



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

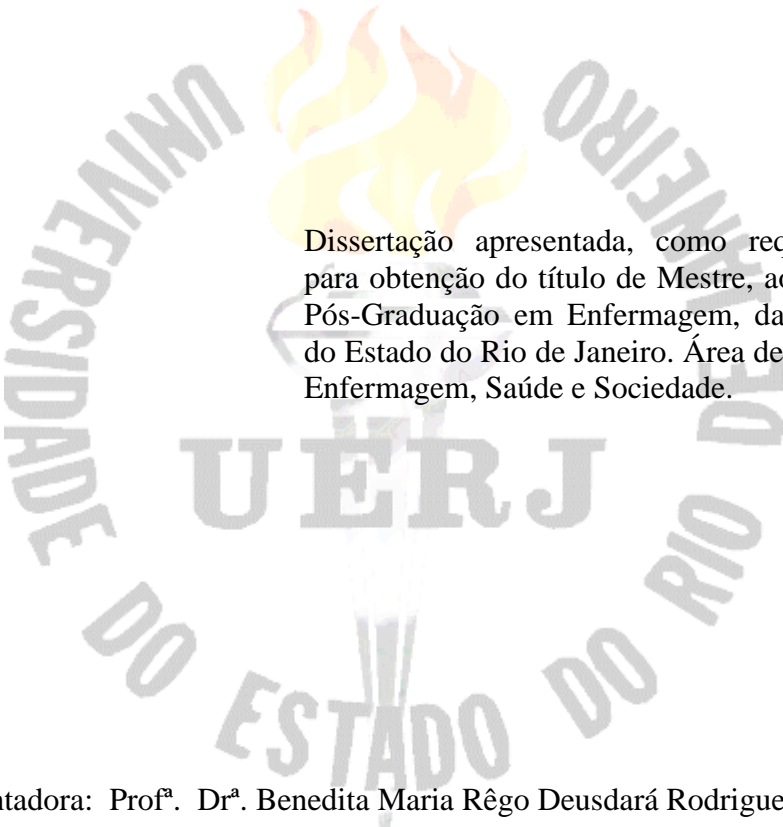
Ana Paula Monteiro Baptista de Andrade Araújo

**As práticas de cuidado à criança com cateter venoso periférico e seus reflexos na
interação enfermeiro-familiar**

Rio de Janeiro
2007

Ana Paula Monteiro Baptista de Andrade Araújo

**As práticas de cuidado à criança com cateter venoso periférico e seus reflexos na
interação enfermeiro-familiar**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sônia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO DA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A663 Araújo, Ana Paula Monteiro Baptista de Andrade.
As práticas de cuidado à criança com cateter venoso periférico e seus reflexos na interação enfermeiro-familiar / Ana Paula Monteiro Baptista de Andrade Araújo. - 2007.
66 f.

Orientador: Benedita Maria Rego Deusdará Rodrigues
Co-Orientador: Sonia Acioli de Oliveira
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Crianças doentes – Assistência hospitalar. 3. Cateteres (Enfermagem). 4. Relações humanas. I. Rodrigues, Benedita Maria Rego Deusdará. II. Oliveira, Sonia Acioli de. III. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Ana Paula Monteiro Baptista de Andrade Araújo

As práticas de cuidado à criança com cateter venoso periférico e seus reflexos na interação enfermeiro-familiar

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovado em: 17 de dezembro de 2007.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Sônia Acioli de Oliveira (Co-orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Lucia de Fátima Silva de Andrade
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^a. Dr^a. Denize Cristina de Oliveira
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Sônia Regina de Souza
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Rio de Janeiro
2007

AGRADECIMENTOS

Ao terminar esta trajetória venho agradecer às pessoas que, de alguma maneira contribuíram, pois não conseguiria percorrê-la sozinha:

Aos meus pais pela minha existência; em especial à minha mãe Josefa Alvim Monteiro, grande incentivadora dos meus sonhos e a minha querida irmã Andréia Monteiro B. de Andrade.

Aos meus filhos, Isabela de Andrade Araújo, Gabriela de Andrade Araújo e Breno de Andrade Araújo, razão da minha vida, pela paciência nos dias de mau humor; que, da sua maneira, souberam entender minha ausência e falta de tempo para vocês. Amo vocês!

Ao meu esposo Anselmo Bonavita Araújo, pelo apoio e compreensão nesse momento da vida.

À Professora Dr^a. Benedita Maria Rego Deusdará Rodrigues, pelo seu acolhimento no início dessa caminhada, ajudando-me a traçar o rumo desse estudo, sempre com liberdade, porém com ponderações oportunas e esclarecedoras.

À Professora Dr^a. Sonia Acioli de Oliveira, pela aceitação em participar dessa jornada e contribuições valiosas, que facilitou o desenvolvimento desse estudo.

À Banca examinadora, formada pelas Professoras Dr^a. Lúcia de Fátima Silva de Andrade, Dr^a. Denize Cristina de Oliveira, Dr^a. Sônia Regina de Souza, pela participação e contribuições feitas desde a qualificação do projeto, proporcionando a sua realização.

