

2669482

R 1389360/01

03/05/01

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM.**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

MFN 2.28  
Nº 21.1.1 - 3974

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1389360	
03 / 05 / 2001	

OK

**COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM  
COM A MÃE: IMPLICAÇÕES PARA A PRESERVAÇÃO DA  
QUALIDADE**

620

Tela  
610.7362  
58780  
2001  
x 2

**Silvana Rodrigues da Silva**

**FORTALEZA**  
**2001**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM.  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM COM A  
MÃE: IMPLICAÇÕES PARA A PRESERVAÇÃO DA QUALIDADE

SILVANA RODRIGUES DA SILVA

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção de título de mestre em Enfermagem Clínico-cirúrgica.

ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MARIA SOCORRO PEREIRA RODRIGUES

FORTALEZA

2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FICHA CATALOGRÁFICA

S578c Silva, Silvana Rodrigues da  
Compartilhamento do cuidado de enfermagem com a mãe:  
implicações para a preservação da qualidade/Silvana  
Rodrigues da Silva. – Fortaleza, 2001.  
124 f.

Orientador(a): Prof. (a) Dr. (a) Maria Socorro Pereira  
Rodrigues

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará.  
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Cuidados de Enfermagem. 3.  
Qualidade dos cuidados de saúde  
I – Título CDD 610.7362

COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM COM A  
MÃE: IMPLICAÇÕES PARA A PRESERVAÇÃO DA QUALIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, na área de concentração Clínico-cirúrgica, como requisito à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Trabalho inserido na linha de pesquisa: Assistência participativa de enfermagem em situação de saúde-doença.

Data de aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Socorro Pereira Rodrigues  
(Presidente)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Semíramis Melani Melo Rocha  
(1º Membro)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva  
(2º Membro)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Grasiela Teixeira Barroso  
(Membro suplente)

*“A crise generalizada que afeta a humanidade se revela pelo descuido e pela falta de cuidado com que se tratam realidades importantes da vida: a natureza, os milhões e milhões de crianças condenadas a trabalhar como adultos, os aposentados, os idosos, a alimentação básica, a saúde pública e a educação mínima. A crise é civilizatória. Para sair desta crise precisamos de uma nova ética. Ela deve nascer de algo essencial no ser humano. A essência humana, assim o viu a ancestral sabedoria dos mitos, reside mais no cuidado do que na razão e na vontade. É próprio do ser humano colocar cuidado em tudo o que faz. Se não coloca cuidado, as coisas se desmantelam e desaparecem”.*

*Leonardo Boff*

## DEDICATÓRIA

*À Deus, pelo dom da vida, pelo amor e presença, em que nós representa energia, estímulo e conforto.*

*Aos meus pais, Severino e Dulce, por tudo que sou hoje, pelo aconchego da vida familiar e pelo exemplo de dedicação, carinho, compreensão e perseverança que souberam me transmitir, ao longo da minha vida.*

*Aos meus irmãos Sandro, Sérgio, Sandoval, Salomão e Silvio (in memoriam), por acreditarem em mim, e por sempre me incentivarem, em tudo que faço.*

*Às minhas sobrinhas, Sofia e Raquel, por devolverem à família, a alegria de viver, conseguindo amenizar a lacuna aberta com a partida do Silvio.*

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*À minha querida orientadora **Maria Socorro Pereira Rodrigues**, pela paciência, carinho, amizade e orientações, que só me fizeram crescer, nessa caminhada.*

*À professora **Semíramis Melani Melo Rocha**, pela cordialidade e simpatia que aceitou o convite para participar da Banca Examinadora.*

*Às minhas amigas do Amapá, **Raimunda Bandeira e Sandra Monteiro**, pelo incentivo e amizade que sempre me dedicaram.*

*Às amigas **Ivanda Peres e Marlene Lima**, pela atenção, apoio e amizade sincera que sempre me transmitiram, e também pelos momentos de descontração e laser que me proporcionaram durante o curso de mestrado.*

*Às amigas **Lorena Ximenes, Maria Neiarria e Fátima Sousa**, pela colaboração, atenção e sugestões feitas após a leitura crítica deste trabalho.*

*À amiga **Regina Tavares** e sua família, pelo apoio e incentivo que sempre me dedicaram.*

## AGRADECIMENTOS

- ❖ Às professoras Semíramis Melani Melo Rocha, Raimunda Magalhães da Silva e Maria Graziela Teixeira Barroso, por aceitarem a participar da Banca Examinadora deste trabalho e pelas valiosas contribuições para o aperfeiçoamento do mesmo.
- ❖ Às minhas professoras do curso de Mestrado, pelos ensinamentos a mim oferecidos, os quais muito me aperfeiçoaram, durante essa trajetória.
- ❖ Às minhas amigas do curso de Mestrado, pela amizade sincera que emergiu durante esse período, quando juntas compartilhamos nossas crenças, ideais, convicções e ansiedades.
- ❖ Às Instituições de saúde, profissionais, mães e crianças, cuja participação muito contribuiu para a realização deste trabalho.
- ❖ À Secretaria de Saúde do Estado do Amapá e à Universidade Federal do Amapá, pela liberação que me foi dada, para a minha participação neste curso de Mestrado.

## SUMÁRIO

### LISTAS DE QUADROS

### RESUMO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo geral .....	21
2.2 Objetivos específicos .....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 O cuidado de enfermagem em unidade pediátrica .....	22
3.2 A inserção da mãe no ambiente hospitalar: um direito adquirido.....	26
3.3 A enfermagem pediátrica em consonância com os aspectos da qualidade .....	31
4 METODOLOGIA .....	39
4.1 Conceitos e definições acerca da qualidade nos serviços de saúde .....	39
4.2 Tipo de pesquisa .....	42
4.3 O local de realização da pesquisa .....	42
4.4 Sujeitos da pesquisa .....	47
4.5 Coleta de dados .....	47
4.5.1 Técnica de coleta de dados .....	47
4.5.2 Instrumento de coleta de dados .....	48
4.5.3 Procedimentos para coleta de dados .....	50
4.6 Análise e organização dos resultados .....	54

5 RESULTADOS: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO .....	56
5.1 Pré-análise .....	57
5.2 Exploração do material .....	59
5.3 Interpretação dos resultados .....	62
5.3.1 Categoria 1 – Planejamento de pessoal incompatível com a qualidade do cuidado .....	62
5.3.2 Categoria 2 – Relacionamento interpessoal influenciando na qualidade do cuidado .....	73
5.3.3 Categoria 3 – Compartilhamento inadequado dos cuidados com a mãe .....	88
5.3.4 Categoria 4 – Ambiente pediátrico e sua influência na qualidade do cuidado .....	100
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	110
ABSTRACT .....	116
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	117
ANEXOS	

## LISTAS DE QUADROS

- QUADRO N.º 1** – Subcategoria 1.1: Sobrecarga de atividades do pessoal de enfermagem.....63
- QUADRO N.º 2** – Subcategoria 1.2: Recursos humanos insuficientes quantitativamente.....68
- QUADRO N.º 3** – Subcategoria 1.3: Distanciamento entre a teoria e a prática de enfermagem.....71
- QUADRO N.º 4** – Subcategoria 2.1: A comunicação influenciando na qualidade do cuidado.....74
- QUADRO N.º 5** – Subcategoria 2.2: Conflito de papéis entre profissionais de enfermagem e as mães.....78
- QUADRO N.º 6** – Subcategoria 2.3: Burocratização interferindo no cuidado humanizado.....83
- QUADRO N.º 7** – Subcategoria 3.1: Fator psicológico da mãe e sua influência no compartilhamento dos cuidados.....89
- QUADRO N.º 8** – Subcategoria 3.2: Acomodações e sua influência na disposição das mães em compartilhar os cuidados.....91
- QUADRO N.º 9** – Subcategoria 3.3: Aceitabilidade do compartilhamento dos cuidados pela mãe.....96
- QUADRO N.º 10** – Subcategoria 4.1: Visão do profissional de enfermagem sobre o cuidado.....100
- QUADRO N.º 11** – Subcategoria 4.2: Influência do modelo biomédico na relação do profissional de enfermagem com a mãe.....107

## RESUMO

O trabalho refere-se ao papel da mãe, no ambiente hospitalar, a partir da observação de que os profissionais de enfermagem compartilham, com esta, os cuidados dispensados às crianças. Busca-se, compreender a forma como se processa este compartilhamento enfatizando sua influência na qualidade do cuidado. É um estudo do tipo exploratório-descritivo. Foi realizado em dois hospitais de Campina Grande, no estado da Paraíba, sendo um da rede pública e outro da rede privada. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de observação participante, registrada em diário de campo, com auxílio do gravador. Utilizou-se dois roteiros de observação; o primeiro, direcionado à observação das atividades dos profissionais de enfermagem e o segundo direcionado aos cuidados realizados pelas mães. Participaram da pesquisa, 46 pessoas selecionadas aleatoriamente. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin e a técnica categorial. Foram identificadas as seguintes categorias e subcategorias respectivamente: **1) Planejamento de pessoal incompatível com a qualidade do cuidado**, 1.1- Sobrecarga de atividades do pessoal de enfermagem; 1.2- Recursos humanos insuficientes quantitativamente e 1.3- Distanciamento entre a teoria e a prática de enfermagem; **2) Relacionamento interpessoal influenciando na qualidade do cuidado**, 2.1- A comunicação influenciando na qualidade do cuidado; 2.2- Conflito de papéis entre profissionais de enfermagem e as mães e 2.3- Burocratização interferindo no cuidado humanizado; **3) Compartilhamento inadequado dos cuidados com a mãe**, 3.1- Fator psicológico da mãe e sua influência no compartilhamento dos cuidados; 3.2- Acomodações e sua influência na disposição das mães em compartilhar os cuidados e 3.3- Aceitabilidade do compartilhamento dos cuidados pela mãe; **4) Ambiente pediátrico e sua influência na qualidade do cuidado**, 4.1- Visão do profissional de enfermagem sobre o cuidado e 4.2- Influência do modelo biomédico na relação do profissional de enfermagem com a mãe. Percebe-se que a supervisão rígida guarda incoerência com os pressupostos da qualidade do cuidado; existe uma forma tendenciosa dos profissionais de enfermagem para a simplificação dos cuidados sem uma padronização que vise a qualidade e distante da teoria ensinada nas instituições educacionais.

## 1 INTRODUÇÃO

No momento em que refletimos sobre a trajetória da enfermagem, através dos anos, verificamos o quanto a profissão vem conquistando espaço e autonomia, honrando seu passado cheio de lutas, em busca da valorização. Acompanhando uma tendência de aprimoramento na qualidade de assistência, em consonância com o desenvolvimento tecnológico, a enfermagem tem direcionado suas ações, baseada em teorias e técnicas, fortalecendo a sua concepção como profissão científica, preocupada com o bem-estar do indivíduo.

Neste novo milênio, sentimo-nos conscientes de que o ato de cuidar adquire uma perspectiva nova, através da qual se busca atingir a qualidade absoluta, facilitada pela educação continuada nos serviços, qualificação dos profissionais de saúde e pelo aparato tecnológico, dentre outros aspectos. A enfermagem precisa, então, acompanhar a tendência de aprimoramento do seu objeto de trabalho, sem perder, contudo, a sua essência, representada pelo cuidado, como uma necessidade humana essencial.

Apesar do cuidado de qualidade em saúde ser um assunto bastante discutido por vários autores, dentre os quais: Nogueira (1994-1996), Mezomo (1995) e Campos (1992-1994), há uma diversidade de conceitos sobre a questão da qualidade, tornando impossível estabelecer-se um consenso, em termos de definição ao seu respeito. Infinita é a lista de pressupostos, incluindo a eficiência, a eficácia, a aceitabilidade e a satisfação, na contínua busca de atingir objetivos.

O tema qualidade da assistência é, pois, bastante amplo, gerando, via de regra, discussão entre os profissionais de saúde. Fala-se muito em eficiência, eficácia, satisfação do cliente, mas, ao que se percebe, parece não existir muita

clareza, quanto a esses conceitos, para os prestadores dos serviços de saúde. Observamos que os cuidados seguem um modelo biomédico de assistência, aquele concebido como alternativa filosófica de assistência, sobrepondo-se ao cuidado humanizado.

Os serviços de saúde passam por transformações sociais e, sob o impulso do avanço tecnológico e do efeito do processo de industrialização e medicalização, adotam novas terminologias e formas de trabalho. O indivíduo, antes mais referido como paciente, passa a ser considerado um cliente, o que o faz, aparentemente, mudar de status. Périgo (1998: p.130), define cliente como “aquele que recebe o produto ou os cuidados oferecidos pela instituição hospitalar”.

Na verdade, existe uma grande afinidade entre os termos eficiência e eficácia, mesmo sendo um independente do outro. Segundo Ferreira (1996), a eficiência está relacionada à ação que vai produzir um efeito, enquanto eficácia corresponde à qualidade atingida, isto é, o resultado obtido com a ação realizada.

Serve de exemplificação, o caso do estabelecimento de objetivos por um profissional, antes de realizar uma atividade. O serviço terá eficiência, se for feito como deve ser, dentro dos padrões recomendados, satisfazendo às expectativas dos clientes. Tal serviço só atingirá, porém, uma boa eficácia, se na execução das atividades ele conseguir atingir as metas pré-estabelecidas. Há que se ver, portanto, que, um serviço pode ser eficiente, mas só terá eficácia se seus objetivos forem atingidos. Observa-se, nesse sentido, a importância do empenho para que se atinja a qualidade absoluta, a partir da coerência entre estratégias de ação e estabelecimento das metas e mensuração dos dados obtidos.

A mensuração da qualidade da assistência de enfermagem, é realizada segundo a interpretação dos dados sobre a identificação das necessidades

expressas pelos clientes, confrontadas aos padrões básicos científicos de assistência de enfermagem oferecida.

A qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, comumente indicada, é associada a adjetivos, como: “cuidar com carinho”, “com atenção”, “com respeito”; no entanto, acreditamos que a prática de enfermagem deve ser analisada, tomando-se por base, a forma como esses cuidados são realizados, em termos de métodos, contexto da situação, atitudes e conhecimentos da pessoa que os executa.

Nesta pesquisa, são enfatizados conceitos e pressupostos formulados sobre qualidade, direcionados na perspectiva da elevação dos padrões, processos e procedimentos utilizados, tendo-se em vista o compartilhamento com a mãe dos cuidados prestados à criança hospitalizada. Baseando-nos em estudos de Mezomo (1995), Nogueira (1996), Mello e Camargo (1999), entendemos que o cuidado de enfermagem, prestado com qualidade, é aquele que em uma visão tridimensional, segundo suas vertentes: profissionais de enfermagem, empresa e paciente/cliente/família - estão interligados por um objetivo comum, que é o atendimento das expectativas desses seres.

Pressupõe-se que o profissional de enfermagem tem suas expectativas satisfeitas, quando executa suas atividades, conforme os princípios científicos, utilizando, com segurança e adequabilidade, a tecnologia disponível, em consonância, também, com as expectativas da empresa e dos pacientes/clientes/família. A empresa por sua vez, ao fornecer recursos humanos competentes e suficientes, além de materiais adequados, deseja a realização de cuidados satisfatórios ao cliente, que sejam de baixo custo, sem o desperdício de materiais, possibilitando uma maior rotatividade dos leitos hospitalares e repercussão, na sociedade, sobre a qualidade da assistência. Já as expectativas do paciente/cliente/família, em relação ao cuidado, voltam-se para o desejo de

serem respeitados em seus direitos, como cidadãos, serem bem atendidos, em menor tempo possível, a custo acessível às suas condições e possibilidades financeiras.

A questão de satisfação do cliente, é um importante fator a ser considerado, como requisito para um cuidado de qualidade; entretanto, há dificuldade na estimativa da eficácia de determinada ação, em razão de sua subjetividade, visto que cada indivíduo possui particularidades e anseios distintos.

Com o avanço da ciência e da tecnologia, o ato de cuidar adquire novos aliados contra as doenças, principalmente pelo surgimento de equipamentos que vieram facilitar a determinação de diagnósticos. Como reforça Germano (1993:73), “o avanço tecnológico na saúde, contribui para o prolongamento da vida; no entanto, vem afastando do paciente, os profissionais de saúde”.

A assertiva é válida e merece nossa concordância, justo por percebermos a formação de uma industrialização hospitalar, que vem mascarando as verdadeiras finalidades dos serviços de saúde representados pelo apoio, tratamento e restabelecimento do cliente.

Apesar da enfermagem desempenhar seu papel, nos diversos segmentos da sociedade, tanto na assistência preventiva de ação primária, em contato direto com a comunidade, como na curativa, no hospital ela apresenta uma força de trabalho bastante significativa, pois proporciona a realização de diversas funções, aglutinadas em um mesmo local. São exemplos disso a organização, o planejamento, a supervisão, todos necessários à provisão da prestação dos cuidados para o restabelecimento do indivíduo.

O ambiente hospitalar apresenta-se como um cenário que possibilita a representação de atores sociais, no caso os profissionais de saúde e a comunidade, interagindo entre si, através do desempenho de vários papéis.

Trata-se esse ambiente, realmente, de um local ambíguo, com diversos significados para as pessoas, até porque, se para alguns é um lugar que traz apenas sofrimento, dor e angústia, para outros representa a esperança, uma estratégia de sobrevivência que gera a expectativa de cura e restabelecimento do indivíduo, mercê dos cuidados que podem ser prestados por profissionais de saúde.

A inserção da mãe, no ambiente hospitalar, representou uma mudança bastante significativa, correspondendo ao direito adquirido de acompanhar seu filho durante a hospitalização, conforme determina a Lei 8069, regulamentada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. O qual preceitua, em seu Art. ° 12, “(...) os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes” (Brasil, 1991: p.12).

A obtenção desse direito foi marcada por muitas lutas e discussões. Seu intuito foi o de melhorar a assistência à criança hospitalizada, uma vez que a presença da mãe-acompanhante, pode proporcionar uma recuperação mais rápida, por amenizar os efeitos do trauma emocional da hospitalização, contribuindo para a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, além de facilitar a aceitação da terapêutica prescrita, (Huerta, 1984-1985; Martins; Sherlock; Araújo, 1998).

Por conta disso, surge o alojamento conjunto pediátrico, permitindo a mãe ou responsável pela criança ou adolescente, o acompanhamento efetivo durante sua hospitalização. Outros termos utilizados como sinônimos para esse

sistema são: mãe-acompanhante, mãe-participante ou internação conjunta mãe-filho.

Apesar da importância da presença da mãe no ambiente hospitalar, durante a hospitalização do filho, estudos mostram que a relação entre profissionais de saúde e mãe, não raro são conflitantes, respondendo pela ocorrência de um maior grau de tensão, o que exige maior controle e maior envolvimento do profissional. Oportuniza à mãe realizar, além de cuidados básicos, como alimentação e higienização do filho, outras atividades de maior complexidade, para os quais não recebem treinamento, considerando-se o significativo período de permanência no ambiente hospitalar (Tamashiro, 1985; Lima; Rocha; Schochi, 1999).

É importante trabalhar a real aceitação, pelo profissional de enfermagem, da permanência da mãe no seu ambiente de trabalho, sendo oportuno, também, definir os critérios utilizados para decidir quais os cuidados a serem compartilhados com a mãe, na unidade pediátrica.

A questão de atribuir tarefas à mãe-acompanhante, deve ser vista com uma certa cautela, uma vez que esta pode alterar a rotina do trabalho de enfermagem, no ambiente hospitalar.

#### ❖ **Problematização**

Diante dessas considerações, a principal preocupação desta pesquisa, consiste em verificar se o profissional de enfermagem, ao solicitar ajuda à mãe-acompanhante, está delegando atividades indevidas, ao invés de oferecer um compartilhamento responsável dos cuidados, através de orientações prévias, sobre aquele cuidado; uma outra preocupação reside em verificar como os profissionais estão desenvolvendo suas atividades, a fim de que possam ser

detectados os níveis de qualidade dos serviços prestados, buscando a valorização profissional.

É importante ter-se em conta, que o ato de cuidar deve seguir ao avanço tecnológico, sem levar a um trabalho escravizante, alienante e despersonalizador, priorizando a valorização do ser humano e o atendimento às suas necessidades.

Reconhecemos a importância de o profissional desenvolver um trabalho com satisfação, de forma a favorecer a qualidade, uma vez que recai sobre ele a definição do modo de execução das atividades, correspondentes ao desempenho do seu papel. Nisso se inclui o estabelecimento de critérios e estratégias de implementação das atividades, tendo sempre em vista, o bem-estar do cliente, a partir do padrão de qualidade dos cuidados a serem oferecidos.

Diante desse contexto, considerando a importância da mãe permanecer junto ao filho hospitalizado, participando dos cuidados básicos dispensados à criança, faz-se oportuno lembrar, mais uma vez, o aspecto da preservação da qualidade da assistência prestada.

Apresentamos um questionamento: - como vem ocorrendo o compartilhamento do cuidado de enfermagem com a mãe, em unidade pediátrica? - Essa prática vem se desenvolvendo de maneira sistematizada e harmoniosa? Referimo-nos, no caso, à enfermagem pediátrica, por esta possuir características especiais, se comparada a outras áreas de abrangência nas unidades hospitalares e pelo fato de, ao ser inserida nesse ambiente de trabalho, a mãe tender a provocar influencia na dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem.

Esta pesquisa é colocada como um desafio, haja vista pretender identificar o papel dos profissionais de enfermagem e da mãe-acompanhante, no ambiente hospitalar, bem assim se o compartilhamento dos cuidados de

enfermagem influenciam na qualidade do cuidado, segundo o sistema social em que se encontram inseridos.

Assumimos o desafio de, nesta pesquisa, colocar, em discussão, a qualidade de assistência de enfermagem pediátrica, dispensada à criança hospitalizada. Percebemos que a industrialização hospitalar preconizada, nos dias de hoje, através da medicalização e do avanço tecnológico, estão se sobrepondo ao cuidado humanizado, conforme é reforçado por Galvão (1998: p.83),

“A tecnologia, quando bem empregada, acarreta inúmeros benefícios na assistência ao paciente/cliente; entretanto, quando observamos o lado humano, percebemos uma insatisfação crescente do paciente/cliente assim como dos profissionais de saúde”.

Consideramos essencial, o trabalho de enfermagem na recuperação do cliente, pois este é que fica presente, por tempo integral, na assistência hospitalar.

O direcionamento desta pesquisa, para a questão pediátrica, envolve dois aspectos: o primeiro, deve-se ao fato de trabalharmos em uma unidade pediátrica, há mais de quatro anos, com vivência dos cuidados prestados à criança, resultando em uma prática que, além do interesse despertado para aprofundamento do assunto, ainda foi capaz de subsidiar o nosso trabalho; o segundo aspecto, refere-se ao que acontece, na prática, quando observamos que a mãe-acompanhante desenvolve alguns cuidados que são específicos da enfermagem, o que pode implicar em prejuízo da assistência prestada, com comprometimento do seu padrão de qualidade.

Pelo que temos observado a respeito desta prática, há um certo despreparo, por parte dos integrantes da equipe de enfermagem pediátrica, para interagir com o binômio mãe-filho. Percebemos outrossim, que os cuidados de enfermagem são compartilhados com a mãe-acompanhante, sem as devidas orientações prévias sobre os cuidados que elas devem realizar.

Outro aspecto a considerar, corre por conta, por exemplo, do cuidado prestado ao adolescente, manifestado através de uma certa discriminação e insegurança, por parte do profissional de saúde, que parece não ter ainda se familiarizado com a sua presença, em unidade pediátrica, talvez por desconhecer o que reza o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Art. ° 2, no capítulo, Das Disposições Preliminares: “Considera-se criança... a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade”, pelo que as pessoas nessa faixa etária, devem ser atendidas em uma unidade pediátrica. (Brasil, 1991: p.9).

Em relação aos cuidados, de alimentação e higienização, consideramos os mesmos especiais, carentes, portanto, de orientações específicas quanto à modalidade de alimentação por sonda nasogástrica, pois ao que, se sabe, para realizar tal atividade, é preciso conhecer os riscos de aspiração e infecção por resíduos gástricos deixados na sonda, isso se o cuidado não for desenvolvido corretamente. Outro tipo de orientação diz respeito ao banho no leito, geralmente indicado para clientes que requeiram cuidados especiais, até porque podem estar com os movimentos restritos, com sondas, venóclise ou com outros comprometimentos graves. Vem daí a necessidade do conhecimento desses riscos e as responsabilidades por parte de quem prestam tais cuidados.

