta unidade está em funcionamento desde março de 2003 e oferece atendimento especializado a usuários do SUS e de planos de saúde suplementar.

Trata-se de uma UTIP mista⁴, do tipo II⁵, preparada para atender neonatos e crianças de zero a 12 anos (conforme estabelecido pela própria unidade hospitalar), que necessitam de cuidados intensivos. Nesta unidade são realizados cuidados intensivos clínicos e cirúrgicos. Vale ressaltar que na cidade de Anápolis existem apenas duas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

A unidade pesquisada é dividida em dois ambientes de internação: um que corresponde a própria UTIP com sete leitos e outro que corresponde ao local em que são prestados cuidados semi-críticos denominada Unidade de Apoio com cinco leitos. Estas unidades correspondem 12 leitos. Estas duas unidades ocupam lugares distintos, ficando próximas uma da outra e as duas localizam-se dentro da área destinada a internação de pediatria da instituição em estudo. Neste contexto, a equipe que atua neste ambiente é responsável pelos cuidados das crianças internadas nestes doze leitos.

Logo na entrada da UTIP, encontra-se uma sala de recepção dos usuários e familiares e da equipe multiprofissional. Neste espaço há uma sala utilizada tanto para reuniões com familiares quanto espaço de convivência da equipe. Há uma mesa redonda, cadeiras, um armário de parede e um suporte para acomodar os pertences dos familiares durante horário de

⁴ São unidades de atendimento a clientes de 0 a 14 anos, incluindo o atendimento a neonatos, conforme a Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998.

⁵ São UTIs que contam com contingente multidisciplinar e de especialidades, serviços de apoio, materiais e equipamentos destinados ao cuidado crítico de maneira humanizada, conforme Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998.

visita. Esta sala dá acesso aos quartos de repouso médico e de enfermagem que contam com banheiro individual em cada um deles e uma cama.

A área de internação contempla o posto de enfermagem, local de guarda de materiais e equipamentos, rouparia, expurgo e o espaço onde estão distribuídos sete leitos. Destes sete leitos, um é de isolamento, com banheiro individual, monitor multiparâmetro, bombas de infusão, acomodação adequada a idade do usuário (berço, incubadora, cama), armário suspenso. As paredes são feitas de alvenaria e em uma delas existe um vidro transparente que possibilita visualização área interna.

Nos demais leitos há um painel contendo aparelho de monitorização multiparamétrica e/ou oxímetro de pulso, bombas de infusão e os ventiladores mecânicos. Foi percebido que os mobiliários que acomodam os usuários não são fixos, ora são camas, ora são incubadoras, ora são berços aquecidos ou com grades, variando de acordo com a idade e o tamanho do usuário. A equipe de enfermagem é quem organiza estas acomodações, carregando o que necessita e guardando o restante dos mobiliários.

Dados obtidos dos registros de internações hospitalares apontaram que desde sua criação até a data de coleta de dados, o serviço já havia admitido mais de mil crianças. Em média passam por este serviço em torno de 21 crianças por mês. Durante o período de coleta de dados o número de internações foi de 195 pacientes. Foram registrados neste período, um total de 18 óbitos, ou seja, 9,23% do total de internações, com média de 2 óbitos por mês.

A admissão do usuário na UTIP pode ocorrer via ligação telefônica por meio de solicitação de vagas de unidades do próprio hospital (pronto socorro pediátrico, unidade de internação de pediatria e centro cirúrgico), de outras instituições de saúde do município ou de outras cidades. Atualmente, está funcionando o serviço de Central de Regulação de Leitos Hospitalares, que tem como objetivo a mediação do número de leitos disponíveis nos hospitais com a demanda, proporcionando melhor e mais rápida distribuição dos clientes que necessitam do cuidado crítico especializado. No entanto a liberação da vaga por contato telefônico com o médico da própria instituição ainda é praticado.

4.2 A descrição do grupo social pesquisado

Identificou-se que todas as participantes eram do gênero feminino, com a idade média de $34,28 \pm 11,18$ anos, variando de 25 a 48 anos. O tempo de formação foi em média

O significado de cuidar na unidade de terapia intensiva pediátrica

9,5 ± 5,34 anos, com atuação em UTIP de 5 ± 3,56 anos. Neste grupo prevaleceram profissionais do nível médio (seis técnicas e seis auxiliares de enfermagem) que diferem entre sua forma de contratação e formação profissional. As duas enfermeiras participantes eram especialistas; entre os técnicos e auxiliares, apenas um auxiliar de enfermagem fez aprimoramento (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo.

PARTICIPANTE	IDADE (anos)	SEXO	CATEGORIA	CATEGORIA	TEMPO DE FORMADO	TEMPO DE ATUAÇÃO
			PROFISSIONAL CONTRATAÇÃO	PROFISSIONAL FORMAÇÃO		
P1	32	F*	AE**	TE	6	5
P2	40	F	TE***	TE	18	6
P3	28	F	AE	TE	4	4
P4	32	F	TE	TE	11	6
P5	28	F	TE	TE	9	7
P6	30	F	AE	TE	9	3
P7	34	F	TE	TE	8	7
P8	25	F	AE	TE	6	3
P9	48	F	TE	TE	18	6
P10	27	F	AE	TE	6	5
P11	28	F	AE	TE	6	2
P12	42	F	TE	TE	20	8
P13	38	F	ENF	ENF	4	2
P14	48	F	ENF*****	ENF	8	6

*F – feminino. **AE – auxiliar de enfermagem. ***TE- técnico de enfermagem. *****Enfermeiro.

Trata-se de uma equipe experiente no cuidado crítico pediátrico o que contribuiu para que o significado de cuidar na UTIP fosse descrito em profundidade, de modo a tornar evidente o cotidiano de trabalho nesta realidade social. As participantes descreveram de modo fidedigno o cotidiano, os eventos, as situações marcantes e a realidade do trabalho nesta unidade.

4.3 Os sentidos atribuídos ao cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

A partir das narrativas da equipe de enfermagem que atua na UTIP constatou-se que os sentidos atribuídos pelas participantes ao cuidar é complexo e envolve dimensões técnicas, de humanização, das tensões e do gostar. Embora estes núcleos temáticos sejam apresentados e discutidos separadamente, fazem parte de uma complexa rede de significados compartilhada entre estas pessoas que vivenciam um ambiente organizacional, foi permeado por fatores positivos e negativos para a recuperação da saúde da criança em estado crítico. Neste sentido, a figura 1 representa de modo esquemático os núcleos temáticos.

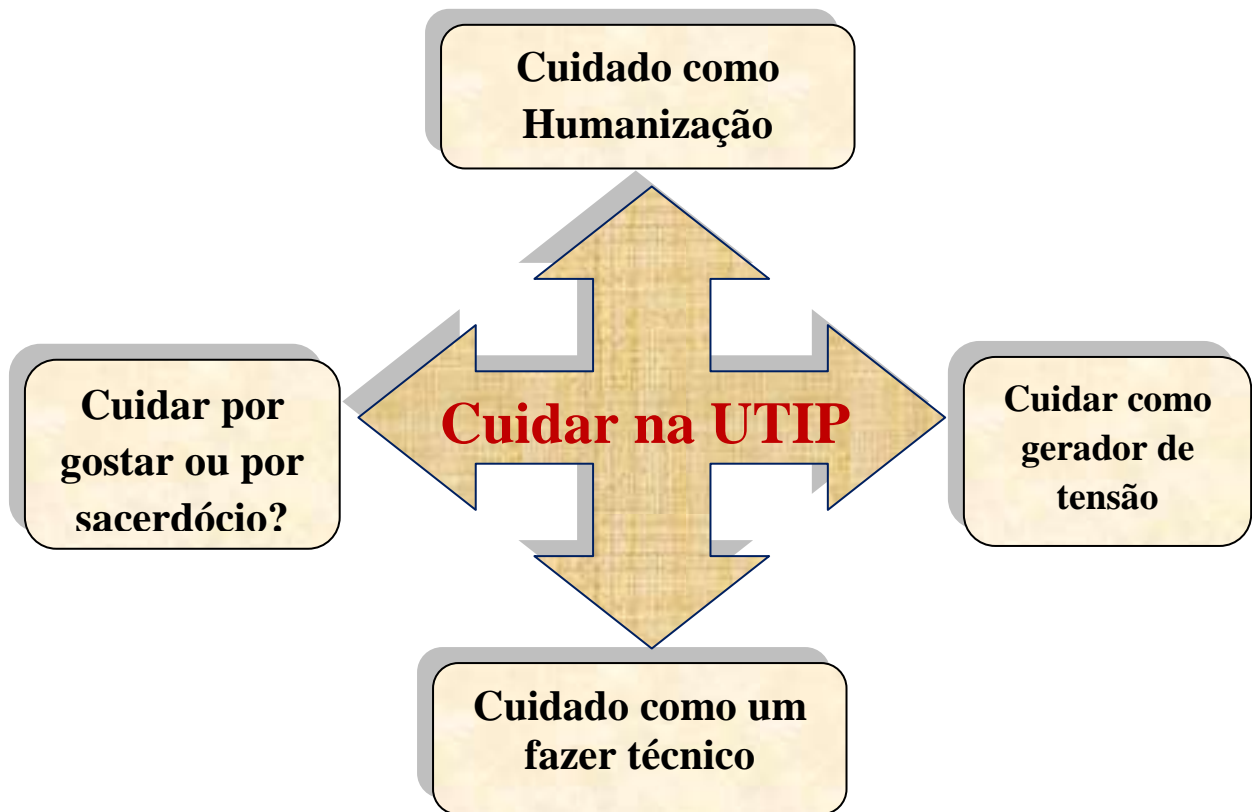


Figura 1 – Representação dos núcleos temáticos relacionados ao significado de cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Anápolis, 2012.

4.3.1 Cuidado como um fazer técnico

A partir das narrativas das participantes sobre o significado de cuidar na UTIP foram identificadas no cotidiano de trabalho da enfermagem que o cuidar como um fazer técnico está relacionado à organização física e funcional da unidade e as rotinas de cuidados ao usuário. As participantes mencionaram importantes questões enfocando principalmente ao cumprimento dos requisitos mínimos para funcionamento das UTI.

Na unidade pesquisada, sua estrutura física pode ser observada em dois espaços assistenciais, que embora tenham funções organizacionais distintas funciona sob uma mesma estrutura administrativa.

[...] Temos aqui 7 leitos. 6 na unidade e 1 leito de isolamento. Tem a enfermaria de apoio. Lá ficam pacientes que estão em melhor estado e condição (P 7).

[...] Eu tenho 7 leitos na UTIP e espaço para um leito extra. Temos 5 leitos com o apoio (P 13).

[...] na UTIP são sete leitos mas as vezes nós temos mais. A procura é muito grande ... no apoio são quatro berços, mas quando precisa coloca também no leito dos apartamentos. Já aqui na UTI são sete leitos (P 2).

A unidade contempla sete leitos de UTI. De acordo com as exigências para a abertura e funcionamento de UTI são necessários o mínimo de cinco leitos. Um número menor do que este torna impraticável e extremamente onerosa a internação. O rendimento em termos de atendimento não é satisfatório. (GOMES, 1988).

Sendo ofertados sete leitos de UTI, o atendimento ao usuário crítico pediátrico é realizado em conformidade ao estabelecido pela RDC 7 de 2010. Esta Resolução da Diretoria Colegiada estabelece critérios mínimos para unidades de terapia intensiva pediátrica inclusive ao que diz respeito ao número de leitos, equipamentos e materiais por leito (BRASIL, 2010).

A oferta destes leitos proporciona atendimento intensivo pediátrico a uma população de usuários que tem cada vez mais um número restrito de leitos disponibilizados pelos serviços de saúde. Conforme estudo realizado contemplando o número de leitos em UTIP, foi observado que a sua maioria encontra-se em hospitais gerais. Este fato se dá devido a maior diversidade de serviços diagnósticos e terapêuticos. Em segundo lugar estão os hospitais-escola. Outro ponto de relevância é que as UTIP encontram-se em maior número, ou quase em totalidade em capitais ou cidades da região metropolitana, sendo pouco encontradas em cidades do interior dos Estados (SOUZA et al., 2004).

Mesmo se tratando de ambiente de UTI, o leito de isolamento faz-se necessário. É neste espaço que podem ser recebidos usuários que necessitam de precaução total, com necessidade de local separado e reservado (BRASIL, 2010).

Importante ressaltar que foram descritos pelas participantes leitos de apoio. Estes leitos se caracterizam como leitos em unidade de cuidados semi-intensivos de acordo com Brasil, (2010). O atendimento semi-intensivo possibilita assistência aos usuários oriundos das UTI, porém que não necessitam de cuidados intensivos ininterruptos.

Para atendimento a cuidados críticos e semi-críticos, os leitos disponibilizados devem estar de acordo com o preconizado na RDC 7 de 2010. O atendimento a esta exigência proporciona a padronização tecnológica e de cuidados prestados aos usuários, respaldados na legislação vigente (BRASIL, 2010).

Para que o cuidado aconteça de modo eficaz no ambiente da UTIP foram apontadas a necessidade de recursos materiais como camas, berços aquecidos e com grades, incubadoras, equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos, saída de vácuo e oxigênio.

[...] Aqui dentro possui 7. Com equipamento para 7, oxímetro, bomba de infusão, oxigênio, ar comprimido, vácuos é para 7 Tem o apoio da UTI que é o lugar que pode ser colocado da UTI mas que não esteja grave, que não esteja precisando de cuidados intensivos (P 8).

[...] Existem dois lugares, a UTI e o apoio. Na UTI ficam as crianças graves que precisam de respirador de bomba de infusão de monitor, no apoio as crianças que não precisam de cuidados constantes, que podem ficar em berço comum, que estão terminando tratamento (P 2).

A organização de uma unidade de cuidados intensivos deve ser pautada nas exigências dos órgãos competentes, atendendo suas recomendações, levando em considerações o tipo de usuário o tipo de atendimento realizado e os recursos tecnológicos necessários. O ambiente organizacional é necessário para auxiliar os profissionais de saúde durante o desenvolvimento do trabalho. Ainda conforme a RDC 7 de 2010, em relação aos recursos materiais, as bombas de infusão são de quatro para cada leito, sendo necessária reserva de uma para cada três leitos (BRASIL, 2010).

Atualmente, a RDC 7 de 2010 que está em vigência, preconiza um total de um monitor ou oxímetro de pulso por leito, dois ventiladores pulmonares por leito, quatro bombas de infusão de volumes para cada leito (BRASIL, 2010).

Desta maneira, a UTI pode ser entendida como local de utilização de recursos humanos e materiais, apoiados nos avanços tecnológicos, proporcionando assistência permanente para as condições vitais do usuário. A monitorização é realizada durante as 24 horas, objetivando a recuperação da saúde com intervenções rotineiras e em situação de emergência, visando o restabelecimento do usuário (CORONETTI et al., 2006).

Torna-se imprescindível a adequação as recomendações quanto ao número de materiais e equipamentos para que o usuário possa ter assegurada uma assistência de qualidade. Foi percebido que o local de pesquisa dispõe dos recursos materiais adequados a assistência, pautado nas exigências da RDC 7 de 2010.

O entendimento das participantes em descrever aspectos relacionados a rotina de cuidados focada no cuidado como fazer técnico, apontara atividades rotineiras como o recebimento do plantão, preparo e administração de medicamentos, higienização entre outros:

[...] Chegar e receber o plantão. Olhar os prontuários, as medicações, prescritas, verificar os SSVV. Passar a dieta e fazer os relatórios! Passar o plantão. Isso quando não acontece de ter uma emergência (P 2).

[...] É dar um banho, uma dieta! Ver se não está molhado, evacuado ou alguma assadura. Ver se não está sentindo dor. Atender as necessidades biológicas das crianças mencionando a prioridade para a promoção da oxigenação, alimentação, higienização, medicação e eliminações. Passar uma dieta na hora certa, uma punção de veia. Se a criança evacuou trocar logo. Estes são os cuidados de enfermagem! (P 1).

[...] olhar no prontuário para saber a história da paciente o que aconteceu! Se está grave, ver que tipo de droga ele está usando. Logo já vou logo cuidar do paciente, ver o que está precisando! [...] verificar sinais vitais, se tem hidratação venosa, se tem veia perdida ou não. A necessidade do banho. Após vem a medicações. A dieta é oferecida. No final, faz o relatório (P 7).

[...] a gente divide os pacientes, a gente olha o prontuário, vê o que tem que fazer. Verifica sinais vitais, verifica se o paciente está grave ou mais estável. A gente troca a fralda e dá a dieta. Cuida! Poe para dormir, acalma a criança quando está mais agitada. Vai observando até o final do plantão e cuidando (P 5).

[...] Os cuidados mais importantes são: hidratação venosa, medicação, acesso venoso e primeiro lugar é: oxigênio, depois dieta e higiene, dar banho, trocar. Por último a organização de seção, guardar roupa. (P 8).

[...] Os cuidados são fazer os procedimentos de enfermagem como aerosol, cuidados com drenos junto com a enfermeira, Fazer a medicação na hora certa, o aerossol na hora certa! Às vezes quando dá a gente até pega a criança no colo para dar um carinho. [...] No colo dá um carinho melhor!

Mas como a criança está aqui na UTI, o melhor para criança são os cuidados, não tanto o carinho, porque se não ela estaria com os pais. Mas a gente dá mais cuidado que carinho. O carinho é bom, mas os cuidados são muito importantes (P 9).

Durante o período de internação de usuários pediátricos, a equipe de enfermagem conforme as necessidades, as rotinas e recursos humanos disponíveis têm a responsabilidade de desenvolver o cuidado na busca da recuperação da criança (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

A preocupação com o preparo e administração de medicamentos foi apontado como importante durante o desenvolvimento do cuidar em UTIP pelas participantes. Estudo sobre diminuição de erros de medicação, sinaliza que para desenvolver o sistema de medicação são necessários a realização da leitura da prescrição, revisão e validação da prescrição, distribuição ou dispensação, preparo, administração, e acompanhamento do usuário para acompanhamento da ação ou reação ao medicamento. Erros ou falhas podem ocorrer em qualquer uma dessas fases. Desta maneira, é necessário ao profissional estar atento visando a segurança do usuário durante a medicação (YAMANAKA et al., 2007).