À amiga Vera Bomfim, Diretora do Hospital Municipal Jesus, pelo exemplo de sensibilidade, trabalho, inteligência à frente dessa importante instituição hospitalar. Muito obrigada por permitir vivenciar esse momento.

À Equipe da Direção do Hospital Municipal Jesus - meus amigos Ariane Molinaro, Paulo Peres, Elenira Pontes e Verônica Oliveira – obrigada pelo apoio, estímulo e presença nessa etapa de vida.

À Divisão de Enfermagem do Hospital Municipal Jesus, representadas pelas Enfermeiras Ana Cristina de Godoy, Lizette Azevedo e Maria Cristina Palomo, por permitirem e facilitarem a realização deste estudo.

Aos enfermeiros das unidades de internação pela disponibilidade e solidariedade na realização desse estudo, pois sem a contribuição de vocês, essa pesquisa não seria possível.

À Professora Dr^a. Janice Machado da Cunha, minha colega de graduação e que anos depois se tornou uma amiga. As nossas conversas foram de grande valia e incentivo para o enfrentamento dessa batalha.

Aos colegas do mestrado, em especial ao meu “trio fenomenológico”: Dominique Cavalcanti Mélo, Cassiana Silva Rossi, Bárbara Bertolossi Marta de Araújo. Cada um com sua

experiência e seu modo de ser, dividindo suas angústias, idéias, contribuíram para que houvesse um crescimento mútuo.

À Equipe da Secretaria da Direção da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Ricardo França Couto, Josefina Santos Cruz Oliveira, carinhosamente nossa Nina, pela atenção prestada.

Aos amigos do Hospital Municipal Souza Aguiar, com quem tive oportunidade de iniciar minha carreira profissional, descobrindo e me encantando pela Enfermagem Pediátrica.

Às crianças e suas famílias que já passaram ou vão passar em uma enfermaria, fonte de inspiração para realização deste estudo.

Àqueles que não foram citados, mas que, de alguma maneira, estiveram presentes junto a mim incentivando e contribuíram para esse caminhar.

RESUMO

ARAÚJO, Ana Paula Monteiro Baptista de Andrade. *As práticas de cuidado à criança com cateter venoso periférico e seus reflexos na interação enfermeiro-familiar*. 2007. 66f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

A criança, durante a hospitalização, passa por diferentes situações de estresse devido aos procedimentos invasivos, sendo o cateterismo venoso periférico (CVP) um dos procedimentos mais realizados pelos profissionais de enfermagem. Neste sentido, vale ressaltar a importância da inclusão do familiar no processo de cuidar da sua criança com CVP no cotidiano de uma enfermagem pediátrica, buscando amenizar as situações difíceis e estressantes decorrentes desse procedimento no processo de hospitalização. Deste modo, o estudo tem como objeto a interação entre o enfermeiro-familiar no cuidado à criança com CVP, com os objetivos de identificar as ações de enfermagem realizadas no cuidado à criança com CVP e analisar a interação entre o enfermeiro-familiar dessa criança na ótica do enfermeiro. Trata-se de um estudo com delineamento na abordagem qualitativa, cujo cenário foi um hospital pediátrico, localizado no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista não diretiva, gravada com dezoito (18) enfermeiros lotados em unidades de internação em que o familiar estivesse presente integralmente e que atuam ou atuaram no cuidado à criança com CVP. As falas foram submetidas à análise de conteúdo e das entrevistas emergiram duas (02) categorias: “Dinâmica do cuidado à criança com CVP” e as respectivas subcategorias: “Ações de enfermagem que envolve a colocação e manutenção de CVP” e “Inclusão do familiar no cuidado de enfermagem à criança com CVP”; e “Processos de interação enfermeiro-familiar no cuidado de enfermagem à criança com CVP”. O estudo retratou como o enfermeiro realiza o cuidado à criança com CVP e faz a inclusão do seu familiar durante a realização desse procedimento no cotidiano de um hospital pediátrico. Proporcionou, também, o conhecimento dos aspectos que envolvem as ações de enfermagem à criança com CVP demonstrando que essas possuem dimensões de cuidados que vão além dos aspectos biológico. Para tanto, o profissional de enfermagem deve envidar esforços para que, além da realização dos cuidados técnicos necessários, atue como facilitador da experiência de hospitalização para a criança e sua família, valorizando sua individualidade, direitos e valores. Esta deve acontecer desde o momento que chegam ao hospital para que proporcionem o acolhimento deste binômio, fazendo com que se sintam importantes neste cenário. Assim, como sugestões para as equipes de enfermagem, apontamos que sejam promovidas capacitações voltadas para a abordagem da família, sistematização da assistência e o estabelecimento de parcerias com as universidades para troca de experiências. Sugerimos, também, que sejam criados espaços para encontros sistematizados com os familiares das crianças hospitalizadas para discutir e refletir sobre aspectos emergentes do cotidiano que foram suscitados neste estudo, com o intuito de amenizar e otimizar este momento difícil e de crise para a criança e a família. Assim, o enfermeiro como agente de educação deve, a partir das interações dialógicas, desenvolver um plano de atuação voltado ao atendimento das necessidades da criança com CVP e sua família acerca das dificuldades, medos, ansios gerados pela expectativa desse cuidado.