Acreditamos que os dados encontrados, em decorrência desta pesquisa, serão de grande importância para a comunidade, a qual poderá, caso reivindique condições para colocar, em prática, as recomendações feitas, gozar

de uma melhor qualidade na assistência prestada pelo profissional de enfermagem.

A pesquisa é, portanto, de grande importância para a profissão de enfermagem, na medida em que servirá como referência para outras reflexões, podendo influenciar mudanças sobre o modo de execução das atividades, tendo sempre em vista o bem estar do cliente, na perspectiva de acompanhamento do avanço tecnológico, sem perda da essência do cuidado humanizado e do desempenho de uma assistência de qualidade, em condições, portanto, de proporcionar, conseqüentemente, a satisfação e a valorização profissional.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

- ❖ Conhecer a forma como vem acontecendo o compartilhamento dos cuidados de enfermagem com a mãe-acompanhante, em unidade pediátrica, e suas implicações na qualidade dos cuidados.

### 2.2 Objetivos específicos

- ❖ Descrever a forma como é desenvolvido o compartilhamento dos cuidados com a mãe, no cotidiano da prática em unidade pediátrica.
- ❖ Buscar o entendimento do papel desenvolvido pela mãe-acompanhante no cotidiano de uma unidade pediátrica.
- ❖ Pontuar a existência de compartilhamento de cuidados com a mãe, em unidade pediátrica e em que padrões o mesmo acontece.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo contempla os aspectos relativos ao Referencial Teórico e Metodológico da pesquisa, em sua integralidade, concernente tanto à literatura sobre o Compartilhamento do cuidado com a mãe, em Unidade Pediátrica, quanto em referência ao suporte metodológico, tendo por base a Qualidade.

#### 3.1 O cuidado de enfermagem em unidade pediátrica

O cuidado é a atividade que melhor caracteriza a enfermagem, vivenciada no dia-a-dia das inter-relações pessoa-pessoa. Culturalmente, o ato de cuidar apresenta-se, com maior ênfase, entre as mulheres, visto ser esta quem primeiro cuida dos filhos, do marido, da família, do lar, ao mesmo tempo em que exerce funções que envolvem a organização, o planejamento e o direcionamento dessas ações. Cumpre-lhe, ainda, representar diversos papéis na sociedade, tais como os de mãe, de esposa e de profissional.

O cuidar é, na verdade, a essência do trabalho de enfermagem. Waldow (1998), demonstra, em seu estudo, a relação entre o cuidar e o cuidado, e apresenta diversos significados para os mesmos, adotados por profissionais da área. Dentre outros, distinguem-se: dar assistência, ajudar, estar presente, zelar, manter o bem estar, amar, acarinhar, gerar interação, assistir, atuar junto, dentre outros.

No entanto, percebemos a escassez de trabalhos focalizando o cuidado com qualidade, sob a perspectiva do profissional de enfermagem e, mais especificamente, na perspectiva do enfermeiro, cabendo a este a

responsabilidade de organizar, planejar, supervisionar, delegar funções, cuidar, dentre outras múltiplas atribuições lhe cumpre executar, dentro de uma unidade hospitalar, por força do exercício da profissão.

O cuidar e o cuidado apresentam dualidades e características que podem dificultar sua compreensão. Para Ferreira (1996), o cuidar representa um ato que possui uma série de significados, tais como: imaginar, pensar, meditar, cogitar, atender, fazer preparativos. Ressalta Boff (1999: p.33), “que o cuidar, mais que um ato, é uma atitude, pois abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo”. Tal atitude pode provocar inquietação, preocupação, sentido de responsabilidade, isso porque, genericamente, o cuidar representa, para as pessoas, o desempenho de papéis, como, por exemplo, a mãe que cuida do filho, do marido e da família, bem assim o profissional que cuida do seu trabalho, e daí por diante.

Diz ainda Boff (1999), que o cuidado é um procedimento prestado a alguém, caracterizado por um modo de ser, uma forma pela qual o indivíduo se coloca diante das pessoas e do mundo, incluindo-se nisso o como desenvolver suas atividades, de maneira que possa definir seus próprios valores e construir seus próprios conceitos, em relação ao que deve ser feito.

Considerando o ato de cuidar uma forma de transmissão de sentimentos, emoções e energia positiva, visando à cura de alguém e ou de algum mal, instalado, observamos o quanto ele nos conduz além de um modelo biomédico, positivista, no momento que apresenta características de humanização e de comunicação, importantes no atendimento às necessidades emergentes.

O cuidado humanizado fundamenta-se na pessoa e enfatiza a relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, proporcionando uma troca de sentimentos,

valores e respeito, traduzido em empatia, dedicação e apoio, com influências diretas para o restabelecimento do próximo, no caso da saúde estar afetada.

Um cuidado humanizado não é, porém, suficiente para ser considerado um cuidado de qualidade. Deve-se levar em consideração o aparato tecnológico envolvido, incluindo recursos humanos e técnicos, disponibilizados para o atendimento, além das transformações sociais, referentes ao contexto. É preciso ser enfatizado que o ser cuidador e o ser cuidado, estão diretamente envolvidos nesse processo de cura e podem trocar conhecimentos, com vistas à melhoria da qualidade desse cuidado, com reciprocidade da satisfação.

Entendemos que um cuidado de qualidade refere-se a uma ação, à qual se possa atribuir o conceito de “zero defeitos”, ou seja, aquele cuidado realizado de forma correta, atendendo às expectativas dos clientes, visando à sua completa satisfação. Na perspectiva de se atingir a qualidade e a satisfação do cliente, é importante, também, atentar-se para a necessidade de satisfação do profissional, considerada a sua percepção, em relação à qualidade dos cuidados prestados.

Abordar, portanto, a temática da qualidade, é sempre um desafio, devido à sua subjetividade e ao seu vasto campo para pesquisas. Torna-se, então, necessário procurar identificar algumas características inerentes à qualidade, a fim de possibilitar o estabelecimento de critérios para uma avaliação, e conseqüente análise.

Nogueira (1996) apresenta três características da qualidade nos serviços de saúde: a qualidade intrínseca do produto, o custo e o atendimento. A referência que faz à qualidade intrínseca do produto, está relacionada aos cuidados hospitalares, incluindo o suporte tecnológico e o aparato humano oferecidos ao cliente. O custo envolve os gastos do cliente com a prestação dos serviços, pela instituição, enquanto que o atendimento envolve todas as formas de receptividade do cliente, na instituição.

O mesmo autor diz ainda que, para obtenção de resultados de qualidade, além de possuir essas características, o trabalho deve estar alicerçado em questões que envolvem desempenho e moral do profissional, ou seja, é preciso estar baseado em suas habilidades pessoais e motivação, tais como: ser respeitado, ter um salário digno, ter boas condições de trabalho, dentre outros fatores.

Apesar dessas características serem importantes, para o cuidado com qualidade, a questão de segurança de quem executa tais cuidados adquire dimensões imprescindíveis, para a enfermagem, visto que o ato de cuidar, por ser inerente à profissão, torna-se um fio condutor para todo esse processo.

Freqüentemente, as pessoas associam a qualidade aos aspectos do atendimento, incluindo a empatia, a comunicação e os bons relacionamentos, até porque é um anseio do cliente, ter suas dúvidas esclarecidas, que seus acompanhantes e familiares sejam bem tratados, além de o custo do atendimento se colocar bem acessível às suas condições.

Lessa (1995), chama, porém, atenção, quando diz que milhares de trabalhadores, em todas as profissões, estão alienados no seu trabalho. Segundo o autor, alienam-se quando pensam que não há mais nada a fazer, para modificar suas condutas, o que nos remete à questão de rotina hospitalar, capaz de provocar a ocorrência de um trabalho mecânico e fragmentado. Dizemos mecânico, porque pode tolher a vontade dos profissionais de enfermagem, quanto à introdução de inovações no seu serviço, obrigando-se ao desempenho de atividades baseadas no modelo de gerência que valoriza a supervisão, a advertência, e a cobrança da prestação imediata da assistência, deixando à margem, o sentido educativo e a valorização profissional.

A fragmentação do trabalho resulta da execução dos serviços de saúde por profissionais com qualificação e interesses diversos, dificultando a

realização de um trabalho em equipe. Se apoiado em um modelo de supervisão rígido, não há estímulo à participação dos mesmos na assistência, de uma forma globalizada, oportunizando a realização apenas daquilo que é designado ser feito, por cada categoria profissional, (Rocha et al., 1987; Santos, 1995).

### **3.2 A inserção da mãe participante no ambiente hospitalar: um direito adquirido.**

Toda criança, como qualquer ser humano, já nasce com todos os seus direitos firmados, do ponto de vista legal e social. Esses direitos lhe são assegurados na conformidade do Art.º 277, da Constituição da República Federativa do Brasil:

“É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação... além de colocá-la a salvo, de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Como se vê, a abrangência desse artigo inclui uma grande variedade de direitos, mas, segundo se observa na prática, esses preceitos constitucionais não são respeitados, conforme freqüentes denúncias através dos meios de comunicação, pondo em evidência uma realidade oposta a esses ideais de cidadania.

Dallari (1986: p.25) considera que “existem crianças que nascem destinadas a um tratamento sub-humano e que nunca chegam a conquistar a dignidade de pessoas”. Tal afirmativa remete ao modelo capitalista da nossa sociedade, que não dá oportunidades iguais para todos e, cada vez mais, intensifica as desigualdades sociais hoje refletidas no alto índice de desemprego

e na situação de miséria da população, em que o fator econômico é colocado bem acima do fator humano.

Sabemos que a taxa de mortalidade infantil ainda constitui um dos indicadores utilizados na identificação das condições de saúde da criança. A par disso, observamos que, apesar do grande avanço tecnológico na área da saúde, dos incentivos do governo, em campanhas para o aleitamento materno, vacinação e uso do soro reidratante oral para o combate à desidratação, os coeficientes de mortalidade infantil no Brasil permanecem, ainda, em patamar muito elevado. O índice de 40% significa que a cada 1000 crianças que nascem, 40 não completam um ano de idade (Brasil, 1998).

No entanto, há de se acreditar, firmemente, que cada criança é uma pessoa única e, como tal, merecedora de que todos os direitos humanos lhe sejam assegurado. Só assim o Governo poderá fazer valer o que preconiza, a Constituição, quando determina o que é essencial ao bem-estar da criança.

Na perspectiva de garantir esses direitos, cumpre aos pais dar amor, carinho e apoio às suas crianças, criando condições para o seu desenvolvimento pleno, de forma harmoniosa.

Muitos estudos relatam a importância da permanência da mãe junto ao filho, durante a hospitalização, bem assim o poder que exerce no atendimento às suas necessidades biopsicosociais. A ausência da mãe, não só no hospital, mas no cotidiano do filho, poderá influenciar no seu completo desajuste psicológico, bloqueando o desenvolvimento intelectual, perceptivo, verbal e social, com difícil reabilitação (Manzoli, 1983).

Mesmo frente a essas implicações, sabe-se que, tanto a mãe quanto a criança, têm o direito de permanecer juntas, qualquer que seja o ambiente em que estejam inseridos. Isso se aplica, com especificidade, em relação ao

ambiente hospitalar, por ser um local próprio para albergar enfermos, necessitados de tratamento de suas doenças.

Não obstante, nem sempre foi permitida a presença da mãe junto ao filho, no ambiente hospitalar. No relato de Oliveira *apud* Oliveira (1998), está dito que na década de 60, a mãe só podia acompanhar seu filho em casos específicos, ao exemplo de pós-operatório ou quando a criança estava com algum membro gessado. Àquela época, na visão das enfermeiras, não havia estrutura em hospitais do Brasil que possibilitasse a conduta atual.

Encontramos, na literatura, um vasto material que discute a questão emocional da criança hospitalizada, diante da separação de sua mãe, o que, de certa forma, influenciou outras pesquisas de pessoas interessadas em resolver o problema. Daí, o surgimento de mudanças no aspecto físico da unidade pediátrica, com o intuito de criar uma proximidade maior do contexto familiar, com utilização de quadros infantis e desenhos, nas paredes, propiciando um clima mais agradável e descontraído, capaz de amenizar o choque da separação da criança do seu ambiente doméstico.

Se, para qualquer indivíduo, a internação hospitalar representa um leque de emoções e ambigüidades, pontilhada de sentimentos de insegurança, medo, ansiedade e impotência, na hospitalização infantil, então, esses sentimentos ganham em intensidade. À medida que a criança se afasta do seu ambiente familiar, o medo de ser abandonada e de perder o amor da família, torna-se bem evidente, principalmente quando associado a situações de dor e solidão. A situação se agrava, diante da necessidade do afastamento dos seus pais, para a realização de um procedimento invasivo.

Huerta (1985) ressalta que a hospitalização infantil é uma experiência estressante e traumática, capaz de influenciar a criança, levando-a a desenvolver manifestações negativas de ajustamento, como inapetência, perda de peso,

agressividade, dentre outras, o que não deixa de ser uma representação da sua angústia, diante da hospitalização.

Diga-se, de passagem, que as mudanças, no ambiente hospitalar, geraram influências nos profissionais de enfermagem, uma vez que esses precisaram se adequar a essas transformações, através de uma melhor qualificação, aquisição de conhecimentos direcionados ao campo da pediatria, o qual, acrescente-se, apresenta algumas peculiaridades que promovem diferenciação do cuidado do adulto (Collet, 1996; Sigaud 1996).

A pediatria, como especialidade, desenvolveu-se em meio a mudanças históricas, surgidas, principalmente, na década de 60. Dentre elas, podemos citar as mudanças de governo, o avanço da industrialização e o aumento da população urbana. Esses fatos favoreceram o avanço dos produtos farmacêuticos, valorizando as ações de caráter curativo sobre as ações preventivas, aumentando, conseqüentemente, o número de epidemias e de doenças, com origem, em sua maioria, na falta de saneamento básico (Oliveira 1998).

Por essa época, na década de 60, as crianças doentes eram colocadas junto aos adultos, sem a menor estrutura de assistência, favorecendo o aumento dos índices de mortalidade infantil. Em contrapartida, com o desenvolvimento da medicina e o avanço tecnológico, houve a necessidade de uma melhor reestruturação no campo da pediatria, daí surgindo a puericultura, com ênfase para os cuidados preventivos, incluindo a higienização do ambiente. As crianças passaram então a ser tratadas, separadamente dos adultos, adquirindo o direito à sua própria unidade de internação, no âmbito hospitalar. Oliveira (1998: p. 95), reforça essa assertiva, afirmando que:

“Como resultado das diferentes metas governamentais estabelecidas no período de 1945 a 1969, ocorreram mudanças em vários setores da sociedade, inclusive no de saúde, que sofreu influência do modelo curativo. Em relação à Pediatria, a assistência à criança concentrou-se nos hospitais, surgindo os berçários, clínicas pediátricas e unidades neonatais”.

Há que ser dito que, a enfermagem pediátrica, responsável à época, pelos cuidados dispensados às crianças hospitalizadas, sentia dificuldades no manuseio de equipamentos complexos, advindos do processo de industrialização, bem como na prestação todos os cuidados, visto que a mãe não podia acompanhar seu filho, acarretando uma sobrecarga de trabalho para o profissional.

Diante dessas considerações, a presença da mãe junto ao filho, durante a hospitalização, constitui um fato de extrema importância para a criança, principalmente pelos benefícios que produz e consubstanciados no apoio, carinho e segurança oferecidos, podendo, inclusive, contribuir para um processo de recuperação mais rápido. Por amenizar os efeitos emocionais, essa relação mãe-filho, no hospital, contribui para melhor adaptação da criança no local de internação, além de facilitar a aceitação das terapêuticas prescritas (Queiroz, 1998; Huerta, 1984-1985; Martins, 1998).

Ressalte-se, que a mãe adquiriu, ao longo dos anos, o direito de acompanhar seu filho, durante a hospitalização, o que inclusive lhe oportunizou participar de alguns cuidados, como higienização e alimentação, amenizando, consideravelmente, as atividades dos profissionais de enfermagem. Precisamos, refletir, porém, sob quais condições os cuidados são compartilhados com a mãe-acompanhante, visto que eles devem fluir naturalmente e não como uma obrigação, para beneficiar instituições carentes de profissionais.

### **3.3 A enfermagem pediátrica em consonância com os aspectos da qualidade.**

Considerando a dinâmica do trabalho de enfermagem, como aspecto da maior importância na terapêutica do indivíduo, buscamos entender a inserção da questão da qualidade nesse contexto, envolvendo transformações sociais e quais as influências exercidas no seu objeto de trabalho – o ato de cuidar. Faz-se necessário, portanto, conhecer um pouco da sua história, contextualizada socialmente, no desenvolvimento da profissão.

Em meados do século XIX, após a reforma do reino britânico, o cuidado de enfermagem, como objeto de trabalho, começa a ser organizado, passando de uma era cristã, que evidencia os ideais de fraternidade, serviço, caridade e auto-sacrifício, para um trabalho feito praticamente por mulheres, sem qualificação, prestadoras de serviços, em troca de remuneração. Esse foi considerado um período crítico da enfermagem, até porque foi nessa época que a condição de arte de enfermagem, o bem-estar do paciente e o status de todas as enfermeiras caíram em um indescritível nível de degradação (Almeida, 1985).

No apogeu do capitalismo, o cuidado de enfermagem era discutido com base nos conceitos emitidos por Florence Nightingale, que atribuía, ao ambiente, grande importância para a cura do paciente, enfatizando, também, a disciplina e a normatização do trabalho de enfermagem. Acrescente-se o fato de ter sido ela a primeira enfermeira a introduzir a questão de qualidade, na profissão. Durante a época de vigência do capitalismo, a enfermagem era considerada profissão de apoio ao trabalho médico, responsabilizada pela ordem e disciplina no ambiente e, conseqüentemente, pelo restabelecimento do paciente (Nightingale, 1989).

Observa-se, até então, a submissão e a dependência dos cuidados de enfermagem aos cuidados médicos, o que, somente hoje, com a evolução da

enfermagem e as transformações sociais, vem sendo corrigido, com uma maior autonomia adquirida pela profissão.

A enfermagem moderna baseia-se em teorias, em princípios e técnicas de organização, tendo, por objetivo, facilitar o trabalho e gerar economia de tempo, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade, apesar das dificuldades acarretadas pelo excesso de atividades.

A discussão sobre qualidade adquiriu maior ênfase na década de 30, em meio à eclosão do sistema capitalista, quando o setor industrial já buscava uma forma de ampliar os seus lucros, contrapondo-se ao crescimento de outros segmentos, face às novas exigências do mercado, em que se destacava a satisfação do consumidor, em relação ao produto. Naquela época, o trabalhador era enquadrado, segundo o modelo *taylorista* vigente, que priorizava normas rígidas de supervisão e fiscalização, ampliando o nível de insatisfação entre os funcionários, cujos reflexos resultava na baixa qualidade dos produtos (Nogueira, 1994).

Sobre o modelo *taylorista* de supervisão, Rodrigues (1998: p. 30), comenta em seus estudos que:

“Taylor valorizou o trabalhador e deu condições de ganho proporcionalmente à sua produção. A forma racional de execução das tarefas apresentadas pelo taylorismo levou o trabalhador a um desgaste físico desumano; em uma visão atual, sem dúvida tornou a tarefa mais significativa”.

A partir daí, as empresas passaram a adquirir outra concepção de qualidade. O objetivo agora era direcionado para a Gestão de Qualidade Total (GQT), cujo modelo de administração, influenciado por idéias de Maslow, sobre necessidades humanas, valorizava a participação e a satisfação do trabalhador,

diferenciado, portanto, dos modelos tradicionais, por ser mais flexível e descentralizado (Svaldi; Lunardi Filho, 2000). A preocupação com a qualidade dos serviços partia do princípio da valorização do trabalhador, com finalidade de promover uma melhoria na qualidade de vida daqueles que estavam engajados nessa nova concepção de gerenciamento.

A Gestão Pela Qualidade Total, como se conhece atualmente, sofreu influências de vários estudiosos no assunto. Destacamos a contribuição imprescindível deixada pelo Dr. Edwards Deming, responsável pelo crescimento da indústria japonesa após a Segunda Guerra Mundial, através de sua filosofia de qualidade, baseada nos seus “Catorze Princípios”. Estes, traziam embutida uma visão sistêmica da gestão, alicerçada na melhoria contínua de produtos e serviços, com definição a partir das necessidades dos clientes (Deming, 1990).

Outro estudioso que contribuiu muito para a evolução dos conceitos de qualidade, foi Joseph M. Juran, que introduziu uma organização dos processos gerenciais da qualidade, denominada de “Trilogia de Juran”, reunindo: planejamento da qualidade, manutenção da qualidade e melhoria da qualidade (Juran, 1993).

Em princípio, o que se percebe com os conceitos emitidos pelo programa de GQT, é que estes apresentam características importantes, no que se refere ao trabalho em equipe, com ênfase para a satisfação profissional. Segundo Santos (1995), um dos fatores que dificultam a implantação dos conceitos da GQT, nos serviços de saúde, está relacionado à variedade dos materiais, equipamentos e serviços oferecidos ao manuseio, nos hospitais, os quais devem se adequar às necessidades de cada cliente.

Em relação à qualidade, na saúde, deparamo-nos com dois aspectos contraditórios que refletem a realidade atual da assistência prestada ao cliente. Primeiro, quando a qualidade está associada ao avanço tecnológico industrial,

introdutor, no mercado de trabalho, de equipamentos com a finalidade de facilitar os diagnósticos, diminuir o tempo de internação do indivíduo no âmbito hospitalar e possibilitar um melhor atendimento aos pacientes, com vistas à organização e economia de custos.

Em contrapartida, um outro fator que se apresenta dentro desse contexto, é a dificuldade encontrada por grande parte da população, no acesso a esses equipamentos e ao tipo de assistência, tida como mais qualificada, pois no atual paradigma de saúde, em que se destaca o “caos”, com os serviços sendo alvo de reclamações, e insatisfações da população, o que mais se intensifica, é a procura por uma assistência individualizada, humanizada e de qualidade.

Dizemos individualizada e humanizada, uma vez que o ser humano é singular, único e apresenta particularidades que o diferenciam de outros seres, não só pelo fato de respirar e alimentar-se, pois outros seres vivos, que não humanos, compartilham dessas necessidades. Referirmo-nos isso sim, às características transcendentais, à crença, ao amor ao próximo, ao afeto, à solidariedade, à capacidade de pensar, de distinguir o certo do errado, e características só possuídas pelo ser humano. Segundo Mondin (1980:288) diz, que:

“O homem caracteriza-se por uma dupla capacidade de destacar-se da natureza: é o único que conhece este universo que o engole e o único que o transforma, ainda que seja o menos aguerrido e o menos potente de todos os grandes seres animados”.

Portanto, o que as pessoas esperam nas instituições de saúde é serem bem tratados, com respeito, dedicação e atenção sempre em primeira instância, pois a partir daí outras necessidades serão sanadas.

Ribeiro (1993), ressalta, dentre os problemas que envolvem as instituições públicas, o forte corporativismo dos servidores; os regimes de trabalhos privilegiados; a ociosidade das instalações e serviços; as divergências políticas; as dificuldades financeiras; a falta de equipamentos, ou equipamentos sucateados, obsoletos, que não favorecem e não acompanham a evolução tecnológica como se preconiza. De uma forma direta, esse conjunto de dificuldades influencia o processo saúde-doença e leva o profissional de saúde a burlar as técnicas, e a utilizar improvisações, para desenvolver suas atividades, terminando por diminuir, conseqüentemente, o padrão de qualidade no serviço.

Dentre as profissões de saúde, a enfermagem adquire importância fundamental para o direcionamento da preservação da qualidade nos serviços, visto que a finalidade do seu processo de trabalho, facilita a atuação de outros profissionais de áreas afins. Através das suas ações de coordenação e gerenciamento do cuidado, poderá, inclusive, criar um ambiente terapêutico adequado ao desenvolvimento das atividades de sua competência, da forma mais eficaz e segura possível (Dornelles, 1995).

Estudos realizados, mostram, porém, preocupação com a prática da enfermagem, quando referem que os cuidados prestados estão cada vez mais rotineiros, sem inovações na forma de execução das atividades, proporcionando uma diminuição no padrão de qualidade da assistência, refletindo em baixos salários, no aumento da sobrecarga de trabalho, dentre outras questões que dificultam a melhoria contínua das atividades (Silva, 1995; Alves, 1998; Edmann; Pinheiro, 1998).