As participantes descreveram atividades de cuidado relacionadas a manutenção da rotina hospitalar. A alimentação, a higiene, o sono e repouso, a medicação são ações desenvolvidas durante os turnos de trabalho. Foi percebida a preocupação em traçar uma linha assistencial a ser implantada e implementada ao usuário. Para a prestação do cuidado em enfermagem pediátrica, são necessários aspectos relacionados à criança em sua dimensão biológica, social, espiritual, emocional e física, proporcionando de maneira abrangente o cumprimento das rotinas com a segurança, a tranquilidade proporcionando satisfação e conforto (PAIVA; SOUZA; SOARES, 2006).

Estudos apontam ainda neste sentido, que o cuidado não pode ser visto somente como técnico para o atendimento as rotinas. O cuidado é tanto visto pelo cuidador quanto por quem é cuidado como transformador e profundo, sendo necessário envolvimento. Desta maneira será possível envolvimento no modo de cuidar, facilitando-o e deixando de lado a idéia apenas do cumprimento de tarefas e rotinas. É neste momento que a atenção nas ações de cuidar relacionadas ao sono, repouso e conforto ao usuário de UTIP devem estar sendo desenvolvidas (WALDOW, 2001).

Neste sentido, a atenção voltada à alimentação em UTIP representa outro fator de importância para as pesquisadas. Demonstraram preocupação com a manutenção da nutrição adequada mesmo ao usuário crítico.

Mesmo entendendo a importância da integralidade do cuidado humanizado à saúde do usuário da UTIP, foi descrito que a maneira de trabalho centrada nas tarefas ainda impera neste ambiente organizacional.

A necessidade de prestar cuidado visando o cumprimento de tarefas é relevante, porém a humanização da assistência é fundamental (BRASIL, 2006). O carinho, o toque puderam estar presentes nas falas das participantes. Entretanto, o entendimento de que a enfermagem necessita cumprir com suas atribuições técnicas, aponta o sentido da organização da assistência desenvolvida na unidade pesquisada.

Durante a pesquisa, pode ser constatado que a equipe de enfermagem considera a avaliação do usuário para a elaboração de um plano de cuidados. O agravante está em não ser o enfermeiro o profissional que elabora esse plano de cuidados, conforme pode ser visto nas entrevistas.

No período noturno, pela inexistência de enfermeiro exclusivo para a unidade, a equipe técnica e de auxiliar de enfermagem assume responsabilidades e competências do enfermeiro. Por melhor que seja a intenção para cuidar bem, não é assegurado ao usuário pediátrico de UTIP o direito de ser assistido pelo enfermeiro continuamente durante a sua hospitalização.

4.3.2 Cuidado como humanização

A partir das narrativas das participantes foram identificadas dimensões do cuidado como humanização relacionadas a necessidade de estabelecer o vínculo com a criança e seus familiares. O sentido de cuidado nesta dimensão envolveu aspectos relacionados a afetividade e ações como acolher a criança e a família, aconchegar, tocar, brincar, pegar no colo sempre que possível. Estas foram as estratégias apontadas como importantes para a humanização do cuidado.

[...] as vezes eles estão sentido falta da mãe. Eu sento ao lado deles e converso. [...] Vou distrair a criança, tudo isso está incluído nesse cuidar (P 1).

[...] Gosto de conversar, de contar historinha para elas! [...] quando vou pegar a veia, digo: *faz de conta que é a formiguinha lá na sua casa!* [...] eu vou conversando, mesmo estando em coma! Sei que está me ouvindo de alguma forma! (P 3).

[...] o médico, a supervisora, nós técnicos, conversamos e fazemos de tudo para criança parar de chorar e dar um sorriso. [...] Às vezes a criança está chorando, a gente vai e coloca no colo e conversa para tentar consolar. Passa um pouquinho de amor, de carinho, de atenção (P 11).

[...] O remédio é importante, mas é preciso cuidar bem do paciente! Tem que ter o companheirismo, a sinceridade, o carinho. [...] conversar, estar mais próxima da criança, para ela acalmar. [...] uma criança que nós recebemos muito agitada, eu sentei perto e comecei a conversar. Durante a conversa ele acalmou! (P 12).

Para um relacionamento proporcionar o desenvolvimento do cuidado humanizado, é necessário uma comunicação efetiva. A comunicação pode ser expressa tanto pela linguagem não verbal quanto pela linguagem verbal ocasionando a enfermagem ter o processo de se comunicar como uma de suas atribuições (LOCSIN, 1998). Por sua vez, a enfermagem que tem o cuidado como sua essência de trabalho, utiliza a comunicação proporcionando a humanização do seu cuidado (SCHNEIDER et al., 2009).

Silva (1996), aponta a necessidade de desenvolver a comunicação de forma satisfatória ao cliente. Ao se tratar da pediatria, foi visto que a equipe de enfermagem valoriza o diálogo, vendo como necessária a conversa com a criança, explicando o ambiente, os procedimentos visando acalmar.

Neste contexto, dentre as tecnologias do cuidado de enfermagem, os profissionais utilizam a interação com o usuário, tornando o ambiente de alta tecnologia em um local de cuidado mais humanizado através de uma boa comunicação (ZACARIAS et al., 2009).

O diálogo efetivo entre equipe de enfermagem e usuários pediátricos durante a pesquisa possibilitou visualizar a importância de se desenvolver uma boa comunicação. Dar atenção, conversar, mostrar-se pronto não só para falar, mas principalmente para ouvir proporciona a humanização do cuidado, pautado no acolhimento e na integralidade de cada indivíduo.

Ainda no sentido de acolhimento do usuário, foi descrito o carinho, o toque e até mesmo do canto. As participantes mencionaram estes pontos em seus depoimentos.

[...] No caso dos pequeninhos que não entendem tentar fazer se sentirem aconchegados! [...] estar sempre em contato para a criança não se

sentir excluída. Com as crianças maiores, conversar! É importante um gesto de carinho. Durante uma medicação que é dolorida, não custa segurar na mão da criança! Fazer um carinho, ninar um pouquinho (P 10).

[...] Tocar! Uma forma de carinho, uma forma de puncionar, de colocar um aparelhinho, administrar uma medicação quando a gente tem tempo para isso, a gente tem que dar carinho, tem que saber tocar, conversar! (P 13)

[...] É pegar no colo! Acariciar a cabeça. Conversar com ele com voz de neném! Quando já é maior conta historinha, cantar com ele! (P 9).

Em ambientes como de UTI, repletos de alta tecnologia, com aparelhos sofisticados de última geração, que contribuem para a despersonalização do cliente, torna-se necessária a utilização do toque durante a realização das ações de cuidados (HUDAK; GALO, 1996).

Em nossa cultura temos o hábito de tocar mais em braços, antebraços, ombro e mãos por estarem mais desprotegidas. Mas ao cuidar de crianças, este toque não se restringe apenas a estas áreas. As crianças são colocadas no colo e são aconchegadas. Esta é uma maneira de estar proporcionando carinho e durante a prestação da assistência de enfermagem (SILVA, 1996).

Durante a promoção do cuidado à criança, a equipe de enfermagem mencionou adotar estratégias que favoreçam o estabelecimento do vínculo afetivo com a criança. A humanização do cuidado durante procedimentos como o oferecimento das medicações, está associada a preocupação em estar acalmando a criança contando histórias, conversando. Por consequência proporciona um melhor ambiente terapêutico da UTIP. Estas ações denotam a preocupação da equipe com a humanização da assistência à criança que envolve sentimento, interação, respeito por quem necessita ser cuidado. O carinho, a atenção, a emoção fazem parte das ações humanizadas que permeiam as atividades de enfermagem (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

É necessário que o acolhimento a criança seja desenvolvido pela equipe de enfermagem. Isto vem de encontro a PNH, onde o acolhimento deve ser visto sob a visão das diretrizes da ética (reconhecimento do outro, seu entendimento, diferenças, dores valores, alegrias, modo de viver e sentir), estética (com as relações diárias e as estratégias que dignificam a vida e o viver) e política (com o compromisso coletivo), (BRASIL, 2006).

Os cuidados individuais dispensados em UTIP devem estar pautados na integralidade, englobando o atendimento não só de cuidados técnicos, mas nas dimensões cultural, biológica e social do usuário (SILVA; SENA, 2008).

Torna-se necessário o olhar para dentro de si. Desta maneira, é proporcionada a transformação na relação de poder e usuário grave. Os profissionais de saúde tornam-se capazes de colocar sua humanidade em contato com a humanidade do outro e então desenvolverem um atendimento integral que aborde o corpo, mente e o espírito (FONSECA; LACERDA; MAFTUM, 2006).

Autores apontam que para que o cuidado adequado, o atendimento seja ofertado com qualidade, relacionamentos de empatia, afetividade e sensibilidade devem ser estabelecidos pela equipe que lida com o usuário (NASCIMENTO; ERDMANN, 2009)

A equipe de enfermagem demonstrou que o acolhimento, proporciona o cuidar humanizado por meio do tocar, do acalantar e acariciar. Procuram mesmo que empiricamente ou por achar estar fazendo o melhor para a criança dar o carinho durante a realização do cuidado humanizado.

Foi apontada a utilização do lúdico como forma de tratamento e de cuidar do usuário no ambiente intensivo pediátrico. Na unidade, a existência de brinquedos é limitada, seu improvisado é uma tentativa para promover momentos de descontração. A existência de livros infantis, pintura ou desenhos auxiliam na recreação. Usuários que podem sair da UTIP por alguns minutos (por vezes é utilizada bala de oxigênio portátil, cadeira de rodas) são levadas a área de recreação da unidade de pediatria que fica ao lado da UTIP.

[...] Eu brinco com as crianças. Teve até um dia que a mãe da N. chegou e eu estava com uns livrinhos, escrevendo com ela e a mãe disse: quando eu ia embora eu ficava pensando será que elas vão cuidar direito, será que elas tem mesmo paciência com a criança e agora vejo que elas tem mesmo. A mãe saiu toda feliz. (P 2).

[...] Tentar agradar, arrumar um brinquedinho, inventar um brinquedinho. A gente até enche uma luvinha de ar, desenha um bichinho, uma mãozinha, tenta fazer a criança ficar mais tranqüila. (P 7).

[...]As vezes tem um brinquedinho para a criança brincar! [...] brincamos com a criança, fazemos de tudo para a criança dar um sorriso e parar de chorar! (P 11).

[...] a gente trabalha muito com lápis e papel para expressar alguma coisa, para esquecerem com um pouquinho que estão dentro de um hospital! Um brinquedinho, as vezes alguma coisa que lembre eles da casa ou de uma pessoa que gosta! A gente tenta! [...] contam estorinhas, [...]quando possível

tira da UTIP e dá uma voltinha lá fora! Tenta dar um ar novo para eles. Acho que a gente faz até mais do que a condição oferece! (P 13).

O usuário da UTIP tem sua rotina interrompida. A quebra do vínculo familiar dificulta o processo de hospitalização e sua recuperação. O brincar em UTIP é fundamental na tentativa de minimizar o sofrimento, angústia, separação ocorrida com o processo de hospitalização. As participantes lançaram mão da criatividade para improvisar brinquedos, utilizaram lápis e papel, brinquedinhos de borracha para desenvolver a brincadeira.

Neste sentido, pesquisadores descrevem que a utilização do brinquedo na prática da assistência de enfermagem pediátrica proporciona a oportunidade de tornar o processo de hospitalização menos traumático para a criança. Na hospitalização, muitas vezes, a criança convive com o risco de morte e com restrições devido ao seu quadro clínico; no entanto, o sofrimento e as possíveis seqüelas causadas por uma internação podem ser minimizados quando se oferece um ambiente estruturado especificamente para favorecer o desenvolvimento das crianças (CARVALHO; BEGNIS, 2006).

São utilizados hoje os brinquedos classificados como o normativo que consiste em atividades espontâneas objetivando a satisfação das crianças e o terapêutico que consiste em uma atividade estruturada que necessita de profissionais que conheçam a técnica de aplicação (LEMOS et al., 2010).

Nas intervenções de enfermagem, a utilização do brinquedo terapêutico contribui para a diminuição do medo, da ansiedade, do estresse na tentativa de melhorar o estado físico e psicológico do usuário, fazendo o ambiente hospitalar mais humanizado (FRANCISCHINELLI; ALMEIDA; FERNANDES, 2012; MAIA; RIBEIRO; BORBA, 2008).

O cuidado desenvolvido pela equipe de enfermagem “Colocando-se no lugar do outro” foi mencionado como exercício essencial para compreender o usuário e familiares. Este aspecto ressalta a alteridade como habilidade essencial para o cuidar. Promove o envolvimento, o comprometimento com o usuário, com o serviço e o cuidar centrado na integralidade do cuidado.

[...] Eu me apego muito aos pacientes que internam! [...] quando eu chego em casa eu ligo para saber como está, não durmo enquanto eu não ligo aqui! [...] minha mãe brigou comigo, falou que eu tenho que esquecer mas já tornou parte de mim! (P 3).

[...] tem muitas crianças que ficam aqui muito tempo acabam até fazendo parte da vida, da rotina da gente!. Quando tem uma criança muito grave, quando vou embora fico com isso na cabeça! Chego até a ligar na UTIP para saber se a criança melhorou! (P 4).

[...] As vezes a gente se deixa envolver. A gente sempre diz: não se envolva. Mas nem sempre é possível. Quando a criança está em um estado crítico e eu fico imaginando: se fosse minha filha! Se fosse um parente meu mais próximo (P 12).

[...] Antes de tudo, de qualquer cuidado que a gente for prestar, a gente tem que colocar como se fosse a gente, como se fosse meu filho, como eu gostaria de ser tratado. Acho que assim a coisa acontece bem melhor. Melhor do que simplesmente ir lá e fazer (P 10).

Sentir alteridade, se compadecer pela dor e sofrimento compreendendo suas angústias, são sentimentos presentes nas profissionais da unidade pesquisada. Para cuidar, o envolvimento esteve presente, imaginar o que representa a internação para a criança, a família e como seria para a participante passar por esta situação. Desta maneira, o cuidado integral e humanizado foi proporcionado pelos profissionais de enfermagem.

Quanto ao envolvimento, o apego, a equipe de enfermagem por estarem maior tempo em contato com os usuários não conseguem se manter neutro e acabam por se envolver intensamente com alguns dos casos que atendem e se projetam nos papéis de mães e pais das crianças o que causa várias reações emocionais reativas (POLES; BOUSSO, 2006).

De acordo com estudo de Vila e Rossi (2002), foi descrito que o cuidado deve ir além de ações técnicas. Para que o cuidado humanizado seja desenvolvido, sentimentos de dignidade e respeito tanto pelo paciente quanto pela família devem estar presentes. O cuidado humanizado compreende estar no lugar do outro, é fazer para o outro o que quisesse que fosse feito a si mesmo.

De acordo com a PNH, o cuidado humanizado deve ser desenvolvido também nos ambientes de terapia intensiva (BRASIL, 2006). Para tanto, em UTIP é primordial estar a equipe com o sentido de colocar-se no lugar do outro, entendendo seus anseios, dificuldades, angústias e assim poder planejar e implementar a assistência de enfermagem de forma humanizada.

O sentimento de alteridade ficou evidenciado na unidade pesquisada por meio das ações descritas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Conforme A PNH, o cuidado proporcionado aos usuários provém da humanização da assistência a saúde que deve

ser de forma integral, do acolhimento. Esta é a única maneira para que não só profissionais de enfermagem mas a equipe multiprofissional de saúde possa pensar e desenvolver o cuidado com integralidade, responsabilidade, sensibilidade e cientificidade.

Foi mencionada pela equipe de enfermagem a importância de envolver a família no processo de cuidar. Reconhecem a família como essencial para a recuperação mais rápida do usuário.

[...] Acredito que a mãe é primordial na evolução do tratamento. É uma evolução mais rápida para o paciente (P 10).

[...] Tem família que gosta de dar os cuidados na hora da visita. A gente vê a carência que a família tem de pegar, de olhar, de trocar (P 8).

[...] O cuidar na UTIP é bem para a enfermagem. Uma criança que a mãe ou o pai ou o cuidador possam fazer alguma coisa, eles fazem junto com a enfermagem. Se o cuidado é da enfermagem e a mãe ou o pai podem participar desse cuidado dentro da UTIP, eles fazem e isso é importante tanto para nós quanto para criança. [...] Uma troca de fralda. Dar uma chucha se for indicado. Segurar uma seringa para passar o leite na sonda ou até mesmo a gente começar a cuidar aqui dentro de uma gastrostomia e começa a orientar o cuidador e quando a criança vai para o apoio, já está apto a fazer esse procedimento (P 13).

[...]Eu gosto de cuidar com a família você vai vendo o resultado. A família mais feliz! Tem família que é bem cooperativa, que ajuda, que fica muito satisfeita com o cuidar (P 5).

Para a equipe de enfermagem a figura do usuário compreende a criança hospitalizada e seus familiares. As participantes demonstraram zelo e atenção voltada, principalmente, para a figura materna. Descrevem que a mãe, em geral, é quem está mais próxima do filho durante a internação na UTIP. No entanto não é possível sua permanência durante o período de internação. O espaço físico insuficiente, sem acomodações adequadas não torna possível acolher adequadamente as mães. Esta situação pode ser superada pela enfermagem quando é encontrada uma maneira de improvisar e se fazer possível a permanência da mãe na unidade. Quando é possível improvisar, incluir a mãe nos cuidados ao usuário estimula e beneficia a recuperação da criança.

Neste contexto, pesquisadores descrevem que durante o processo de hospitalização o usuário e seus familiares experimentam sentimentos como medo da morte e do desconhecido, ansiedade, tristeza e sofrimentos que são minimizados quando os profissionais de

enfermagem os inserem no cuidado e acolhem durante todo o período de internação (MAESTRI et al., 2012).

Autores apontam que na experiência com grupos de apoio para suporte as famílias, foi descrito que é necessário englobar a família no processo de internação da criança em UTIP, possibilitando aos enfermeiros não só o desenvolvimento de cuidados complexos, mas cuidar também da família e fazer com que esta participe das atividades do cuidar do filho na unidade de terapia intensiva (DIAS; MENDES; ROCHA, 2007).