Palavras-chave: Cateter venoso periférico. Criança hospitalizada. Enfermagem pediátrica. Relações interpessoais.

ABSTRACT

The child, during the hospitalization, goes by different stress situations due to the invasive procedures, being the peripheral veined catheterism (PVC) one of the procedures more accomplished by nursing professionals. In this sense, it is worth to point out the importance of the relative's inclusion in the process of taking care of your child with PVC in the daily of a pediatric infirmary, looking for to soften difficult and stressful situations current of that procedure in the hospitalization process. In this way, the study has as object the interaction among nurse-family in the care to the child with PVC, with the objectives of identifying the nursing actions accomplished in the care to the child with PVC and to analyzes the interaction among the nurse-family of that child in the nurse optics. It is treated of a study with design in qualitative approach, whose scenery was a pediatric hospital, located in the municipal district of Rio de Janeiro. The collection of data felt through interview non directing, recorded with eighteen (18) nurses located in units of internment in that the relative was integrally present and that act or acted in the care to the child with PVC. The speeches were submitted to content analysis and from interviews emerged two (02) categories: "Dynamics of care to the child with PVC" and the respective subcategories: "Nursing actions that involves the placement and maintenance of PVC" and "The relative's inclusion in the nursing care to the child with PVC" and "Processes of interaction nurse-family in the nursing care to the child with PVC". The study portrayed as the nurse accomplishes the care to the child with PVC and the child relative's inclusion during the accomplishment of that procedure in the daily of a pediatric hospital. The study provided, also, knowledge of aspects that involves nursing actions to the child with PVC demonstrating that those possess dimensions of cares surpass besides the biological aspects. For so much, nursing professional should endeavor efforts so that, besides the accomplishment of the necessary technical cares, act as facilitator of the hospitalization experience for the child and your family, valuing your individuality, rights and values. This should happen since the moment that arrive at the hospital so that they provide the reception of this binomial, making they feel important in this scenery. In this way, as suggestions for the nursing teams, we point promotion of trainings focused on the approach of the family, together in a system of the attendance and the establishment of partnerships with universities for a change of experiences. We suggested, also, that spaces are created for encounters systematized with the children's relatives hospitalized to discuss and to contemplate on emergent aspects of the daily that they were raised in this study, with intention of soften and optimize this difficult moment and of crisis for the child and the family. In this way, the nurse as education agent owes starting from the dialogical interactions, to develop a plan of performance returned to the attendance of the child's needs with PVC and your family concerning the difficulties, fears, longings generated by the expectation of that care.

Keywords: Peripheral veined catheter. Hospitalized child. Pediatric nursing. Interpersonal relationships.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS	15
1.1	Transformações históricas da hospitalização pediátrica e suas repercussões na criança	15
1.2	Cuidando do binômio criança-família	19
2	METODOLOGIA	23
2.1	Tipo de pesquisa	23
2.2	Cenário do estudo	23
2.3	Sujeitos de estudo	25
2.4	Coleta de dados	26
2.5	Análise de dados	27
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
3.1	A dinâmica do cuidado de enfermagem à criança com cateter venoso periférico	29
3.1.1	<u>Ações de enfermagem voltadas para a colocação e manutenção do cateter venoso periférico na criança</u>	29
3.1.2	<u>Inclusão do familiar no cuidado à criança com CVP</u>	40
3.2	Processos de interação enfermeiro-familiar da criança com cateter venoso periférico	43
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	61
	APÊNDICE C – Quadro Demonstrativo da Construção de Categoria	63

INTRODUÇÃO

Ao longo de minha trajetória profissional, desde a época do curso de graduação em Enfermagem, o exercício da prática sempre esteve relacionado à clientela pediátrica. Iniciei profissionalmente na neonatologia, em 1991, numa unidade de terapia intensiva neonatal, cenário em que já estava inserida em tempo integral – a mãe, o pai, às vezes até os avós e os irmãos – a família deste recém-nato (RN). Eles traziam suas angústias, medos, sentimentos de culpa, conflitos entre o filho “ideal-real”, mesclados ao aparato tecnológico, procedimentos clínicos e equipe de saúde, influenciando diretamente na estabilidade familiar.

Reporto-me, nesta fase, ao cateterismo venoso periférico no RN como uma das situações conflituosas mais frequentes na dinâmica do cuidar RN-família, por se tratar de um processo que exigia da equipe um entendimento para além da “técnica” e que nem sempre estávamos aptos a lidar com esta problemática, suscitando-me inquietações.

Logo após, me inseri no cotidiano do serviço de clínicas pediátricas de um hospital geral com emergência que, desde 1983, garante a presença integral da mãe no período de hospitalização do seu filho. Nessa instituição, vivenciei várias transformações na unidade pediátrica, tais como a inclusão do acompanhante do sexo masculino, presença das mães adolescentes, bem como a experiência da ascensão de Enfermeira diarista da Pediatria para Coordenadora de Enfermagem das Clínicas Pediátricas. Porém, as situações conflituosas em relação à problemática do acesso venoso periférico permaneciam. Naquele momento, observava aspectos distintos dessa terapêutica, conforme a faixa etária, nível de instrução dos familiares, as vivências anteriores acerca do procedimento, fazendo emergir outras inquietações.