Rodrigues (1996) ressalta que a qualidade na prestação de um serviço é feita através, do desempenho de pessoas comprometidas com o seu papel, dentro de uma organização. Nesse sentido, torna-se imprescindível, o conhecimento da prática da enfermagem e sua relação com a qualidade,

associado à questão de humanização, visto que o ser humano é o elemento principal desse processo.

Em que pese o esforço no desempenho de um serviço de qualidade, muitos fatores influenciam, de forma negativa, especificamente no que diz respeito aos serviços de enfermagem. Rocha et al (1987), ressalta a situação empregatícia do pessoal de enfermagem, em relação às condições adversas do trabalho, à má remuneração, à carga horária exaustiva, ao não atendimento às reivindicações por melhores condições de trabalho, enfim, há uma extensa dificuldade para realização de um serviço de qualidade.

A importância do ato de cuidar, como finalidade terapêutica, é fundamental na prática de enfermagem. É preciso, pois discutir a qualidade desse cuidado, tanto para não perder sua essência, quanto para preservar o espaço profissional, atualmente muito competitivo.

Collet (1996) diz, em seu estudo, que a pediatria aparece, como especialidade médica, na segunda metade do século XIX. No entanto, só nas primeiras décadas do século XX é que a enfermagem participa desse cenário, para acompanhar as novas necessidades e desenvolver atividades específicas de cuidados à criança hospitalizada. Com o aprimoramento das tecnologias bacteriológicas, o controle do ambiente passou a ser baseado em normas, caracterizando-se o cuidado à criança por isolamento e afastamento dos pais. Essa conduta, por certo, não beneficiava suficientemente a criança, uma vez que os fatores emocionais deixavam de ser considerados, podendo interferir no seu crescimento e desenvolvimento, com conseqüências irreversíveis.

A mesma autora ressalta, ainda, que com base nas ciências sociais e com o desenvolvimento da Psicologia, as doenças passaram a ser associadas ao ambiente social, tendo essa visão influenciado estudos, configurando a criança como um indivíduo e não como um caso ou doença. A enfermagem passa, então,

a compreender a criança, dentro de um contexto mais abrangente, começando a perceber outras necessidades, baseadas no conhecimento de aspectos do existir humano, postos em evidência pelas ciências sociais.

O enfoque atém-se à enfermagem pediátrica, enquanto especialidade com características próprias, uma vez que, para cuidar de crianças, é necessário estar apto a entendê-las, de uma forma integral, na sua condição de ser em desenvolvimento, carente de atenção, de carinho e de muita dedicação.

Dentre as necessidades apresentadas pelas crianças, a questão emocional deve ser considerada com bastante relevância, haja vista o resultado de estudos, destacando a presença da mãe, como de suma importância na recuperação de seu filho.

Para Queiroz (1998), na assistência à criança hospitalizada, são utilizadas as inovações terapêuticas, principalmente no campo psicoemocional, buscando minimizar os efeitos advindos da hospitalização. Não seria desnecessário enfatizar, a influência da presença da mãe, como fator atenuante desses problemas. Martins (1998) também reconhece a importância da presença da mãe junto ao filho hospitalizado, enfatizando que, se isso ocorre, a recuperação será mais rápida e menos traumática para a criança.

Segundo Tamashiro (1996), a presença da mãe, ou responsável, contribui, efetivamente, para melhorar a assistência, diminuir o período de hospitalização e facilitar a prestação de determinados cuidados à criança, donde ser indiscutível a importância desse fato. Há que se atentar, portanto, para o aspecto da qualidade um direito reservado às pessoas doentes e, infelizmente negado por algumas instituições que não dispõem de condições para acomodar as mães, de forma adequada.

Outro fato ressaltado por Tamashiro (1996), refere-se ao fato de o mesmo acarretar uma maior tensão no trabalho, maior cobrança, controle e

envolvimento emocional, dentre outras influências que podem ser geradas pela mãe, atuando junto a equipe de enfermagem. Sobre o relacionamento conflitante entre o profissional de enfermagem e a mãe-acompanhante, percebemos que há desaprovação por parte de muitos profissionais quanto ao comportamento dessas mães. Tal se manifesta na pouca atenção que é dada às perguntas e informações por elas solicitadas, criando bloqueios nos canais de comunicação e participação da mãe, por consequência (Queiroz, 1998).

## 4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada, nesta pesquisa, atém-se aos princípios preconizados para a pesquisa qualitativa, na conformidade do que apregoam os teóricos selecionados para oferecer suporte a este trabalho.

### 4.1 Conceitos e definições acerca da qualidade nos serviços de saúde.

O setor de saúde desenvolve uma política semelhante à do sistema empresarial, tendo por finalidade buscar a melhoria contínua dos serviços. Isso ocorre em virtude de o hospital ser considerado uma empresa, defendida por Campos (1994: p.3), como sendo “uma organização constituída com o intuito de satisfazer às necessidades das pessoas”. Mezomo (1995:73) reforça essa concepção, ao definir a qualidade nos serviços de saúde, como: “um conjunto de propriedades de um serviço (produto), adequado à missão de uma organização (empresa), concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes”.

Quando falamos em qualidade nos serviços de saúde, não podemos deixar de mencionar as contribuições do Dr. Avedis Donabedian, tendo sido este um dos precursores na implementação da avaliação da qualidade na saúde, considerando os seguintes aspectos: **a estrutura**, as características da organização, os recursos humanos e materiais disponíveis; **os processos**, relacionados aos cuidados realizados nos serviços de saúde, incluindo as rotinas, os procedimentos administrativos; e **os resultados** desses cuidados, cuja finalidade é a satisfação do cliente (Mezomo, 1995).

A assistência ao cliente pode ser dividida em dois aspectos: o técnico, no qual o profissional de saúde aplica seus conhecimentos científicos, ao realizar suas atividades; e o interpessoal, referente à relação que é estabelecida entre o profissional e o cliente.

Em meio a essa evolução tecnológica, surge a globalização, responsável por lançar uma linguagem única entre os profissionais de saúde, com utilização de novos termos, presentes no nosso cotidiano, ao exemplo de processos, padronização, critérios, indicadores de saúde, dentre outros.

Nogueira (1996: p.13) define processo como: “um conjunto de causas, que gera um determinado efeito”; analogicamente, pode associar causa e efeito, como serviços prestados e resultados obtidos, ou seja, está relacionado a uma seqüência de atividades, interligadas para atender a um objetivo comum, que é o atendimento ao cliente.

Imaginemos, por exemplo, o processo admissão de um cliente no ambiente hospitalar: devemos considerar tal situação, desde o momento em que o cliente chega ao hospital, seguido do preenchimento de documentos, do seu encaminhamento até a clínica, da prescrição médica, das orientações que são feitas pela equipe de enfermagem, dos cuidados necessários, enfim, cada processo está subdividido em outros sub-processos sendo importante que o profissional esteja ciente de como ocorrem esses fatos.

Não obstante, não podemos esperar que cada processo obedeça a uma seqüência de atividades rigorosamente iguais, todas as vezes que é realizado, isso porque podem surgir problemas durante o percurso, tais como falta de fichas de admissão, pessoal insuficiente, dentre outras questões. Nesse sentido, existe um controle de variação dessas causas, mantidas dentro de valores normais, a partir da padronização das atividades.

A padronização, em referência, consiste na execução de um trabalho, obedecendo procedimentos operacionais modelo, como reforça Camargo (1998:123): “os processos, depois de descritos e documentados, devem ser implementados e executados dentro do padrão”.

*No entanto, para assegurarmos que os resultados sejam satisfatórios e atendam as necessidades dos clientes, é necessário compreender como os processos se desenvolvem e estarmos atentos para o surgimento de possíveis problemas.*

Partindo do princípio de que “só se gerencia aquilo que se mede”, é preciso avaliar o encaminhamento das atividades desenvolvidas, através de critérios e indicadores de saúde traduzindo esses objetivos, os desejos e necessidades apresentados pelos clientes.

Périgo (1998:135) relata que “indicadores são formas de representação quantificáveis das características da qualidade ou do desempenho”, lembra, ainda o autor, que a característica da qualidade está associada ao julgamento do cliente, enquanto o desempenho tem associação às características do produto e do próprio processo. Na verdade, o que está, em geral, associado à satisfação do cliente, permite que, através do mesmo, possam ser medidos os resultados de um trabalho executado.

No momento, o grande desafio encontra-se em como mensurar a qualidade dos serviços em saúde, devido à variedade de expectativas e necessidades emergentes, tanto do cliente, quanto do próprio profissional envolvido nesse processo.

Diante do exposto, parafraseando Silva (1998), percebe-se que as instituições precisam repensar suas estruturas, seus processos e também suas relações de trabalho, com vistas a proporcionar uma melhor assistência ao

cliente, através da valorização do trabalhador, da preocupação com o retrabalho, evitando o desperdício, que possa, por ventura, ocorrer.

#### **4.2 Tipo de pesquisa.**

É um estudo do tipo exploratório-descritivo. A pesquisa descritiva é definida por Rudio (1999:69), como aquela que “está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los”. Dessa forma, adequa-se ao nosso objeto de investigação, correlacionado às nossas inquietações.

Por conta de sua natureza, o objeto desta investigação relaciona-se à qualidade e aos cuidados de enfermagem à criança. Vista sob o prisma do cuidado de enfermagem, a qualidade, praticamente imensurável, reside nos sentimentos, que, via de regra, estão associados aos cuidados, nem sempre fáceis de serem aferidos ou quantificados.

#### **4.3 O local de realização da pesquisa.**

Esta pesquisa foi realizada em dois hospitais, no município de Campina Grande - Paraíba. A cidade encontra-se situada no nordeste do Brasil, na região central do agreste paraibano. Ocupa uma área de 644,1 Km, em uma altitude de 551 m acima do nível do mar, a 122 quilômetros, da Capital do Estado – João Pessoa. Seu clima é equatorial (árido a semi-árido), com temperatura variável, de variação entre 16° a 27°C.

Segundo se deduz, seu topônimo é originário da topografia sobremaneira plana e da vegetação privilegiada, com muitas baraúnas, paus d'arcos, aroeiras, angicos e mulunguzeiros, o que lhe dava a característica de uma “campina grande”, daí sua denominação. Considerada o mais importante

centro comercial do Estado, a cidade funciona como ponto de ligação entre o litoral e os sertões, facilitando as transações comerciais. A partir disso, destaca-se no setor educacional, por possuir três universidades: uma federal, uma estadual e outra particular, as quais oferecem, aproximadamente, mais de 40 cursos de graduação e de pós-graduação, recebendo estudantes de outros Estados. Na área da saúde, dentre outros serviços, possui cinco hospitais que prestam atendimento à criança.

#### ❖ **Hospitais que serviram de campo para a pesquisa.**

Para a realização desta pesquisa, foram escolhidos dois hospitais: um, da rede pública; denominado Hospital A; outro da rede privada, chamado de Hospital B. Procedeu-se à escolha dessas instituições, em obediência a três critérios: a) grande demanda de atendimento à criança, b) existência de possibilidade de obtenção, junto à população atendida, de informações diversificadas, em relação às condições de moradia, escolaridade, atendimento de saúde, dentre outras questões; e c) estruturação para receber crianças, conforme o sistema de alojamento conjunto pediátrico.

#### ❖ **Características do hospital A**

É um hospital público universitário, com serviço de atendimento ambulatorial, com 31 especialidades oferecidas e uma média de atendimento estimada em 17.000 consultas mensais. A clientela é constituída de pessoas procedentes de Campina Grande e de outros municípios circunvizinhos. Dispõe de 180 leitos para internação de clientes, distribuídos nas clínicas: médica, cirúrgica, pediátrica e UTI. Tem convênio com a Universidade Federal da Paraíba e recebe alunos, para estágio, dos Cursos de Enfermagem, Medicina, Fisioterapia e Psicologia.

O serviço de enfermagem é composto de 203 funcionários, assim distribuídos: 43 enfermeiras e 160 auxiliares e técnicos de enfermagem. A equipe de enfermagem da unidade pediátrica é constituída por: uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem, com a seguinte distribuição, por turno: **manhã**: 1 enfermeira, 3 auxiliares e 2 técnicas de enfermagem; **tarde**: 2 auxiliares e 1 técnica de enfermagem; **noite**: 2 auxiliares de enfermagem.

Os auxiliares de enfermagem executam atividades sob supervisão da enfermeira. Incluem-se, nessas atividades, admissão, administração de medicação e orientações à mãe/família.

O sistema de compartilhamento implica no seguinte: a mãe acompanha o filho e ajuda nos seus cuidados, principalmente no que se refere à higienização e à alimentação. Existe uma copeira, lotada na clínica, sob supervisão de uma nutricionista, com uma jornada de trabalho de 12 h por 24 h, encarregada da distribuição das refeições às mães e às crianças, nos horários do café da manhã, do almoço e do jantar. As refeições são preparadas na cozinha do hospital. Os lanches e as mamadeiras das crianças são preparados em uma copa, na unidade pediátrica, no espaço de 3/3h geralmente.

A unidade pediátrica tem uma capacidade de 44 leitos, distribuídos em oito enfermarias, de seis a oito leitos. Está estruturada para receber crianças, conforme o sistema de alojamento conjunto pediátrico, também conhecido como programa de pais participantes. Neste, inclui-se a presença da mãe ou responsável por cada criança ou adolescente internado na unidade. Entretanto, a acomodação que é oferecida ao acompanhante consta, simplesmente, de uma cadeira de material plástico. As mães relatam que à noite, quando se sentem muito cansadas, improvisam uma cama, forram o chão junto ao filho, mesmo sob reclamações da equipe de enfermagem, que acaba sendo prejudicada, por ter

que ceder um pouco do seu restrito espaço de circulação. Ao ser admitida, a criança recebe acompanhamento de um residente de medicina, sob supervisão de médicos/professores da especialidade.

Existe uma preocupação em distribuir as crianças conforme o seu nível de comprometimento ou por diagnósticos, principalmente em relação às doenças diarreicas e respiratórias. Quando há necessidade de tratamento mais especializado, a criança é transferida para outro centro de referência.

#### ❖ Características do hospital B

É um hospital geral, pertencente à rede privada. Além do atendimento particular, recebe também clientes, através de convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde). Com, 17 especialidades; aproximadamente, o Hospital disponibiliza 200 leitos e 16 consultórios médicos, capazes de realizar mais de 20.000 consultas ambulatoriais e mais de 1.400 internações/mês.

O hospital, em referência, vem implantando o programa de “Gestão da Qualidade”, desde setembro de 1999. Vale ressaltar que desconhecíamos este fato antes da escolha da Instituição como área do estudo. O programa inclui a promoção de palestras e discussões, a cargo de consultores, para todos os funcionários sobre os fundamentos da qualidade, tendo o mesmo contado com a nossa participação.

A unidade pediátrica é dotada do sistema de alojamento conjunto pediátrico. Dividida em duas áreas, uma delas, é destinada aos clientes que possuem convênio com o SUS, com uma capacidade de 34 leitos, distribuídos em quatro enfermarias, de oito a dez leitos, e quatro isolamentos de um leito, reservados a crianças com doenças infecciosas, sendo que, eventualmente quando da falta de leitos em outras enfermaria, são ali internadas crianças com patologias não infecciosas.

A equipe de enfermagem é composta por 9 enfermeiras e 130 auxiliares e técnicos de enfermagem. Trabalham, na unidade pediátrica, uma enfermeira e 13 auxiliares de enfermagem, distribuídos esses, nos seguintes turnos: **manhã**: 1 enfermeira e 3 auxiliares de enfermagem; **tarde**: 3 auxiliares de enfermagem; **noite**: 3 auxiliares de enfermagem. À noite, existe apenas 1 enfermeira, para todos os setores do hospital e um auxiliar de enfermagem, incumbido de dar assistência a um grupo de 20 crianças, em média.

Uma das enfermarias atende aos recém-nascidos, de zero a dois meses de vida, e, com maior frequência, às crianças que tiveram alguma complicação pós-parto, ou que saíram da UTI neonatal. As demais enfermarias possuem de 8 a 12 leitos. Três dessas enfermarias estão equipadas com berços de tamanhos pequeno e médio, para receber crianças com idade variável, entre dois meses e doze anos, independente do diagnóstico. O hospital não oferece alimentação aos acompanhantes, pelo que os mesmos procuram fazê-las no refeitório. As crianças podem receber de casa, fraldas descartáveis e material para higiene pessoal. Para o repouso, a mãe dispõe somente de uma cadeira de madeira, utilizada para sentar-se ao lado do filho.

A outra área destinada aos clientes particulares, possui 12 leitos, distribuídos em 6 enfermarias/apartamentos, cada um com dois berços, um sofá cama para o acompanhante e banheiro exclusivo.

O que percebemos de diferente, entre os hospitais A e B, está relacionado ao número de funcionários. No hospital particular, o número de funcionários é reduzido, na proporção de um, para uma média de 10 a 20 crianças internadas. A sobrecarga de atividades burocráticas e a assistência propriamente dita, tornam-se conflitantes, trazendo dificuldades aos funcionários para uma prestação de assistência de qualidade. Essa questão será inclusive, objeto de análise, em tópicos subseqüentes.

#### **4.4 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa envolveram profissionais de enfermagem que trabalhavam na unidade pediátrica e as mães-acompanhantes. Embora o Estatuto permita que pais ou responsáveis, acompanhem uma criança, durante uma internação hospitalar, referimo-nos nessa pesquisa, sempre à mãe, como sendo a acompanhante, visto que, na maioria das vezes, é ela que permanece junto ao filho.

As pessoas foram selecionadas, aleatoriamente, observados no entanto, os seguintes critérios: a) Incluir profissionais lotados na unidade pediátrica e que estavam na escala de serviço, no período em que a pesquisadora esteve em campo, para a coleta dos dados; b) Incluir mães, que estavam acompanhando crianças, no momento da coleta dos dados, e que concordaram em participar da pesquisa.

Para a escolha das mães a serem observadas em seus cuidados, o seguinte critério foi adotado: de cada três crianças admitidas, com idade entre um mês e cinco anos, escolhíamos a segunda, para ser observada nos cuidados prestados pela mãe. Quanto aos profissionais de enfermagem, foram observados todos aqueles que estiveram trabalhando durante a coleta de dados.

#### **4.5 Coleta de dados.**

##### **4.5.1 Técnica de coleta dos dados**

Optamos por desenvolver a técnica de observação participante, uma vez que esta constitui uma estratégia de investigação essencial para o trabalho de campo na pesquisa qualitativa, possibilitando o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, (Minayo, 1999).

Vale ressaltar que centralizamos as observações nos profissionais de enfermagem que ofereciam cuidados às crianças internadas e nas mães, que acompanhavam suas crianças hospitalizadas. Eventualmente, registrávamos dados de natureza diversa sobre questões trabalhistas, quantidade de pessoal, condições de trabalho passíveis de trazer implicações para a qualidade de vida dos profissionais, dentre outras questões, nem sempre constantes do roteiro de observação.

A escolha do método de observação participante deve-se, principalmente, ao fato de este proporcionar uma maior aproximação com o fenômeno a ser estudado e por possibilitar uma melhor captação de diversas situações, envolvidas com a própria realidade, além de oportunizar a realização de questionamentos, durante o processo.

As observações aos cuidados tiveram início desde a admissão, até, pelo menos, três dias consecutivos após a internação, além de fazer parte do próximo processo de observação, servindo, também para aproximar a pesquisadora dos participantes da pesquisa, oportunizando o conhecimento sobre como a criança era cuidada no ambiente hospitalar, tanto pelo profissional de enfermagem, quanto pela mãe acompanhante.

#### **4.5.2 Instrumento para a coleta de dados**

O instrumento, para a coleta dos dados constou de dois roteiros que direcionavam a observação participante: o primeiro (anexo C), Tinha como direcionamento a observação das atividades do profissional de enfermagem, tanto as do enfermeiro, quanto as do auxiliar ou técnico de enfermagem. Os três aspectos enfatizados, compreendiam: a) a identificação do profissional de enfermagem que presta o cuidado; b) a forma de execução das atividades, como se processava a interação entre o profissional de enfermagem com a mãe, se este

dava explicações a respeito do cuidado que iria realizar com a criança; e c) se o profissional de enfermagem realizava avaliações periódicas dos procedimentos feitos pelas mães, ou seja, se retornava à enfermagem, para verificar se o cuidado realizado pela mãe, estava de acordo com a orientação fornecida.

Em razão do ritmo constante das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, não se conseguiu estabelecer um horário específico para realizar questionamentos, juntos aos mesmos, acerca do desenvolvimento das atividades e do compartilhamento dos cuidados com a mãe. Terminamos por fazê-lo nos intervalos, no horário do cafezinho, visto serem esses, momentos de descontração, propiciando uma boa discussão a respeito do cuidado. Os instantes, em que os profissionais realizavam alguma anotação no prontuário e, ainda, quando faziam a admissão do cliente serviram para aplicar os questionamentos. Percebemos, assim, que as oportunidades adequaram-se bem a esse procedimento, parecendo fluir melhor o relato sobre a maneira de realizar o cuidado.

O segundo roteiro (anexo D), destinava-se a obter informações sobre os cuidados de higienização e alimentação, realizados pelas mães. Conforme fora traçado, as observações centralizavam-se na forma de dar o banho na criança, na frequência desse banho, na destreza e na disposição da mãe, para a realização desse cuidado. No registro das observações sobre alimentação, eram incluídos: a maneira como a mãe alimentava o filho; a posição; a frequência; a aceitação; a quantidade, e dentre outros aspectos, se a mesma tinha conhecimento sobre o tipo de alimento oferecido à criança. Ao final do roteiro, existia um espaço em branco, para serem anotados outros cuidados, que, por acaso, as mães realizassem em compartilhamento com o profissional de enfermagem.

### 4.5.3 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados teve uma duração de três meses e realizada pela própria pesquisadora, em cumprimento ao cronograma previsto. Foi iniciada em maio, estendendo-se até julho de 2000. As observações em campo, bem assim os questionamentos, foram realizados com o auxílio do gravador, durante os turnos da manhã e da tarde, em períodos de tempo, variando entre 3 e 6 horas, com base nas quatro seguintes etapas pré-estabelecidas para o trabalho:

❖ **Etapa 1:** Nesta etapa, considerando as exigências formais contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (Brasil, 1996), tratando de pesquisas que envolvem seres humanos, submetemos nosso projeto de pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE. Após aprovação do mesmo, no referido Comitê, demos início ao trabalho de campo. Selecionadas as instituições, procedeu-se às formalidades ético-burocráticas, referentes aos contatos para a apresentação da própria pesquisadora no campo, e, também, dos seus objetivos.

❖ **Etapa 2:** Neste momento, solicitamos autorização à direção de cada instituição, para que pudéssemos freqüentar a unidade pediátrica. Referida solicitação foi feita através de um requerimento (anexo A), contendo informações sobre a natureza e finalidade da pesquisa, sua metodologia, objetivos e abrangência. Vale ressaltar que no hospital B, fomos instados a, assinar um termo de compromisso, isentando a instituição de processos, a respeito de vínculo empregatício, o que foi prontamente atendido.

Após termos obtido permissão para freqüentar a unidade pediátrica e dar o início à coleta de dados, passamos a comparecer, sistematicamente, às

respectivas unidades de enfermagem, quando, então expúnhamos os objetivos da pesquisa e estabelecíamos contatos com os profissionais de enfermagem, a título de reconhecimento do setor, no qual o trabalho seria desenvolvido. Este contato com a unidade pediátrica e com as pessoas envolvidas na pesquisa, foi desenvolvido já como parte do processo de observação e tendo-se em vista a importância de estabelecer uma relação de confiança, de diálogo e de cooperação.

Incluíamos nessa ação, a garantia, aos participantes, de manutenção de sigilo quanto às informações fornecidas, assegurando, ainda, o anonimato dos informantes. Ao mesmo tempo, assumimos o compromisso de aceitar a exclusão da pesquisa, por parte de qualquer um dos elementos, no momento em que esse assim o desejasse. Foi solicitado aos participantes, que assinassem um termo de consentimento (anexo B), a fim de que a pesquisa pudesse ser iniciada.