A família deve participar do processo de cuidar do filho durante o período de hospitalização. É necessário prepará-los para o cuidado dentro da UTI bem como para cuidar após a alta. O modelo de cuidado centrada na criança e na família devem ser aplicados para a realização do cuidar em UTI (MOLINA; MARCON, 2009).

Barros e Cols(2008, p.169) descrevem que:

Com o adoecimento a criança é intermediada em suas experiências por fatores alheios à trajetória natural do desenvolvimento, intensificando as reações de defesa e conseqüentemente a necessidade de uma maior presença e disponibilidade materna para reverter essa percepção.

Porém inserir a família no cuidado representa ainda um desafio. As condições desfavoráveis do ambiente e a falta de acomodações dentro da UTIP são pontos que não proporcionam a humanização do cuidado. Foi observado que não se tem espaço físico para acomodação adequada da mãe ou de um familiar, não existem divisórias de separação de usuário para outro. O prejuízo maior está na quebra do vínculo familiar, no estresse sofrido pelos familiares e usuários o que conseqüente também está representado na equipe de saúde.

Os direitos do usuário não são assegurados durante o período de hospitalização.

Desta maneira, não se torna possível atender ao ECA e a PNH. Nestas condições, não é possível assegurar ao usuário seu direito de permanecer junto a um familiar durante todo seu processo de hospitalização (BRASIL, 2006; 2007). Esta situação é agravada por se tratar de um ambiente de cuidados intensivos, onde seria necessária uma preparação estrutural do local e também uma preparação educativa para a permanência de um familiar nesta unidade complexa e de alta tecnologia, que lida com a vida e a morte. A integralidade do cuidado humanizado deixa de ser desenvolvido em sua totalidade, prejudicando a recuperação do usuário.

Compreendendo que a humanização do cuidado é necessária não só ao usuário, mas também aos seus familiares, foi demonstrada uma preocupação significativa. Os profissionais de enfermagem descrevem o cuidar associado a atenção, ao entendimento do sentimento do familiar no momento de hospitalização. O processo de internação em UTIP não é restrito apenas usuário, sua família deve estar inclusa. Outro ponto relevante foi a religiosidade que esteve presente no discurso das participantes.

[...] a gente tem que ser humano e se preocupar não só com a criança mas também com a família, principalmente a mãe que sofre muito com a hospitalização do filho. Penso assim e tento fazer o possível para ajudar a família. (P 4).

[...] se vejo uma mãe chorando, vou explicar para ela que a criança está grave, mas está sendo tratado, para ela ter fé em Deus, que ela tem ser forte naquele momento. Eu escuto, brinco muito com as mães para se distraírem, procuro cuidar da criança dela o melhor possível para que veja que além do cuidado dela. Tentar não falar muita coisa triste, tentar não comentar a respeito de saúde de outros pacientes. (P 1).

[...] Ajudo na amamentação, faço massagem nas costas dela, porque assim fica mais a vontade. [...] A mãe está ali preocupada, triste, não é fácil. Essa é a hora que a gente tem que usar da psicologia, tem que usar do carinho, a gente tem que dar força, muitas vezes a gente tem até que falar de Deus para acalmar, para acalantar o coração desta mães. (P 9).

[...] Dependendo da mãe eu até choro junto com ela. Tem mãe que quando fala que não vai poder ficar elas desabam. Mas falo que a gente vai cuidar direitinho, que eu vou cuidar como se fosse meu filho. Sempre eu falo que eu tenho filho, para ela saber, porque as vezes pensa “ela não tem filho não sabe o que é ser mãe”! Sempre falo que também tenho um filho, que eu também sei o que é ser mãe. (P 3).

[...] Cuidar da família, não é só abrir mão das coisas, abaixar a cabeça, falar sempre sim. Esse cuidado tem que ter, respeito ao parente do paciente, e este respeita a gente para o relacionamento e o tratamento ser bom, para quando a pessoa for embora ficar a lembrança boa, e ficar um convívio bom (P 8).

Para que o cuidado humanizado ao usuário de terapia intensiva e sua família seja proporcionado, são necessários priorizar o tratamento e a comunicação para que em sincronismo a equipe de enfermagem possa melhorar o processo de cuidar (SILVEIRA et al., 2005).

No momento da internação do filho, os pais vivenciam a possibilidade de perda, desde o momento de retirada da criança de casa e do convívio familiar. Manifestam o sentimento de que o filho possa não mais voltar devido ao estado de saúde grave. Mas por

outro lado, sentem a necessidade de manter esperanças para prosseguir o cotidiano ao lado da experiência do filho hospitalizado (GARCIA, 2006)

O cuidado prestado a família foi apontado pelos participantes como fundamental. O sofrimento da família é compreendido como motivo para acolher, reforçar a religiosidade, inserir a família no cuidado, proporcionar momentos de convivências agradáveis, mesmo no contexto de um ambiente crítico e de sofrimento.

Pesquisadores descrevem que cuidar da família envolve saber conversar, ouvir com respeito e sem pressa suas queixas, tentar ajudar. Exige a empatia frente as situações conflituosas vivenciadas durante o processo de hospitalização infantil (SOUZA; RIBEIRO; ECKERT, 2003).

A afirmação destes autores vem de encontro a PNH, onde o usuário não é considerado isoladamente como único hospitalizado, sua família faz parte do processo de hospitalização e conseqüentemente o acolhimento deve ser estendido a estes familiares (BRASIL, 2006).

Os pais percebem hospitalização por meio dos cuidados prestados pela equipe ao filho, sua interação e só assim é possível as atitudes de consideração e respeito juntamente ao apoio tecnológico e a dedicação da equipe, possam levar os familiares a valorizarem as ações de cuidados desenvolvidas (CUNHA, 2000).

O estabelecimento de uma relação entre profissionais de enfermagem com famílias, com mães, acontece através de uma boa comunicação e interação, proporcionando o estreitamento afetivo entre equipe e família. A situação de vida vivenciada pelo usuário durante a hospitalização ocasiona na enfermagem a identificação de necessidades como de saber interpretar os significados expressos pelo usuário e sua família. Desta maneira, é possível desenvolver um cuidado humanizado, permeado pela cooperação, compreensão, interação, empatia na pratica cotidiana da equipe de enfermagem (SILVEIRA et al., 2005).

As ações desenvolvidas pelas participantes demonstraram ser a família importante para o usuário durante a hospitalização e que o cuidar deve ser desenvolvido a ambos. A família é um elemento a ser cuidado, compreendido em suas necessidades (MARTINS et al., 2005).

É necessário desenvolver por vezes a comunicação não verbal, com um sorriso, olhar nos olhos, saber o momento do silenciar bem como de tocar, de apoiar este familiar

(MURAMAKI; CAMPOS, 2011). O relacionamento torna-se efetivo e a satisfação da família vem expressa pela valorização do cuidado prestado pela enfermagem.

Observou-se que durante a internação, a família é recebida em uma sala de acolhimento onde são orientados quanto ao funcionamento da unidade (alimentação da criança, objetos de uso pessoal a serem trazidos, informações, número de visitantes por horário). Quanto ao horário de visitas, é este o único momento de contato da família com a criança hospitalizada, sendo estipulado horário de entrada e de saída dos familiares. Durante o período matutino, são dispensados 15 minutos para a entrada dos pais, no período vespertino são 30 minutos podendo entrar os pais e mais um visitante. No período noturno, são 15 minutos destinados apenas aos pais. Apenas na visita do turno vespertino são passadas informações pelo médico sobre o estado geral da criança. Não existem boletins por telefone ou impressos.

[...] Tem um período de manhã que eles entram para olhar a criança e ficarem mais tranquilos. Tem a visita da noite que é de 15 minutos, a tarde é meia hora e eles conversam com o médico (P7).

[...] o horário de visita pela manhã são de 15 minutos para os pais e é assim a noite. Já a tarde são 30 minutos e vem mais um familiar visitar (P5).

[...] pode entrar pai e mãe de manhã e a noite, mas o médico não passa informação. Durante a visita da tarde vem além dos pais mais uma pessoa da família e nessa hora o médico conversa e explica sobre a criança (P9).

Foi observado que as mães são acomodadas em cadeiras plásticas durante o horário de visitas, a equipe de enfermagem incentiva o contato entre usuário e a família proporcionando auxílio para que este possa ser colocada no colo da mãe, mesmo os que estão intubados, quando existir esta possibilidade.

Ao ser apontada a visita como uma forma de atendimento humanizado ao usuário, foi percebido que no local da pesquisa, a família tem horário estipulado para visitar e receber informações. O acesso a UTIP não é livre. Existe a dificuldade da unidade de internação na adequação ao acolhimento do acompanhante durante todo o período de hospitalização do usuário. A proposta da visita aberta e direito do acompanhante que está inserida na Política Nacional de Humanização está sendo um desafio para as unidades de terapia intensiva pediátricas, que por sua vez estipulam horários pré estabelecidos para orientações e interação

do usuário hospitalizado e seus familiares, vindo de encontro ao ECA que estabelece o direito da criança em ter um acompanhante quando da hospitalização (BRASIL, 2006; 2007, 2010).

Em relação a acomodação adequada, a RDC 7 de 2010, estabelece critérios para acomodação permanente do acompanhante dentro da UTIP. Cada leito deve ser provido de divisórias que individualizam o ambiente de internação da criança, além de uma cadeira (BRASIL, 2010). Esta não foi a realidade encontrada na unidade pesquisada.

Esta ainda é um desafio aos gestores de saúde ao permitirem que UTIP estejam em funcionamento em discordância as políticas de saúde, por meio das RDC, portarias, PNH, ECA e até mesmo a lei orgânica de saúde. No local pesquisado, as mães tem horário flexível apenas quando amamentam seus filhos, do contrário, precisam obedecer os horários estipulados pela instituição para a visita. Ter hora marcada para estar com o filho despersonaliza o cuidado humanizado.

Para a implementação de cuidados humanizados, os participantes ressaltaram a importância do trabalho em equipe, uma vez que a humanização não é somente para o usuário mas também para a equipe de enfermagem . A valorização da equipe de trabalho vem de encontro à valorização do serviço facilitando seu desenvolvimento de maneira harmoniosa, respeitosa e com companheirismo.

[...] As colegas são companheiras, são amigas. O convívio com a colegas de trabalho é muito bom. Isso facilita muito o trabalho da gente (P 2).

[...] tem algumas coisas que você consegue fazer sozinha mas tem outras que precisa de ajuda, como no banho no leito, trocar o lençol se o paciente é muito pesado, uma punção venosa de criança agitada, então precisa de ajuda e sempre as meninas se oferecem para ajudar. Então é sempre a gente. UTI é sempre a gente (P 7).

[...] A equipe que eu trabalho, eu sempre tive sorte, sempre trabalhei com as colegas que trabalham em equipe mesmo, tem aquele entrosamento e faz as coisas fluírem e acontecerem de uma maneira muito melhor (P 10).

[...] Se uma fica com um paciente mais grave, ai a gente vai ajudar. A gente faz o que pode fazer também para ajudar a colega e também cuida do nosso paciente. A gente tenta trabalhar em equipe. Um amigo do outro, da melhor maneira possível. Evitar qualquer tipo de desentendimento. Tem que ser mais profissional. Tentar melhorar, ouvir também as solicitações das supervisoras, ver o que elas precisam, as vezes mudar alguma coisa para melhorar (P 11).

[...] se dividiu tantos pacientes para mim e eu terminei o meu serviço, eu vou lá e ajudo o que a colega tem que fazer. Eu acho que o companheirismo é importante (P 12).

Foi observado que para os profissionais de nível médio, estar atenta ao cumprimento das necessidades tanto do usuário quanto das colegas é importante. Mostraram a preocupação em desenvolver o trabalho de enfermagem em equipe, interagir de boa maneira durante o desenvolvimento das ações. Ser companheira, facilita a prestação do cuidado. Desta maneira demonstraram também a humanização não apenas a criança, mas a equipe lotada na UTIP.

De acordo com a PNH, ações humanizadas de cooperação, respeito devem ser realizadas ao usuário, mas também ao profissional de saúde (BRASIL, 2006).

Por meio da prática do trabalho em equipe, o serviço de enfermagem se fortalece, as relações interpessoais no cuidar do usuário no ambiente tecnológico mobilizam o profissional para o cuidar atento, as relações como o outro, valorizando o trabalho em grupo (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

Para um bom trabalho em equipe de enfermagem é necessário que as tomadas de decisões de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem sejam compartilhadas e para tanto o eixo norteador desta ação seja a comunicação. Só assim os objetivos comuns as necessidades de saúde dos usuários serão alcançados (SOUZA, 2011).

O companheirismo e a ajuda mútua se remetem ao cuidado em equipe, são uns cuidando dos outros proporcionando a humanização do cuidar (LUCENA; CROSSETTI, 2005).

Apesar do cuidado como humanização ter sido um dos núcleos que emergiram na pesquisa, apesar da tentativa das participantes em humanizar a assistência de enfermagem, ainda é utópica a idéia do cuidado integral, humanizado. Direitos dos usuários não são resguardados no sentido da visita aberta, da permanência de um familiar durante todo o período de hospitalização, por vezes de comunicação, da inserção do familiar como integrante do processo de hospitalização. Desta maneira, é contraditório dizer que a equipe de enfermagem pesquisada acredita desenvolver a humanização do cuidado se não são assegurados os direitos legais dos usuários.

Aos gestores, cabe a elaboração de planos de estruturação da prestação dos serviços de saúde, uma vez que a humanização do cuidado é muito falado e pouco vivido (VILA, ROSSI, 2002).

4.3.3 Cuidar por gostar ou por sacerdócio?

Descrevendo ainda o significado de cuidar em UTIP, as participantes apontaram o gostar de cuidar como destaque em suas narrativas. A idéia do sacerdócio vem de encontro aos sentimentos descritos pelas participantes durante as falas.

Ao cuidar, o sentimento de estar fazendo o que gosta vai além da responsabilidade e obrigatoriedade exigida pelo profissionalismo do serviço de enfermagem. Para as participantes, o gostar de cuidar do usuário grave, de cuidar no ambiente da UTIP proporciona segurança e a liberdade de sentir-se a vontade para as atividades laborais e a sensação de estar gratificada com o cuidado realizado. Uma participante descreve que não se imagina trabalhando em outro lugar!

[...] O cuidado que presto, não faço só da minha parte profissional, faço porque eu gosto mesmo (P 1).

[...] Sinto bem por estar fazendo alguma coisa por aquela criança que está num estado difícil, que está grave. Eu acho bom dar o melhor de mim. Eu cuido direitinho, além da medicação, do tratamento dou carinho. Acho que o carinho faz parte também. O cuidar aqui na UTI é muito importante, é algo que eu faço e que eu gosto de fazer (P 2).

[...] Ah, eu gosto muito de trabalhar aqui. Não me imagino trabalhando em outro lugar. Gosto de sair de casa para vir para cá (P 3)

[...] Gosto de cuidar de criança, como já trabalhei com adulto, não gostaria de voltar a trabalhar com adulto. Gosto de cuidar de criança, gosto muito de trabalhara aqui com criança! (P 4).

[...] Eu gosto! Quando eu estou aqui, eu me esqueço de tudo, eu me entrego. Apesar de não ter filhos eu gosto muito de cuidar de criança, de ver a melhora. Acompanhar desde o começo, vendo a criança melhorando a cada dia, evoluindo bem a gente fica feliz. Eu me sinto muito gratificada quando a criança melhora e sai daqui bem (P 5).

[...] É muito bom sair de casa e chegar aqui para trabalhar. Muito gratificante eu venho trabalhar animada, feliz da vida. Acho bom chegar aqui e saber que eu posso contribuir. Foi o que eu escolhi, eu gosto do que eu faço (P 9).

[...] Aqui na UTIP eu sinto que as pessoas dão o melhor de si para ver o paciente sair, porque a maioria faz o que gosta. Eu faço porque gosto. Gosto muito de trabalhar aqui, de trabalhar com criança (P 11).

[...] Eu venho trabalhar com muita satisfação, eu gosto de fazer. O meu dia a dia é como se eu estivesse em casa e fazendo realmente o que eu gosto. O

cuidar dos pequeninhos, das crianças maiores é muito bom. Como enfermeira, a gente engloba tudo. a gente pega carinho, a gente cuida (P 13).

As participantes descreveram que gostam do que fazem e que gostam de cuidar na UTIP. Foi observado que ao estarem no ambiente de terapia intensiva pediátrica mostraram-se com motivação, alegria, felicidade para a realização do trabalho. A literatura descreve a UTIP como local de salvar vidas, complexidade em seus clientes e procedimentos (MOLINA et al., 2009), local de tensão mas mesmo com estas características, os profissionais da enfermagem se sentem bem em cuidar neste local, em verem a recuperação da criança.

O gostar não implica em ser resignado a cuidar por sacerdócio. As categorias profissionais da enfermagem assumiram postura ética e tecnocientífica onde a idéia de estar trabalhando na enfermagem apenas por sacerdócio deve ser abolida.

Porém, este gostar de cuidar nos remete ao pensamento de doação que ocorria tempos atrás, com mulheres que cuidavam de enfermos, religiosas ou mulheres que tinham apenas no cuidar uma chance de se sentirem úteis (GEOVANINI, 2005).

Estudo feito com enfermeiras em UTI apontou sendo o trabalho em terapia intensiva gratificante, envolvendo o gostar de usuários em estado grave, onde é necessário esforço pessoal para desenvolver o cuidar o que conseqüentemente proporciona o restabelecimento do usuário e ao profissional a sensação de alegria e gratificação pelo esforço do trabalho realizado (OLIVEIRA; SPIRI, 2011).

Lima; Teixeira (2007) descrevem que quando a enfermagem sente-se satisfeita com o cuidado no ambiente crítico, quando gosta do que faz, o ato de cuidar traz a realização profissional e conseqüentemente qualifica e humaniza a atenção ao paciente. Entre os aspectos destacados pelas pesquisadoras, foram que profissionais que gostam de cuidar em terapia intensiva, se dedicam e se sentem satisfeitos por conseguirem desenvolver o cuidado de maneira adequada, mas este aspecto precisa ser reforçado com condições ideais de trabalho.