Algumas dessas transformações são resultantes do processo histórico da hospitalização pediátrica internacional, no qual processavam-se mudanças significativas no assistir às crianças. Estas que vão desde a retirada da criança doente do seu domicílio para uma assistência focalizada na prevenção de transmissão de infecção, através de um isolamento rigoroso, afastando-a da mãe e família, não levando em conta seus aspectos emocionais.

A partir dos anos 30, surgem estudos demonstrando os efeitos destruidores da privação materna para a criança durante a hospitalização e na busca de novas estratégias para o bem-estar da criança; no final dos anos 50 surge como marco histórico a Declaração Universal dos Direitos da Criança. Assim, recorre-se à antiga prática da permanência da mãe durante a hospitalização e, posteriormente, a participação da família nos cuidados à criança hospitalizada. No Brasil, tais transformações são evidenciadas somente no final dos anos 80

através da Constituição do Brasil de 1988 e o reconhecimento dos direitos da criança e adolescente, cuja importância desdobra na promulgação da Lei Federal 8069/90 – Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Neste, o artigo 12 determina o direito à permanência integral de um dos pais ou responsável, em caso de internação de criança e adolescente. (BRASIL, 1990).

Vale lembrar que a criança, durante a hospitalização, se depara com diferentes situações de estresse: o ambiente desconhecido, a separação de pessoas significativas, os procedimentos clínicos e o afastamento de seus objetos prediletos. (MANZOLLI, 1987; VERÍSSIMO, 1991; OLIVEIRA, 1997; WONG, 1999).

Deste modo, destacamos a problemática dos procedimentos invasivos, especialmente o cateterismo venoso periférico, por representar um dos procedimentos mais executados pelos profissionais de enfermagem e que suscita no cotidiano de uma enfermagem, vários conflitos entre equipe e criança-família.

Wong (1999) define essas alterações no cotidiano da criança-família como o ponto de partida para uma série de reações características deste processo de hospitalização, como o choro desesperador de uma criança a qualquer tentativa de afastamento da mãe, a tentativa heróica da mãe em se manter em vigília 24 horas, ou a aproximação do profissional de branco ao berço da criança, que serão acentuadas ou não dependendo de diversos fatores, idade, experiência prévia com doença e hospitalização, crenças culturais, religiosas, condições sócio-econômicas entre outras. Tais reações provocam na família sentimentos como ansiedade, revolta, tristeza e dor, o que em muitas situações pode ser o estopim que faltava para o surgimento de conflitos.

No campo teórico, é indiscutível a importância da presença da família minimizando sofrimento e angústia da criança no cotidiano da internação hospitalar. Contudo, na prática, percebemos esta presença no cenário hospitalar, num primeiro plano, como obrigatória pela força do ECA (1993), oriundas de alguns ensaios de sua valorização no processo de cuidar das crianças. Porém, permeada de conflitos, seja por sobrecarga de atribuições institucionais, falta de estrutura física de acomodação do hospital, inabilidades da equipe em lidar com diversidades de valores, hábitos e culturas, seja por dificuldades no compartilhamento de saberes e práticas com a família ao cuidar da criança hospitalizada, cuja presença vem provocando alterações na organização da assistência à criança hospitalizada. (COLLET, 2000).

Constatamos, atualmente, mudanças no posicionamento dos familiares frente à equipe de saúde durante o acompanhamento de crianças em suas internações. Essas famílias

apresentam-se mais questionadoras, menos submissas em relação aos cuidados dispensados à criança e, segundo Lima (1999, p. 38), “[...] lentamente reivindicam participação na assistência para além dos cuidados básicos como alimentação e higiene”.

Isto demonstra a necessidade de rever paradigmas assistenciais, principalmente a soberania do saber-fazer profissional no cotidiano hospitalar.

Entendendo que esta ciranda gira no cenário hospitalar, ambiente estranho à criança-família e palco das ações dos profissionais de saúde, é que temos a responsabilidade em proteger e reconhecer a família como uma constante na vida da criança (WONG, 1999). Cabe à instituição e aos profissionais de saúde o apoio, respeito, encorajamento e potencialização da força e da competência da família para a sua participação nos cuidados necessários à criança.

Entretanto, a implementação desta forma de cuidar, centrada na criança e sua família, assim como a repercussão da inserção da família no cenário hospitalar e a sua participação no cuidado a criança encontram-se ainda pouco presentes no cotidiano de uma enfermaria pediátrica. Além disso, observa-se uma tendência de atenção e produção científica da enfermagem voltada à família, porém este é um saber em construção, apresentando ainda diversas indagações a responder. (COLLET, 2000; ELSESEN; PATRÍCIO, 1995; LIMA 1999).