O diário de campo foi utilizado como instrumento coadjuvante, dada a impossibilidade de gravação de todos os diálogos, até porque nem sempre era viável, em razão de inconveniência de manter o gravador ligado em determinados momentos de contato com a mãe e com o profissional de enfermagem. Em que pese o fato, eram registradas a idéia central da conversação, as palavras-chaves e os discursos, sempre orientados pelo roteiro de observação, tendo em vista questões que permeavam os objetivos da pesquisa.

❖ **Etapa 3:** Esta etapa correspondeu ao processo de sorteio das crianças, cujas mães seriam observadas.

❖ **Etapa 4:** Esta etapa correspondeu à listagem dos cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem e dos cuidados realizados pela mãe. A partir

daí, fez-se uma interseção entre os cuidados compartilhados pela equipe de enfermagem com a mãe, e aqueles que, conforme a literatura, são considerados atividades exclusivas de enfermagem. Devido ao universo extenso de cuidados existentes, os mesmos foram organizados no anexo – E, em que obediência aos seguintes critérios: a) aqueles comuns a todas as crianças, visto serem considerados da rotina diária de assistência à criança hospitalizada; b) os seguintes mais frequentes, que não faziam parte da rotina; e c) aqueles realizados, tanto pelo profissional de enfermagem, quanto pela mãe acompanhante.

**❖ Sistemática utilizada para observação dos profissionais de enfermagem.**

Antes de iniciar as atividades, expúnhamos os objetivos da pesquisa, com vistas a dirimir quaisquer dúvidas a respeito de nossa presença na unidade; procurou-se deixar bem clara na ocasião, a nossa intenção de descrever as situações em que os cuidados eram compartilhados com a mãe.

De igual forma, tentou-se esclarecer a posição do pesquisador, nesse ambiente. Neste caso, a de “participante-como-observador”, por tratar-se de uma variação da técnica de observação, em que a participação é processada através de uma observação planejada e informal, acerca da vivência dos acontecimentos da clínica e no acompanhamento das rotinas cotidianas do grupo estudado, julgada conveniente, em pesquisas qualitativas (Minayo, 1999).

A observação dos profissionais de enfermagem, foi realizada a partir do roteiro pré-definido (anexo C). Observamos como o profissional compartilhava o cuidado com a mãe e, inclusive se fornecia orientações a respeito dos cuidados. A observação acontecia, em média, com intervalo de em uma semana, que sendo reservadas 24 h, para cada profissional. O propósito era

identificar como o profissional percebia o papel da mãe, na unidade pediátrica, e até que ponto iam as atribuições da mãe que acompanhava o filho no ambiente hospitalar, definindo-se o que lhe cabia ou não realizar.

Ao longo da observação, no momento em que surgia uma ocasião que se fazia oportuna, o profissional de enfermagem era questionado com a seguinte pergunta: - para você, o que a mãe pode e o que não pode fazer na unidade pediátrica? Esta resposta era gravada, desde que autorizada pelo profissional, sendo garantido a este o anonimato, quando, posteriormente ela viesse a ser transcrita e analisada.

Com este propósito, acabamos por promover um envolvimento participativo no cotidiano pesquisado, em particular, no que se refere às atividades dos profissionais de enfermagem que trabalhavam na unidade pediátrica, através de: conversas com os membros da equipe; conversas com a mãe; observações dos cuidados à criança; observações quanto à forma de realização dos cuidados e em relação ao próprio ambiente físico de trabalho.

#### ❖ **Sistemática utilizada para observação das mães acompanhantes.**

As mães foram observadas na sua rotina, no ambiente hospitalar, com o intuito de entendermos como os aspectos pessoais influenciavam o fenômeno estudado, enfatizando as conversas com outras mães, com os profissionais de enfermagem, a forma como prestavam o cuidado ao filho, as características desse cuidado, o que pensavam em relação à hospitalização do filho, o que faziam no ambiente hospitalar, além de cuidar do filho e o que diziam sobre as formas de atendimento, envolvidos naquele contexto.

O contexto no qual os cuidados são compartilhados, entre os profissionais de enfermagem e a mãe, foi descrito a partir das atividades de rotina. Primeiro, seguindo o processo de observação participativa, procurávamos

nos identificar para a mãe, explicando a finalidade da pesquisa. Era observado como a mãe cuidava de seu filho, em períodos alternados de duas horas, durante mais ou menos três dias, correspondendo a um total de 24 h. O diálogo com a mãe era estimulado, a partir da questão - como é cuidar de um filho no hospital? Questões sobre relacionamento com a equipe de enfermagem, foram evitadas, como forma de reduzir vieses porventura ocorrentes.

A resposta à questão colocada, dentre outros questionamentos a respeito de rotinas da unidade pediátrica, eram gravados, desde que se tivesse a autorização da mãe, sendo-lhe garantido o anonimato. Depois de gravadas, as respostas eram transcritas, de forma mais a fidedigna possível, para posterior análise. A intenção era deixar a mãe à vontade para expor suas concepções e dificuldades. A nossa preocupação era atingir a um estágio de saturação, acerca dos cuidados realizados por esses cuidadores.

#### **4.6 Análise e organização dos resultados**

Para a operacionalização da análise dos resultados, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo, segundo Bardim (1991), o qual é composto dos três seguintes pólos cronológicos: a) pré-análise, b) exploração do material e c) interpretação dos resultados. Para este trabalho, selecionou-se a técnica de análise categorial. E ainda Bardim (1991: p.117) que define categorização como: “é uma operação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos, segundo o gênero (analogia) e critérios previamente definidos”.

Após a assimilação mental do conjunto do material, o que poderíamos chamar de período de intuições, e tendo por objetivo sistematizar-se e tornar operacionais as idéias iniciais, para uma melhor esquematização das operações sucessivas da análise, foram identificados os pontos em comum presentes na

matéria escrita dos discursos, sendo-nos possível atribuir códigos ao referido material, conforme veremos a seguir.

As informações foram classificadas e, a partir daí, foram determinadas as categorias que emergiram dos relatos dos sujeitos da pesquisa.

Na última fase, passamos à discussão e interpretação das informações obtidas, a partir de abstrações dos conceitos e pressupostos de qualidade, segundo os princípios descritos por Deming (1990) e outros autores, que seguem a mesma linha e conceitos filosóficos.

## 5 RESULTADOS: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

A pesquisa envolveu 46 pessoas, assim distribuídas: **Hospital “A”**: 1 enfermeira, 5 auxiliares de enfermagem, 3 técnicos de enfermagem e 15 mães; **Hospital “B”**: 1 enfermeira, 6 auxiliares de enfermagem e 15 mães.

### ❖ Características dos profissionais de enfermagem que compuseram a pesquisa.

Foram observados dezesseis profissionais de enfermagem que trabalhavam nos turnos da manhã e da tarde. Todos eram do sexo feminino, sendo duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem e onze auxiliares de enfermagem. A idade desses profissionais variava entre 20 e 50 anos, sendo que a maioria, 12, estava na faixa etária de 20 a 40 anos. O tempo de serviço dos mesmos, em pediatria, variou de 1 a 22 anos; entretanto, a maioria (10), já trabalhava em pediatria, há mais de 15 anos. À exceção de uma auxiliar de enfermagem que nos informou trabalhar na pediatria por necessidade da empresa, manifestando, inclusive, desejo de ser transferida para outra clínica, as demais informaram gostar do trabalho em pediatria, sentem-se gratificadas com o que fazem e não gostariam de sair para outros setores.

### ❖ Características das mães que compuseram a pesquisa.

As trinta mães observadas apresentavam uma pequena variação de idade; cerca de vinte delas, tinham idade entre 20 e 30 anos; oito entre 30 e 40 anos; apenas uma tinha 15 anos e outra 43 anos. Quanto ao nível de

escolaridade, 3 dessas mães eram analfabetas; 21, tinham escolaridade da 1ª a 4ª série; 5, haviam cursado da 5ª a 8ª série e apenas 1, estava no ensino médio.

Das trinta mães observadas, 17 moravam na zona urbana e 13 moravam na zona rural; 9 residiam em Campina Grande e 21 procediam de municípios circunvizinhos. Isso demonstra a grande demanda de crianças de outras cidades, atendidas nessas instituições, apesar das dificuldades enfrentadas, como a falta de transporte e número reduzido de leitos hospitalares, conforme relatados pelas mães.

Dessas mães, dezessete, relatam que já experienciaram a rotina no ambiente hospitalar, acompanhando seus filhos em recidivas ou a outros parentes quando estavam internados. O período de acompanhamento do filho, desse grupo, variou conforme a patologia e intercorrências, entre 08 a 30 dias, o que nos ajudou a descrever a rotina e os cuidados prestados a essas crianças. As doenças que acometia as crianças, com maior frequência foram a pneumonia, a desidratação, a diarreia, a desnutrição e o calazar.

Para fins de Análise e Interpretação dos Resultados, submetemos todo o material coletado na pesquisa de campo ao esquema pré-estabelecido, conforme o método de Análise de Conteúdo preconizado por Bardin (1991). A partir da demarcação das unidades de registro, chegamos às subcategorias e categorias que serão descritas posteriormente.

A partir de então, foi dado seguimento aos três pólos cronológicos, sendo adotada a seguinte conduta:

### **5.1 Pré-análise**

Nesta fase, foram realizadas várias leituras e releituras de todo o material, para uma maior familiarização com os dados coletados, tendo-se

sempre em vista os objetivos da pesquisa e o problema no qual a mesma estava centrada.

Os dados que dispomos são originados das respostas aos questionamentos feitos aos profissionais e às mães, gravadas em fitas cassete e posteriormente transcritos, os registros das observações feitas e demais anotações do diário de campo da pesquisadora, também como titular importante material para o desenvolvimento do estudo.

Para a constituição do “corpus” da pesquisa, ativemo-nos às seguintes regras recomendadas por Bardin (1991): 1º) da **exaustividade**- apoiando-nos nas informações dos diversos informantes que atuavam no ambiente da investigação e explorando as mesmas, de forma exaustiva; 2º) da **homogeneidade**- com base no fato de que as informações obtidas, através dos questionamentos, foram direcionadas a uma determinada temática e seguiram idênticos critérios, para cada grupo de participantes; 3º) da **pertinência**- uma vez que os relatos estavam coerentes com os objetivos propostos na pesquisa; e 4º) da **representatividade**- em razão do tamanho e da abrangência dos participantes considerados adequados e, também como suficientes, seguindo os padrões técnicos recomendados.

Foram selecionados, para análise, aqueles cuidados que atenderam aos critérios de maior frequência, comuns a todas as crianças e que eram realizados, simultaneamente, pelos profissionais de enfermagem e pelas mães. Após a interseção desses cuidados, apontamos como relevante, para a análise, os seguintes: 1) processo de admissão; 2) verificação dos sinais vitais; 3) administração de medicação por via oral; 4) coleta de material, para exames de urina e fezes.

## 5.2 Exploração do material

Nesta fase, ocorre a organização da codificação do material. Segundo Bardin (1991: p.103), “corresponde a uma transformação, efetuada segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, transformação esta, resultante de recorte, agregação e enumeração, suscetíveis de esclarecer o analista, acerca das características do texto”. Organizamos, então, os dados coletados, obedecendo três etapas seguintes:

### ❖ Primeira Etapa

Esta etapa destinou-se à transcrição e codificação dos relatos dos participantes desta pesquisa. Com base no conteúdo dos dados, foram identificados os pontos em comum, existentes nos discursos e procurou-se identificar, na matéria escrita, significados comuns aos relatos. A fim de atribuímos códigos ao conteúdo do material transcrito, quando este se referia às mães, utilizamos a letra M (Mãe) acrescidos por números de 1 a 15, em referência ao número de mães no hospital A, e os números de 16 a 30, para os relatos obtidos das mães no hospital B.

O material referente ao profissional de enfermagem, era identificado com as letras Pe, para o enfermeiro; Pt para o técnico de enfermagem; e Pa, para o auxiliar de enfermagem, acrescidos dos números de 1 a 9, em se tratando dos profissionais pertencentes ao hospital A, e dos números de 10 a 16, para profissionais pertencentes ao hospital B.

### ❖ Segunda Etapa

Após nova leitura, e a título de seleção das unidades de registro ou unidades de significação, procedeu-se ao recorte do material, da codificação e da

enumeração dos relatos dos participantes da pesquisa. Todo esse material foi selecionado e agrupado, conforme a semelhança e o sentido semântico. Para Bardin (1991), essas unidades de registro são um segmento do conteúdo a ser considerado como subcategorias que, reunidos de acordo com seu significado, visam à categorização e à contagem frequencial.

#### ❖ Terceira Etapa

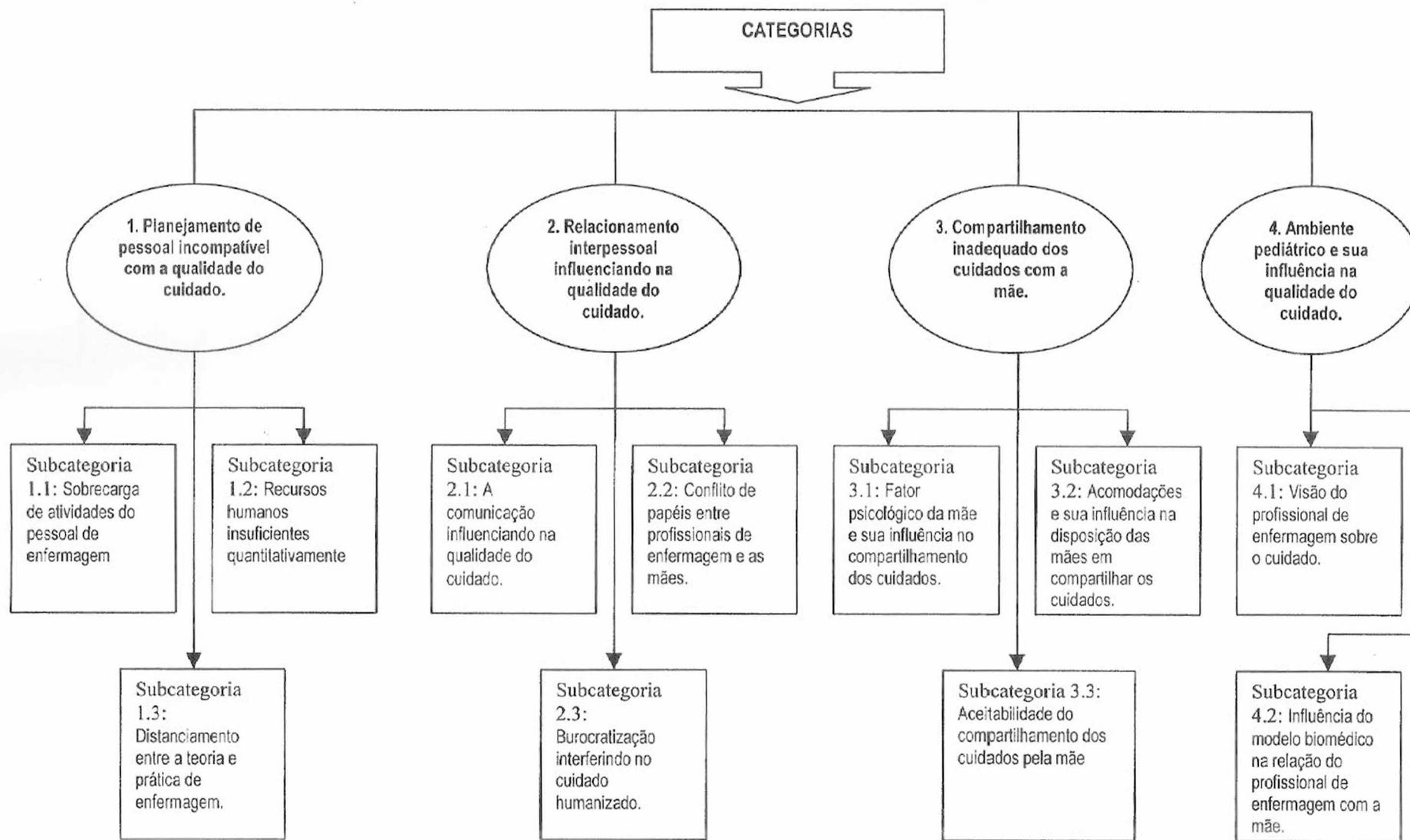
De posse das subcategorias identificadas, foram feitas novas leituras dos relatos, reagrupados, segundo as semelhanças, com vistas à realização da categorização dos dados.

A partir daí, foram determinadas as Categorias que emergiram desses relatos e assim identificadas:

- 1) Planejamento de pessoal incompatível com a qualidade do cuidado;
- 2) Relacionamento interpessoal influenciando na qualidade do cuidado;
- 3) Compartilhamento inadequado dos cuidados com a mãe;
- 3) Ambiente pediátrico e sua influência na qualidade do cuidado

Apresentamos a seguir, uma representação gráfica com o Conjunto das Categorias e Subcategorias, tida como produto dos relatos obtidos neste estudo.

ESQUEMA 1- Representação gráfica das categorias e subcategorias, com origem dos relatos dos participantes da pesquisa.



### **5.3 Interpretação dos resultados**

Nesta fase, após definirmos as categorias e subcategorias, passamos à sua discussão e interpretação. As subcategorias e unidades de registro ou unidades de significação, que deram origem às respectivas categorias, foram apresentadas em quadros, conforme a frequência.

#### **5.3.1 Categoria 1 – Planejamento de Pessoal Incompatível com a Qualidade do Cuidado**

A categoria **Planejamento de Pessoal Incompatível com a Qualidade do Cuidado**, foi originada das unidades de registro que se referem a: intensificação da jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem; número de pacientes incompatível com o número de funcionários ou demanda incompatível com a oferta; falta de recursos humanos e materiais para realização dos cuidados, dentre outras questões. Essas, por sua vez, resultaram em três subcategorias: **1.1 - Sobrecarga de atividades do pessoal de enfermagem; 1.2 - Recursos humanos insuficientes quantitativamente e 1.3 - Conflito de papéis entre profissionais de enfermagem e as mães**, conforme apresentadas nos quadros de números 1, 2 e 3.

**Quadro N.º 1:****Subcategoria 1.1 - Sobrecarga de atividades do pessoal de enfermagem**

Unidades de registro	Freqüência
“... a enfermagem muitas vezes por muito serviço, não dá orientações a mãe que tem que ser dada passa despercebido muita coisa...”	13
“... o pessoal de enfermagem assume atividades que não são coerentes com a sua formação...”	07
“... a gente faz o que pode...”	04
“... por mais que você tente fazer todos os cuidados, é impossível devido à quantidade de serviço...”	03
“... não há condições de realizar um atendimento individualizado...”	02
Total	29

Observamos, através do quadro N.º 1, que apresenta a subcategoria 1.1- **Sobrecarga de atividades do pessoal de enfermagem**, que, em relação à freqüência, os registros totalizaram 29 e que o maior número deles (13), recaiu no item referente à sobrecarga de atividades exercida pelo profissional de enfermagem, vindo, em seguida (07), a incompatibilidade entre atividade desenvolvida e formação profissional.

Quando um profissional assume atividades que não são de sua competência ou para a qual não estão preparados, é provável que existam por trás dessa ocorrência, problemas de ordem estrutural da organização, no que se refere ao planejamento, pelo que o funcionário passa a exercer atividades que não são de sua responsabilidade, o que contribui, muitas vezes, para a insatisfação do profissional vindo a constituir um juízo de valor depreciativo, entre profissionais de categorias diferentes.

A falta de estrutura dos hospitais, faz com que aqueles que estão no campo de trabalho, exerçam atividades que não são de sua competência e

tenham intensificada a sua carga de trabalho, gerando problemas, conforme os relatos apresentados a seguir:

“O pessoal de enfermagem assume outras atividades que não são de sua área, como, por exemplo, realizamos atividades do assistente social, do psicólogo, além dos nossos próprios cuidados, porque não temos um serviço social atuante”. (Pt-3).

“Por mais que você tente fazer todos os cuidados da maneira correta, é impossível, porque tem muito serviço e o tempo é pouco para fazer” (Pe-7).

“A minha opinião, quando a mãe vem acompanhar a criança ela deveria passar por uma psicóloga, por uma assistente social ou, por uma enfermeira porque, muitas vezes, a mãe, deixa problemas em casa e a auxiliar, por muito serviço, não dá orientações que tem que ser dada passa despercebido muita coisa” (Pa-12)

Esses relatos demonstram as dificuldades encontradas pelos profissionais em dar seguimento às atividades que aparentam não estar devidamente organizadas. Ao que nos parece, essas instituições não estão sensibilizadas para a questão de qualidade e talvez desconheçam os seus pressupostos.

Os pressupostos da qualidade, na área de saúde, transmitem uma proposta de transformação nas condutas das instituições hospitalares e aos indivíduos que dela fazem parte, no sentido de repensar a prática e de redefinir objetivos, tendo em vista a condição de prestador de serviços à comunidade. Nisso inclui a própria padronização de procedimentos, com redimensionamento da gestão organizacional, no que diz respeito à provisão e qualificação continuada de recursos humanos, à revisão de processos exigidos para a satisfação das necessidades dos clientes, segundo o planejamento das atividades,

buscando-se, em resumo, a melhoria no padrão de serviços oferecidos à comunidade.

É possível observar-se, na fala da técnica de enfermagem, com código (Pt-3), ao referir que não existe, na unidade hospitalar, um serviço social atuante, que talvez a deficiência encontrada seja uma repercussão do número insuficiente de pessoal, nessa área, o que reforça o nosso comentário sobre falta de sensibilidade e desconhecimento dos padrões de qualidade.

O cotidiano observado, nas duas instituições de assistência à criança, revela situações diversificadas de atendimento. As atividades ocorrem baseadas em normas e rotinas, que determinam, por exemplo, horários de visitas, permissão de entrada de alimentos, permanência ou não de acompanhantes, de acordo com um modelo de normas pré-estabelecidas por essas instituições, que não contemplam as necessidades dos clientes, mas, apenas, as suas próprias aceções de atendimento. É válido lembrar que os profissionais de enfermagem exercem atividades variadas, atendem telefone, fazem encaminhamentos, admitem pacientes, preparam medicações, organizam material de farmácia, de almoxarifado, situações essas, certamente, bastante similares às ocorrentes em outros hospitais, não obstante as peculiaridades específicas, inerentes a cada instituição.

Atualmente, as organizações hospitalares precisam dar mais atenção aos princípios da qualidade, definir seus objetivos e seus termos de compromissos, na condição de prestadoras de serviços à população, com padrão de qualidade. Oliveira (1998: p.63) reforça que “a missão de uma organização é uma proposta que a empresa faz nas suas relações com o mercado, consigo mesma e com a comunidade onde atua”, ou seja, cabe à empresa, conciliar as necessidades apresentadas pelos clientes, assim como a sua própria capacidade de atendê-las.

Reconhecemos o compromisso de uma empresa, através das condições de serviços que oferece aos seus trabalhadores ou colaboradores. Mezomo (1995) reforça essa questão, quando diz que para uma organização desenvolver um serviço baseado na gestão de qualidade, deve atender às necessidades básicas, tanto de quem presta os serviços, quanto de quem vem a utilizá-los; portanto, organização e clientes são parceiros de um mesmo objetivo: um atendimento de qualidade, capaz de promover o alcance dos objetivos de cada uma das partes.

Conforme a discussão da questão da satisfação que envolve a tríade, profissionais-empresa-cliente, feita anteriormente, é desejo do profissional desenvolver o cuidado com segurança, pelo que precisa dispor de condições adequadas: A empresa enfatiza o cuidado de qualidade, mesmo tendo em vista o baixo custo, evitando o desperdício e o retrabalho; enquanto, isso, o cliente quer ser bem atendido em suas necessidades biopsicosociais.

Voltando nosso olhar para o aspecto da satisfação pessoal, percebemos que existe incoerência relacionada com a questão de qualidade, no que se refere à sobrecarga de atividades. Vê-se, por exemplo, que a realidade da estrutura organizacional envolve problemas ao exemplo de: falta de pessoal qualificado ou insuficiente para a quantidade de trabalho; falta de material para os cuidados; hospitais superlotados de pacientes e sucateamento das instalações físicas, conforme apontam os relatos dos profissionais de enfermagem que participaram desta pesquisa. Esses fatores, ao nosso ver, interferem na qualidade do cuidado e não favorecem o acompanhamento do desenvolvimento tecnológico. Por conseguinte, decorrem da ausência de uma gestão voltada, realmente para a qualidade na Instituição, uma vez que as soluções para esses problemas não são discutidas, perpetuando a insatisfação, tanto do cliente, quanto do próprio profissional de enfermagem.