Outro estudo feito com enfermeiras, traça o perfil da equipe tendo como uma das características o gosto pelo que faz, demonstram uma maneira ímpar de existir no mundo do cuidar, demonstram sentimentos de gratificação e satisfação por estarem atuando em UTI e por cuidar (LUCENA; CROSSETTI, 2004).

As participantes descreveram que a enfermagem deve ser feita por gosto. Foi mencionado por uma participante que mesmo com a remuneração inadequada, a parte

principal do trabalho é cuidar bem e com amor, diminuir o sofrimento e a dor da doença e da hospitalização.

[...] a gente tenta amenizar a dor daquela criança cuidando bem. Isso é gratificante, não tem dinheiro que paga. É muito bom. [...] não é difícil. Para quem gosta não é difícil, porque a profissão da enfermagem tem gostar. Se optar por dinheiro, não dá dinheiro. Você chegar aqui e dizer que vai fazer por fazer também não tem jeito. Então eu acho que tem que gostar da profissão. Eu gosto da profissão. Eu faço porque eu gosto (P 12).

Neste sentido, pode ser observado nas pesquisadas que mesmo vivenciando a remuneração inadequada, estão sempre prontas a realizar o cuidado ao usuário de forma digna, sentindo-se gratificadas por terem oportunidade de desenvolvê-lo, apontando no ambiente do cuidar uma maneira singular de existência.

Fato este está em discordância com estudo de Oliveira e Spiri (2011), onde os profissionais enfermeiros demonstram que a remuneração inadequada representa um fator que as deixa sem motivação para o trabalho, pela falta de reconhecimento profissional e financeiro.

O gostar de cuidar esteve relacionada ao fato de algumas familiares reconhecerem e elogiarem os cuidados prestados pela equipe. O positivismo sobre o reconhecimento dos cuidados desenvolvidos melhora a auto-estima dos profissionais e proporciona aos profissionais de enfermagem a valorização de seu trabalho.

[...] Tem mãe que fica com a criança aqui e quando recebe alta, manda carta, manda foto, se apega mesmo. Tem família que se envolve com os funcionários, sabe nome de cada um, sabe o humor de cada um, sabe com quem que pode brincar [...] pega o que tem de bom da equipe, e volta depois. A gente acha bom quando lembra da gente. [...] Gosto quando a família traz alguma coisa que fez em casa, teve o trabalho de colocar numa vasilha e trazer, acho que é reconhecimento (P 8).

[...] a gente encontra com essa mãe por aí e elas reconhecem a gente, muitas delas acham bom, trata bem quando nos vêem. É muito gratificante (P 9).

[...] Tem familiares que falam que a gente cuida direitinho, que nós somos maravilhosas, que nós somos a segunda mãe. E a gente fica feliz por reconhecer o que a gente está fazendo (P 5).

A boa interação proporciona à enfermagem a sensação de reconhecimento pelo cuidado prestado ao usuário em terapia intensiva. Sensação de valorização da pessoa humana,

percebendo que a humanização do cuidar não traz benefícios apenas ao que é cuidado, traz benefícios também a quem cuida.

Para Fraga e Pedro (2004), o fornecimento de informações para os familiares de usuários críticos, vai muito além de uma simples tarefa do cotidiano, é nesse momento que acontece o encontro entre enfermeiro, o usuário, a família proporcionando o enlace para desenvolvimento do cuidar. Desta maneira, o reconhecimento da família pelo cuidado prestado desenvolve nos profissionais de enfermagem sentimentos de terem seu trabalho reconhecido.

O cuidar pode ser descrito ainda como a satisfação pessoal, por sentir-se importante. O privilégio por estar cuidando do usuário crítico ou potencialmente crítico foi apontado pelas participantes.

[...] É muito bom eu me sinto privilegiada por poder dar esse cuidado. Acho muito bom (P 2)

[...] Quando eu estou cuidando nesse ambiente, quer saber? me sinto muito importante . porque antes de vir para cá, eu achava que eu ia para UTI e que não sabia de nada. Depois que vim aqui para dentro, passar a cuidar, passar a ver a vida, as crianças que saem daqui de dentro, nossa isso é a melhor coisa que tem. Mas tudo bem, me sinto importante (P 12).

Foi importante a fala das participantes em relação a sentir-se muito importante e privilegiada durante o cuidar. Por se tratar a UTIP de um ambiente para prestação de cuidados altamente tecnocientíficos, ser um local para salvar vidas, o sentimento de valorização a vida, de crescimento profissional e o resultado do processo de cuidar foram pontos de grande relevância na descrição do cuidar.

Como a equipe de enfermagem tem por objetivo cuidar do outro, este cuidar proporciona a esta equipe o desenvolvimento de sentimentos de satisfação, de prazer de sentir-se útil, tornando o cuidar do outro também no cuidar de si mesmo (BAGGIO, 2006).

Silveira et al., (2005) descreve que “é gratificante nos sentirmos úteis e sabermos que temos a possibilidade de amenizar o sofrimento das pessoas, a partir do reconhecimento das particularidades da sua existência”.

Os profissionais de enfermagem que atuam em UTIP, enfrentam inúmeras dificuldades com ambiente de alta complexidade, de estresse, mas ao mesmo tempo um

ambiente de cura. É neste sentido que estes se sentem privilegiados e até mesmo importantes por estarem atuando neste local complexo e hostil.

Importante ressaltar que o gostar de cuidar pode ser confundido na atualidade como um sacerdócio por muitos. Porém é necessário esclarecer que a enfermagem é uma ciência e para tanto quem a desenvolve pode ainda ter traços desta era sacerdotal, mas o cuidado sistematizado, embasado cientificamente é o alvo de todas as ações desenvolvidas por esta classe de profissionais.

4.3.4 Cuidar como gerador de tensão

Neste núcleo temático foram agrupadas as unidades de significado relacionadas ao cuidar como gerador de tensões na UTIP. As participantes mencionaram aspectos relacionados à separação com a quebra do vínculo familiar, dificuldade da equipe em lidar com sofrimento do usuário e família, relacionamento interpessoal inadequado entre equipe multidisciplinar e família, o próprio ambiente de UTIP, a inexistência de recursos materiais adequados e a sobrecarga de trabalho decorrente principalmente da número insuficiente de recursos humanos e forma de contratação.

A hospitalização da criança sem a permanência da família demonstrou ser um ponto tensão para cuidar e uma dificuldade vivenciada pelas participantes. A quebra do vínculo familiar desfavorece a integralidade do cuidado humanizado.

[...] você quebra esse vínculo da mãe com o filho. Fazer a mãe entender que tem que ir embora, que a criança tem que ficar, que ele vai ficar bem, que vamos cuidar bem. Para a criança maior é difícil eles choram e chamam. Você precisa fazer os pais entenderem que tem que ir embora. É uma situação um pouco crítica. Você se sente às vezes até desumana (P 14).

Durante a hospitalização em UTIP, a família passa pela ruptura em sua estrutura e funcionamento. O usuário passa a não estar sobre a responsabilidade dos pais provisoriamente, cabendo aos profissionais de saúde responder e zelar pelo usuário (CÔA, PETTENGILL, 2011).

A quebra do vínculo familiar é uma dificuldade apontada. Tem como característica a incapacidade da criança interagir no ambiente de hospitalização em UTIP. A família se vê em meio a perda do contato com a criança, perda de estar cuidando, perda da intimidade. É um

momento cheio de incertezas, de sofrimento, de medo do que possa vir a acontecer, principalmente o medo da morte.

Passar pelo período de internação e ter que se separar do ente querido, deixa a família ainda mais insegura, ansiosa e com medo, neste momento o usuário acaba pertencendo mais a equipe da UTI do que a própria família (BOUSSO; ANGELO, 2001; MOLINA et al.; 2009).

As instituições de saúde não estão preparadas e adaptadas ao acolhimento da família em UTIP durante todo o processo de hospitalização. Foi percebido na unidade de estudo que não existe estrutura adequada para a família. Mães são acomodadas em cadeiras, sem qualquer comodidade. A proximidade entre os leitos sem divisórias contribuem para a despersonalização do acolhimento.

A família deveria ser acolhida. Deveria ser proporcionando condições para a permanência da mãe ou do familiar dentro da UTIP, ter oportunidade de continuar acompanhando o filho mesmo quando este se encontra em estado de saúde comprometido. Assegurar que os direitos da criança sejam cumpridos deve fazer parte da gestão em saúde. Estruturar o ambiente físico proporcionaria o atendimento ao cuidado humanizado tanto preconizado nos dias atuais.

De acordo com o ECA, durante toda hospitalização, é garantida a criança a permanência de um dos pais (BRASIL, 2007). A realidade existente na unidade vai ao encontro desta lei federal bem como ao encontro ao acolhimento proposto pelo cuidado humanizado (BRASIL, 2006). Descumpre também ao disposto na RDC 7 de 2010 que assegura que deve haver poltronas dentro da UTIP para o acolhimento e acomodação do acompanhante (BRASIL, 2010).

Conforme as propostas das leis, resoluções e decretos, os direitos da criança e da família encontram respaldo legal, porém infelizmente na maioria das vezes é visto apenas no papel. A realidade é contrária. A permanência de um responsável pelo usuário pediátrico durante todo o período de internação em UTIP não faz parte da rotina hospitalar. Este é um ponto negativo no tratamento infantil em UTIP. A quebra do vínculo familiar acaba por abalar toda a estrutura da família que tem seu filho em unidade de cuidado crítico pediátrico.

Ainda em relação a presença da família durante a hospitalização, o Estado de São Paulo, foi o primeiro a propor uma resolução (Resolução SS-165, de 1988) que assegurasse o

direito dos pais a acompanhar seus filhos durante todo o período de hospitalização, isto se deu no final da década de 1880, antes da criação do ECA (BRASIL, 2006).

Este é um grande desafio para os serviços de saúde, aos profissionais de enfermagem que percebem a dificuldade de cuidar com a quebra do vínculo familiar e ao cumprimento das políticas públicas de saúde. Gestores de saúde necessitam elaborar estratégias para a adequação e cumprimento destas políticas de saúde visando à integralidade e a humanização da assistência em saúde.

Não é possível desenvolver o cuidado pautado na integralidade, na humanização e nas políticas de saúde sem que os direitos dos usuários sejam atendidos. Assegurar estes direitos deve fazer parte da gestão de saúde, que proporcionará melhores condições para que a equipe de enfermagem possa desenvolver ações de cuidar de maneira correta e digna em UTIP.

O sofrimento da criança foi apontado pelas participantes como fator desfavorável ao cuidado no ambiente intensivo pediátrico. A equipe de enfermagem demonstrou o quanto é difícil ver um usuário em estado grave, sofrendo, triste. Descreveu o quanto é difícil lidar com a dificuldade do outro e como a perda de uma criança gera extrema tristeza em todos que a presenciaram.

[...] Perder uma criança é muito triste (P 2).

[...] É muito difícil um óbito (P 7).

[...] Tem a época de tristeza. Tens uns que são mais complicados, a gente dá o cuidado bem especial e não resolve, a criança vem a óbito, é triste (P 9).

[...] É pesado pelo sofrimento do paciente! [...] Fácil não é. A gente tem que tentar fazer que seja o menos doloroso possível. Você lidar com a tristeza, com o sofrimento do outro é difícil (P 10).

[...] Quando a criança não sai, a gente fica muito triste, a equipe toda. Quando tem que arrumar o corpo de uma criança que faleceu, é um ambiente muito pesado. Por que a gente também é ser humano, a gente tem os sentimentos, tem as alegrias, as tristezas, pelo fato de perder um paciente (P 11).

[...] Quando tem uma evolução ruim é muito ruim (P 14).

Foi percebido que os profissionais de enfermagem apresentam uma deficiência em saber lidar com a perda do usuário e mesmo em relaciona-se com seu sofrimento. Isto envolve questões de humanização. São seres humanos cuidando de seres humanos e muitas vezes,

mesmo com o aparato dos melhores recursos tecnocientíficos, o melhor recurso humano, gerando a prestação do melhor cuidado, a morte não pode ser evitada.

De acordo com Kübler-Ross (2005), a equipe de saúde demonstra muita dificuldade para lidar com pacientes terminais, dificuldades em ter que lidar com os sentimentos. Quanto ao usuário pediátrico, as participantes têm seus sentimentos assemelhados ao descrito pelo autor, a dificuldade de lidar com o sofrimento do outro e com a perda faz com que estes profissionais tenham dificuldades para desenvolver o cuidado ao usuário em estado grave.

Por entender que o profissional de enfermagem tem suas atividades voltadas para a recuperação da saúde do usuário, durante a prestação de cuidados surgem sentimentos de proximidade, respeito, apego, onde suas emoções são afloradas com a melhora do usuário.

Quando todos os esforços não são o suficiente para salvar ou prolongar a vida, existe a dificuldade em conter seus sentimentos e suas emoções frente ao sofrimento do usuário ou mesmo sua morte (LANGE; FIORELLI, 2009)

A capacitação para lidar com a morte não foi encontrada nas participantes. Desta maneira, o cuidado sistematizado não é desenvolvido. Empiricamente, cada componente da equipe de enfermagem lida com a perda do usuário conforme o seu saber coloquial, acarretando por vezes sentimentos de sofrimento e tristeza difíceis de serem controlados.

A inadequação que prevalece frente a capacitação para lidar com a morte por parte dos profissionais de saúde e até mesmo em conseguir oferecer suporte as pessoas que passam pelo processo de perda do familiar (GRANGER; GEORGE; SHELLY, 1995).

Importante seria a educação permanente no sentido de trabalhos direcionados a capacitar as profissionais no sentido de lidar melhor com o sentimento de perda quando um óbito não pode ser evitado, mesmo quando todos os esforços estiveram presentes durante as ações de cuidar.

Por vários anos, a idéia de reintroduzir a morte no nosso campo de consciência e pensamento e reintroduzi-la de maneira humanizada faz parte das instituições de saúde. Isto ocorre por serem os profissionais de saúde os que estão em contato direto com o sofrimento dos usuários e familiares, portanto demonstram seu sentimento de aflição (LELOUP; HENNEZEL, 2005).

Ainda de acordo com Leloup e Hennezel (2005), a imposição da laicidade prevalece ainda nos locais públicos e estes apresentam um fluxo grande de pessoas. Dentre estes

espaços encontramos o ambiente hospitalar. Neste sentido, os hospitais quase nunca são locais de abordagem de questões importantes como as relacionadas a morte e ao sentimento de vida.

A dificuldade de ver o usuário sofrer não é única. Torna-se difícil conviver com o sofrimento da família. A equipe de enfermagem não ficou alheia a situação. Demonstraram que sofrem ao verem este sofrimento. Este fato está relacionado por não se sentirem apenas profissionais e sim seres humanos, repletos de sentimentos e que percebem a dificuldade de se ter um familiar hospitalizado em UTIP.

[...] quando uma criança está sofrendo muito e morre, eu não sofro porque para mim eu entendo como um descanso, mas a família mexe muito comigo. Não gosto nem de ficar perto porque como eu sou mãe, eu me ponho no lugar da mãe. Então quando a mãe chega a UTIP eu quero até sair de perto para não ver. Pela criança, não, mas pela mãe (P 3).

[...] Quando a criança está muito grave, a gente se sente triste, deprimida, tanto pela criança quanto pela família. Porque a família cativa pela tristeza, pela dor, por imaginar que a criança pode morrer (P 5).

[...] Não gosto de ver a criança debilitada, porque a gente sofre, a gente é ser humano. Muitas vezes a gente chega em casa e fica lembrando da criança e dos pais. Tem pais que quando perdem o filho ficam desesperados. [...] A gente pensa na mãe porque assim como pode ser um estranho pode ser um filho da gente. Isso é um sofrimento para a mãe e principalmente para a gente. Os pais sofrem mais do que as crianças. A gente se põe no lugar da família, no lugar dos pais. Faz tudo para tirar a criança daquele quadro. Isso é difícil (P 9).

[...] Por mais que a gente saiba que Deus sabe o que faz e tudo que a gente fala para estar consolando um familiar é complicado para a família. Ainda mais a gente que tem filho. Como profissional fico também muito abalada. Levo para casa, fico com isso na cabeça. Mas é coisa que antes da gente ser profissional a gente é ser humano. Fico pensando por alguns dias, até revejo um pouco dos meus conceitos. [...] É mais pesado porque ali você além do profissional você sabe que tem uma família que está envolvida, que está sofrendo e que está numa torcida imensa para a recuperação da criança (P 10).

O sofrimento vivenciado pela família é refletido nos profissionais, que por sua vez entendem que para cuidar de pessoas, é necessário primeiro o conhecimento dos próprios sentimentos individuais levando ao conhecimento das próprias limitações e dificuldades tanto pessoais quanto profissionais (SILVEIRA et al., 2005).

Desta maneira, o sofrimento da família, bem como o sofrimento desenvolvido pela enfermagem são entrelaçados na tentativa da prestação de um cuidado humanizado tanto para

o cliente externo e seus familiares quanto para o cliente interno, o profissional de saúde (BRASIL, 2006).

Desta maneira, o vínculo estabelecido entre profissionais de saúde e a família o que vem de encontro ao desafio de se construir e consolidar a integralidade do cuidado pautada em uma prática de saúde enfocando o ser humano, dando extremo valor a seus sentimentos, valores, crenças, ideais sociais (SILVA; SENA, 2008).

A enfermagem sente, sofre, luta, chora junto a família diante de seu sofrimento, sendo um fator de agravo a prestação do cuidado. Porém não mostrou ser um fator de prejuízo na tentativa de elaboração e implementação das atividades de enfermagem. O sentimento de compreensão e alteridade é fator contribuinte para que o acolhimento seja desenvolvido. Porém como acolher a família e não ter condições de proporcioná-lo totalmente? Como acolher e não ter condições de ser acolhido? São questionamentos que surgem a partir do entendimento que a equipe de enfermagem faz a tentativa de acolhimento a família durante o momento de tristeza e dificuldade com a perda do ente querido.

Para cuidar, é necessário a quem cuida perceber e compreender seus próprios sentimentos, levando ao enfrentamento das próprias dificuldades no sentido pessoal e profissional (SILVEIRA et al., 2005). Entender a si é necessário para entender as dificuldades vivenciadas pela família durante a hospitalização.