Atualmente, o compartilhamento com a família do cuidado à criança durante a hospitalização é uma das práticas defendidas como proposta de humanização da assistência (COLLET, 2000; GOMES; ERDMANN, 2005). Isto foi acontecendo de forma gradual, envolvendo os cuidados domiciliares, como os de higiene e alimentação, amenizando, assim, o sofrimento das crianças. Com o decorrer do tempo, estes cuidados foram se transformando, o aparato tecnológico cada vez mais incorporado à terapêutica e esta família aprendendo a lidar com sensores e cateteres ao realizar um banho, por exemplo.

Nesta dinâmica de cuidados à criança, diversas distorções são observadas, seja na inversão de papéis, onde o familiar executa atividades profissionais, como o controle do gotejamento de uma terapia intravenosa, ou a incompreensão do profissional quando o familiar recusa-se a estar presente na realização de determinado procedimento doloroso. (COLLET, 2000; LIMA, 1999; SANTOS, 2001).

Assim, ao nos defrontarmos com várias situações conflituosas no cotidiano do hospital, que envolvem as ações de cuidar, gerenciar o cuidar ou ensinar a cuidar, construímos o entendimento de que cuidar em pediatria não deve se referir somente à criança, mas também às pessoas significativas para ela – a sua família.

Essa perspectiva apóia-se em estudos realizados acerca da referida temática, quando apontam que a família necessita ser cuidada para que possa ser incorporada no cuidado com a criança hospitalizada. Essa família precisa ser preparada para lidar com medos e anseios que circundam o cuidado, o que requer do enfermeiro a captação das necessidades físicas e emocionais do familiar. (GOMES; ERDMANN, 2005; HUERTA, 1996; LIMA, 1999; RIBEIRO, 1997).

Ainda, nessa mesma linha de pensamento, Costenaro et al. (1998, p. 118) afirmam que: “[...] na verdade o profissional amplia seu papel a ter dois clientes com necessidades bastante distintas, dentre as quais destacam a necessidade de ambos sentirem-se cuidados”.

A partir do exposto e na busca de aprofundamento sobre os conhecimentos acerca da interação do familiar no cuidado a criança com CVP, trazemos como **questão norteadora** do estudo:

- Como se dá a interação do enfermeiro com o familiar no cuidado a criança com cateter venoso periférico no cotidiano de um hospital pediátrico?

Neste sentido, o **objeto** do estudo é “a interação do enfermeiro-familiar no cuidado à criança¹ com cateter venoso periférico no cotidiano de um hospital pediátrico”.

Para compreensão desta problemática, apresentamos os seguintes **objetivos**:

- Identificar as ações de enfermagem realizadas no cuidado à criança com cateter venoso periférico;
- Analisar a interação enfermeiro–familiar da criança com cateter venoso periférico no cotidiano de um hospital pediátrico sob a ótica dos enfermeiros.

Nessa perspectiva, o estudo se justifica, pois a atenção à saúde da criança, no Brasil, apresenta-se como uma ação prioritária proposta pela política nacional de saúde dentre os cuidados à saúde da população. Porém, apesar dos avanços ocorridos na promoção de saúde para esse grupo populacional como, por exemplo, a redução significativa da mortalidade infantil, percebe-se ainda situações a serem resolvidas. O que ocorre com a manutenção de morbidades infantis, como pneumonias, diarreias e o surgimento da AIDS infantil, principalmente em crianças menores de cinco anos, ainda resulta, em diversos momentos, da necessidade de internação hospitalar. (BRASIL, 2004).

O Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2005, apresentou o registro de 132.753 internações, pelo SUS, na faixa etária de zero a quatorze anos. Destas internações, 43.812

¹ Nesse estudo criança será definida, de acordo com o ECA, como pessoa até doze (12) anos incompletos.

(33%) foram por doenças do aparelho respiratório; 25.059 (18%) por doenças infecto-parasitárias e 14.691 (11%) por afecções originárias do período perinatal. (BRASIL, 2006).

Para essas situações, o tratamento, em sua maioria, é indicado com o uso da terapia intravenosa, normalmente através de cateteres venosos periféricos. Esta terapêutica exige do profissional um alto nível de complexidade técnico-científico, sendo realizada por diversos profissionais, levando a criança a desencadear uma série de reações, em sua maioria negativas, frente a este processo, no qual a família estará presente, sendo preparada ou não.

O estudo apresenta a oportunidade de refletirmos sobre a ação do enfermeiro com relação à inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. Assim, cabe esclarecer que alguns estudos sobre essa temática já foram desenvolvidos, porém há uma lacuna de conhecimento a preencher.

Apesar da difusão, no campo teórico, da importância da família na hospitalização da criança, identificamos, no cotidiano de uma enfermagem pediátrica, o não reconhecimento do binômio criança-família como foco de cuidado.

A fim de subsidiar esta pesquisa, foi realizado um levantamento de produções científicas indexadas através da busca eletrônica na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Saúde na Adolescência (ADOLEC), Banco de Dados da Enfermagem (BDENF), com os seguintes descritores em português: “criança hospitalizada”, “família”, “enfermagem”, no recorte temporal de 1996 a 2006. Neste período, foram encontrados alguns artigos, totalizando vinte e três referências que tratavam desse tema.