Quando foram questionados os motivos que levavam esses profissionais a trabalhar em pediatria, as respostas foram variadas, indo desde o remanejamento de outros setores, por determinação superior, à preferência profissional. Porém, é importante salientar que, embora oito das entrevistadas informassem sentir “pavor” de vir a trabalhar em pediatria, pois tinham “pena de furar crianças”, consideravam esses pequenos seres muito frágeis, relacionando-os a “pequenos passarinhos”, “frágeis por natureza”, de “difícil cuidado”. Por conta dessa forma de ver e sentir as coisas, conseguiram ultrapassar impressões, apontando que esses procedimentos invasivos são necessários a uma recuperação mais rápida da criança.

Chama-nos atenção nos discursos, a comparação feita entre o que fazem os profissionais e as atribuições confiadas às mães. Segundo dizem, cuidam das crianças como se fossem seus filhos; “acho até que sou mãe deles” (Pa-12) afirmou uma delas. Essa conotação é justificável, se associada à profissão de enfermagem, considerada basicamente feminina, com o seu objeto de trabalho permanentemente ligado ao cuidar, acarinhar e proteger a criança, estimulando esses sentimentos nos indivíduos que lhe são próximos.

A subcategoria **Recursos humanos insuficientes quantitativamente**, mostrou-se como uma fonte expressiva das dificuldades encontradas pelos profissionais, para desenvolvimento de um cuidado de qualidade, principalmente se em associação a outros fatores, como, por exemplo, o excesso de atividades e número de pacientes incompatível com o número de funcionários, conforme unidades de registros apresentados no quadro N.º 2.

**Quadro N.º 2:****Subcategoria 1.2 - Recursos humanos insuficientes quantitativamente**

Unidades de registro	Freqüência
“... o número de funcionários é insuficiente para atender à demanda de serviço existente...”.	06
“... hoje, a enfermagem não faz um trabalho de qualidade, porque falta funcionário...”.	06
“... a mãe ajuda nos cuidados, porque não há funcionários suficientes para realizá-los...”.	04
“... o tempo é insuficiente para executar um cuidado de qualidade...”.	03
“... quando ocorre uma emergência, você tem que deixar tudo e correr (para ajudar)...”.	03
“... a instituição não sabe o estresse que está causando ao profissional de enfermagem...”.	02
“... o tempo existente não dá para fazer o que tem para ser feito...”.	02
Total	26

Visualizamos no quadro N.º 2 que apresenta a subcategoria 1.2 - **Recursos humanos insuficientes quantitativamente**, um total de 26 registros, caracterizando o cotidiano dos profissionais de enfermagem, pontilhados por momentos de insatisfação, no tocante à disparidade existente entre quantidade de serviços e quantidade de recursos humanos, que vem, quase sempre acompanhada de tensão, durante os cuidados prestados à criança hospitalizada.

De acordo com os dados apresentados nesse quadro, podemos constatar que as questões administrativas estão interligadas e são dependentes, principalmente no que se referem aos recursos humanos e materiais. É de se acreditar, que a provisão inadequada do número de funcionários, incompatível com o número de pacientes, tende a gerar problemas na qualidade dos cuidados a serem realizados, uma vez que detalhes importantes de sua execução poderão ser esquecidos ou não anotados.

Percebemos que, apesar da saturação de profissionais de saúde, no mercado de trabalho, conforme alardeia a mídia, através de jornais e de telejornais, as instituições hospitalares funcionam com uma grande carência de profissionais, principalmente de enfermagem. Ressalta-se, por oportuno, o quanto é importante o desenvolvimento de uma atividade essencial e ininterrupta, como é o caso do cuidado de enfermagem.

Conforme relatos feitos durante as entrevistas, um dos momentos que evidenciam o estresse causado no profissional de enfermagem, é quando este vai realizar algum procedimento invasivo, principalmente a punção venosa. Inicia o procedimento, a preocupação é conseguir puncionar a veia nas primeiras tentativas, isso porque, se não houver sucesso, a cobrança será maior, por parte da mãe, dos familiares e até mesmo dos próprios colegas de trabalho além de significar um atraso para realizar outras atividades, acarretando insatisfação no campo de trabalho. Os relatos, a seguir, bastam para confirmar esse fato:

“Uma coisa que estressa muito o profissional é quando a gente vai puncionar uma veia, a criança chora muito, fica agitada, se a mãe não estiver por perto, pensa logo que você está maltratando a criança” (Pa-4).

“Por causa dessa emergência, eu ainda não fiz nada... não dei nenhuma medicação e falta dar banho no queimado...” (Pa-14).

“A gente sabe o que tem que fazer, mas infelizmente não temos condições para realizar todas as atividades, pois ultimamente estamos estressados, porque a gente quer fazer tudo, mas o tempo é curto, não dá para a gente fazer” (Pa-15).

“As mães não confiam no profissional de enfermagem, quando a gente punciona logo a veia, tudo bem, mas quando não consegue... elas saem da sala, mas pedem para alguém ficar olhando” (Pa-10).

Concordamos com Mendes (1993) quando refere que a discussão de qualidade, nos serviços de saúde, está atrelada à questão de competitividade e produtividade, entre empresas. A prática de enfermagem convive, necessariamente, com a discussão dos aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos e a conseqüente e necessária educação continuada nos serviços. Criada com a finalidade de preparar os profissionais para uma atuação de cuidados à criança hospitalizada, esse segmento de educação, em enfermagem, não vem conseguindo cumprir, a contento, o seu papel. Essa situação é relatada, nas seguintes falas:

“Hoje a enfermagem não faz um bom trabalho porque falta funcionário”. (Pa-9).

“A mãe realiza cuidados porque não há funcionários suficientes para realizá-los”. (Pt-8).

“A instituição não sabe o estresse que está causando ao profissional de enfermagem, pois a gente trabalha com o intuito de colocar tudo em dia, deixar tudo certo, mas a cobrança é grande para uma pessoa só...” (Pa-14).

Estudos de Paim (1979) e de Gaidzinski (1991), já demonstravam preocupação com os aspectos quantitativos e qualitativos relacionados aos recursos humanos da enfermagem. Percebemos que esses aspectos, destacados nos referidos estudos, ainda persistem, como é o caso da tendência existente de fazer com que os enfermeiros assumam, cada vez mais, atividades administrativas, deixando o cuidado direto ao paciente ao cargo dos auxiliares de enfermagem.

É bem verdade que cabe à gerência de enfermagem, a responsabilidade de manter a previsão adequada de pessoal, devidamente qualificado, apesar de que, nas condições atuais, esta ação está cada vez mais

difícil, em decorrência principalmente, da própria formação educacional recebida pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

A **Subcategoria 1.3 - Distanciamento entre a teoria e a prática de enfermagem**, através de seus registros, mostra uma falta de sintonia entre o ensino nas instituições educacionais e a prática realizada nas instituições hospitalares, o que vem corroborando, sobremaneira, para a existência de uma mão-de-obra menos qualificada.

**Quadro N.º 3:**

**Subcategoria 1.3 - Distanciamento entre a teoria e a prática de enfermagem**

Unidades de registro	Freqüência
“... o estudo teórico da enfermagem é diferente da prática...”.	05
“... a organização não oferece condições para desenvolver um cuidado de qualidade...”.	04
“... as anotações de enfermagem são incompletas...”.	03
“... os cuidados não são feitos como deveriam ser...”.	02
“... nossa prática convive com a insatisfação...”.	01
Total	15

O quadro N.º 3 apresenta a subcategoria 1.3 - **Distanciamento entre a teoria e a prática de enfermagem**, onde estão destacados 15 registros, enfocando aspectos relativos a: disparidade entre teoria e prática; falta de condições para os cuidados; questões de insatisfação; e anotações no relatório de enfermagem. Apesar de serem apresentados poucos relatos, em termos numéricos, indicando o distanciamento entre a teoria e a prática de enfermagem - são apenas 5 registros, é notório que fatores como a falta de material e recursos humanos insuficientes, são uma constante no cotidiano desses profissionais de enfermagem. Essas unidades de registro emergem como fonte de insatisfação e

indignação quanto a prática realizada, como é possível ser observado, através dos relatos de dois profissionais de enfermagem:

“Quando a gente estuda, é uma coisa, mas, quando a gente vem para a prática, é totalmente diferente; existe muita falha, falta muita coisa e a instituição não oferece condições da gente trabalhar com tudo que a gente tem direito”. (Pt-1).

“A gente aprende como devem ser avaliados os sinais vitais corretamente, mas na prática, a gente sabe que tem gente que não faz, assim como tem gente que dá uma conversadinha ali e anota coisa que não fez, mas eu não faço, prefiro deixar sem anotar nada” (Pa-2).

Os relatos acima mostram as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, tais como a escassez e falha na formação de recursos humanos e na disponibilização de materiais. Esses fatos estimulam a improvisação das técnicas, assim como o “deixar de fazer” as atividades corretamente, por falta de pessoal, o que vem a constituir uma questão ainda mais preocupante para a profissão da enfermagem, que é a não devida aferição dos controles e cuidados.

Quanto ao aspecto da formação educacional desses profissionais, há de se considerar que o sistema educacional do país teve sua origem influenciada pelo processo de industrialização e pelo capitalismo, evoluindo para a modernização, sofrendo no entanto, ingerências de questões políticas, para importação de modelos educacionais de outros países, nem sempre condizentes com a nossa realidade (Gadotti, 1989; Freire, 1994; Moreira, 1997). Outros autores corroboram na discussão quanto a dissociação entre a teoria e prática, dizendo ser a mesma influenciada por fatores políticos. Gadotti (1991: p.34) diz que “o ato educativo é um ato político, é um ato social e, portanto, ligado à atividade social e econômica ao ato produtivo”.

Já Germano (1993:103), afirma que:

“as políticas de educação e saúde dizem respeito à lógica geral do sistema. A repressão e a privatização passam a permear toda a vida social brasileira. O regime imprimiu uma política educacional repressiva, privatizante e tecnocrática”.

Associados a essa questão política, dentre outras, incluímos fatores que contribuem para a dissociação entre teoria e prática, como, por exemplo, as constantes mudanças de currículo, as diversas formas de ensinar, a educação bancária, em que o professor é colocado como detentor do saber e o aluno, um mero ouvinte. Esses fatores, ao nosso ver, continuam exercendo influência negativa na formação do profissional, com direcionamento para a prática.

Uma outra forma de reflexão está voltada para a relação existente entre educação e qualidade de vida, que, de uma certa forma, apresenta-se como um processo dialético, envolvendo a teoria e a prática. De um lado, a educação utiliza a estratégia de manter o indivíduo informado, mas incapaz de elaborar um senso crítico da situação que vivencia. Do outro, encontra-se a questão da globalização, que impulsiona o indivíduo à qualificação, preparando-o para um mercado de trabalho, tão competitivo, quanto é o de hoje.

### **5.3.2 Categoria 2 – Relacionamento Interpessoal Influenciando na Qualidade do Cuidado.**

Na categoria **Relacionamento Interpessoal Influenciando na Qualidade do Cuidado**, foram abordados assuntos diversificados, de grande importância para a qualidade, uma vez que o sucesso ou insucesso da ação do cuidar, depende da satisfação das pessoas envolvidas nesse processo. As unidades de registros que deram origem à referida categoria, apontaram para as

questões de relações interpessoais, como é o caso do conflito existente entre profissionais de enfermagem e as mães, além das condições adversas de trabalho, que resultaram nas subcategorias **2.1- A comunicação influenciando na qualidade do cuidado; 2.2- Conflito de papéis entre profissionais de enfermagem e as mães e 2.3- Burocratização interferindo no cuidado humanizado**, conforme apresentados nos quadros de números 4, 5 e 6.

**Quadro N.º 4:**

**Subcategoria 2.1: A comunicação influenciando na qualidade do cuidado**

Unidades de registro	Freqüência
“... está faltando comunicação entre o profissional de enfermagem e a mãe...”.	08
“... a criança sai de alta e a mãe não sabe o diagnóstico do filho...”.	06
“... geralmente as mães não confiam nos profissionais de enfermagem...”.	05
“... quando a mãe chama alguém da enfermagem para trocar o frasco de soro seco, eles demoram muito e ainda culpam a mãe por deixá-lo secar...”.	05
“... existem profissionais que são grosseiras e falam alto com as mães...”.	03
Total	27

O quadro N.º 4 referente à subcategoria **2.1- A comunicação influenciando na qualidade do cuidado**, contém 27 registros, com prevalência da falta de comunicação existente entre os profissionais de enfermagem e as mães (08).

A comunicação, sabe-se muito bem, depende da interação entre duas ou mais pessoas, em que uma delas se coloca como emissor e a outra, como receptor de uma mensagem. Não precisam, necessariamente, falar o mesmo idioma ou utilizar palavras para que possam se comunicar. O corpo, os gestos, as atitudes, expressam a comunicação não-verbal, tão importante quanto a primeira. Nesta, a comunicação entre as pessoas é feito através dos gestos de carinho, compreensão, dedicação, em forma de apoio a quem sofre, ao segurar a

mão, ao abrir um sorriso ou, simplesmente, ouvindo suas queixas, atendendo às suas necessidades, amenizando, enfim, os sentimentos de tristeza, insegurança e medo que emergem no ambiente hospitalar.

O primeiro contato entre a mãe/criança e o profissional de enfermagem, ocorre durante o processo de admissão. Sabates e Borba (1999) consideram a admissão um dos momentos mais críticos na hospitalização infantil, durante o qual cumpre ao profissional de enfermagem avaliar a necessidade de preparo e orientação, tanto da criança quanto de seus pais, com relação à adaptação de ambos, no ambiente hospitalar.

A admissão da criança, na unidade pediátrica, é realizada geralmente por um auxiliar ou técnico de enfermagem. Dependendo do estado geral da criança, a mãe fica aguardando o momento em que o profissional vem informá-la sobre o leito em que o seu filho irá permanecer. Nessa oportunidade, será realizado o preenchimento de formulários, incluindo relatório de enfermagem, livro de ordens e ocorrências, além do censo hospitalar. Será verificada também a prescrição médica, a respeito de medicações, dentre outros cuidados.

Quando a criança é admitida, a mãe é informada a respeito da sua alimentação, horário de visitas, acomodações, etc. As informações, não raro, são superficiais, rápidas e, em nenhum momento, são discutidas questões como direitos e deveres no ambiente hospitalar. Em nossa pesquisa, não foram observados, por exemplo, questionamentos sobre o desejo de a mãe participar ou não desse ou daquele tipo de cuidado; simplesmente, fala-se para a mãe: “aqui está o recipiente para a senhora colher urina do seu filho”, ou “venha segurar seu filho, vamos colocar o soro”; geralmente a mãe não é obrigada a participar de tais procedimentos, porém, acredita-se que a sua presença ali, desperta a idéia de que é importante que ela participe de todos os cuidados.

Constatamos que o contato inicial entre a tríade, profissional de enfermagem, mãe e criança, estava descontextualizado de uma padronização no processo de admissão, promovendo o distanciamento entre profissional e cliente. Não foram observados questionamentos que reproduzissem a interação entre o profissional e a mãe, pois a comunicação restringia-se a palavras monossilábicas. Em seguida, eram feitas anotações na ficha de enfermagem, resumindo o processo de admissão, da seguinte forma: “Menor admitido, proveniente da emergência para tratamento clínico” ou “Menor admitido neste serviço, proveniente da unidade da criança”. Outras variações, nas anotações referiam apenas para “tratamento especializado”, “instalado venóclise”, “feito aerosol.

No ambiente observado, os profissionais exercem as atividades em um ritmo acelerado, em meio à confusão do cotidiano hospitalar, em um vai-e-vem constante das pessoas, pelos corredores. São as conversas paralelas, as chamadas telefônicas, discussões sobre diagnósticos, admissões e altas de pacientes, dentre outras atividades, que favorecem, de certa forma, o distanciamento entre o profissional de enfermagem e o cliente. O contato com esses, é sempre em função das atividades. Intensificadas, em alguns casos, em outras as conversas são restritas durante a execução dos cuidados. Esses fatos, além de observados, foram transmitidos através de relatos de mães que acompanham seus filhos no ambiente hospitalar:

“Não me falaram nada, só disseram – vamos para o quarto mãe? – eu disse: vamos”. (M-3).

“Eles falaram que a minha criança ia ficar na UTI e eu não podia acompanhar, então deixei ela lá... quando ela saiu da UTI, eles perguntaram: mãe, vai acompanhar ou não? Eles me avisaram - você quer ficar, fique, mas você não tem direito a nada...” (M-21).

“Tem profissional que não conversa com as mães, são grosseiras e falam alto”. (M-9).

Não obstante, devemos considerar que cada indivíduo possui suas particularidades, assim como apresenta diversas maneiras de comportamento, em ambientes que não lhe são familiares. Podemos dizer que suas condutas sofrem influências da cultura de que faz parte, das condições sócio-econômicas e do nível educacional, fatores esses que, somados, vêm caracterizá-lo como um indivíduo que participa ou se mostra indiferente aos cuidados.

Os profissionais de enfermagem ressaltam que as mães são de culturas diferentes e possuem níveis de escolaridade variados, o que dificulta, de uma certa maneira, a compreensão, de algumas das normas do hospital; enfatizam, também, que a comunicação é restrita, devido a intensificação do ritmo de suas atividades profissionais, dificultando a interação com as mães, conforme assinalam os relatos seguintes:

“A gente trabalha muito, não dá para dar explicações às mães, porque é muita criança” (Pe-7).

“Tem criança que sai de alta e a mãe nem sabe o diagnóstico do filho” (Pa-10).

Com esses relatos, percebemos que as condições de trabalho oferecidas pelas instituições, interferem na comunicação entre os indivíduos; muitas vezes os profissionais utilizam, como justificativa, a sobrecarga de atividades, como responsável pela interferência na comunicação com os clientes.

Há de se considerar, porém, que os indivíduos leigos não entendem a linguagem técnica, utilizada entre os profissionais de saúde, no sentido de interpretar um exame, ou conhecer a terapêutica de uma doença. São, no entanto, capazes de detectar fatos na linguagem humana, o que lhes confere

valorização como pessoa, como cidadão possuidor de direitos. Silva (1998: p.71) reforça essa questão, quando enfatiza a importância da comunicação e da interação entre o profissional e o cliente e acrescenta que, “o indivíduo não quer ser visto como doente, ou como uma parte doente; quer ser reconhecido como alguém que pensa, sente, tem vontades e interesses”.

Partindo do princípio de que o objeto de trabalho da enfermagem está centrado no cuidado ao cliente, entende-se que o profissional de enfermagem precisa relacionar-se bem com este, a fim de conhecer as necessidades a serem atendidas, e a partir daí, desenvolver um serviço de qualidade.

A subcategoria 2.2 - **Conflito de papéis entre profissionais de enfermagem e as mães**, reproduz a dificuldade de convivência entre os indivíduos que dividem o mesmo espaço, que possuem culturas diferentes e tentam representar seus diversos papéis, no ambiente hospitalar.

**Quadro N.º 5:**

**Subcategoria 2.2 - Conflito de papéis entre profissionais de enfermagem e as mães**

Unidades de registro	Freqüência
“... existem mães que ajudam, mas tem outras que atrapalham o serviço de enfermagem...”.	06
“... as mães não entendem os cuidados de enfermagem...”.	06
“... o profissional de enfermagem realiza o cuidado e espera que a mãe contribua nesse cuidado...”.	04
“... existe o lado bom e o lado ruim da mãe acompanhar o filho no hospital...”.	04
“... as enfermeiras são chatas...”.	03
“... tem profissional que não liga para nada, que não atende a mãe como deveria...”.	02
Total	25

No quadro N.º 5, referente à subcategoria 2.2 - **Conflito de papéis entre profissionais de enfermagem e as mães**, estão apresentados 25 registros, pontuando as divergências existentes entre os profissionais de enfermagem e as mães; a dificuldade de interação obteve 6 registros; os demais, denotam a expectativa do papel desempenhado pela mãe, assim como o papel do profissional de enfermagem, no ambiente hospitalar.

Observamos uma série de divergências, com relação à inserção da mãe no ambiente hospitalar, em função dos seus direitos, deveres e atividades a serem exercidas na instituição. Percebemos que existe uma indefinição do seu papel, na unidade pediátrica, considerado, por esta, um ambiente hostil, cheio de normas, e que, via de regra, favorece mudanças no padrão do papel desempenhado por ela em casa. A esse fato, juntam-se os sentimentos de culpa e de ansiedade provocados pela hospitalização do filho. Na nossa, opinião deveria ser desenvolvido um programa de orientação, junto a essas mães, a fim de que fossem restringidos os níveis de conflitos.

Exemplo dessa questão de conflitos, está nos relatos de insatisfação das mães, quanto à forma de atendimento recebido na unidade pediátrica:

“O relacionamento com as enfermeiras é bom, com algumas, pois eu tive um probleminha com uma enfermeira ontem... meu filho começou a tremer, ficou roxo totalmente, aí as enfermeiras nem ligaram, ela dizia desse jeito – cubra o menino, ele está com frio, cuide... vá, cubra o bichinho, isso é frio... – então eu tive que abrir a boca para ver se faziam alguma coisa, para o meu filho não morrer”. (M-16).

“Esse menino, ele só foi trocado porque eu e as meninas (mães) trocamos. A mamadeira, se a gente não tivesse dado a comida ele estava com fome até agora... logo quando ele chegou, elas vieram, aí de lá para cá, não vieram mais, medicaram a noite quando internaram”. (M-25).

Essas duas falas demonstram a complexidade que envolve as relações de trabalho, no ambiente hospitalar, considerando, inclusive que a mãe não consegue distinguir o papel do profissional enfermeiro do que é desempenhado pelo auxiliar de enfermagem. Tal acontece porque existe uma carência de melhor relacionamento e esclarecimento, por parte da enfermeira, propriamente dita acerca da função que exerce.

No primeiro relato, fica nítida a impressão de que o profissional não atendeu às queixas feitas pela mãe, deixando de certificar-se sobre o que realmente estava acontecendo com a criança. O conflito se instala quando uma das partes envolvidas não está correspondendo às expectativas da outra, em relação ao papel que deve desempenhar. Sabe-se, é certo, que as pessoas, sob efeito de emoções, fazem acréscimos aos fatos. A criança, em questão, estava no quarto dia de internação e, segundo a mãe, apresentou “pele roxa, corpo frio, molhado e tremedeira”, pelo menos cinco vezes.

Ao rever o prontuário da criança, encontramos apenas duas anotações no relatório de enfermagem, registrando episódios de choque pirogênico e as condutas realizadas, como troca de soro, troca de equipo e verificação da temperatura; a venóclise só foi suspensa no quinto dia de internação. O que nos chamou atenção, foi o fato de que a criança estava no quinto dia de internação, apresentando o mesmo quadro e nada mais havia sido relatado.

No segundo relato, percebe-se a imposição de tarefas, sendo a mãe instada a cuidar do filho, enquanto o profissional de enfermagem restringe-se apenas a realizar a medicação. Vale ressaltar que esta criança foi admitida no período da tarde, com a presença da mãe, que se ausentou no período noturno, deixando a criança na enfermaria.

A maneira como a pessoa é recepcionada na unidade hospitalar, seja de forma acolhedora, respeitosa, com dedicação, é um fator que vem facilitar a

terapêutica prestada ao cliente, por diminuir a ansiedade e o estresse das pessoas envolvidas nesse processo. Percebemos que, no cotidiano hospitalar, por ser um ambiente de considerável potencial emocional, as pessoas estão sempre avaliando ou controlando as atitudes e comportamentos de outras, no desempenho de seus papéis.

Papel, no caso, é definido por Mendras (1975) como um conjunto de expectativas que direcionam os comportamentos, as atitudes e os valores dos indivíduos, para uma determinada posição, que tanto pode ser atribuída, como adquirida. A primeira ocorre quando é imposta por natureza, ou pela sociedade, e a segunda, quando o indivíduo consegue conquistá-la, através dos anos. Os indivíduos representam diversos papéis na sociedade. Por exemplo, a mulher pode exercer o papel de mãe, esposa, profissional, dentre outros, dependendo da situação em que esteja envolvida. Ressalte-se, porém, que se esta não estiver preparada para atender a todas as expectativas, pode não surgir conflitos de papéis, com prejuízo para a interação com outros indivíduos.