Novamente, a necessidade de capacitar as profissionais para lidar com sentimentos de perda, de dificuldade por lidar com o sofrimento da família vem de encontro a humanização do trabalho destas profissionais que em alguns caso são mães, tem filhos e retornam para seus lares após um dia de trabalho com seu estado psicológico abalado, sem conseguir desvincular o sentimento profissional do pessoal não percebendo a tensão gerada pela situação.

Outro ponto de tensão para cuidar foi descrito pelas participantes ao apontar a dificuldade de relacionamento interpessoal entre familiares e equipe de enfermagem. Quando o usuário está grave, aceitam bem o cuidado prestado, mas quando a recuperação da saúde acontece, a falta de reconhecimento e até mesmo de respeito a equipe de enfermagem são atitudes desenvolvidas pelos familiares.

[...] As vezes tem a dificuldade de lidar com familiar que questiona se está bem, se tem alguma coisa que está deixando a desejar com o filho ou o neto. As pessoas não respeitam como profissional. Eles chegam, a criança está grave, a gente serve, é Deus no céu e a gente na Terra porque a gente está ali

cuidando naquele momento mais crítico. Logo depois, quando estabilizou, a gente se torna chata, a gente fura, a gente é má (P 10).

O relacionamento interpessoal entre equipe de enfermagem e família por vezes é conflituoso. A aceitação dos cuidadores da enfermagem acontece durante o momento de medo, de insegurança, de não saber se a sua criança sairá com vida da UTIP. Ao passar o período de risco de morte, com a estabilização da criança, a família não aceita bem os cuidados da enfermagem que por sua vez, sentem-se desrespeitados.

Pesquisas apontam que por estarem os familiares nos momentos iniciais da internação fragilizados, são observados pela equipe de enfermagem, que avalia suas diferentes manifestações. Cabe a estes cuidadores de enfermagem ajudar a família em todas as situações, na tentativa de compreender e identificar suas necessidades proporcionando assim um cuidado humanizado na tentativa de melhorar a relação e respeito entre profissionais de enfermagem e família (NIEWEGLOWSKI; MORÉ, 2008; SILVEIRA et al., 2005).

Neste contexto, na unidade de apoio pesquisada, as participantes mostraram uma relação conflituosa que dificulta a execução dos procedimentos de enfermagem.

A incompreensão, questionamentos inadequados em relação às técnicas como de punção venosa ou mesmo manutenção do acesso venoso foram motivos para maltratar e serem mal educados com membros da equipe de enfermagem. Não reconhecem a importância do cuidado prestado.

A frustração do acompanhante cuidador pela falta de recuperação esperada do usuário, faz com que a equipe de saúde receba o sentimento negativo que surge. Palavras por vezes são agressivas, descarregando a culpa do insucesso do tratamento em algo ou alguém e geralmente os profissionais de enfermagem eram os alvos para estes ataques.

Ainda quanto ao relacionamento, devido a circunstância da hospitalização do usuário e família, a enfermagem releva muitas situações de tensões por entender que a compreensão e misericórdia com o próximo não pode deixar de existir.

[...] No apoio, as vezes os familiares se dirigem a gente de maneira não muito educada, eles reclamam, não pergunta se a veia está perdida e sim afirmam que a veia está perdida. Ao ver puncionar a veia fala que furou muito, que está judiando. Não entende que a gente está só cuidando, às vezes não vê nem o que falou devido ao nervosismo por causa do estado do filho. A gente tem que ser compreensivo, tem que ser misericordioso também (P 11).

[...] a gente é muito importante, eu penso que a família tem que ver que a gente é muito importante. Quando a família não vê, não percebe, começa até maltratar a gente, é um pouco agressiva. Quer alguma coisa em uma hora que é imprópria e é necessário estar justificando, explicando (P 10).

[...] quando tem crianças no apoio fica difícil. A família quer tudo naquela hora e você tem que cuidar melhor do paciente que está aqui dentro mais grave. ... então você vai deixando lá fora a desejar. A família começa a bater a campainha da UTI, querer tudo rápido, tudo na hora. Não entendem e dizem que só porque a criança dela foi lá para fora a gente está esquecendo (5).

[...] Muitos pais e das mães que ficam lá fora acompanhando, fica aqui o dia inteiro, a noite inteira, e com o tempo de internação vai ficando cansado daqui, vai ficando estressado daqui. No começo da internação vê a gente com bons olhos, como ajuda [...] às vezes a criança que era para estar melhorando não apresenta aquela melhora, vai completando os dias de antibiótico e a mãe pensando que vai embora, com a piora começa tudo de novo. Muitas vezes ela joga essa frustração para cima do serviço de enfermagem. Sem querer, a família jogar essa frustração do tratamento da criança, jogar para quem está dando os cuidados (P 8).

Neste trabalho, a unidade de apoio é um local onde crianças que não necessitam de cuidados intensivos são encaminhadas para término de tratamento medicamentoso. Neste momento, o direito a permanência de um acompanhante da família durante as 24 horas do dia é garantido (BRASIL, 2003; 2006; 2007).

Estes acompanhantes, por vezes descarregam toda a sua frustração com a hospitalização do usuário na equipe de enfermagem, dificultando a realização do cuidado. A relação conflituosa entre a família e a equipe aparecem em decorrência das diferentes expectativas bem como da perda do poder sobre a criança que acontece entre família e equipe de saúde.

O estresse da internação, a vivência com os procedimentos de cuidados que muitas vezes causam dor e sofrimento tanto no usuário quanto na família é o fator a ser mediado, uma vez que causa imenso desconforto na equipe que cuida. Esta mesma equipe necessita elaborar estratégias para vencer estes momentos conflituosos e garantir a assistência prestada ao cliente pediátrico, ou seja, a criança e sua família (COLLET; ROCHA, 2004; MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

É neste sentido que as dificuldades enfrentadas pelas famílias de usuários internados podem minimizar os conflitos com a equipe de cuidadores, a partir do momento que estes

possam assumir uma posição de interdisciplinar durante a terapêutica proposta (NIEWEGLOWSKI; MORÉ, 2008).

O sentimento de misericórdia sobressai a insatisfação por ser maltratado ou incompreendido pelo familiar. Pode ser observado que neste momento a enfermagem atual relembra os passos antigos do sacerdócio da profissão, de que o cuidado deve ser prestado sem questionamentos, sem reivindicação de respeito mútuo.

Como não existe uma equipe de saúde específica para as atividades laborais nesta unidade de apoio. Deveria haver não só equipe multidisciplinar para este local com médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem bem como ambientes próprios como do posto de enfermagem (BRASIL, 2010).

O acúmulo de funções por ter a responsabilidade para cuidar em duas unidades distintas, proporciona momentos de incompreensão, de desrespeito por parte dos familiares. O estresse da hospitalização acaba sendo descarregado sobre uma equipe de enfermagem que se desdobra em tarefas, releva situações desrespeito na tentativa de ser misericordioso, de saber compreender o que está sendo vivenciado pelo familiar, mas que principalmente é um profissional que descreve a situação conflituosa e de tensão, está tão resignado a aceitá-la que não busca alternativas para sanar este problema.

Ter número de efetivo e ambientes corretos proporcionaria melhor qualidade para a assistência de enfermagem, o cuidado humanizado e integral além de proporcionar melhores condições de trabalho e conseqüentemente melhores condições de saúde física e emocional das componentes da equipe de enfermagem.

Quanto a unidade de apoio da UTIP, não dispõe de escala e profissionais de enfermagem separada da UTIP, a mesma equipe escalada na UTIP é responsável pelas duas unidades.

[...] A equipe é a enfermeira, o médico, as técnicas de enfermagem, as fisioterapeutas [...] tem o médico 24h, a equipe de enfermagem 24h, a fisioterapia 12h (P 5).

[...] são três técnicos de enfermagem, um médico e enfermeira responsável pela UTIP. Tem também uma fisioterapeuta. A noite tem um enfermeiro para o hospital todo e não tem a fisioterapeuta. É essa a equipe para cuidar de todos os pacientes (P10).

[...] a equipe é composta por técnicos de enfermagem a cada período, uma enfermeira que pela manhã assume duas unidades e uma enfermeira a tarde que assume três unidades. O médico tem por 24h. A noite tem três técnicas e uma enfermeira para o hospital todo (P13).

[...] são três períodos e a cada período tem três técnicas de enfermagem, uma enfermeira, um médico e uma enfermeira. A noite na UTIP tem uma enfermeira que fica responsável pelo hospital todo! Mas se precisar é só chamar que ela vem. Durante o dia já tem uma enfermeira (P1).

[...] durante o dia fico seis horas. No final de semana tem a dobra, são 12 horas. Quando estou a noite, trabalho noite sim, noite não (P 3).

De acordo com a RDC 26 de 2012, a UTIP deve dispor de enfermeiro exclusivo durante o período das 24 horas. A proporção de pacientes deve ser de um enfermeiro coordenador da unidade e um enfermeiro assistencial para cada dez leitos ou fração (BRASIL, 2012). Quanto aos técnicos de enfermagem, devem ser em número de um técnico para cada dois leitos (BRASIL, 2010).

Para a unidade de semi-intensiva, torna-se necessária equipe própria para a realização do cuidado. Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem não podem atender aos dois ambientes ao mesmo tempo.

Ainda de acordo com esta RDC 7 de 2010, os dois ambientes, devem dispor de equipes de trabalho individuais, bem como posto de enfermagem. Os resultados apontaram a inadequação dos recursos humanos de enfermagem e estrutural na instituição em estudo o que contraria os requisitos mínimos previstos para o funcionamento da UTIP em estudo.

A inadequação ao número de profissionais provoca prejuízo no cotidiano do cuidado como um fazer técnico. A qualidade do serviço desenvolvido de maneira integral, humanizada e sistematizada não pode ser alcançado. Fica evidente a necessidade de reestruturação da estrutura humana, do número correto de profissionais para as duas unidades em questão, onde nenhuma das unidades apresentou contingente profissional de enfermagem suficiente.

Ideal para que fosse desenvolvido o cuidado pautado na segurança do paciente, ter disponível contingente específico para os dois ambientes, que são distintos.

Foram apontadas ainda como tensões para cuidar as dificuldades entre o relacionamento do médico e enfermagem. Alguns médicos não gostam de dar atenção a familiares nos períodos de visita matutinos e noturnos, se respaldam na normativa que o médico deve passar informações apenas no período vespertino. Muitas vezes, os pais estão muito apreensivos com o estado de saúde do filho e questionam os técnicos de enfermagem, que conseguem suprir esta necessidade parcialmente. Em outras situações, as participantes

relataram dificuldades com médicos mal humorados, bravos, ou que não gostam de serem incomodados quando estão repousando.

[...] As vezes chega um médico que está bravo e fica difícil. Fica nervoso. O trabalho fica difícil. (P 2).

[...] Tem muitos dias que são difíceis, com médicos difíceis, que são grossos que não entendem nosso serviço. Mas a gente passa por cima! Porque como a gente gosta do serviço, a gente precisa do serviço, a gente precisa de trabalhar, a gente engole! (P 5).

[...] Tem médico que é difícil de conviver. Tem vez que o pai da criança quer informação e a gente não pode passar, tem que ser o médico para passar e naquele horário não é obrigação do médico passar informação, o médico fala: "agora não posso e não vou". Depois vai outro plantonista e conversa muito com a família. Eu acho que essa é uma dificuldade muito grande (P 8).

[...] tem plantonistas que não ajudam tanto. Tem uns que reclamam do jeito que a gente chama, acham ruim por ser tarde da noite, parece que não entendem muito bem (P 12).

A relação entre médicos e equipe de enfermagem por vezes é caracterizada como conflituosa. Médicos sentem-se superiores as demais profissões da área da saúde, não sendo capaz de pedir e sim de dar ordens a equipe de enfermagem, levando a relações conflituosas (SILVA, 2006).

Em ambientes hospitalares, com sua exigência tecnológica, complexa, médicos e enfermeiros representam duas grandes categorias de atuação profissional. Entretanto, por desenvolverem atuação diferenciada uma da outra, o foco de atenção está direcionado em um mesmo sentido e é neste momento que situações de conflitos são desencadeadas (OLIVEIRA, 2010).

Os conflitos podem ainda depender de fatores como a disputa de poder entre as profissões e a falta de clareza entre o papel do médico e da enfermagem, estar infelizmente relacionada a estrutura hospitalar burocrática e vertical e mesmo com a falta de comprometimento de muitos profissionais (LIMA; BASTOS, 2007).

A falta de respeito, a desvalorização do serviço da enfermagem e a necessidade de não contestar estas ações ficou evidente quando foi apontado que por necessitar do emprego. Muitas vezes a equipe de nível médio de enfermagem se sujeita a aceitar e conviver com a falta de ética profissional dos médicos. São sufocados por sentimentos de inferioridade em decorrência dos conflitos existentes entre estas duas profissões da saúde que buscam um

mesmo objetivo: tratamento e recuperação do usuário crítico pediátrico. Ainda sobressai a falsa verdade do médico como ser absoluto dentro do ambiente hospitalar.

Neste sentido, falar de ambiente humanizado representa uma utopia para os profissionais de enfermagem. O que impera é que humanização se aplica ou pelo menos espera-se que seja humanizado ao usuário e que o médico ainda é uma categoria inatingível, superior que tem posição de importância e destaque dentro principalmente do ambiente fechado da UTIP.

Estudos apontam que a soberania da profissão de médicos prevalece ainda na atualidade gerando conflitos entre as profissões e em especial para com a enfermagem (SILVA, 2006; OLIVEIRA, 2010).

Somente a conscientização acerca da importância de toda a equipe multidisciplinar e a necessidade do trabalho interdisciplinar proporcionará um ambiente de UTIP com profissionais submetidos a humanização da assistência em saúde, abolindo as diferenças de classes laborais e conseqüentemente proporcionando a enfermagem a valorização de suas atividades assistenciais.

Por muitos ainda associarem a enfermagem a uma profissão de mulheres, algumas vezes a relação médico-enfermagem torna-se complicada devido a submissão a que mulheres são colocadas, mesmo nos dias atuais. A não valorização da profissão da enfermagem é outro ponto importante neste contexto de subordinação, uma vez que para atuação em campo profissional, as categorias da enfermagem passam por formação e qualificação adequada em instituições de ensino que atendam as exigências do Ministério da Educação.

Importante ressaltar que na área da enfermagem o processo de educação não é encerrado ao término de um curso de ensino médio ou de uma graduação. A educação permanente é uma forte aliada para a qualificação profissional e por conseqüência no desenvolvimento de uma enfermagem sistematizada e baseada em evidências.

É necessário que profissionais de enfermagem sejam coesos em suas ações, deixando bem claro qual a sua função dentro da equipe de saúde e através de conhecimento tecnocientífico possa estar elevando a profissão e minimizando os conflitos existentes com a classe médica. A equipe multidisciplinar faz parte da composição da UTIP, trabalhar harmoniosamente nem sempre é possível.

O ambiente foi descrito como um dos pontos de tensões para cuidar em UTIP. O fato do ambiente da UTIP ser caracterizado como um local diferente, sem cor, cheio de sofrimento

e dor, desgastante e estressante pelos procedimentos realizados, também foi descrito como um ambiente onde os usuários estão precisando de tratamento, precisando de cuidados.

[...] Para mim, é um ambiente onde as crianças estão precisando de tratamento, de ajuda, estão passando por dificuldades (P 2).

[...] A UTIP é um lugar diferente, mais apagado, em tudo. Nas cores da parede ... TUDO ... desde o bercinho, o brinquedo e tudo (P 8).

[...] Para mim é um lugar para ter cuidado com as crianças que precisam. Um caso grave, deixa o ambiente meio triste (P 1).

[...] É desgastante porque não deixa de ser um ambiente hospitalar. Um ambiente que você convive muito com o sofrimento do outro, desgastante pela sensibilidade frente a criança. [...] ainda bem que tem esse ambiente. Se a gente for pensar, ainda bem que tem esse ambiente (P 10).

[...] Ambiente muitas vezes carregado de sofrimento, de muito choro, as vezes de estresse que passa com alguns cuidados intensivos que você tem (P 14).

[...] Vendo por outro lado, é um ambiente muito bom, as pessoas chegam graves e geralmente saem com saúde, sai saudável ... os pacientes chegam aqui para serem salvos (P11).

A unidade intensiva pode ser entendida como um lugar para tratamento de usuários em estado de saúde grave, mas que apresentam um prognóstico favorável (OLIVEIRA, 2002). São locais onde existem grandes momentos de tensão e estresse em decorrência ao risco de morte do paciente (JOFRÉ; VALENZUELA, 2005).

Em relação a UTIP, recebe a característica de local frio, muito iluminado durante as 24 horas, que podem ser desprovidos de janelas e de iluminação natural, onde trabalham muitos profissionais (CARDOSO, 2009).

Tratando-se de um local de recuperação, de cura, de perda, local de tristeza e ao mesmo tempo de grandes esperanças foi percebido que existe a contradição entre o local difícil e a gratidão por existir este local que salva tantas vidas em pediatria. Profissionais dividem a opinião entre sentimentos diferenciados.

As cores do ambiente são associadas ao estresse do local. A internação em UTI é ainda mais sombria temerosa e monótona por se ter na unidade cores apagadas, sendo necessária a utilização de cores em materiais e utensílios para harmonizar a mente, o corpo e também as emoções (BOCCANERA et al., 2004).

Neste sentido ao se reportar ao ambiente intensivo pediátrico, atenção deve ser dada a decoração, incentivando temas infantis, cores claras e suaves proporcionam um ambiente mais aconchegante (CARDOSO, 2009).

Foi percebida esta preocupação na unidade de estudo apenas no roda teto, existem figuras de animais coloridos, o que melhora a visualização da criança, uma vez que durante a hospitalização permanece maior período deitado com olhos voltados para cima.

A falta de recursos materiais também foi identificada entre as tensões para cuidar em UTIP. As participantes afirmaram que algumas vezes faltam respiradores, medicamentos, aspiradores, roupas de cama e até mesmo álcool. Um ponto de grande importância foi a falta de papel toalha em alguns períodos, principalmente no noturno. Descreveram que a higienização das mãos faz parte do cuidar de enfermagem, porém nem sempre existe o papel toalha para secá-las.