Dentre esses, destacamos autores como: Lima (1999) que apresenta a necessidade das (os) enfermeiras (os) na aquisição de um corpo de conhecimentos mais amplos, além do biológico, incorporando outros saberes que dêem conta das relações interpessoais para mudança de visão acerca da participação dos pais; Collet e Rocha (2003) que, ao analisarem esta relação por meio de revisão bibliográfica, identificam que ainda não estão bem definidas as mudanças ocorridas na organização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada a partir da inserção e permanência da família neste ambiente. Assim como apontam para a necessidade de um preparo específico para o enfermeiro pediátrico.

Deste modo, Santos (2003) descreve que o acompanhante ao recorrer à equipe de enfermagem espera encontrar, nesses profissionais, uma referência para o atendimento de suas necessidades frente ao cuidar da criança hospitalizada. Eles desejam ser acolhidos pela equipe de enfermagem, considerando que acolher a criança e seu acompanhante é conceder-lhe um tempo, no qual atenção, carinho e paciência fazem parte desse atendimento.

Assim, Gomes e Erdmann (2005), ao fazer uma reflexão sobre a necessidade de humanização do cuidado à criança hospitalizada, percebem a relação entre a equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada de forma conflituosa, apesar do reconhecimento da permanência desta na hospitalização. A autora sugere que compete aos profissionais a iniciativa de integração da família nesse cuidado.

Em outra busca sistematizada realizada nos mesmos moldes acima, no qual foram utilizadas a base de dados MEDlars Online Literatura Internacional (Medline), LILACS, ADOLEC, BDENF com os descritores em português: “acesso venoso periférico”, “cateterismo venoso periférico”, “enfermagem pediátrica”, “criança” e “hospital” e que adotamos como critérios de inclusão para a análise: estudos que se apresentavam em português, espanhol e inglês; produções científicas que abordassem somente cuidado de enfermagem a criança com cateter venoso periférico e os trabalhos científicos, na íntegra, virtualmente disponíveis. Este levantamento permitiu verificar que as produções científicas de enfermagem acerca do cuidado à criança hospitalizada com cateter venoso periférico apresentam uma ênfase nos aspectos técnicos que envolvem este cuidar, apresentando diversas contribuições para que se torne uma prática segura e eficaz para o trinômio – criança, família e enfermagem.

Entretanto, identificamos a importância da atenção e atendimento às necessidades psicossociais da criança e família neste cuidado com o objetivo de amenizar as situações difíceis e estressantes decorrentes da hospitalização, nesse caso o cateterismo venoso periférico.

Pretendemos, neste estudo, através da reflexão acerca da interação entre o enfermeiro e a família da criança hospitalizada, a possibilidade de fornecer à enfermagem subsídios para fundamentar sua prática, buscando um novo olhar para a integração da família no processo de cuidar da criança.

Neste sentido, irá contribuir para a produção do conhecimento na área da saúde de crianças hospitalizadas do Grupo de Pesquisa CNPq “Cuidando da Saúde de Crianças e Adolescentes” e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

1 ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

1.1 Transformações históricas da hospitalização pediátrica e suas repercussões na criança

Historicamente, o cuidado à criança sofreu diversas mudanças significativas. Tais mudanças decorreram da própria evolução do conceito de criança, no qual até o século XVI esta era considerada um adulto em miniatura, em que não existia uma consciência de infância. (ÁRIES, 1981).

A partir do século XIX identifica-se um novo olhar para a criança, pois esta passa a ser uma preocupação socioeconômica em plena Revolução Industrial, visto que a criança de hoje seria o adulto de amanhã, ou seja, capacidade de trabalho produtivo. Assim, é nesta perspectiva não tão romântica da criança é que se inicia o reconhecimento desta fase de desenvolvimento do ser humano até então desconsiderada. (LIMA, 1999; OLIVEIRA, 1999; ZANOLLI, 2001).

Nesta corrente evolucionista, em 1948, temos a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pelas Organizações das Nações Unidas - ONU, como um dos marcos mundiais de proteção à criança; assim como, no Brasil, em 1990, o ECA (1993), que define em seu artigo 3º:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral do que trata esta lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facilitar o desenvolvimento físico, mental, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade.

Portanto, a maneira de cuidar da criança, tanto no âmbito domiciliar como no hospitalar, sofreu influência direta das transformações sociais e econômicas ocorridas em diversas sociedades que, aliadas aos avanços tecnológicos e científicos, incorporou as descobertas da psicologia e pedagogia neste cuidar. Fato que nos reporta a Oliveira (1999), que constatou que este cuidar não pode se restringir apenas à sua dimensão biológica e / ou técnica.