É importante salientar que o resultado dessa avaliação dos papéis, tem por base a percepção pessoal de cada um acerca do que é certo ou errado, do ponto de vista de seus valores e expectativas, o que desencadeia, sobremaneira, uma relação conflituosa, visto que as questões subjetivas variam de um para outro, em natureza e intensidade.

As divergências são evidenciadas pelas falas dos profissionais de enfermagem, quando dizem que a mãe ajuda em alguns cuidados e atrapalha em outros, existindo aqueles que acreditam que a mãe está ali para cuidar do filho, pelo que deve assumir atividades na enfermagem, como higienização e alimentação da criança; outros já consideram que a mãe pode atrapalhar a conduta terapêutica e esperam que esta se limite apenas a acompanhar a criança,

deixando de exercer qualquer atividade. As falas, a seguir relatadas, relacionam essas ambigüidades de concepções:

“A mãe ajuda, pois é ela que dá banho, ela dá a comida, a gente só vai fazer a medicação e orientá-la em alguma coisa”. (Pa-4).

“Existem mães que ajudam, mas têm outras que atrapalham”. (Pa-11).

“A gente realiza o cuidado e espera que a mãe contribua nesse cuidado”. (Pa-13).

O conflito que se estabelece é geralmente, entre o profissional de enfermagem e a mãe-acompanhante. Para alguns desses profissionais, a mãe traz muitos benefícios ao acompanhar o filho, pois “diminui o stress da criança”, “ajuda muito nos cuidados”, “dá apoio psicológico”, “é uma boa observadora”; entretanto, há os que ainda consideram que a presença da mãe também pode prejudicar o trabalho, quando essas não atendem às normas disciplinares do hospital e não observam a criança, como deveriam fazê-lo. Os relatos, a seguir, reforçam esse tipo de conflito existente na unidade pediátrica:

“Às vezes, a gente se aborrece com as mães... tem mãe que abusa da boa vontade, está entendendo? Às vezes não entende, quando a gente chega no horário (chegada ao serviço) a mãe está dormindo, a gente diz – mãe, vamos levantar já é tarde – elas se aborrecem... mas muitas vezes a gente faz o nosso trabalho e a mãe não coopera, então a gente quer dar a nossa parcela, mas a mãe tem que contribuir para isso”. (Pt-1).

“Eu acho o seguinte, tem mãe que ajuda, mas tem mãe que complica, você termina de fazer uma atividade, quando dá as costas ela faz totalmente diferente... eu acho o seguinte, a gente tem que responder pelo nosso plantão e não pelo plantão dos outros”. (Pa-2).

“Sempre é bom ter a mãe por perto, porque se não ela fica inventando coisas... diz que a gente não dá medicação, que a gente não faz o trabalho direito... essas coisas”. (Pa-5).

Os relatos acima citados, refletem a dificuldade encontrada pelos profissionais de enfermagem em conciliar ou adequar as normas da instituição aos diversos comportamentos de cada mãe que permanece no ambiente hospitalar. Referimo-nos, no caso, ao atendimento às questões relativas aos horários de entrada e saída do hospital, ao vestuário adequado das mães acompanhantes, às visitas, à alimentação, dentre outros aspectos presentes nesse contexto.

A **Subcategoria 2.3 - Burocratização interferindo no cuidado humanizado**, apresenta as unidades de registro que reforçam a questão, segundo a qual o excesso de atividades burocráticas desenvolvidas pelos profissionais, é apontado como fator de influência na qualidade do cuidado, pondo à mostra as rotinas que favorecem o acúmulo dessas atividades.

#### Quadro N.º 6

##### **Subcategoria 2.3 - Burocratização interferindo no cuidado humanizado**

Unidades de registro	Freqüência
“... a enfermagem tem muito serviço burocrático...”.	07
“... existe o excesso de normas no ambiente hospitalar que não ajuda a mãe se adaptar...”.	03
“... a enfermagem quer trabalhar de forma correta, mas a cobrança é grande e tem muita coisa para se fazer...”.	02
“... o profissional de enfermagem coloca essa pulseira de identificação, para facilitar o trabalho, mas ninguém olha, é só burocracia...”.	01
Total	13

Através do quadro N.º 6, que apresenta a subcategoria 2.3- **Burocratização interferindo no cuidado humanizado**, visualizamos 13 registros de profissionais de enfermagem, que referem a intensificação das atividades no campo de trabalho, sendo que 7 deles justificam que não orientam as mães, como deveriam, devido à sobrecarga de atividades burocráticas; 3 registros apontam ainda, que as normas hospitalares dificultam a adaptação da mãe ao ambiente hospitalar. As rotinas, por sua vez, incluem preenchimento de fichas para controle de material, caracterizando procedimentos além de outros dados burocráticos que poderiam ser executados por agentes administrativos, fatos esses que afastam o profissional de enfermagem, do cliente.

Citamos, a seguir, dois episódios observados entre mães e uma auxiliar de enfermagem, em situações de compartilhamento do cuidado de enfermagem, denotando que as atividades estão mecanizadas e bastante distanciadas de um cuidado humanizado e de qualidade.

Episódio n.º 1: a auxiliar de enfermagem chega na enfermaria com uma bandeja, contendo máscaras de aerosol, copos plásticos, espátulas, algodão, termômetro, etc., para iniciar os cuidados. Coloca a bandeja sobre a mesinha e pergunta para as mães:

- **Auxiliar** - Todo mundo já tomou banho hoje? – algumas mães balançaram a cabeça em sinal de confirmação; outras, negaram. Daí, continua: - então, vamos dar o banho em sua filha; venha pegar água e uma bacia... venha. Saiu a auxiliar da enfermaria e mostrou para a mãe, o local onde estava a bacia. Vale salientar que o banho faz parte da rotina de enfermagem, porém, com a presença da mãe, na unidade, fica com esta tal atribuição. Retornando para a enfermaria, a auxiliar continua com os cuidados.

- **Auxiliar** – dirigindo-se a outra mãe: Mãe, aqui está o soro para a senhora colocar na narina do seu filho.

- **A mãe responde:** Mas eu já tenho.

- **Auxiliar** - Tem? Então, tudo bem; tá colocando direitinho? – a mãe balança a cabeça afirmando que sim.

- **Auxiliar** - vira-se para outra mãe e fala: Mãe, traz seu filho aqui, ele vai fazer um aerosol – a mãe a acompanha a auxiliar até a outra enfermaria, que tinha um ponto de oxigênio para instalar o aerosol.

Nesse episódio, a auxiliar de enfermagem realiza diversas atividades, ao mesmo tempo, em ritmo bem acelerado. Tivemos a impressão de que realizava uma atividade pensando em outra, de tal forma que, a qualquer momento, poderia ocorrer alguma coisa que pudesse atrapalhar o curso das atividades e dificultar, sobremaneira, a comunicação e a interação com a mãe.

Episódio n.º 2: a criança estava no segundo dia de internação, tinha 2 anos e 10 meses, fora internado com uma história de crise convulsiva e febre. Foi solicitado um exame de urinocultura. A auxiliar entra na enfermaria com uma cuba na mão, um vidro e um pacote de gaze. Diz, então, para a mãe:

- **Auxiliar** - Mãe, seu filho vai fazer uma urinocultura, aqui está o vidro para você colher. Nesse momento, entrega o tubo de ensaio enrolado em papel madeira, vindo do centro cirúrgico. Vira-se e fala com outra pessoa.

- **Mãe** - Ficou olhando para a funcionária, sem entender o que precisava fazer.

- **Auxiliar** - Mãe, toma aqui a cuba, pode lavar o penisinho do seu filho – a mãe continuou estática e começou a chorar.

- **Auxiliar** - Então deixa que eu faço isso... – fez a assepsia da região pubiana e falou – olha mãe, esse vidrinho aqui é para senhora colher urina do seu filho, quando ele for urinar, tenha cuidado para não tocar na ponta desse vidro, certo? Depois a senhora me entrega.

Como se vê, o profissional utilizou termos técnicos para compartilhar o cuidado com a mãe. Talvez a presença da pesquisadora tenha provocado um certo constrangimento e até levado a auxiliar a alterar, de alguma forma, a sua conduta. O cotidiano parece transferir ao profissional de enfermagem a falsa idéia de que todos sabem a forma correta de, por exemplo, coletar exames, daí porque lhe parece que a mãe é responsável para realizar esse cuidado e sabe como executá-lo. Um outro aspecto observado também no compartilhamento do cuidado, é que raramente ocorre o retorno do profissional, para averiguar como este cuidado está sendo realizado.

O profissional parece perceber o seu distanciamento do cliente, porém não procura modificar sua conduta e muitas vezes, tenta justificá-la, ao realizar uma atividade que não condiz com a qualidade preconizada. Isso é o que se observa nos seguintes relatos:

“O profissional simplesmente chega, pega um papel, diz para a mãe – olha é ali, fique ali, - pronto a mãe fica ali com o menino, a primeira coisa que fala é... fulano de tal, venha cá, vamos colocar o soro do seu filho, vamos? Não vai explicar para mãe que vai ter que raspar a cabecinha, que vai puxar a mãozinha, colocar a tala, não, não dá tempo, se você parar para conversar com a mãe, você vai deixar de fazer medicação, até uma criança que esteja com um problema mais grave, você vai deixar de atender justamente aquela criança”. (Pa-13)

“Acho que faz parte da qualidade do trabalho da gente em si com o paciente, fica assim muito a desejar, às vezes a gente quer trabalhar da forma correta, mas a gente não tem oportunidade, não é que a gente faça o errado, mas a gente tenta fazer o melhor de si...” (Pa-16).

Outro aspecto apontado nesses relatos, está na forma encontrada pelo profissional para justificar suas atividades, principalmente quando não atendem

às expectativas de seus papéis, em relação aos procedimentos operacionais tidos como padrão.

Observamos, através dos dados do anexo - E, que dentre os dez cuidados mais freqüentes, realizados pelos profissionais de enfermagem, apenas três estavam diretamente relacionados ao cuidado direto ao paciente, a saber: no ato da admissão da criança; nos procedimentos invasivos, como administração de medicação; e no momento em que é feita a orientação sobre os cuidados para a mãe. O tempo dedicado a cada um desses cuidados, variava entre 2 e 10 minutos, considerado insuficiente para estabelecer um relacionamento amistoso, de confiança, entre o profissional de enfermagem e o binômio mãe-filho.

Segundo Habermas *apud* Waldow (1995) atualmente os indivíduos tendem a valorizar mais os interesses técnicos do que os humanos. Exemplo disso encontra-se na própria linguagem dos profissionais de saúde, promovendo uma despersonalização do indivíduo e supervalorizando apenas o fato, como quando se escuta alguém dizer: “vai chegar mais um” ao fazer referência ao cliente que vai ser admitido, ou quando o médico questiona “quantos eu tenho hoje?”. As pessoas são tratadas como meros “casos”, “números de leitos” ou, simplesmente, como prontuário, conforme destacado, a seguir, nos relatos dos profissionais de enfermagem:

“Quando estou na pediatria, eu sinto essa diferença, o pessoal (de enfermagem) se preocupa mais com outras atribuições, com os seus cuidados, mas quem dá cuidado é mesmo a mãe... eles (o pessoal de enfermagem) se preocupam mais com a medicação, com a papeleta, o que de certa forma, isso distancia do paciente”. (Pe-15).

“A gente coloca essa pulseira de identificação com o nome da criança e o leito para facilitar o trabalho do pessoal do laboratório, mas eles nem olham... é só burocracia”. (Pa-10).

Nesse sentido, os relatos acima descritos refletem a dificuldade do profissional de enfermagem em proporcionar uma assistência humanizada, coerente com as necessidades apresentadas pelos clientes, devido ao excesso de atividades burocráticas que devem assumir, muitas vezes sem grande utilidade prática, servindo, isso sim, para afastar o profissional de enfermagem de atividades que são inerentes à profissão. Somam-se a essa questão, os entraves administrativos, como: pessoal insuficiente e sobrecarga de atividades, interferindo na qualidade do serviço de enfermagem e, até mesmo, na qualidade de vida desse profissional.

### **5.3.3 Categoria 3 - Compartilhamento Inadequado dos Cuidados com a Mãe.**

A categoria **Compartilhamento Inadequado dos Cuidados com a mãe**, foi originada de unidades de registro que fazem referência ao cotidiano das mães, no ambiente hospitalar. Abordam as principais necessidades e dificuldades vivenciadas por essas mães, assim como fatores positivos e negativos por elas relatadas, resultando nas subcategorias **3.1- Fator psicológico da mãe e sua influência no compartilhamento dos cuidados; 3.2- Acomodações e sua influência na disposição das mães em compartilhar os cuidados e 3.3- Aceitabilidade do compartilhamento dos cuidados pela mãe**, conforme o exposto nos quadros de números 07; 08 e 09.

**Quadro N.º 07:****Subcategoria 3.1- Fator psicológico da mãe e sua influência no compartilhamento dos cuidados**

Unidades de registro	Frequência
“... a mãe se preocupa com o soro...”.	08
“... estou muito cansada, exausta cuidando do meu filho e não posso ficar cuidando do filho dos outros...”.	06
“... a mãe tem medo de estar acontecendo alguma coisa com o filho...”.	04
“... as mães precisam de atenção, de carinho dos profissionais de enfermagem...”.	04
“... a gente se estressa, se cansa muito no hospital...”.	03
“... o hospital representa a esperança de ver o filho com saúde...”.	01
“... o sistema nervoso da mãe fica abalado por ver o filho doente...”.	01
“... estou muito feliz, não pensei que ela fosse escapar...”.	01
“... a gente se sente muito humilhado...”.	01
Total	29

O quadro N.º 7, apresenta a subcategoria 3.1- **Fator psicológico da mãe e sua influencia no compartilhamento dos cuidados**, com obtenção de 29 registros. Dentre esses, o que obteve maioria (08), aponta para a preocupação em realizar o controle de gotejamento de soro; o que veio em seguida, (06) denota o cansaço e o estresse que acometem essas mães.

Ao vivenciarmos o cotidiano das mães na unidade hospitalar, e ao questioná-las sobre como é cuidar do filho, no ambiente do hospital, estas referem sua importância, diante da ansiedade de ver o filho com saúde e poder levá-lo para casa. Segundo elas, enfrentam dificuldades principalmente de ordem financeira, como é o caso da falta de transporte, da quase impossibilidade de conseguir um leito no hospital. Mas, quando conseguem, o primeiro questionamento feito ao profissional de enfermagem, sobre o filho é “quando ele vai ter alta”, ou “quando ele vai ficar bom”. Na verdade, para essas mães, o

ambiente hospitalar é um ambiente capaz de desencadear diversos sentimentos, como o medo, a alegria, o sofrimento, a esperança, dentre outros.

Os principais sentimentos destacados por elas, durante a internação do filho, são de felicidade, insegurança, estresse e, cansaço e medo da perda do filho, conforme o seguintes relatos:

“Eu estou muito feliz, não pensei que ela fosse escapar”. (M-23).

“Aqui no hospital, a gente se estressa muito, porque não é o ambiente da gente”. (M-22).

“Tenho muito medo de acontecer algum acidente, dele cair, de comer o que não pode comer”. (M-24).

“Eu não adivinhava que ia passar uma agonia dessa aqui, estou grávida, quando acontece qualquer coisa, fico nervosa, já acabei com os meus nervos, também fico preocupada com os filhos que deixei em casa”. (M-27).

Esses relatos refletem o nível de tensão que o ambiente hospitalar exerce sobre as mães, mas, por outro lado, essas consideram que o hospital é o primeiro local a procurar, quando o filho está doente, primeiro, porque se sentem mais seguras com os cuidados, segundo, porque o hospital fornece o tratamento com medicações que não podem comprar.

Estudos feitos por Mazolli (1983), Ross (1994) e Maia (1997), mostram que os fatores ambientais e a forma como o paciente e seus familiares são recepcionados, ou, ainda, tratados no ambiente hospitalar, são responsáveis pelo estado de ansiedade, tristeza, angústia, desamparo e desesperança dessas mães, fatos que, muitas vezes, podem desencadear a diminuição da sua auto-estima. Percebemos este aspecto quando a mãe julga ser culpada pela doença do filho, ou quando se sente fracassada, por não saber cuidar do filho corretamente. Observamos esses fatos nos seguintes relatos:

“O pessoal (enfermagem) sabe o que está fazendo... eu não sei, se soubesse ela não estaria assim desse jeito...”. (M-8).

“O cuidado aqui é diferente, porque em casa a responsabilidade é só sua e aqui a gente se sente mais segura”. (M-19).

“Eu acho que aqui a gente cuida melhor do filho do que em casa, porque aqui o tempo é só para ele em casa não é” (M-26).

“Em casa a gente tem coisa para fazer e aqui não tem, você se dedica inteiramente só para a criança”. (M-28).

“O que eu faço de diferente aqui é a recreação, lá em casa eu não tenho tempo para estar brincando...” (M-29).

Observamos, através desses relatos, que o significado do hospital, para a mãe, também oferece pontos positivos, no sentido em que proporciona maior tempo para ficar com o filho, além de promover momentos de descontração e aprendizagem, para cuidar do filho.

A Subcategoria 3.2- Acomodações e sua influência na disposição das mães em compartilhar os Cuidados, consubstancia os relatos das mães, referentes às dificuldades que enfrentam, no ambiente hospitalar.

**Quadro N.º 8: Subcategoria 3.2 - Acomodações e sua influência na disposição das mães em compartilhar os cuidados**

Unidades de registro	Frequência
“... as acomodações no hospital são precárias...”.	10
“... imagine você passar a noite toda sentada numa cadeira dessa...”.	06
“... a mãe não tem onde lavar ou estender as roupas, então, guarda molhada...”.	03
“... acontece das crianças ficarem com saúde e as mães adoecerem...”.	02
“... eles limpam, e lavam, dão lençol, só que eu forro no chão...”.	02
“... o dia no hospital é triste, a gente já sabe como é não tem que ficar reclamando...”.	01
“... quando vim para o hospital já estava consciente dos problemas que ia enfrentar...”.	01
Total	25

O quadro N.º 8, apresentando a subcategoria 3.2- **Acomodações e sua influência na disposição das mães em compartilhar os cuidados**, obteve 25 registros, sendo que a maioria deles, recai sobre as precárias acomodações oferecidas por essas instituições (10). As dificuldades enfrentadas pelas mães, no ambiente hospitalar, a respeito das instalações, acomodações e limitações, constam do relato de duas mães que assim se expressaram:

“É muito cansativo, eu fico direto, porque eu moro longe, olha só as minhas pernas... estão inchadas, ninguém pode vir ficar com ele... a gente dorme no chão, eles limpam, lavam toda a noite, dão lençol, só que eu forro no chão”. (M-20).

“A desvantagem que tem da mãe acompanhar seu filho no hospital é por causa da dormida... porque a gente não pode trazer nenhum travesseiro, agora você imagina a mãe passar a noite todinha sentada numa cadeira dessa...”. (M-25).

Outro aspecto que chama nossa atenção, refere-se ao fato de que muitas mães associam as dificuldades enfrentadas, a um castigo de Deus, resultante do fracasso no cuidado do filho. Daí a necessidade do sofrimento da mãe, para ter seu filho com saúde, novamente. Observamos, nas seguintes falas, o quanto as mães conseguem sublimar a idéia de sofrer por uma causa justa.

“Esse negócio de dormir no chão, eu não ignoro, pois eu não sou rica para ir para um apartamento ou para clínica... não ignoro e nem me queixo”. (M-2).

“São tristes os dias no hospital, mas é normal, a gente já sabe como é, não tem que ficar reclamando”. (M-4).

“Os comer daqui são diferentes... eu como, ou ensosso ou salgado tem que comer”. (M-6).

A postura tomada pela mãe, na unidade pediátrica, está diretamente relacionada ao nível educacional. Quanto mais baixo o nível educacional, mais a mãe assume uma postura de submissão e conformismo, frente às condições de acomodação que são oferecidas. No entanto, existem aquelas que questionam a realidade e estão dispostas a reivindicar mudanças. Isso é o que mostram as seguintes falas:

“Aqui nesse hospital é muito bom... eles dão até cadeira para a gente sentar! Tem outro hospital, lá em João Pessoa, que a mãe fica em pé, do lado da criança, eles não deixam a mãe acompanhar”. (M-26).

“As dificuldades daqui é que tem acomodações para criança, mas não tem para as mães, então se agente está mal acomodado, agente não vai estar cuidando da criança, não tão bem, porque se estressa, se cansa, se aqui aceita a mãe cuidar, acho assim, na minha opinião... deveria ter melhores acomodações para as mães, porque a mãe precisa muito ser cuidada, porque é ela que está cuidando da criança”.

(M-22).

Essas duas falas demonstram o desconhecimento dos direitos que a mãe tem, de acompanhar o filho, na unidade pediátrica. O primeiro relato, retrata a idéia ingênua que tem a mãe, ao acreditar que a assistência prestada ao filho é um favor dispensado pela Instituição, não sabendo, porém, que a saúde é um direito garantido por lei. Não obstante, tal atitude é um reflexo do modelo capitalista, que, por um lado, disponibiliza o avanço tecnológico, com todas as facilidades possíveis, em busca de uma assistência qualificada, baseada no atendimento às necessidades apresentadas pelos clientes e por seus familiares, por outro, põe em evidência a realidade das desigualdades sociais, em oposição aos preceitos da qualidade, configurados no direito à saúde para todos.

A mãe, ao aceitar, de forma passiva, ao aceitar as normas e condutas da Instituição, confirma esse ato como uma alternativa ou estratégia de sobrevivência, dentro de uma sociedade que marginaliza os necessitados, com mais baixo poder aquisitivo.

Já o segundo relato, apresenta-se como uma forma de enfrentamento dessa realidade, em busca de solução para as suas necessidades. A mãe vivencia as dificuldades cotidianas, determinadas por falta de acomodação na instituição, associando a isso, a sobrecarga de atividades; reconhece, porém, o seu papel de cuidadora do filho, mas precisa de ajuda para desempenhá-lo, da melhor forma possível.

Constata-se que a mensagem que emerge das falas dos profissionais de enfermagem, em relação à presença da mãe, na unidade pediátrica, têm conotação de pedido de “mais apoio”, de “mais carinho”, de “mais ajuda nos cuidados com a criança”, a título de promover “uma recuperação mais rápida”, do filho. Tais adjetivos identificam o papel da mãe, no ambiente hospitalar, significando importância, mas também, necessidade de melhoria do compartilhamento de tarefas.

As condutas observadas nos profissionais demandam outras interpretações, uma vez que, em suas atitudes, não foram sentidas medidas de apoio à mãe em relação às suas acomodações ou em relação ao aspecto psicológico. Consideram eles não ser essa uma função sua de competência e, sim, do assistente social ou da administração do hospital. Sua tarefa envolveria, tão somente, os cuidados direcionados à criança, e não à mãe. Os relatos abaixo mostram a indiferença do profissional de enfermagem, com relação às necessidades psicossociais das mães:

“Aquela mãe, ela chora por causa do filho doente, fica dizendo que a vida é ingrata, pensa que ele está passando mal, chama a médica de plantão e chega assim gritando – ‘seu filho está bem mãe, ele está bem, a senhora que tá preocupada, você quer ter uma médica à noite inteira para o seu filho, é? – então aquilo já deixa a mãe triste, desanimada, porque teve medo de estar acontecendo alguma coisa com o seu filho e até as mães precisam de atenção, de carinho, de apoio dos profissionais, não é não?” (M-10).

“O que a gente espera é que as pessoas tenham muito carinho com as crianças, assim como, por exemplo, a gente precisa chamar a noite – não é falando- quando vai chamar as enfermeiras elas vêm tão chatas, reclamando tanto, tanto... a gente fica triste com aquilo, porque estamos precisando dos outros... a gente se sente humilhada... (ar de choro)”. (M-15).

Diante desses relatos, acreditamos ser necessário que o profissional de enfermagem não direcione sua atenção apenas para os cuidados prestados à criança, mas que também esteja atento às questões de necessidades psicológicas apresentadas pelas mães, que compartilhem de seus sentimentos, de suas dificuldades e procurem fazer com que a mãe adquira a auto estima e retome o cuidado do filho.

Nesse sentido, compartilhamos da concepção de Morley (1980), quando diz que não se deve apenas tolerar a presença da mãe, na unidade pediátrica, mas acreditar que ela está ali como co-participante nos cuidados do filho; daí a importância de não tolher sua capacidade de aprendizado, mas, sim, oferecer condições adequadas para que esse aprendizado aconteça e a mãe consiga realizar um cuidado, com melhor competência e habilidade.