[...] As vezes falta álcool, papel toalha e lençol principalmente a noite. As vezes a falta de circuito e até respirador. Falta de alguma medicação que é de alto custo (P 8).

[...] A noite está faltando medicação, controlado. Essa noite mesmo, não tinha lençol, a gente teve que ir atrás da enfermeira para conseguir roupa para dar o banho. Falta papel toalha a noite. O que adianta lavar a mão toda hora e enxugar a mão em um pano. As vezes nem pano não tem, nem lençol não tem (P 9).

[...] as vezes falta material, a gente passa por situações onde uma criança precisa de um respirador e as vezes você não consegue, de um oxímetro, as vezes você passa por esse estresse (P 14).

O problema da falta de papel toalha em uma unidade de cuidados complexos como a UTIP, vem ao encontro de uma assistência segura, de qualidade ao usuário hospitalizado. A higienização correta das mãos de nada vale se não existir material adequado para secá-las.

A recomendação para a higienização das mãos pela Organização Mundial de Saúde e o *Center for Disease Control and Prevention* antes do contato com o paciente, antes de procedimentos invasivos, após contato com fluidos corporais, após contato com superfícies inanimadas próximas ao paciente, após retirar luvas, quando as mãos estiverem visivelmente sujas, após exposição a esporos ou patógenos, além de quando houver mudança de um sítio contaminado de um paciente para outro sítio no mesmo paciente (WHO, 2009). Ainda conforme este autor, o “Desafio Global para Segurança do Paciente, elemento essencial da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, cria um ambiente no qual a segurança reúne o

conhecimento de especialistas líderes nas áreas de higienização das mãos, cuidado com o ambiente” entre outros. desta maneira, as causas de mortes ou de disseminação de infecção poderão ser reduzidas no ambiente de cuidado. Neste sentido a preocupação da equipe em realizar a higienização das mãos corretamente atende as exigências mundiais.

Os eventos iatrogênicos são caracterizados como episódios que vem a prejudicar o paciente em estado crítico, onde um destes eventos é a infecção hospitalar, que por sua vez é uma das principais causas que levam ao óbito em unidades de terapia intensiva (HUGONNET; CHEVROLET; PITTET, 2007).

Neste sentido a prevenção de infecção em UTIP tem na higienização das mãos dos profissionais de saúde, em particular da equipe de enfermagem, o fator de maior relevância.

O desafio está em ter uma boa adesão dos profissionais de saúde a higienização das mãos (BALDY et al., 1990; NEVES et al., 2006; RICHTMANN, 2002).

No caso das participantes, disseram que realizam a higienização das mãos mas de forma incorreta por não terem material adequado para realizar a secagem. Neste sentido, o risco de desencadear infecção na unidade intensiva pediátrica, está relacionado não a falta de adesão dos profissionais e sim a falta de recursos materiais para que a técnica correta seja desenvolvida.

O profissional de enfermagem tem o direito de não desenvolver suas atividades quando há falta de materiais, desde que não seja situação de emergência conforme artigo 64 da Resolução COFEN 311/2007(COFEN, 2007). A prevenção da infecção hospitalar é uma das atribuições do enfermeiro (COFEN, 2007).

Porém não foi apontada a recusa dos profissionais em higienizarem as mãos na ausência de papel toalha. Torna-se necessário ao serviço de saúde previsão e aquisição adequada dos materiais bem como a sua distribuição para que não sejam o usuário e o profissional de saúde os prejudicados em questões que envolvam a saúde destes.

Quanto aos materiais e equipamentos, foi observado que existiam apenas três respiradores para a unidade. A recomendação é de que para dois leitos de UTIP se tenha um respirador, monitores ou oxímetro de pulso devem ser um para cada leito existente (BRASIL, 2010). Esta se apresenta como uma situação delicada, pois de que adianta ter o leito em UTIP se não se tem materiais em número adequado para a prestação do atendimento intensivo.

Quanto a indisponibilidade de roupas, álcool, torna-se necessário junto a solicitação de materiais bem como ao setor que executa as compras, realizar uma previsão de gastos de

maneira a manter organizar os setores de apoio com número adequado de materiais necessários ao desenvolvimento do cuidado a criança crítica em terapia intensiva.

O processo de cuidar se torna frustrante porque mediante a escassez de materiais e o funcionamento inadequado de equipamentos, mesmo a equipe fazendo o melhor possível, é inevitável que a qualidade do cuidar fique prejudicada (LEITE; VILA, 2005).

Entre as tensões para cuidar em UTI identificou-se ainda a sobrecarga de trabalho. Está relacionada a inadequações no dimensionamento de pessoal na unidade em estudo. Neste contexto, os enfermeiros mencionaram a fragmentação do cuidar e principalmente a necessidade de adaptar sua função para fazer o melhor a medida do possível. Na percepção deles a qualidade do cuidar fica comprometida.

[...] Meu trabalho na UTIP é um trabalho um pouco diferenciado porque não tem como eu estar atuando o tempo todo. Fico responsável pelo hospital todo e tento dar uma assistência na medida do que eu posso. Meu trabalho na maioria das vezes é estar resolvendo alguns problemas, alguns pacientes quando, tem algum problema com os pais. Algum procedimento mais invasivo como sondagem (P 14).

[...] Eu queria muito poder receber todos os pacientes que entram na unidade, receber a família, poder passar para eles todas as informações, colher todas as informações, colher todos os dados necessários, mas não tem como fazer isso bem feito. Sempre que eu tenho essa oportunidade, essa chance de fazer, eu procuro fazer dando o melhor de mim e o melhor para esse familiar” (P 13).

O enfermeiro é quem detém o conhecimento tecnocientífico, desenvolvendo uma prática sistematizada do cuidar, por meio de sua autonomia profissional e qualificações (PAIVA; SOUZA; SOARES, 2006). Foi percebido a fragilidade do papel do enfermeiro por não conseguir desenvolver suas atribuições, ficando sempre aquém do que é necessário para o desenvolvimento das atividades de cuidar em enfermagem.

A atenção integral, recomendado nas políticas públicas de saúde, vem de encontro a prestação de uma assistência do usuário crítico através da integralidade (BRASIL, 1998). Neste sentido, o cuidar fica prejudicado pela indisponibilidade de se ter na unidade pesquisada um enfermeiro para desenvolver o cuidado integralizado, humanizado e seguro.

Neste sentido, pode ser identificados perfis destrutivos de equipe de saúde são conformados pela subordinação, alienação, pelas hierarquias dos funcionários, pela exposição a subcargas e sobrecargas levando ao desgaste profissional em decorrência da ausência de

autonomia e criatividade bem como devido ao fluxo e falta de defesa em grupo (SILVA; MASSAROLLO, 1998).

Ainda conforme a idéia deste mesmo autor, para que o trabalhador pudesse ter assegurada sua qualidade de vida no trabalho em enfermagem, seria necessária uma integração social, aprendizagem não só de conhecimentos e destrezas da respectiva atividade como também das relações sociais, formação de uma identidade social e pessoal, desenvolvimento e utilização de capacidades humanas, entre outras,

Observou-se que a sobrecarga de trabalho pode ser vista também na unidade de apoio. Esta não conta com recursos humanos específicos para promover a assistência ficando esta função sob responsabilidade da equipe de enfermagem da UTIP. Neste sentido a equipe de enfermagem é responsável pelas atividades de cuidado tanto da UTIP quanto do apoio.

[...] Término de antibióticos estão de alta da UTI mas eles ficam na enfermaria que fica aos cuidados da UTI (P 12)

[...] As crianças que saem da UTI, ficam na enfermaria de apoio com a mãe ou com o acompanhante. Eles ficam lá recebendo os cuidados pela equipe da UTI. Lá tem quatro berços, mas quando precisa coloca também nos leitos dos apartamentos. Já aqui na UTI são 7 leitos (P 2).

[...] quando o paciente está melhor, fica no apoio da UTI com a família. Então tem vez que no total, ficam 13 a 14 pacientes. Fica sobrecarregado. Tem vez que não tem como você cuidar do jeito que você quer cuidar do paciente não tem tempo. Não dá tempo. Eu acho que deveria ter mais funcionários numa UTI. Umas 4 a 5 técnicas para dividir certinho e ficar os pacientes certos para você poder cuidar melhor, ter tempo para cuidar melhor do paciente (P 5).

[...] Quando está muito cheio que tem paciente lá fora e aqui dentro da UTI, fica as vezes 4 pacientes para cada uma das técnicas de enfermagem. [...] Para gente é mais difícil e também para o paciente. As vezes fica faltando para o paciente um cuidado que poderia estar sendo feito se tivesse a quantidade certinha. É cansativo para a gente e chato para o paciente (P 7).

De acordo com a RDC 7 de 2010, para desenvolver os serviços de enfermagem são necessários enfermeiros e técnicos. Estes devem ser escalados exclusivamente para o setor (BRASIL, 2010).

Porém a realidade da pesquisa mostra um descumprimento a esta resolução, onde os mesmos profissionais de enfermagem que cuidam na UTIP estão também prestando as atividades de enfermagem na chamada unidade de apoio.

Devido a esta sobrecarga de trabalho, o cuidado prestado neste ambiente intensivo pediátrico é extremamente prejudicado. Ainda de acordo com a RDC 7 de 2010, a proporção de integrantes da equipe de enfermagem é de um técnico de enfermagem para cada dois leitos e um técnico para auxiliar na unidade (BRASIL, 2010).

Como a UTIP em questão conta com sete leitos e com três profissionais de nível médio de enfermagem, esta proporção está inadequada, não atendendo aos preceitos da legislação vigente, causando sobrecarga de trabalho. O fato se agrava ao entender que esta equipe de enfermagem que não está com número adequado ainda é responsável pelo atendimento a clientes no apoio da UTIP.

Esta realidade remete ao pensamento da atenção também ao cliente interno, do excesso de trabalho, o que conseqüentemente afeta a segurança do cuidado a ser realizado. É necessário pensar a equipe de enfermagem de maneira geral, de acordo com os aspectos humanos e ofertar condições para que o trabalho de enfermagem possa ser executado de forma segura, adequada e humanizada.

O descumprimento das orientações das políticas públicas voltadas as atribuições da equipe de enfermagem, bem como ao número de efetivo aponta um problema a ser visto pelas autoridades competentes, conselhos de classe, gestores de saúde e principalmente a própria instituição. A adequação as normativas torna-se imprescindível para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, que nestas condições torna-se impróprio, quanto para a qualidade das condições laborais do trabalhador.

A resposta a esta sobrecarga de trabalho são medicamentos administrados com atraso, o desgaste do funcionário que acaba se desdobrando na tentativa de suprir as necessidades de cuidados dos clientes, às vezes não dá nem tempo para o repouso ou se alimentarem adequadamente.

A folga de um membro da equipe também prejudica, pois não existe uma substituta. A remuneração conforme descrita fica aquém, tendo em vista o número de atividades e responsabilidades que assumem.

[...] Já chegou nuns 14 pacientes, 7 lá fora e 7 aqui dentro. Quando está lotado e uma colega está de folga, é muita correria, muito cansaço, a carga horária é muito puxado. O salário... não é lá essas coisas é pouco pela correria da gente, pelo que a gente trabalha, pelo esforço que a gente faz. [...] Quando está cheio, nossa!!! É muita correria! É muito difícil!! Fica a noite toda!! Não dá para descansar (P 7).

[...] Quando está cheio, com criança lá fora no apoio, fica meio difícil! [...] A gente da enfermagem se desdobra, não tem como descansar! (P 9).

[...] Quando está cheio não tem como ter nenhuma distração, as vezes não dá tempo nem de tomar café. [...] não dá nem tempo de comer direito. Nos outros setores, a gente observa que as meninas vão e almoçam, tiram o horário certinho, ficam tranqüilas, sentam lá, está tirando o seu horário de refeição. A gente aqui não!!! Quando está cheio, a gente vai almoça rápido e pensa que tem que voltar para a colega também poder ir almoçar. Almoça correndo (P 7)

O atraso para a execução dos procedimentos de enfermagem traz prejuízos quando medicações não são administradas em horários corretos, sendo este um aspecto fundamental a ser cumprido a criança hospitalizada em ambiente crítico. A dependência do cliente é total, cabendo a enfermagem a responsabilidade de desenvolver corretamente, na hora certa todos os cuidados para o restabelecimento e manutenção hemodinâmica, de higiene, sono, repouso e alimentação da criança.

A segurança do paciente não pode ser desenvolvida com prejuízo do cuidado devido às várias ações a serem desenvolvidas e pela impossibilidade de manter a integralidade e a humanização do serviço de saúde.

De acordo com os turnos de trabalho existentes na UTIP, para o turno de seis horas diárias, existe intervalo de quinze minutos para a alimentação do funcionário. Para jornadas diárias maiores de seis horas, é concedido o período de uma até duas horas para repouso e alimentação (BRASIL,1943). Porém pela demanda de serviço, número inadequado no quadro de funcionários, por vezes é dificultoso usufruir o direito concebido ao trabalhador através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Apontaram que a correria existe, alimentar-se adequadamente ou mesmo descansar nem sempre é possível. O excesso de trabalho e consequentemente a responsabilidade para executá-lo faz com que profissionais de enfermagem abram mão de seus direitos trabalhistas para não deixarem de prestar cuidado a criança em terapia intensiva.

De acordo com a PNH, o trabalho humanizado deve ser objetivo não só para os que são cuidados, mas também para os que cuidam (BRASIL, 2006). Torna-se imprescindível repensar o quantitativo de enfermagem e a sua qualidade laboral, seu direito a ter um momento de alimentação adequada, poder repousar durante o período que lhe é de direito e tratá-lo de forma humana proporcionando assim melhor qualidade para o cuidado em enfermagem e conseqüente melhor qualidade de vida.

Além da sobrecarga de trabalho, foi apontada pela equipe técnica uma questão administrativa que de certa forma causa insatisfação, desmotivação, tristeza. A forma de contratação acontece em função não condizente com a formação. Apontam que lotadas na UTIP são todas técnicas de enfermagem por formação, mas que administrativamente na instituição de saúde algumas são auxiliares de enfermagem. A remuneração é diferenciada, porém o cuidado executado é igual entre todas.

[...] O pior é que a gente trabalha muito, é técnica de enfermagem e é contratada como auxiliar de enfermagem, ganha menos que algumas colegas que já estão contratadas como técnicas. Isso é ruim porque todas são técnicas e não ganham como técnicas (P 3).

[...] aqui somos todas técnicas e 3 por turno, só que não somos todas contratadas como técnicas. [...] A gente tem que aceitar essa condição que oferecem para a gente. .. isso me deixa triste. Porque todo mundo trabalha do mesmo jeito, é a mesma coisa, o mesmo serviço. É triste porque você sabe que a colega está trabalhando o mesmo tanto, trabalha final de semana, feriado e ganha menos. Eu não concordo, acho isso errado, todas deveriam ser contratadas como técnicas porque fez o curso para ser técnica (P 5).

[...] Aqui na UTIP não tem distinção de auxiliar de enfermagem com técnico não. Tem para a Administração que é a parte de valor que recebe (P 8).

[...] Aqui na UTI entra como auxiliar para ganhar menos e fazer trabalho de técnico e são todas técnicas por formação. Isso é ruim, a gente sente desmotivada. Faz o serviço bem feito porque faz o que gosta. Aqui na UTIP não encontrei nenhuma colega que não goste do que faz. [...] Saber que fazem o mesmo serviço e ganham diferente fica até com complexo. (P 9).

[...] Aqui na UTI somos todas técnicas, diploma de técnicas. Contratada como técnica não, como técnica não (P 11).

Para o desenvolvimento dos serviços de enfermagem é necessário ao profissional estar registrado no órgão competente, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado onde irá atuar o profissional. Para tanto, seu registro é feito mediante diploma ou certificado de conclusão de curso seja para a categoria de auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro, onde a anuidade e o registro são feitos de acordo com a categoria apresentada através da formação em instituição de ensino registrada no Ministério da Educação (BRASIL, 1986).

Foi identificado desvio de função. Técnicos de enfermagem são contratados como auxiliares, mesmo com o registro no órgão competentes como técnicos, são admitidos na categoria profissional de auxiliares de enfermagem. Foi observado que não existe distinção entre a prestação de cuidados, todas executam as mesmas ações. A diferença está apenas na escala de enfermagem e na remuneração. Este é um motivo para desmotivação profissional,

mas o que foi visto é que mesmo com toda essa dificuldade administrativa, tentam executar as ações de enfermagem de forma bem feita, em benefício da recuperação da criança ali internada.

Além da contratação em função diferente da formação do profissional, destaque foi dado a falta de recursos humanos. Técnicos de enfermagem e enfermeiros apontaram grande dificuldade em desenvolver sua assistência de maneira efetiva, relataram ter que assumir funções que não são de sua competência principalmente pela falta de um enfermeiro exclusivo para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Apontaram ainda que a falta de enfermeiro faz com que a equipe técnica a mercê de tomadas de decisões médicas que nem sempre são adequadas a enfermagem.

[...] As vezes você deixa de dar o cuidado de paciente grave de UTI para poder ficar cuidando de questões que não são graves. Assuntos como horário de visita, sobre dieta, que poderia ser resolvido depois, por outra pessoa, outra conversa. Acabo resolvendo o que não é de minha responsabilidade (P 8).

[...] A questão do número de componentes da equipe também é complicado. Acaba que quando você está trabalhando a noite, ainda tem que assumir algo que não é seu (P 10).

[...] Devido a situação de não ter presente 24 horas a enfermeira, elas acabam querendo tomar algumas decisões. As vezes isso gera choque, mas são coisas simples que são resolvidas. Seria muito bom e muito bem vindo mais um enfermeiro no noturno. Eu acho que se colocasse mais um enfermeiro que pudesse estar pelo menos nas duas UTIs(N/P), seria muito bom mesmo. O trabalho iria render muito mais (P 14).

[...] No final de semana que a gente dobra, que não tem a nossa enfermeira supervisora, tem muita burocracia que é urgente, que a gente tem que correr atrás, tem que chamar a enfermeira que está no hospital que as vezes ela está em outro procedimento, vai ficando, tem que ficar esperando, chamando. A gente peca por estar faltando um cuidado por causa da sobrecarga E a gente tenta fazer o melhor possível dentro da possibilidade da gente (P 7).