Desde 1950, a literatura científica aponta caminhos de humanização para a hospitalização pediátrica. Estes reverteram o isolamento social imposto às crianças no momento de sua internação, que afastavam-nas da família, como justificativa de prevenção de infecção, não levando em consideração seus aspectos emocionais. Identificaram, por meio de estudos da psicologia e psicanálise, os efeitos maléficos desta privação familiar como fator etiológico para diversos distúrbios comportamentais apresentados, levando a buscar

estratégias para o -estar desta clientela. Assim, iniciam-se discussões sobre a importância da permanência da mãe durante a internação de seu filho, o que gerou diversos trabalhos científicos demonstrando as repercussões dessa ausência na saúde física e mental das crianças. Com passar do tempo, no final dos anos 80, o foco passou a ser os benefícios da presença materna para hospitalização infantil e apresentou como resultados a redução do tempo de internação, a diminuição nos níveis de infecção cruzada, melhor compreensão da dinâmica hospitalar tanto para criança como para mãe. (IMORI, 1997; LIMA, 1999; RIBEIRO; ANGELO, 2005).

Neste momento, cabe ressaltar que, no cenário hospitalar brasileiro, a presença do familiar junto à criança, durante a sua internação, já está garantida por lei há mais de quinze anos, o que identifica o reconhecimento da importância da família na sua recuperação e promoção de bem-estar. Pois, a família tem a responsabilidade primária dos cuidados para saúde durante o processo de saúde-doença.

Elsen e Patrício (1995) categorizam a influência dessas transformações no processo de cuidar da criança hospitalizada, a partir do foco de atenção à criança no processo de saúde-doença, em três tipos de abordagem: centrada na patologia da criança, centrada na criança e centrada na criança e sua família. As autoras complementam que a escolha do tipo de abordagem pela instituição está relacionada aos valores e crenças pessoais e profissionais dos elementos da equipe de saúde.

Na abordagem centrada na patologia da criança, o foco das ações profissionais é a patologia, sinal ou sintoma que a criança apresenta, no qual todo o esforço da equipe está concentrado no direcionamento à obtenção de dados sobre os problemas de saúde da criança, diagnóstico e terapêutica. Nesse modelo, a família encontra-se numa posição periférica, como autorizador da internação, tratamento e alta hospitalar. Apresenta uma comunicação formal e vertical entre a equipe, a criança e a família, cabendo ao profissional a decisão de quando e o que informar.

Quanto à abordagem centrada na criança, as autoras a definem como um modelo voltado para o crescimento e desenvolvimento dessa criança, em sua dimensão biopsicoespiritual, pois apresenta suas necessidades e vulnerabilidades decorrentes desse processo. A equipe de saúde se encontra voltada para doença e recuperação da saúde da criança, como também satisfação das necessidades psicoemocionais da criança, através da inclusão do familiar na assistência e cuidados com objetivo de minimizar os efeitos negativos da hospitalização. Com a participação familiar, busca-se o desenvolvimento da educação em saúde para que possa melhor cuidar da criança no domicílio. As tomadas de decisão, ainda

compete aos profissionais de saúde, porém mantém a família atualizada e procura discutir com a mesma sobre os resultados esperados por meio de uma comunicação horizontal.

Nesta última abordagem, a centrada na criança e na família, ainda pouco freqüente em nosso meio, a criança é vista de forma holística e a família responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atender suas necessidades de saúde. Cabe à equipe de saúde, além da execução de técnicas e procedimentos, o assessoramento às famílias em suas dúvidas, apoio às suas iniciativas e constante estímulo às suas práticas de cuidado. Apresenta, também, como característica a ênfase na continuidade da assistência a nível domiciliar, o que necessita de profissionais com visão de saúde comunitária. O processo de hospitalização assim como os objetivos do plano assistencial e as tomadas de decisão são compartilhados entre a equipe de saúde e a família.

É importante ressaltar que encontramos alguns aspectos da abordagem centrada na criança e na família, elencados nos itens da Declaração de Direitos da Criança e Adolescentes Hospitalizados – Resolução CONANDA N° 41/95, como: “[...] Direito a que seus pais e responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre o procedimento a que será submetida”. (BRASIL, 1995).

Indubitavelmente, a hospitalização pediátrica surge como um evento desorganizador, estressante para o binômio criança-família, oriunda normalmente de algum processo patológico. Esta provoca uma ruptura na rotina de vida deste binômio, o que origina diversos sentimentos e reações comportamentais, como: ansiedade, medo, culpa, negação.

Oliveira (1997), em seu estudo, caracterizou a doença e a hospitalização a partir da percepção da própria criança. Apontou a doença como um evento concreto, doloroso, ameaçador, que altera sua vida cotidiana. Complementa que esta se deve a algo em que fez de errado e que tem como resposta o castigo de ficar doente. No tocante ao hospital, este é identificado pela criança como um lugar desconhecido, sem atividades interessantes, torturante e que causa tristeza, solidão e saudade.

Na verdade, a hospitalização e suas situações decorrentes, como sondagens, injeções, ou punções, são experiências difíceis para criança, por causarem dor, medo, redução de sua autoconfiança e auto-estima. Suas reações, geralmente, são dependentes: do estágio evolutivo em que se encontra; do grau de sofrimento e significado que a doença tem para esta e seus familiares; a relação criança-família; a resposta da criança à reação dos pais; e o resultado das interferências do evento nas funções físicas, psicológicas e sociais. (SOARES; VIEIRA, 2004).