A **Subcategoria 3.3- Aceitabilidade do compartilhamento dos cuidados pela mãe**, expõe a participação das mães nos cuidados com o filho, no ambiente hospitalar. Foi observado que a mãe executa atividades que vão além dos cuidados primários que são alimentação e higienização. Devido à sua permanência nesse ambiente, é perfeitamente possível à mãe, co-participar de outros cuidados, também realizados pelos profissionais de enfermagem.

**Quadro N.º 9:**

**Subcategoria 3.3 - Aceitabilidade do compartilhamento dos cuidados pela mãe**

Unidades de registro	Frequência
“... a mãe avisa quando a criança está com temperatura...”.	06
“... geralmente a mãe observa a criança e chama o profissional de enfermagem em caso de alguma anormalidade...”.	05
“... a mãe é responsável pela dieta e pelos cuidados da criança...”.	02
“... a mãe está aqui para cuidar da criança...”.	01
“... a mãe aprende a realizar o controle de diurese, porque ela está com a criança mais tempo...”.	01
Total	15

O quadro N.º 9, apresenta a subcategoria 3.3- **Aceitabilidade do compartilhamento dos cuidados pela mãe**. Nele há uma frequência de 15 registros, relatando a participação da mãe nos cuidados do filho; 6 registros reforçam que a mãe auxilia nos cuidados específicos de enfermagem, como a verificação de temperatura e 5 ressaltam a preocupação da mãe, em informar, ao profissional de enfermagem, qualquer alteração com a criança. Outros registros apresentam os papéis desempenhados pela mãe, no ambiente hospitalar, e que incluem os cuidados com o filho.

Com a introdução da mãe, no ambiente hospitalar, muitas atividades primárias, como alimentação e higienização da criança, passaram a ser confiadas à mãe, mas não deixaram de ser de responsabilidade do profissional de

enfermagem. Em razão do aumento de permanência das mães, na unidade pediátrica, e das diversas formas de cuidar, que lhe são inerentes, por razões culturais, o cotidiano hospitalar, não só influencia essas mães, mas, também, favorece um maior envolvimento com outras atividades, consideradas específicas de enfermagem, como é o caso da verificação dos sinais vitais, da administração de medicamentos, da coleta de exames, levando a um compartilhamento efetivo dos cuidados, junto aos profissionais de enfermagem.

Concordo com Lima et al (1999) quando relatam que é possível chegar-se ao extremo de delegar à mãe cuidados de responsabilidade dos profissionais. No entanto, acrescentamos que, diante da atual situação do nosso cotidiano, os cuidados básicos de enfermagem, como: admissão, banho no leito, verificação de sinais vitais, dentre outros, estão cada vez mais fragmentados e distantes de uma interação com os pais, visto que a comunicação existente entre o profissional e a mãe se restringe a palavras monossilábicas, não sendo, por conta disso, repassadas todas informações referentes aos cuidados, até porque é preciso assegurar sua realização de forma correta. Tampouco esses profissionais retornam às mães, para confirmar como esses cuidados estão sendo realizados.

Percebemos que existe uma forma tendenciosa para a simplificação dos cuidados que são direcionados às crianças, o que comumente atribui-se à falta de tempo, ao excesso de atividades, à insuficiência de recursos humanos para desenvolvimento de tais atividades como, foi aprendido na teoria. Exemplo desse fato, está na verificação dos sinais vitais.

Peterlini e Leoni (1999) reforçam que o controle de sinais vitais fornece os parâmetros de informações fundamentais para a manutenção ou estabelecimento de terapias. Inclui-se nisso a verificação de temperatura, pulso, respiração e pressão arterial. No entanto, se observarmos com maior precisão a nossa prática, chegamos a conclusão de que, atualmente restringimo-nos apenas

à averiguação da temperatura, na admissão do cliente, ou quando esse apresenta hipertermia.

Para verificar a temperatura, a literatura recomenda uma série de medidas que facilitam o manejo do material utilizado e permitem a aferição dos dados, reduzindo chances de incorreções. Assim sendo, é importante dispor de uma bandeja, contendo termômetro, algodão embebido em álcool, água, sabão e papel toalha. Entretanto, observamos que o profissional restringe esse material ao termômetro e, também, não deixa passar de três minutos, o tempo marcado para aferição da temperatura.

No caso específico da aferição da temperatura, o que mais chama nossa atenção está na forma como essa atividade está sendo compartilhada. O que acontece é que quando a mãe percebe que a criança está “quentinha”, avisa o profissional de enfermagem; este, então, entrega para a mãe o termômetro e fica aguardando sua devolução, para conferir a temperatura, sem sequer verificar se o mesmo foi colocado, corretamente. Este fato foi observado inúmeras vezes, na unidade, e, também, foi relatado por algumas mães:

“Eu vejo se ele está quentinho, vou lá aviso para elas (pessoal de enfermagem) ver a temperatura, quando elas não podem vir logo, me dão o termômetro, depois eu levo e elas dizem se ele está com febre ou não” (M-14).

Geralmente a mãe reconhece o dever de cuidar do filho. Utilizamos o termo “geralmente”, pois existem situações em que a mãe não acompanha o filho e solicita a outro familiar que o faça, ou, ainda, quando, em alguns casos, ocorre o abandono da criança, pela mãe, no hospital. Enfim, a mãe preocupa-se com o filho, presta-lhe todos os cuidados necessários, para vê-lo bem e com saúde. Quando a criança está internada, a mãe é capaz de fornecer todas as

informações a respeito do estado geral e intercorrências existentes, até porque permanece, em tempo integral, ao lado do filho, como reforça o seguinte relato de uma das mães:

“É obrigação da mãe cuidar da criança, saber como ele está, ver a higiene, dar o banho, trocar os panos, dá alimentação, ter cuidado, ter observação no soro para não secar, se secar chamar logo para virem trocar” (M-7).

A mãe auxilia no relatório de enfermagem, quando presta todas as informações a respeito do estado geral da criança. As informações coletadas, variam em questões, como: aceitação da dieta, intercorrências como febre, diarreia, diurese, tosse, vômitos, dentre outras. Observamos que, no cotidiano da unidade pediátrica, existe um compartilhamento dos cuidados entre o profissional de enfermagem e a mãe, facilitando e diminuindo a sobrecarga de atividades dos profissionais.

A administração de medicação, por via oral, é outro procedimento em que a mãe geralmente está envolvida, pois a criança fica mais tranqüila quando a mãe está por perto. Esse procedimento requer do profissional de enfermagem, principalmente do enfermeiro, o conhecimento sobre cálculo de dosagem, ação farmacológica, efeitos colaterais e sinais de toxicidade de cada medicamento prescrito para as crianças.

O profissional de enfermagem deve estar atento, das regras gerais de administração de medicação por via oral no momento em que vai oferecê-lo à criança, certificando-se, a seguir, da sua deglutição. Observamos casos em que o profissional de enfermagem preparava a medicação no balcão e, neste mesmo local, fazia sua entrega à mãe para administrá-la à criança. Em outras ocasiões, observamos que o profissional chega à enfermaria distribuindo os “copinhos” de

medicação conforme os leitos, saindo, logo em seguida, para outra enfermaria. Não percebemos porém, o retorno do profissional à enfermaria, para confirmar se a medicação foi realmente dada e ingerida pela criança.

#### 5.3.4 Categoria 4 – Ambiente Pediátrico e sua Influência na Qualidade do Cuidado.

A categoria **Ambiente Pediátrico e sua Influência na Qualidade do Cuidado**, teve origem nas unidades de registro extraídas dos relatos de funcionários que participaram desta pesquisa. Referem-se, no caso, à forma de execução das atividades, no ambiente hospitalar, mas também às dificuldades encontradas no campo de trabalho, que, por sua vez, deram origem as subcategorias **4.1- Visão do profissional de enfermagem sobre o cuidado e 4.2- Influência do modelo biomédico na relação do profissional de enfermagem com a mãe**, a seguir expostas nos quadros de números 10 e 11.

##### Quadro N.º 10:

##### Subcategoria 4.1: Visão do profissional de enfermagem sobre o cuidado

Unidades de registro	Freqüência
“... qualidade é tudo que seja feito com carinho, responsabilidade e amor ao próximo...”.	05
“... o relacionamento com a mãe é amigável, pois trato com respeito e carinho...”.	05
“... o cuidado deve ser feito da melhor forma possível...”.	04
“... (me) preocupo em dar a medicação na hora certa e não deixar faltar nada ao paciente...”.	03
“... qualidade significa atender bem e ter condições para o trabalho...”.	03
“... nossa obrigação é atender bem, assim nos satisfaz como profissional e eleva o nome da empresa...”.	02
“... acredito que muitos profissionais não atingem o objetivo porque não querem...”.	01
Total	23

No quadro N.º 10, é apresentada a subcategoria 4.1- **Visão do profissional de enfermagem sobre o cuidado**, com obtenção de 23 registros, sendo que 5 denotam a maneira como o profissional percebe seu papel de cuidador, enfatizando o carinho e a dedicação dispensados ao cliente; em seguida, tratam os registros (4), da preocupação em realizar os cuidados, obedecendo aos procedimentos, de forma correta, os demais registros enfatizam a necessidade de obter melhores condições de trabalho, para desempenhar um cuidado, com qualidade.

Verificamos, assim, que a essência do cuidar preconizado nos primórdios da enfermagem, está presente nas preocupações do profissional, da mesma forma que desempenhar o trabalho de enfermagem com base na valorização do ser humano. Percebemos essa questão, principalmente quando esse profissional define sua prática como, “prestar ajuda ao próximo”, dizendo que procura manter um “relacionamento amigável” com o cliente e com seus familiares e que o trata com “respeito e carinho”, “preocupa-se com o outro”, procura “atender bem”, donde a evidência de que o cliente é considerado o foco principal do trabalho desse profissional.

Entretanto, percebemos, ainda, através desses discursos, uma inquietação latente nesses profissionais, no sentido de redirecionar seu trabalho, para a prestação de um cuidado com qualidade, mesmo sem ter conhecimento acerca do assunto. Eventos da atualidade, como a globalização, podem constituir desafios aos profissionais da área de saúde, uma vez que trazem embutidas, em si, noções de produtividade, competitividade, eficiência, eficácia, dentre outros elementos que exercem interferência na sua prática.

Estudos mostram que o objeto de trabalho da enfermagem – o cuidar, sobreveio de um passado, pautado na caridade, no sacerdócio e na obediência,

para firmar-se como uma profissão que adquiriu autonomia científica, através dos anos (Almeida, 1985; Rodrigues, 1999; Santos, 1999).

Descrever, portanto, o ambiente pediátrico e a qualidade do cuidado, é buscar entendimento na própria evolução de enfermagem e no desenvolvimento da sua prática, uma vez que a enfermagem pediátrica, emerge atrelada ao trabalho médico. Não faz muito tempo, esses profissionais, apenas auxiliavam nos cuidados específicos dispensados às crianças hospitalizadas, mudando esse perfil com a evolução tecnológica e a influência da área social, dando vez ao surgimento da puericultura. A partir daí, a enfermagem pediátrica evoluiu como especialidade e hoje, utiliza teorias e técnicas para desempenhar o seu trabalho.

Uma questão bastante significativa nos dias de hoje e incluída neste contexto, é a presença da mãe, no ambiente pediátrico, fato esse responsável pela ocorrência de mudanças nos discursos dos profissionais de enfermagem, em relação à própria prática.

Conforme podemos observar, a rotina da prática de enfermagem no ambiente pediátrico, pode ser descrita, em termos gerais da seguinte forma: ao receber o plantão, o auxiliar de enfermagem organiza os prontuários e, a partir das prescrições médicas, vai separando todos os cuidados a serem realizados junto aos clientes, tais como: aerosol, medicações, curativos, dentre outros, anotando-os em pequenos recortes de papel, identificados pelo nome do cliente e leito respectivo. Em seguida, passa pelas enfermarias perguntando às mães sobre o estado geral da criança, se esta teve alguma intercorrência, como diarreia, vômitos, febre, fazendo anotações para o relatório de enfermagem.

O que nos chama atenção, nessas anotações, é a simplificação dos dados coletados, conforme exposto a seguir: “Menor em hidratação venosa, estado geral regular” ou “Menor sem queixas, aceitou a dieta, funções fisiológicas normais”. As anotações são feitas independentes do diagnóstico da

criança. Observamos que, se a criança apresentasse alguma intercorrência, essa era anotada no lado esquerdo, no canto superior ou inferior da ficha de prescrição médica. A auxiliar justificou esse procedimento, da seguinte forma: “a gente faz as anotações de enfermagem na ficha de prescrição médica, porque eles não olham a ficha de enfermagem”. (Pa-11).

A rotina criada para facilitar o trabalho médico, em detrimento do da enfermagem, dá a impressão de que os próprios profissionais de enfermagem não valorizam os seus relatórios. O profissional médico não encontra informações importantes nos relatórios feitos pela enfermagem e, quando necessitam, vão direto à fonte, ou seja, procuram à mãe para que esta lhe forneça as informações desejadas.

Sobre essa questão de anotações de enfermagem, Consentino e Lunardi Filho (2000, p. 149) ressaltam que:

“quase sempre, originam anotações/registros de enfermagem mecanizados, ou seja, que decorrem muito mais de um ato mecânico do que pensado, evidenciados sob a forma de repetição, uso de chavões e de termos vagos, não resultantes de uma ação reflexiva...”.

Nos discursos dos profissionais de enfermagem desta pesquisa, participantes com especificidade, são reivindicadas melhores condições de trabalho, com vistas à prestação de um bom atendimento, incluindo-se nisso não deixar faltar nada ao cliente, tratando-o, por conseguinte, da melhor forma possível. Esse discurso pode ser reflexo do próprio sistema organizacional, no qual a enfermagem está inserida, ao mesmo tempo em que decorre da exigência de uma melhor qualidade no serviço, oportunizando condições adequadas para o profissional desempenhar um cuidado de qualidade (Santos, 1995).

Atualmente, o fato de a enfermagem pediátrica incluir a mãe como participante nos cuidados dispensados à criança, traz uma série de vantagens, as quais são referenciadas por pesquisadores, principalmente nos aspectos psicológicos da criança. Esse fato, porém, acarreta problemas que interferem no trabalho dos profissionais, tais como: o excesso de pessoas nas enfermarias; conflitos gerados pelas diferenças culturais; interferências, por parte das mães, nas condutas terapêuticas; comportamentos incompatíveis com as normas e rotinas do hospital, dentre outros (Schmitz, 2000).

Observamos que, em geral coloca-se, o profissional em posição de expectativa, em relação à atitude da mãe, na realização dos cuidados. Se esta realizar as atividades, de acordo com as normas do hospital, será considerada colaboradora do cuidado; caso contrário, será apontada como causadora de problemas.

Veamos um dos trechos extraídos dos registros da observação, realizados em campo, mostrando que o profissional exerce uma certa relação de poder sobre a mãe. Uma criança recém admitida na clínica pediátrica, proveniente da UTI, com diagnóstico de derrame pleural e pneumonia, estava com dreno torácico e com acesso venoso central, através de intracath. Apresentava-se abatida, chorando e inquieta. A mãe tentava acalmar o filho, mas evitava colocá-lo no colo, com receio de manuseá-lo, em razão do dreno e da venóclise. Foi ela que percebeu que o soro não estava gotejando, indo logo avisar a auxiliar de enfermagem.

- **Mãe:** Enfermeira... o soro do meu filho não está pingando.

- **Auxiliar:** Espere um pouquinho que já vou... – Passados alguns minutos a mãe retorna ao posto de enfermagem.

- **Mãe:** Olha, eu vim avisar que o soro do meu filho está parado. Após a terceira tentativa, feita pela mãe, a auxiliar chega na enfermaria, com uma cuba rim,

seringa e diluente na mão, tentou desobstruir por várias vezes o cateter, mas não conseguiu; disse então para a mãe:

**-Auxiliar:** Mãe, a culpa é sua... Também você foi sentar a criança.

A essas alturas, com todos nervosos, foram chamar alguém da UTI para que tentasse desobstruir o cateter. Com a chegada do profissional, perceberam que a conexão *freeway*, que ligava o equipo de soro ao intracath, estava fechada; abriram-na, então, e o soro começou a gotejar, normalmente.

Observamos, nesse contexto, dois fatores: o primeiro, o despreparo apresentado pelo profissional, para atuar no ambiente pediátrico, visto que, ao delegar à mãe, a responsabilidade de uma atividade, que teoricamente é sua, ainda chega a criticá-la pelo não cumprimento dessa tarefa, fazendo-a sentir-se muito pior do que deveria, isso em razão de o aspecto emocional da mãe, abalado com a hospitalização do filho, não haver sido considerado. O segundo fator, enfatiza uma relação de poder exercida sobre a mãe, ficando subentendido que quem está na posição de “mando”, detém o saber e as condições para manuseá-lo conforme sua vontade. Ambos denotam incoerência na prática de enfermagem, para manutenção de um padrão de qualidade, no compartilhamento do cuidado com a mãe. Os relatos, a seguir, reforçam ainda mais essa questão:

“Quando a mãe chega, eu digo logo – mãe você está aqui para cuidar do seu filho, eu estou aqui para medicar”. (Pa-13).

“A mãe é obrigada a ficar com o filho, a gente não admite criança sem a mãe”. (Pe-7).

“Considero importante a presença da mãe na unidade, porém, acredito que esta possui direitos e deveres com a criança hospitalizada, deve tomar conta do filho, ficar atenta a qualquer intercorrência e comunicá-la ao médico”. (Pe-15).

O que mais nos chama atenção, é que, de acordo com o que foi observado, não está claro até que ponto algum cuidado deixa de ser obrigação da mãe e passa a ser do profissional de enfermagem. Quando o profissional de enfermagem enfatiza que sua função é “medicar”, ele fornece duas formas de questionamento: em primeiro lugar, será que o profissional está subestimando suas atividades, simplificando suas atribuições, para fins de orientação, ou não seria o caso de este realmente acreditar que suas atividades estariam resumidas apenas àquele tipo de cuidado? No instante em que é realizada a prática pela prática, ou seja, as atividades estão dissociadas de uma padronização, influenciando na qualidade do serviço, mais e mais se cria uma distância entre os profissionais de enfermagem, e os clientes, com prejuízo para estes, que deixam de ser atendido as suas expectativas.

**A Subcategoria 4.2- Influência do modelo biomédico na relação do profissional de enfermagem com a mãe,** mostra a realidade da assistência no ambiente hospitalar e reforça a característica do modelo biomédico, com características *tayloristas*, envolvendo o controle de atividades, através de supervisão rígida, fato que não condiz com os pressupostos da qualidade na saúde.

**Quadro N.º 11:****Subcategoria 4.2 - Influência do modelo biomédico na relação do profissional de enfermagem com a mãe**

Unidades de registro	Freqüência
“... a mãe está aqui para cuidar do filho...”.	07
“... o médico não quer saber o que aconteceu, mas querem que a criança já esteja tomada banho e fique sempre pronta...”.	04
“... a mãe precisa obedecer as normas do hospital, cooperar com a limpeza, participar das palestras e orientações para os filhos...”.	03
“... o profissional de enfermagem faz as anotações de enfermagem na ficha de evolução médica, porque eles nem olham a ficha de enfermagem...”.	01
“... a mãe é obrigada a ficar com o filho, a gente não admite criança sem a mãe...”.	01
Total	16

O quadro N.º 11, apresentando a subcategoria 4.2- **Influência do modelo biomédico na relação do profissional de enfermagem com a mãe** obteve 16 registros, denotando a existência da divisão técnica e social do trabalho, entre o que é “trabalho intelectual” e o que é “trabalho manual”, sendo o primeiro caracterizado pelas funções atreladas ao intelecto, como as prescrições, a supervisão e o gerenciamento; o segundo é representado pelas funções manuais deste mesmo trabalho, tais como os cuidados diretos aos clientes. Esse assunto é muito bem discutido nos estudos de Gonçalves (1994) e em outros mais direcionados para a área da enfermagem, tais como, Melo (1986) e Alves (1998), dentre outros.

Percebemos, nos relatos constados nesse quadro, que os profissionais não abrem espaço às mães, para discussão a respeito do cuidado a ser realizado com a criança. Collet e Oliveira (1998, p.264) reforçam essa concepção no momento em que afirmam que:

“as instituições atuam em uma perspectiva biologicista, dando ênfase à doença da criança e ao seu tratamento. Os pais são obrigados a seguir uma organização pré-determinada pelos serviços, não existindo estímulos para a participação dos mesmos nas decisões relativas ao tratamento e cuidados prestados aos filhos”.

Percebemos, ainda, através dos discursos, a dissonância da assistência de enfermagem no contexto da qualidade, uma vez que não é preconizado um trabalho em equipe, tampouco há preocupação com a continuidade do serviço, fatos esses que trazem consigo, a mesmice do fazer, em detrimento de outras iniciativas que bem poderiam auxiliar os profissionais de enfermagem, no cuidado prestado à criança. Ressalta-se, por oportuno, que a mãe não é questionada sobre como cuida do filho. Apresentamos, a seguir, relatos que reforçam essa questão:

“Geralmente o médico não quer saber o que aconteceu, mas querem que a criança já esteja pronta para ser examinada”. (Pa-10).

“Tem mãe que não gosta da enfermagem, diz a enfermeira chefe que não estamos cuidando direito da criança... eu acho o seguinte: a gente tem que responder pelo nosso plantão e não pelo plantão dos outros”. (Pa-13).

Verificamos, ainda, nesses relatos, uma forte influência do modelo biomédico, preconizando a execução de cuidados, sob supervisão rígida, impulsionando as ações no sentido de ter que fazer, para provar que os cuidados foram realizados. Ao nosso ver, a imagem do “chefe” continua presente nas organizações de saúde e, também, no contexto real da situação, os gerentes ou enfermeiros, de uma maneira geral, não estão sensibilizados para o processo de mudança, em que há um direcionamento para os pressupostos da qualidade.

Para Alves (1998) o processo de produção do conhecimento, na enfermagem, acontece no cotidiano da prática social. Diz ainda o autor, que o trabalho da enfermagem está fragmentado e desqualificado, devido à rotinização das tarefas. Fica evidente, nos discursos dos profissionais, a forma como são desenvolvidas as atividades, no seu dia-a-dia do hospital é em que pese a insistência na a qualidade de saúde prestada, deparamo-nos, assim, nessa pesquisa, com situações que reproduzem o modelo biomédico de assistência e submetem a um juízo de valor, não só a enfermagem, mas principalmente, a enfermeira, muitas vezes “ausente” nesse processo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Conforme proposta inicial desta pesquisa, de descrever o compartilhamento dos cuidados prestados à criança com as mães, de refletir sobre como está sendo realizada a prática de enfermagem em unidade pediátrica e de contribuir para uma melhor qualidade de vida, tanto para quem presta os cuidados, quanto para quem os recebe, foi-nos dada a oportunidade de observar, no cenário que se instalou, um quadro incoerente com os pressupostos da qualidade.

As condições adversas de trabalho, oferecidas pelas instituições hospitalares, comprovadas na intensificação e extensão de jornadas de trabalho dos profissionais de enfermagem; na sobrecarga de atividades; no número de pacientes, incompatível com o número de pessoal disponível, para prestação de cuidados; no volume de serviço burocrático, em detrimento do cuidado direto ao paciente; na defasagem de pessoal qualificado, dentre outras questões todas gerando influência a insatisfação do profissional, no desempenho de sua prática.

Encontramos uma fonte inesgotável de questionamentos, no ambiente observado, indicados para discussão, haja vista a unanimidade com que os profissionais de enfermagem relataram suas dificuldades, no cotidiano hospitalar, revelando as estratégias utilizadas, para amenizar as condições adversas de trabalho, nessas instituições. As más condições apontadas, são configuradas pela sobrecarga de atividades, desqualificação e insuficiência de pessoal, falta de material para a execução das atividades com qualidade, além de outras questões, de ordem administrativa.

Realmente, problemas dessa natureza são comuns e não são recentes, tendo, inclusive, sido objeto de discussão por pesquisadores como Almeida

(1985); Rocha et al (1987) e Machado (1995). É necessário, pois, trabalhar no sentido de qualificar o profissional de enfermagem, incentivando-o a participar do processo de educação continuada além de estimular o seu senso crítico, em relação às situações que o cercam. Isso, com certeza, iria propiciar uma melhor qualidade de vida e de trabalho, mercê do fortalecimento da concepção de ser a enfermagem uma profissão que induz mudanças, inclusive no quadro social.