[...] Durante o dia e durante a semana, tem enfermeira de manhã e a tarde mas que atendem a outras duas unidades. A noite é uma enfermeira para vários setores do hospital. Não fica só nessa seção. Ao surgirem pequenos assuntos a serem por ela resolvidos, é difícil chamá-la, a gente fica com o plantonista mesmo. E geralmente essas assuntos a noite, por não ter enfermeira exclusiva, quem resolve é o plantonista, quando consegue resolver. As vezes o médico toma essa decisão favorável a equipe médica. Se fosse uma enfermeira olharia mais a parte técnica (P 8).

[...] A gente liga, é difícil encontrar a enfermeira, porque é ela sozinha para o hospital inteiro. É complicado para ela (P 9).

[...] Se for algo que não está ao nosso alcance, a gente procura o enfermeiro para resolver, sempre focalizando a não deixar nada a desejar. Pensa a possibilidade de ter um enfermeiro sempre dentro da UTI, que se tem um acesso difícil, ele funciona, se tem algum problema o enfermeiro resolve. Agora pensa um enfermeiro para o hospital todo!! (P 10)

É necessário um enfermeiro assistencial para cada dez leitos ou fração por turno de trabalho dentro da UTIP, um enfermeiro coordenador para toda unidade, um técnico para cada dois leitos e um técnico de enfermagem para auxiliar nas atividades da unidade (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAPC, para a prestação de serviços na unidade de tratamento crítico pediátrico, são necessários vários profissionais da equipe de enfermagem: um enfermeiro coordenador responsável pela área da enfermagem; um enfermeiro assistencial por turno de trabalho, exclusivo da unidade, para cada dez leitos/fração; um técnico de enfermagem para cada 2 leitos/fração. Quanto aos recursos materiais, destaca-se o número de um oxímetro de pulso para cada leito, um ventilador pulmonar para cada dois leitos, duas bombas de infusão por leito entre outros (BRASIL, 2005b).

A realidade vivenciada na unidade pesquisada está muito distante desta recomendação. Não existe enfermeiro exclusivo para a UTIP em nenhum horário, sempre este profissional está escalado na unidade de terapia intensiva pediátrica e em outra unidade ou outras unidades.

Percebe-se que a equipe de enfermagem como um todo sente a necessidade de adequação do quadro pessoal, a presença do enfermeiro é cobrada e pela sua inexistência de forma exclusiva, várias atividades de sua competência não são executadas, são aumentadas as exigências físicas e emocionais dos profissionais devido ao ritmo acelerado e intenso o que pode levar ao estresse físico ou mental. Com esta sobrecarga de trabalho, muitas atividades tornam-se inviáveis de serem realizadas, tornando impossível desenvolver um trabalho de qualidade (CORONETTI, 2011).

Ainda neste contexto, foram descritos e observadas importantes inconsistências no quadro de profissionais que cuidam na UTIP. A unidade conta com um enfermeiro e três técnicos e/ou auxiliares de enfermagem por período matutino, vespertino e noturno. Porém existem particularidades. Os enfermeiros não são exclusivos deste setor. Por vezes respondem por dois ou mais setores do hospital, incluindo a UTIP.

Foi descrito e observado que muitas vezes técnicos de enfermagem na tentativa de prestar atendimento de qualidade acabam por executar funções que não são de sua competência, ficam desgastados, sobrecarregados e acabam por ficar com suas atribuições em falta. Estão também passíveis de apresentar sinais de estresse. Quanto aos enfermeiros, o desgaste e a cobrança de trabalho é ainda maior. Acabam por sujeitar-se a estas condições de trabalho, deixando o seu cuidado, que é a essência da enfermagem fragmentado e sem qualidade e também fortes candidatos a desenvolverem o estresse ocupacional.

Foi percebido nas narrativas da equipe de enfermagem que atua no noturno que o enfermeiro neste período fica distanciado da unidade e alguns inclusive não citaram o enfermeiro como membro da equipe neste período.

[...] nós somos três técnicas de enfermagem, uma enfermeira, um médico e um fisioterapeuta durante o dia. A noite não tem a fisioterapeuta e nem a enfermeira, ficam só as técnicas e o médico (P 7).

[...] a equipe é muito boa! São três técnicas por horário. Temos na UTIP médicos, fisioterapeutas e duas enfermeiras (manhã e tarde). Durante o dia, são três técnicas, a enfermeira o médico e o fisioterapeuta (P 2).

Isto mostra a fragilidade enfrentada pelo enfermeiro pelo comprometimento do seu cuidar pela excessiva responsabilidade por várias unidades, sendo esquecido em uma unidade de tanta significância como a UTIP.

Neste sentido, outros grupos, por exemplo profissionais de comunicação não conhecerem a categoria do enfermeiro e considerarem todos da equipe de enfermagem como tal foi o resultado de uma pesquisa, onde apontam a necessidade de maiores informações e maior visibilidade e voz para o reconhecimento da profissão e dos seus profissionais (KEMMER; SILVA, 2007).

Sendo esta a visão de profissionais da área de comunicação, o desconhecimento a cerca da enfermagem é uma realidade. Estes autores, apontam ainda a necessidade de estratégias de comunicação através da mídia para divulgação a população do reconhecimento da profissão e dos profissionais de enfermagem.

A experiência descrita por graduandos em enfermagem apontaram que estes entendem o enfermeiro como alguém que desenvolve o cuidado, que necessita do reconhecimento e da valorização de seu trabalho, necessita deixar de lado a idéia de submissão ou de auxílio a outras profissões (ERDMANN et al., 2009). Estes autores trazem a problemática da visibilidade da profissão do enfermeiro.

Na literatura, autores apontam sobre a questão da visibilidade do enfermeiro tanto por parte dos profissionais da saúde quanto de outras áreas (ERDMANN et.al., 2009; KEMMER; SILVA, 2009), porém as participantes desta pesquisa apontaram que profissionais de enfermagem de nível médio, mesmo fazendo parte da composição da equipe de enfermagem, por vezes não reconhecem ou não consideram o enfermeiro como componente da equipe de saúde por não estar diretamente presente na UTIP durante o turno de trabalho.

A visibilidade da enfermagem somente ocorrerá com o entendimento de uma profissão independente, científica, complexa, com a adequação ao número de profissionais, como uma peça de grande importância do processo de cuidado e que em primeiro lugar deve ser valorizada e reconhecida pelos seus próprios profissionais, em respeito a hierarquia e o cumprimento do seu código de ética de enfermagem para uma prática assistencial sistemática, prestadora da integralidade do cuidado humanizado ao usuário de UTIP.

Uma fragilidade foi observada em relação ao enfermeiro. Profissionais de nível médio se destacaram na execução do cuidado técnico, fato este devido a falta de exclusividade e ao número inadequados de enfermeiros na unidade.

Chama a atenção o fato de profissionais de enfermagem recebem remuneração inferior a outros profissionais de saúde, cumprem carga horária excessiva e ainda necessitam mais de um vínculo empregatício para suprir suas necessidades cotidianas. Isto demonstra como pode ser desgastante o desenvolvimento do cuidar com segurança ao paciente (FELLI, 2012).

Em decorrência das dificuldades de condições de trabalho, o processo de cuidar torna-se frustrante. O que pode ser visto ante a escassez de recursos materiais e humanos é que os profissionais acabam fazendo o melhor que podem, mas isso culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar (BARBOSA; SILVA, 2007).

Ao serem desenvolvidas as atividades de trabalho, a equipe de enfermagem deve realizá-las como uma atividade criativa e prazerosa, favorecendo o desenvolvimento de habilidades físicas e mentais, compatibilizando a remuneração e a carga horária de forma a proporcionar a melhoria da qualidade de vida ao trabalhador e a sua família. Diferentemente, na realidade o ambiente das organizações de trabalho se configura em espaços de captação da força de trabalho, em troca de sobrevivência, o que predispõe conflitos negativos geradores de estressores e violência (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

São observados ainda em profissionais que atuam em UTI a ansiedade, tensão, fadiga emocional e física, gerador de estresse a equipe de saúde. Estas fontes de estresse são descritas pelo próprio ambiente de crise, risco de vida, situação vida/morte, sobrecarga de trabalho, má utilização de habilidades médicas e a falta de reconhecimento pelos profissionais (VILA; ROSSI, 2002).

Quando são ofertadas condições favoráveis para o desenvolvimento do cuidar, as ações podem ser realizadas em sua totalidade e com extrema qualidade (TEIXEIRA, 2005; CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007).

Apesar dos aspectos que dificultam o processo de cuidar, sempre foi visto que a equipe de enfermagem demonstrava gostar de atuar em UTIP, fato que contribuiu para que a pesquisa fosse realizada. Afinal, como é possível gostar de trabalhar em um ambiente estressante, cheio de incertezas e medos?

Por estarem atuando em uma unidade crítica e complexa, os profissionais demonstram gostar de trabalhar em UTI por terem a possibilidade de aprimorar conhecimentos tecnocientíficos, de crescer profissionalmente e criar uma maneira ímpar de cuidar. Desta maneira, a valorização pessoal e satisfação pessoal são desenvolvidas (SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008).

Estudo feito com enfermeiros aponta que gostam do que fazem, mesmo em ambiente de tensão, mas que para tanto é necessário um ajuste pois este também é humano e expressa sentimentos (LIMA; TEIXEIRA, 2007). Ações de sensibilidade através do corpo podem justificar que o cuidar não seja mecânico e mesmo em situações desagradáveis, podem ser expressos sentimentos de gostar do que faz (FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999).

Em síntese, por meio desta análise, cabe a gestão assumir o déficit organizacional. Precisa ser revisto junto a instituição questões sobre adoção de práticas seguras, a adequação de número de pessoal no sentido de assegurar ao usuário pediátrico de UTIP seus direitos e seus deveres como cidadão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa foi possível a compreensão do significado de cuidar da criança hospitalizada em UTIP na perspectiva da equipe de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia.

Quanto aos resultados obtidos, houve a relação entre a compreensão do cuidar através do cuidado humanizado, do cuidado técnico, do cuidar por gostar ou por sacerdócio e do cuidar como gerador de tensões.

Neste sentido, percebeu-se que para o cuidado humanizado a equipe de enfermagem se mostrou preocupada em atender não só a criança mas inserir a família como parte integrante do cuidar em terapia intensiva pediátrica, vindo de encontro as propostas do SUS aos usuários. O cuidado técnico foi descrito como algo a ser desenvolvido para a estabilização e recuperação da criança grave. Aspectos referentes a higienização, alimentação, conforto e tratamento medicamentoso são importantes mas, o carinho, o respeito, o afeto, o tocar e pegar no colo são contribuintes para potencializar os aspectos técnicos.

O gostar de cuidar foi apontado em detrimento a realização das atividades laborais realizadas em equipe, com alteridade, de maneira prazerosa, principalmente em UTI.

Entretanto, as tensões para cuidar foram identificadas no sentido da sobrecarga de trabalho onde profissionais de enfermagem não atendem apenas a UTIP, são designados ao trabalho em um ambiente paralelo, sendo responsáveis pela manutenção do tratamento infantil até o momento de alta. A sobrecarga de trabalho está presente de maneira significativa, onde técnicos de enfermagem e enfermeiros se desdobram na tentativa de cuidar de forma humanizada, porém esta humanização deveria estar presente aos que cuidam e não só aos que são cuidados. A dificuldade em acolher adequadamente a família e ao usuário leva a frustração por não poder desenvolver o cuidado integral e humanizado ao usuário, o cuidado não sistematizado expressam em significado de tensão no cuidar.

A equipe de enfermagem enfrenta inúmeras dificuldades para cuidar em UTIP, convive diariamente com situações conflitantes entre a vida e a morte, conflitos interpessoais, trabalhando em condições desfavoráveis a si e ao cliente (criança/família) e com frustrações mas que contradizem estas dificuldades quando afirmam “eu gosto de cuidar neste ambiente” “não me imagino trabalhando em outro lugar”.

Acredita-se que os resultados deste estudo tenham sido limitados. No grupo social pesquisado, é marcante a expressão da categoria profissional dos técnicos de enfermagem. Foi deles a maior parte dos relatos sobre o entendimento do cuidado desenvolvido no ambiente

crítico pediátrico. A voz do enfermeiro foi pequena, dividida, restrita a priorização de atividades ou sua delegação por impossibilidade de desenvolvê-las.

A realidade mostrada foi de que todos estão trabalhando em seu limite, dando o máximo de si, com desvio de função e de contratação, sofrendo com a perda do usuário, colocando-se no lugar do outro. Porém a satisfação com a recuperação da criança, com o agradecimento da família supera as dificuldades vivenciadas.

Os resultados apontam a necessidade de transformações organizacionais com adequação as condições físicas, ambientais, de recursos humanos, materiais e sociais na busca da assistência de enfermagem junto a integralidade, conferindo a humanização não apenas ao usuário e família hospitalizada mas também a equipe que presta seus cuidados ininterruptos na tentativa de atendimento de qualidade.

Apesar de o grupo pesquisado compreender que o cuidar em UTIP é colocar-se no lugar do outro, ser misericordioso, ser gente que cuida de gente, as dificuldades com as tensões para cuidar acabam sendo transpostas por uma equipe que gosta do que faz, mas que está desgastada por trabalhar no limite de suas condições. Neste sentido, ficou evidenciado que a voz dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem está muito presente nos relatos, os enfermeiros devido ao acúmulo de responsabilidades não permanecem tão atuantes no cuidado quanto o restante da equipe de enfermagem.

Torna-se necessário para que a equipe de enfermagem possa realizar com excelência o processo de cuidar, o entendimento institucional de que a humanização, a integralidade só podem ser possíveis de aplicação em sua totalidade mediante adoção das propostas para atendimento em terapia intensiva pediátrica por meio da elaboração de ações integrais, com planejamento implementação e execução sistematização da assistência de enfermagem e pautada na legislação, recomendações e exigências dos órgãos competentes.

É preciso a realização de estudos com outras equipes de enfermagem em terapia intensiva pediátrica para assim conhecer a realidade do processo de cuidar neste ambiente. Deste modo será possível compreender acerca deste importante aspecto que envolve a integralidade e a humanização das unidades de saúde através do desenvolvimento de suas ações ao cuidado crítico infantil.

O estudo mostrou resultados que sugerem a pesquisadores e profissionais de saúde que lidam com vidas a compreensão do significado do cuidar para enfermagem, com a

capacidade de entender e identificar neste ambiente altamente tecnocientífico como o processo de cuidar está sendo desenvolvido. Servirá para alertar diretores e gestores de saúde avaliem e possam aplicar a integralidade, a humanização na busca da qualidade do cuidar e a qualidade de condições de trabalho de quem cuida em saúde, além da busca à adequação ao modelo de saúde vigente.

Finalizando, por meio deste estudo pode se compreender que o cuidar na UTIP é complexo e contraditório. Envolve aspectos técnicos, aspectos humanos, tensões, gostar. Envolve o fazer que embora tenha a intenção de promover uma prática segura, vivencia tensões organizacionais e técnicas. Impossibilita a efetivação da integralidade e humanização do cuidar por não proporcionar práticas seguras. O empoderamento da enfermagem será proporcionado quando gestores de saúde estruturarem as ações de saúde no ambiente crítico, com a participação social por meio da atuação dos conselhos de saúde na tentativa de realmente assegurar ao usuário pediátrico de UTIP seus direitos e deveres durante a hospitalização com a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S. et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 6, n. 62, novembro-dezembro. 2009.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Maringá, vol. 6, n. 1. p.63-72. 2001.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n.01, p.09-16, 2006.

BALDY, J. L.; et al. Comunicação visual na prevenção de infecções hospitalares: um estudo realizado no centro de terapia intensiva do hospital Evangélico de Londrina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.36, n. 3/4, p. 144-149, julho-dezembro. 1990.

BARBOSA, I.A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF. V.60, n. 5, p. 546-51, setembro- outubro. 2007.

BARROS, M. C. M. (org). **A consciência em expansão** – Os caminhos da abordagem transpessoal na educação, na clínica e nas organizações. 1ª ed. Porto alegre: EDIPUCRS, 2008.

BOCCANERA, N. B.; et al. As cores do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 06, n. 03, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. 17 ed. Vozes. Petrópolis, RJ, 2010.

BOUSSO, R. S.; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI Pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.35, n.2, p.172-9, junho, 2001.

BRASIL. Decreto-Lei n. 5.452 de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, RJ., 122º da Independência e 55º da República. 09/08/1943. 1943.

BRASIL. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, DOU de 26/06/86. Seção I, fls 9.273 a 9.275. 1986.

BRASIL. Decreto 94.406. de 08 de junho de 1987. Regulamenta Lei n. 7498/86 que dispõe sobre exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF DOU09-06-1987. Seção 1, p. 1. fls 8853-5. 1987.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 e setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, de 17 outubro de 1995. Seção 1, p. 319-320.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Humaniza SUS**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção a Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil/Ministério da Saúde, departamento de ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 80p.:il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.071, de 4 de julho de 2005. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública nº 3, de 7 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. **Diário Oficial da União**. nº 130 de 8 julho 2005. Seção 1, p. 41-8. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do

SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.52 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC Nº 7, DE 24 DE fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC Nº 26, DE 11 DE MAIO DE 2012**. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF, 2012.

CAGNIN, E. R. G.; LISTON, N. M.; DUPAS, G. Representação social da criança sobre o câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 38, n. 1, p. 51-60. 2004.

CAMPOS, GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CARDOSO, S. B. **Perspectiva da enfermagem a cerca da abordagem assistencial: o caso da unidade de terapia intensiva pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ/Soraya Bactuli Cardoso**. Dissertação de mestrado. UFRJ, EEAN, Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, A. M.; BEGNIS, J. G. Brincarem unidade de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 109-117, janeiro-abril. 2006.

CECILIO, L.C.O; Direção CGR; CDI/CGR. Administração Gerencial em uma organização governamental de saúde: refletindo sobre algumas questões estratégicas. **IN Revista CGR**, Belo Horizonte, março 2002, p. 10-20.