Observamos que os profissionais que trabalham no hospital público, não entraram em contato com os princípios da Gestão de Qualidade, desconhecem a organização dos seus pressupostos e das ferramentas utilizadas. Os discursos desses profissionais acompanham uma tendência de reivindicações e questionamentos voltada para um melhor desenvolvimento de sua prática, fato confirmado nas solicitações de melhores condições de trabalho, quando foi revelada sua insatisfação no exercício das atividades de sua competência.

Já na instituição particular, em que está sendo implementada a Gestão de Qualidade, a intenção é sensibilizar todos os funcionários, para trabalhar segundo os seus conceitos, oferecendo métodos estatísticos de avaliação de desempenho, palestras e educação continuada nos serviços, dentre outras medidas que visam ao controle e à manutenção de qualidade. É notório, porém, que a gerência encontra muitas resistências dos profissionais durante essa implantação, visto ser difícil promover mudanças de comportamentos nos indivíduos, principalmente quando estes são questionados quanto ao modo correto de realizar suas atividades e sobre os erros na sua execução.

Percebemos que tanto a instituição pública, quanto a instituição particular, funcionam sob uma forte influência do modelo biomédico de assistência, que preconiza um controle rígido de supervisão, no qual a enfermeira ainda é vista como a chefe que dita normas e não como a líder que discute as atividades, com seus colaboradores. As normas hospitalares estão

defasadas, isso porque não acompanham a realidade do cotidiano e não reformulam o modo de trabalhar. Não questionamos só a prática mas, também, as necessidades das crianças internadas e as das suas mães, que não são priorizados por conta da rotina pré-determinada de outras gestões.

Esses aspectos fizeram-nos refletir sobre a importância emergente de ser estabelecida a educação continuada nos serviços, com providências imediatas pelas instituições hospitalares, que precisam repensar seus processos, principalmente os de ordem administrativa, quanto ao número de funcionários e sua qualificação. Refletimos, ainda, relação as condições de trabalho que são oferecidas aos profissionais de enfermagem, no sentido de melhorar o quadro caótico em que se encontra a assistência prestada à criança através do incentivo ao trabalho em equipe e à organização do serviço, como um todo, assegurando a continuidade dos trabalhos, de forma exemplar.

É bem verdade que o avanço tecnológico vem modificando as condições físicas dos hospitais, favorecidas pela aquisição de aparelhos modernos e sofisticados para diagnóstico das doenças. Em contrapartida, acreditamos que essas condições ambientais não satisfazem às necessidades psicológicas e sociais da população mais carente, por dois motivos: primeiro, pelo alto custo desses exames e tratamentos, o que faz com que essa população enfrente uma longa fila de espera, até conseguir realizar exames sofisticados, através da rede pública; segundo, por proporcionar o distanciamento entre o profissional de enfermagem e o cliente.

Outro aspecto, de grande relevância, encontrado no cotidiano da unidade pediátrica, está relacionado às acomodações deficientes oferecidas por essas instituições, às mães durante a hospitalização do filho.

O direito de acompanhar o filho, durante a hospitalização, adquirido pela mãe, trouxe muitos benefícios para o profissional de enfermagem, até

porque a presença da mãe, faz diminuir sua sobrecarga de trabalho com a criança, aumenta o tempo para orientar as mães nos cuidados, e ainda, permite maior grau de interação entre os pais e a equipe. Para o binômio mãe-filho, o benefício corre por conta de um melhor atendimento às necessidades emocionais, diminuindo o stress, a ansiedade e favorecendo uma recuperação mais rápida.

Entretanto, apesar desse quadro tão favorável, existem ambigüidades que acompanham o sistema de alojamento conjunto. Observamos que as condições da permanência da mãe-acompanhante, na unidade pediátrica, são muito precárias, principalmente em relação à questão de acomodação, pois a grande maioria das instituições hospitalares não possui uma infra-estrutura adequada para recebê-las.

É preciso enfatizar que a mãe exerce influência importante no ambiente hospitalar. O profissional de enfermagem deve recebê-la, portanto, como co-participante nos cuidados com o filho, evitando incentivar a realização dos cuidados, como obrigação, mas antes, procurando criar um ambiente propício para a aprendizagem do cuidar, bem assim garantir a continuidade do cuidado, no ambiente domiciliar.

Nesta pesquisa foi considerado cuidado com qualidade, aquele que não dissocia a padronização do cuidar, do assistir humanizado e individualizado ao cliente. Tal padronização consiste na execução do trabalho, baseado no cumprimento de procedimentos operacionais padrões; já o cuidado humanizado, valoriza o ser humano, como seu objetivo principal. É preciso esclarecer bem essa questão, relativa ao cuidado, pois, quando nos referimos às técnicas de enfermagem e aos procedimentos da prática propriamente dita, não estávamos menosprezando o cuidado humanizado, mas considerando tais procedimentos como aliados importantes na prestação de um cuidado com qualidade.

Com base nas leituras realizadas sobre a qualidade, e a partir de reflexões sobre a temática desta pesquisa, alguns pressupostos foram sendo delineados sobre a qualidade nos serviços de saúde, como os que estão a seguir expostos:

- ❖ A satisfação, tanto do cliente, quanto dos profissionais de saúde, faz parte dos princípios de qualidade.
- ❖ A qualidade propõe mudanças nas condutas organizacionais das instituições de saúde, no sentido de repensar sua prática, seus processos, definição de objetivos e missão, como prestadora de cuidados.
- ❖ Para obter resultados satisfatórios, com a implantação da Gestão de Qualidade, na instituição hospitalar, deve haver o comprometimento de todos que dela fazem parte.
- ❖ As atividades desenvolvidas com qualidade, devem ser planejadas, coordenadas, executadas, monitoradas e relatadas sistematicamente, com divulgação de seus resultados a todos os participantes.
- ❖ Os gerentes que estão à frente do processo de Gestão da Qualidade, devem representar suas ações, na condição de líder e promover a educação continuada para os profissionais.

Torna-se necessário esclarecer que não houve, nesta pesquisa, a pretensão de submeter a prática observada a processos de avaliação, ou apontar o que é certo ou errado. A questão da qualidade serviu de pano de fundo para percebermos, no decorrer da coleta de dados, através dos relatos dos participantes e da convivência no cotidiano estudado, uma realidade que aponta para uma organização do compartilhamento dos cuidados, pouco exploradas em literatura, uma vez que os mesmos cuidados acontecem de forma improvisada, superficial, sem a interação dos pais nesses cuidados, e sem retorno desses

profissionais para certificação de que eles foram e estão sendo realizados adequadamente.

Outro fator que emerge, nesta pesquisa, diz respeito ao fato de que não existem critérios estabelecidos para determinar o que a mãe pode ou não pode fazer na unidade pediátrica; o que se leva em consideração, é o senso comum, que atribui à mãe, o papel de cuidar do filho, dando-lhe carinho e cuidados adequados, para sua sobrevivência. Em consonância com a distribuição de papéis, o significado de cuidar, vem corroborando para uma reorganização da assistência de enfermagem à criança, cumprindo à mãe assumir cuidados que antes eram realizados pela enfermagem.

Nas condições em que se apresentam os dados, não temos como tomar partido quanto às técnicas ou procedimentos padrões. Entretanto, ao refletirmos sobre a questão da rotina hospitalar, em unidade pediátrica, acreditamos que emerge uma tendência para a simplificação dos cuidados, como ocorre em casos de direito adquirido, sendo considerado normal, entre os profissionais de enfermagem, a maneira como se desenvolve a prática, sem uma padronização, distante da teoria ensinada nas Instituições de ensino de enfermagem, onde o profissional de enfermagem, principalmente o enfermeiro, precisa analisar essa questão e verificar se não está sendo conivente com essa situação. Em todo esse processo, que trata do compartilhamento do cuidado de enfermagem com a mãe, a prioridade é e continuará sendo, a preservação da qualidade.

## ABSTRACT

The work refers to the mother's paper at the clinic atmosphere, based on the observation, that nursing professionals and mothers share the children's caring actions. We searched to understand the manner by which this sharing happens, emphasizing its influence in the care quality. It is an exploratory-descriptive type study. It was accomplished at two hospitals in Campina Grande - PB, being one of them a public hospital and the other a private one. For data collection, the Participant Observation technique was used, being registered in a field diary, aided by a tape recorder. Two observation routes were used; the first, addressed to the nursing professionals' activities observation; and the second, focussing the cares accomplished by mothers. Sixteen nursing professionals and thirty mothers had participated in the research, totaling forty - six people aleatorically selected. For data analysis, it was used the Bardin's content analysis and the categorical analysis technique. It was identified the following categories and subcategories: **1) Personal planning incompatible to care quality**, 1.1- Nursing professional's activities overloading; 1.2- Human resources quantitatively insufficient ; and 1.3- The distance between nursing's theory and nursing's practice; **2) The interpersonal relationship influencing the caring quality**, 2.1- The communication influencing the caring quality; 2.2- Papers' conflict between nursing professionals and mothers; and 2.3- Bureaucratization interfering in the humanized care; **3) Inadequate care sharing with the mother**, 3.1- Mother's psychological factor and its influence in the care sharing; 3.2- Accommodations and its influence in the mother's care sharing disposition; and 3.3- Mother's acceptability in the care sharing; **4) The pediatric environment and its influence in care quality**, 4.1- Nursing professional's point of view about the caring and 4.2- The biomedical model influence in the relationship between the nursing professional and the mother. It is noticed that the rigid supervision keeps incoherence with the care quality presuppositions; here's a nursing professional's tendentious form to simplify cares without a standardization which searches quality, distant from the theory taught in educational institutions.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985. 127 p.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.
- ALVES, D.B. Produção/reprodução do conhecimento no trabalho na enfermagem: o conhecimento como forma de estar no mundo. In: GARCIA, T.L.; PAGLIUCA, L.M.F. **A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos**. Fortaleza: RENE, 1998. p. 93-105.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1991. 226 p.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196/96. Decreto n.º 93933 de 14 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v.4, n.2, p. 1-24, 1996.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990, São Paulo: Atlas, 1991.
- BRASIL. Indicadores e dados básicos: taxa de mortalidade infantil no período de 1998. Disponível em : <http://www.saude.gov.br> acesso em: 08 set. 2000.

CAMARGO, M.O. Descrição de processos e utilização de fluxogramas. In: MELLO, J.B.; CAMARGO, M.O. **Qualidade na saúde: práticas e conceitos.** Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998. p.117-128.

CAMPOS, V.F. **TQC: controle de qualidade total no estilo japonês.** Rio de Janeiro: Bloch, 1992. 218 p.

\_\_\_\_\_. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia.** Belo Horizonte: Bloch, 1994. 268 p.

CHAUD, M.N. et al. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica.** São Paulo: Atheneu, 1999. 224 p.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na empresa.** 3. ed. São Paulo: Atlas. 1994. v.1

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. **Transformações no ensino das técnicas de enfermagem.** Goiânia: AB, 1996. 146 p.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G. Criança hospitalizada sem acompanhante: experimentando o sofrimento. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 255-267, maio/ago. 1998.

CONSENTINO, S.F.; LUNARDI FILHO, W.D. Anotações/registros de enfermagem: uma prática educativa em busca de uma outra ação. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.9, n.2, pt.1, p. 147-157, maio/ago, 2000.

DALLARI, D. A. **O direito da criança ao respeito.** São Paulo: Sammus, 1986. 103 p.

DEMING, W.E. **Qualidade: a revolução da administração.** Rio de Janeiro: Marques e Saraiva, 1990. 337 p.

DORNELLES, S. Processo de trabalho e organização trabalhista. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 87-161.

EDMANN, A.L.; PINHEIRO, P.I.G. Gerenciamento do cuidado em enfermagem: questionando estratégias. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.3, n.1, p.89-96, jan./jun. 1998.

FERREIRA, A. B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 507, 620.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. 74 p.

GADOTTI, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. São Paulo: Cortez, 1991. 143 p.

\_\_\_\_\_. **Convite a leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 1989. 158 p.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 91-96.

GALVÃO, C.M. Liderança situacional: estrutura de referência para o trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. **Revista Latino-americano Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p- 81-90, 1998.

GERMANO, R.M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993. 141 p.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Abrasco, 1994. 278 p.

GUARESCHI, A.P.D.F.; MARTINS, L.M.M. Relacionamento multiprofissional x criança x acompanhante: desafio para a equipe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 430-436, dez. 1997.

HUERTA, E.D.P.N. Interações entre enfermeiras e pais de crianças hospitalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.19, n. 1, p. 81-93, 1985.

\_\_\_\_\_. Internação conjunta: critérios para decisão sobre que mães poderão acompanhar seus filhos durante a hospitalização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.18, n. 1, p. 13-21, 1984.

JURAN, J.M. **Juran na liderança pela qualidade**. Tradução João Mário Csillag. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1993. 386 p.

LESSA, J. **Qualidade competitiva no Brasil**. Salvador: Casa da Qualidade, 1995. 131 p.

LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCHOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p- 33-39, abr. 1999.

MACHADO, W.C.A. Reflexão sobre a prática profissional de enfermeiro. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 163-193.

MAIA, E. **A psicologia e a psiquiatria do dia-a-dia**. São Paulo: Almed, 1997.

MANZOLLI, M.C. **Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos**. São Paulo: Savin, 1983.

MARTINS, F.R.T.; SHERLOCK, M.S.M.; ARAÚJO, T.L. Opinião de crianças hospitalizadas sobre a permanência da mãe durante a hospitalização. **Revista Pediatria Atual**, v. 11, n. 5, p. 50-58, mai. 1998.

- MENDES, V.L.P.S. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.46, n. 3/4, p. 211-225, 1993.
- MENDRAS, H. **Princípios de sociologia**: uma iniciação à análise sociológica. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. 94 p.
- MELLO, J B.; CAMARGO, M.O. **Qualidade na saúde**: práticas e conceitos. Normas ISO nas áreas Médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998. 435 p.
- MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo, 1995. 301 p.
- MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1999: p. 9-29.
- MODIN, B. **O homem quem é ele? Elementos de antropologia filosófica**. São Paulo: Paulus, 1980. 319 p.
- MOREIRA, A.F.B. **Currículo**: questões atuais. São Paulo: Papyrus, 1997. 143 p.
- MORLEY, D. **Pediatria no mundo em desenvolvimento**: prioridades. São Paulo: Paulinas, 1980.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989. 174 p.
- NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas na qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 155 p.
- NOGUEIRA, L.C.L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1996. 94 p.

OLIVEIRA, I.C.S. **Da mãe substituta à enfermeira pediatra**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 1998. 107 p.

OLIVEIRA, W.F. Valores, crenças, missão, visão e política da qualidade. In: MELLO, J.B.; CAMARGO, M.O. **Qualidade na saúde: práticas e conceitos**. Normas ISO nas áreas Médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998. p. 57-59.

PAIM, L. **Quantitativos e qualitativos do cuidado de enfermagem**. 1979. 160 p. Tese (Livre Docência) - Universidade João Pessoa, João pessoa, 1979.

PATRÍCIO, Z.M. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade da vida: novos paradigmas outros desafios e compromissos sociais. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.8, n.3, p. 53-77, set./dez. 1999.

PÉRIGO, G.B. Indicadores e ferramentas da qualidade. In: MELLO, J.B.; CAMARGO, M.O. **Qualidade na Saúde: práticas e conceitos**. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998. p. 129-165.

PETERLINI, M.A.S.; LEONI, M.A.G. Controle da frequência respiratória e cardíaca, do pulso e da temperatura. In: CHAUD, M.N. et al. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 85-91.

QUEIROZ, M.V. **Só a mãe conhece o filho: um estudo na etnoenfermagem**. 1998, 133 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1998.

RIBEIRO, H.P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993. 135 p.

ROCHA, S.M.M et al. Formação de recursos humanos para assistência à infância: e a reforma sanitária: a situação da enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n. 7, p. 36-39, jan./dez. 1987.

- RODRIGUES, F.F.A. et al. **Qualidade em recursos humanos**. Rio de Janeiro: SENAC, 1996. 56 p.
- RODRIGUES, M.S.P. **Enfermagem**: representação social das/os enfermeiras/os. Pelotas: Editora e gráfica universitária UFPel, 1999. 143 p.
- RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 5. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998. 206 p.
- ROSS, J. **Vencendo o medo**. São Paulo: Ágora, 1994.
- RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 144 p.
- SABATES, A.L.; BORBA, R.J.H. Admissão da criança no hospital. In: CHAUD, M.N. et al. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 3-6.
- SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2 , p. 109-119, abr./jun. 1995.
- SANTOS, M.S. A **(in) satisfação do enfermeiro no trabalho**: implicações para o gerenciamento das ações de enfermagem – aspectos teóricos. 1999, p. 134. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- SCHMITZ, E.M.R. A problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos. In: SCHMITZ, E. M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 181-196.
- SIGAUD, C.H.; VERÍSSIMO, M.L.R. **Enfermagem pediátrica**: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU, 1996. 269 p.
- SILVA, M.V. Gerência da qualidade: conservação ou superação do processo de alienação? **Revista Educação e Filosofia**, v.17, n.1, p.209-225, jan./jun.1995.

SILVA, M.J.P. Valor da comunicação para o sucesso dos processos de qualidade. In: MELLO, J.B.; CAMARGO, M.O. **Qualidade na saúde: práticas e conceitos**. Normas ISO nas áreas Médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998. p. 69-76.

SVALDI, J.S.D.; LUNARDI FILHO, W.D. Gestão da qualidade total na enfermagem. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.9, pt. 1, p. 238-250, maio/ago. 2000.

TAMASHIRO, L. et al. Expectativas da equipe de enfermagem frente às mães de crianças internadas. **Revista Saúde em Debate**, n.15, p. 35-45, nov., 1996.

WALDOW, V.R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.19, n.1, p. 20-32, jan. 1998.

ZANEI, S.V. Avaliação: um instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 111-135.

---

---

## ANEXOS

**ANEXO – A:** Requerimento

**ANEXO – B:** Termo de consentimento

**ANEXO – C:** Roteiro de observação do profissional de enfermagem

**ANEXO – D:** Roteiro de observação da mãe acompanhante

**ANEXO –E:** Principais cuidados observados na unidade pediátrica realizada pelos profissionais de enfermagem e pela mãe acompanhante, conforme a frequência e tempo de execução.

## ANEXO – A

Ao Senhor Diretor do Hospital \_\_\_\_\_

### REQUERIMENTO

Eu, Silvana Rodrigues da Silva, enfermeira, encontro-me matriculada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, da Universidade Federal do Ceará e, por conta disso, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **O compartilhamento do cuidado de enfermagem com a mãe: implicações para a preservação da qualidade.** O objetivo geral dessa pesquisa é conhecer o tipo de compartilhamento dos cuidados de enfermagem com a mãe-acompanhante, existente em unidade pediátrica. Para viabilização do trabalho, solicito sua competente autorização, com vistas à coleta de dados, nessa Instituição hospitalar, durante período estimado em três (3) meses.

Ressalto, por oportuno, que os dados em referência, serão apresentados ao curso de Mestrado e divulgados junto à comissão acadêmica, respeitadas, no caso, todas as recomendações contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

Na expectativa de poder contar com sua aquiescência, antecipo os agradecimentos.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2000.

---

Silvana Rodrigues da Silva.

## ANEXO - B

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Através deste termo, eu \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações sobre a pesquisa intitulada: **O compartilhamento do cuidado de enfermagem com a mãe: implicações para a preservação da qualidade**, concordo em participar da pesquisa, declarando, na oportunidade, que não me oponho à gravação das entrevistas, isso por saber que os direitos de anonimato e de me retirar da pesquisa, a qualquer momento, são assegurados à minha pessoa.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2000.

---

Assinatura da entrevistada

## ANEXO – C

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

(Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO N.º de observação \_\_\_\_\_

1) Profissional que realiza o cuidado \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

2) Diagnóstico da criança \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

3) Tipo de cuidado \_\_\_\_\_

4) Tempo de serviço \_\_\_\_\_

#### Observando o profissional de enfermagem em suas atividades:

##### 1) No compartilhamento de cuidados com a mãe:

- Dá explicações a respeito do cuidado? ( ) sim ( ) não
- Faz orientações quando solicitada? ( ) sim ( ) não
- Conversa com a criança? ( ) sim ( ) não
- Faz algum tipo de carinho? ( ) sim ( ) não
- O relacionamento com a mãe é amigável? ( ) sim ( ) não. De que forma? \_\_\_\_\_
- Informa as normas do hospital em relação a alimentação e limpeza?  
( ) sim ( ) não. De que forma? \_\_\_\_\_

##### 2) Na execução de atividades específicas:

- Explica à mãe o que vai ser feito? ( ) sim ( ) não
- Demonstra preocupação com a criança durante o procedimento?

( ) sim ( ) não. De que forma?

---

---

- Sorri para a criança? ( ) sim ( ) não
- Conversa com a criança? ( ) sim ( ) não
- Interage com a mãe? ( ) sim ( ) não. De que forma?

---

---

### 3) Observações complementares e questionamentos:

- Faz-se avaliações periódicas do procedimento realizado pela mãe.  
( ) sim ( ) não

---

---

- Conversa-se com a mãe, ouvindo seus questionamentos?  
( ) sim ( ) não. Obs.:

---

---

- Faz-se visitas regulares à enfermaria e observa se o cuidado com o que o mesmo está realizado?  
( ) sim ( ) não

---

---

- Vai-se à enfermaria, só quando é solicitado? ( ) sim ( ) não

---

---

- Faz-se avaliações periódicas do procedimento realizado pela mãe?  
( ) sim ( ) não

- 
- 
- Utiliza-se quais critérios, para estabelecer o que a mãe pode realizar na unidade pediátrica.

- 
- 
- Para o profissional de enfermagem, o que é um cuidado prestado com qualidade?

- 
- 
- O que faz o profissional de enfermagem, quando percebe alterações na qualidade dos cuidados, compartilhados com a mãe-acompanhante na unidade pediátrica.
- 
-

ANEXO – D

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA MÃE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO N.º de observação \_\_\_\_\_

1) Grau de parentesco da criança \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

2) Diagnóstico da criança \_\_\_\_\_

3) Tipo de cuidado \_\_\_\_\_

4) Grau de escolaridade \_\_\_\_\_

CUIDADOS	PROCEDIMENTOS DA MÃE
Alimentação	. Lava as mãos antes de alimentar a criança ( ) sim ( ) não. De que forma? _____ . Conversa com a criança durante a alimentação ( ) sim ( ) não. Faz algum carinho? _____ . Alimenta-a no colo ( ) sim ( ) não . Observa a aceitação do alimento ( ) sim ( ) não . Comunica intercorrência da não aceitação do alimento ao profissional de enfermagem? ( ) sim ( ) não . Sabe a quantidade de alimento oferecido?
Higiene	( ) sim ( ) não . Segura corretamente a criança ( ) sim ( ) não. De que forma? _____ . Observa as reações da criança durante o banho ( ) sim ( ) não
Observações gerais	. Interage com a criança ( ) sim ( ) não . Solicita ajuda ao profissional de enfermagem quando precisa? ( ) sim ( ) não Realiza outros cuidados? ( ) sim ( ) não Quais? _____

## ANEXO - E

Principais cuidados observados na unidade pediátrica, realizados pelos profissionais de enfermagem e pela mãe acompanhante, conforme a frequência e tempo de execução.

N.º	Cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem	Tempo de execução	Cuidados realizados pelas mães acompanhantes	Tempo de execução
01	Admite a criança	02 a 04'	Higienização	08 a 10'
02	Preenche formulários	10 a 15'	Alimentação	05 a 10'
03	Prepara medicações	10 a 15'	Auxilia na coleta de exames	indeterm.
04	Instala venóclise	05 a 10'	Observa o gotejamento do soro	Indeterm.
05	Faz encaminhamentos	05 a 10'	Observa a criança	Indeterm.
06	Atende telefone	08 a 10'	Auxilia na nebulização	03 a 15'
07	Solicita material de farmácia e almoxarifado	02 a 08'	Verifica a temperatura	indeterm.
08	Organiza material no posto de enfermagem	05 a 08'	Faz medicação oral	Indeterm.
09	Faz orientações às mães	04 a 10'	Auxilia no controle de diurese	Indeterm.
10	Prepara a alta da criança.	05 a 08'	Auxilia no relatório de enfermagem	Indeterm.