CECÍLIO, L.C.de O.; MERHY, E.E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. de. **Construção da integralidade:cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2005. p. 197-210. Ilus.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. **Construção da integralidade: Cotidiano, saberes e práticas de saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO: p.199-212. 2007.

CÔA, T.; PETTENGILL, M. A. M. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 45, n. 4, ago. 2011.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12,n.2. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução** n. 146/1992. De 1º de junho de 1992. Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde.[legislação na internet]. Brasília. 1992. [citado 2007 maio 21]. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materiais.asp?ArticleID=7023&ionID=34>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 293/2004, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º nov. 2004. Seção 1. p.52-3.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução** 311/2007. Aprova o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem [internet] [citado em 2011 Mar 8]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução** 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. [internet]. [citado em 2011 Out 13]. Disponível em [http:// site.portalcofen.gov.br/node/4384](http://site.portalcofen.gov.br/node/4384)

CORBÂNI, N. M. de S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 3, maio-junho. 2009.

CORONETTI, A. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinense de medicina**. V35, n.4. 2006.

- COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica a pesquisa etnográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, S.P, v.10, n.3, p.372-82. 2002.
- CRIVARO, E. T.; ALMEIDA, I. S.; SOUZA, I. E .D. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro v. 15, p. 248-54, 2007.
- CUNHA, P.J. ZAGONEL, I.P.S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 412-9, 2008.
- DANNA, M. F.; MATOS, M. A. **Aprendendo a observar**. São Paulo: Edicon, 2006.
- DIAS, J.; NASCIMENTO, L.C.; MENDES, I. J. M.; ROCHA, S. M. M. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. **Texto Contexto Enfermagem**, SC, v.14, n. 4, p. 688-695. 2007.
- ERDMANN, A.L.; et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Revista Brasileira de Enfemagem.**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, jtoulho-agos. 2009.
- FARIA, D.G.; JUNIOR, M.M. Humanização na UTI pediátrica. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). **Humanização em cuidados intensivos**. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p.83-90.
- FELLI, V.E.A. Condições de trabalho e adoecimento: motivo para a redução da jornada de trabalho para trinta horas. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.3 n.4, p.178-181, 2012.
- FRAGA, I.T.G.; PEDRO, E.N.R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre , v. 25, n.1, p.89-97, abril. 2004.
- FIGUEIREDO, N. M. A; CARVALHO, V. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

FONSECA, A. L. N.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, PR, v.11, n. 1, p. 9-15. 2006.

FRANCISCHIELLI, A. G. B.; ALMEIDA, F. A.; FERNANDES, D. M. S. O. O uso do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25 n.1, 2012.

GARCIA, R. M. **Compreendendo as necessidades do familiar acompanhante que tem uma criança internada na unidade de terapia intensiva em fase terminal da doença**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, 2000.

GASPAR, P.J.S. Enfermagem, profissão de risco de desgaste: perspectiva do enfermeiro do serviço de urgência. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**. v. 109, n. 10, p. 22-24, março. 1997.

GUALDA, D.; HOGA, L. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.26, n.1, p.65-73, 1992.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S.D.; MACHADO, W. C. A. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2ª ed. Rio de Janeiro, Revinter, 2002, reimpressão 2005.

GOMES, A.M. **Planta física, equipamento e dotamento de pessoal**. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. 1988.

GRANGER, C. E.; GEORGE, C.; SHELLY, M. P. The management of bereavement on intensive care units. **Intensive Care Medicine**, University Hospital of South Manchester, v.21, n. 15, p. 439-436. 1995.

HAYAKAWA, L. Y. et al. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 3, maio-jun. 2010.

HUDAK, C.M.; GALO, B.M. **Cuidados Intensivos de enfermagem**: Uma abordagem holística. 6.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997.

HUGONNET, S.; CHEVROLET, J.C.; PITTET, D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. **Crit care Med.** n.1, p76-81, jan.2007.

JAPIASSU, H. Introdução a ciências humanas. 2 ed. São Paulo: Letras & Letras. 1994. 191 p.
KEMMER, L.F.; SILVA, M.J.P da. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 15, n. 2, mar/abr. 2007.

JOFRÉ, A.V.; VALENZUELA, S.S. Bournout em personal de enfermagem de unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Aquicham**, v.5, n.1, p56-63, 2005.

JYH, J.H.; NOBREGA, R.F.; SOUZA, R.L. **Atualizações em terapia intensiva pediátrica.** São Paulo: Atheneu; 2007.

KEMMER, L. F.; SILVA, M. J. P. Nurses' visibility according to the perceptions of the communication professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 191-198, março-abril. 2007.

KISSOON, N. Bench to bedside review: Humanism in pediatric critical care medicine a leadership challenge. **Critical Care**, v.9, p.371-375. 2005.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LANGE, L. M. J.; FIORELLI, R. A. L. P. **Vivências emocionais de equipes de saúde trabalhando em UTI Pediátrica: um olhar transpessoal sobre o sofrimento e o morrer.** Monografia do curso de Especialização em Psicologia Transpessoal. ALUBRAT – CESBLU. 2009.

LEITE, M.A.; VILA, V. da S.C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n.2, p. 145-150, março-abril. 2005.

LELOUP, J. Y.; HENNEZEL, M. **A arte de morrer: Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade.** 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

-
- LEMOS, L. M. D.; et al. Vamos cuidar com brinquedos? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p.950-5, novembro- dezembro. 2010.
- LIMA, I. B.; BASTOS, L. O. Conflitos de poder na relação entre profissionais de saúde sob a óptica do paciente. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v.1, p. 19-27. 2007.
- LIMA, R. M. T.; TEIXEIRA, E. R. A vivência de quem cuida em terapia intensiva e suas implicações psicoafetivas. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 3, p. 381-6, julho- setembro. 2007.
- LIRA, N. F.; BONFIM, M. E. **História da enfermagem e legislação**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.
- LIRA, P. S.; SILVA, M. J. P. da. O cuidado como uma Lei da Natureza: uma percepção integral do cuidar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, julho. 2008.
- LITCHTENEKER, K; FERRARI, R. A. P. Internação conjunta: opinião da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 07, n. 01, p. 19 – 28, 2005.
- LOCSIN, R. Technologic competence as carig in critical care nursing. **Holist Nursing Pratic, Frederick (MD)**, v.12,n.4, p50-6. 1998.
- LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n.2, 243-56, agosto. 2004.
- LUDKE, M.;ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação**: abordagem qualitativa. São Paulo, EPU, 1986.
- MAESTRI, E.; et al. Estratégia para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 73-78, janeiro-março. 2012.
- MARTINS, C. A.; et al. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n. 4, março. 2005.

-
- MATTOS, R. A. Os sentimentos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**, Tomos II. Salvador: Casa de Qualidade, 2001. 167p.
- MILES, M.B.; HUBERMAN, A.M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**, 2.ed. London: Sage Publications; 1994. 338p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro:Huitec/Abrasco, 2004. 270p.
- MOLINA, R. C. M. Caracterização das internações em uma UTIP de um hospital-escola da região sul do Brasil. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá , v. 7, p. 112-20, 2008.
- MOLINA, R. C. M., et al. A percepção da família sobre sua presença na Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 43, n. 3, set. 2009.
- MOLINA, R. C. M.; MARCON, S. S. Benefícios da permanência da participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, SP, v. 43, n. 4, dezembro. 2009.
- MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, dezembro. 2003.
- MORSE, J.M.; FIELD, P.A. **Qualitative research methods for health professionals**. 2.ed. London, sage Publications, 1995.
- MURAKAMI, R.; CAMPOS, C.J.G. Importâncias da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 254-60, março- abril. 2011.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Teoria Humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 02, p. 71-78. 2004.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. 2, p. 215-221. 2009.

NEVES, Z. C. P. das; et al. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, julho-agosto. 2006.

NIEWGLOWSKI, V. H.; MORÉ, C. L. O. O. Comunicação equipe família na unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto da hospitalização. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.1, janeiro-março, 2008.

OLIVEIRA, E.C.N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, p.30-41, junho. 2002.

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Dimensão pessoal do trabalho para Enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24; n. 4. 2011.

OLIVEIRA, L.M.A.C. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 429-36, 2010.

PAIVA, M, B.; SOUZA, C. A.; SOARES, E. Fatores que interferem na preservação do sono e repouso de criança em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 29-35, abril. 2006.

PAIXÃO, W. História da Enfermagem. 5ª ed., Rio de Janeiro, Júlio c. Reis, 1979.

PAULI, C.P. BOUSSO, R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.11 n.3 maio Jun. 2003.

- PEDROSO, E.G.; BOUSSO, R.S. O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem. **Acta Sci Health Sci**, n.26, n.1, p.129-34. 2004.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec. 1994.
- POLES, K.; BOUSSO, R.S. Compartilhando o processo de morte com a família: a Experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14,n. 2, p. 207-213. 2006.
- RANDOLPH, et al. Growth of pediatric intensive care units in the United States from 1995 to 2001. **Journal Pediatric**; v.144, n.6, p.792-8, jun. 2004.
- RICHTMANN, R. Cadeia epidemiológica de infecção neonatal. In: **Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Diagnóstico e Prevenção de Infecção Hospitalar em Neonatologia**. São Paulo: APECIH, 2002.
- SALOMÉ, G.M.; ESPÓSITO, V. H. C.; SILVA, G. T. R. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n.2, p.294-99, 2008.
- SANTORO, D.C. Situação dos sistemas de saúde no Brasil e os cuidados desenvolvidos nas unidades de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 259-61, agosto. 2001.
- SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.
- SILVA, I. M. B. P. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar**. Tese. Dissertação de mestrado PUCSP .2006. 157p.
- SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio** - a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.
- SILVA, R.C.L.da; PORTO, I.S.; FIGUEIREDO, N.M.A. de. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Escola de Enfermagem Anna Nery Revista**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 156-9, mar. 2008.

SILVA, G. F. da; SANCHES, P. G.; CARVALHO, M. D. de B. Refletindo sobre o cuidado de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, janeiro-março. 2007.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. de.; Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 1, n.42, 2008.

SILVA, V. E. F.; MASSAROLLO, M. C. K. C. Z. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.22, n. 5, p. 283-286, 1998.

SILVEIRA, R.S.S.; et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Revista Texto & Contexto – enfermagem**. Florianópolis, SC, v.14 n. spe, 2005.

SCHNEIDER, C. C.; et al. Na unidade de tratamento intensivo, importância e limites – visão da enfermagem e familiares. **Ciencia Cuidado e Saúde**, Maringá, v.8, n.4, p.531-9, outubro-dezembro. 2009.

SOUZA, A. I. J.; RIBEIRO, E.M.; ECKERT, E. R. Dialogando com a equipe de enfermagem sobre necessidades educativas dos acompanhantes de crianças internadas: construindo caminhos para o cuidado a família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 12, n. 3, p 280-288, julho-setembro., 2003.

SOUZA, D. C. de, et al. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 453-60, 2004.

SOUZA, G .C de.; **Trabalho em equipe de enfermagem: interação, conflito e ação interprofissional em hospital especializado**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011. 158 p.

STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory**. 2.ed. London: Sage. 1998. 321p.

TEIXEIRA, E. R.; FIGUEIREDO, N. M. **O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo: uma perspectiva estética na prática de enfermagem**. Rio de Janeiro; UFF, 2001.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO R; MATTOS, RA. **Construção da integralidade cotidiana saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003.

VICENT, J.; THIJS, L.; CERNY, V. Critical care in Europe. In: CARSON, R.W.; GEHEB, M.A. ed. **Critical care clinics. Philadelphia**. W B Saunders Company. p. 245-53. 1997.

VILA, V. da S .C; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva:muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 2, p.137-144, março-abril. 2002.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre, RS:sagra Luzzato. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATIUN (WHO). **Word Alliance for Psatient Safety**. Implementation Manual WHO surgical safety checklist 2009. Safe surgery saves lives. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_final-Jun008.pdf Acesso em: 10 de setembro de 2011.

YAMANAKA, T.I.; et al. Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, 190-6. 2007.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

ZACARIAS, C. C.; et al. Implantação de tecnologias de cuidado em unidade de terapia intensiva aos usuários e seus familiares. **Ciencia Cuidado e Saude**, Maringá, PR., v.8,n.2. p.161-168. 2009.

ZAGONEL, I.P.S. **O ser adolescente gestante em transição sob a ótica da enfermagem. Pelotas**: Editora Universitária/ UFPel; Florianópolis:UFCS, 1999. 191p (Série teses de Enfermagem n.20).

ZAPPAROLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P. Risco Ocupacional em Unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida e Emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.59, n. 1, p. 41-6, janeiro-fevereiro. 2006.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “**O significado de cuidar em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**” que será desenvolvida pela pesquisadora Enf^a Rosana Mendes Bezerra, COREN-GO: 98502.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: “**O significado de cuidar na unidade de terapia intensiva pediátrica**”

Pesquisador Responsável: **Rosana Mendes Bezerra**, fone: 9090-81331546, podendo ser feito contato a qualquer momento (antes, durante e após o estudo), tirar todas as dúvidas com a pesquisadora, mesmo em ligações a cobrar. Pode também ser feito contato com o CEP-UniEvangélica 3310 6736, caso o sujeito se sinta de alguma maneira lesado ou mesmo prejudicado.

O objetivo da pesquisa será identificar o significado de cuidar para enfermeiros, técnicos de enfermagem que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, no município de Anápolis, Goiás. Você melhor do que ninguém pode nos dizer como é o seu cotidiano de trabalho e apontar os fatores ambientais e psicossociais que favorecem e/ou dificultam a prática do cuidar nesta unidade.

Caso você concorde em participar, voluntariamente, serão realizadas observações e entrevistas. As observações serão conduzidas com objetivo de descrever o seu cotidiano de trabalho e as interações entre equipe, crianças e familiares. As entrevistas serão realizadas para saber como você se sente cuidando de crianças em estado crítico e seus familiares. Para facilitar o registro das informações, será necessário o seu consentimento para realizar anotações e gravar as entrevistas por meio de um aparelho MP3. O tempo estimado de entrevista é em torno de 30 minutos.

As entrevistas serão marcadas conforme sua disponibilidade de horário, antes ou após o turno de trabalho, podendo ser realizadas em sala privada da própria instituição ou se preferir, no domicílio do sujeito. Importante lembrar que vou gravar suas respostas, mas sua identidade será preservada, podendo ser usados nomes fictícios ou números para escrevermos sobre as pessoas que participarem da pesquisa.

Acreditamos que o Sr (a) não sentirá nenhum desconforto, não terá riscos ou, prejuízos ao participar do estudo. Entretanto, caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno, você está livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo. Se você não estiver à vontade para discutir sobre um determinado assunto, você é livre para não responder questões ou interromper suas respostas durante sua entrevista.

Você poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem, sofrer nenhuma penalidade. Todas as informações serão confidenciais, o nome do participante será mantido em sigilo, e os dados serão arquivados por cinco anos e após incinerados, conforme orientação Resolução CNS nº 196/96.

Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa, inclui-se contribuir para o conhecimento e a reflexão sobre as ações necessárias para promover o cuidado com excelência de qualidade técnica e humana nos serviços de terapia intensiva pediátrica. Após o término da mesma, os resultados serão apresentados e defendidos em dissertação de mestrado e serão publicados em uma revista científica da área da saúde, afim de que outros pesquisadores, e demais profissionais da saúde tenham acesso a estes dados.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Atenciosamente,

Rosana Mendes Bezerra

Enfermeira – Mestranda em Ciências Ambientais e Saúde

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, concordo em participar, como voluntário, do estudo “O significado de cuidar na unidade de terapia intensiva pediátrica”, que será desenvolvida pela pesquisadora Enfª Rosana Mendes Bezerra, COREN-GO: 98502. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Também fui assegurado de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade, além do compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que essa possa afetar minha vontade de continuar participando e que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Tenho ciência do exposto a cima, dou fé, assino e recebo uma cópia deste documento.

Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem a minha pessoa.

Assinatura do sujeito participante _____ Anápolis, ___/___/___

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado

Assinatura do Investigador _____ Anápolis, ___/___/___

Assinatura da Testemunha _____ Anápolis, ___/___/___

Assinatura da Testemunha _____ Anápolis, ___/___/___

APÊNDICE B

Roteiro para entrevista com os profissionais

Dados de identificação

Sexo: feminino () masculino () Idade: _____ anos.

Categoria profissional: () enfermeiro () técnico de enfermagem

Tempo de formado: _____ ano(s) Pós Graduação _____

Instituição onde se graduou: _____

Tempo de trabalho em UTIP _____ ano (s)

1 *Descreva como é seu dia-a-dia de trabalho na unidade de terapia intensiva pediátrica?*

2 *Como você se sente cuidando de crianças em estado crítico? Como é o seu relacionamento com os familiares dos pacientes?*

3 *O que significa para você cuidar da criança e do familiar no ambiente da UTI pediátrica?*

4 *Como é a realidade do cuidar na UTIP?*

Roteiro com temas de observação

- Observação das atividades desenvolvidas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Observação da maneira de desenvolvimento do cuidado a crianças e seus familiares;
- Observação do relacionamento equipe-criança-família;
- Observação da realidade para cuidar desenvolvido na UTIP

Anápolis, 12 de novembro de 2010.

OFÍCIO 257 / 2010 – CEP

Número de Protocolo: 0138 / 2010

Título do projeto: O significado de cuidar em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.

Pesquisador responsável: Rosana Mendes Bezerra

Senhor (a) Pesquisador (a) Responsável,

O protocolo de pesquisa encaminhado por V.Sra. a este Comitê, avaliado no dia 9/11/2010, recebeu parecer **APROVADO**, significando que as atividades de pesquisa envolvendo seres humanos já podem ser iniciadas.

Relembramos que deverão ser encaminhados relatórios anuais (parcial e final) a este Comitê de Ética, para fins de acompanhamento, tomando como referência a data de aprovação do Projeto no CEP. Os relatórios, em formato eletrônico (doc ou pdf), deverão ser encaminhados ao e-mail cep@unievangelica.edu.br com identificação do número do protocolo.

Colocamo-nos à total disposição para solucionar as dúvidas que porventura surgirem.

Cordialmente,

Sílvia Mara Maloso Tronconi
Coordenadora do CEP- UniEVANGÉLICA