Neste sentido, faço um recorte aos procedimentos invasivos necessários durante a hospitalização da criança e apresento o cateterismo venoso periférico, frequentemente utilizado na terapêutica pediátrica. Este é definido como a inserção e manutenção de um cateter em veia periférica, por meio da punção de um vaso através da pele. (PHILLIPS, 2001; POTTER, 1998).

Para realização deste procedimento, alguns passos seqüenciais devem ser adotados, no qual Phillips (2001) sistematizou em etapas de pré-punção, punção e pós-punção. A fase de pré-punção compreende as ações de identificação da prescrição da terapêutica, avaliação e preparo emocional do paciente, preparo do material, seleção do sítio de inserção e dilatação da veia selecionada. As ações envolvidas na punção são a escolha do tipo de cateter, a execução das precauções-padrão, anti-sepsia da pele, punção do vaso, a fixação e curativo do cateter. Finalmente, na etapa de pós-punção adota-se a identificação da punção, o descarte apropriado das partes dos materiais não utilizados, a orientação do paciente acerca da terapêutica, o controle da infusão através do gotejamento, se necessário, e o registro do procedimento.

Isto demonstra que esta ação exige do profissional de enfermagem a aquisição e desenvolvimento de habilidades psicomotoras, cognitivas e afetivas, pois é a partir destas que ele fundamentará a consecução do procedimento. (BRUNNER; SUDDARTH, 1998; MACHADO, 2003).

Cabe esclarecer que a necessidade de uma terapia intravenosa está presente em 90% dos clientes hospitalizados, conforme Torres (2003), estando frequentemente associada à necessidade do estabelecimento de um acesso venoso periférico. De acordo com Silva (2004), o cateterismo venoso periférico é uma das modalidades mais empregadas, rotineiramente realizado pela equipe de enfermagem que, apesar de apresentar menor risco de infecção, acarreta dificuldade de manutenção por longo prazo, sensação de dor de intensidade moderada e que se acentua devido às punções sucessivas em diferentes locais.

Esta problemática, na criança, surge de forma diferenciada desde as características específicas de sua rede venosa até sua vulnerabilidade frente a situações estressoras. Observa-se que a criança e sua família, por não saberem lidar com situações desconhecidas ou previamente conhecidas, desenvolvem a fantasia e o medo, reportando às famosas injeções, como demonstrado em alguns estudos. (MARTINS et al., 2001; SOARES; VIEIRA, 2004).

Mediante ao exposto na prática hospitalar, percebe-se esta situação de forma estressante para criança, no qual o seu desenvolvimento cognitivo refletirá na compreensão da situação vivenciada.

1.2 Cuidando do binômio criança-família

Neste contexto, devemos atentar que esta criança não está sozinha, junto a ela há um responsável-família que está vivenciando tais ações e reações. Durante a enfermidade da criança, a família ingressa no hospital, ambiente novo e desconhecido, como fonte de apoio e proteção a esta criança. Entretanto, este familiar precisa se adaptar e por diversas vezes se julga e é incapaz de fornecer este apoio. Pitta (1999) reforça esta situação quando aponta que o estresse psicológico dos familiares contribui para potencialização da ansiedade do doente, demonstrando a família como possuidor de necessidades no desempenho de seu papel.

Devido a diversidades de conceitos de família existentes, para fins deste estudo, utilizarei o conceito proposto por Bub et al. (1994 apud HENCKEMAIER, 2004, p. 359):

Unidade formada por seres humanos que se percebem como família, através de laços afetivos, de interesse e / ou de consangüinidade, dentro de um processo histórico de vida, mesmo quando essas pessoas não compartilham um ambiente. Tais pessoas relacionam-se dinamicamente, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores, normas, conhecimentos e modos de vida estruturados na cultura de gerações que incorporam e nas classes sociais a que pertencem. Elas têm direitos e responsabilidades, vivem em interação com outras pessoas, famílias, profissionais e instituições.

No decorrer do tempo, a família vem sendo caracterizada como unidade que cuida de seus membros, atendendo a suas necessidades. É responsável pela socialização da criança fornecendo-lhe referenciais de vida para o enfrentamento das transformações do mundo. (MARCON, 2004).

Segundo Hymovich apud Schimitz (1995), a caracterização da doença-hospitalização na ótica da família será influenciada pela percepção que esta tem sobre este evento, como também o suporte disponível e sua capacidade de enfrentar as dificuldades. Acrescenta que caso este evento seja caracterizado como crise, a família passará por momentos de desorganização, prejudicando ou não o desempenho de seu papel, refletindo na criança.

A família representa para criança a principal fonte de segurança e apoio, tanto que sua inserção no cotidiano hospitalar apresenta-se como forma de humanização para criança. Entretanto, ela necessita de auxílio para o exercício de sua função.

A agenda de compromissos para saúde integral da criança, proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), apresenta a criança como foco de atenção de todos os profissionais que se relacionam com ela, relacionado à missão profissional de cada um, seja nas unidades de saúde, domicílios ou em espaços coletivos, como escola, creche, compreendendo suas necessidades e direitos como indivíduo. Assim, a criança como ser em desenvolvimento, pertencente a um sistema familiar, no qual a sua hospitalização surgirá como um evento que afeta tanto a este como a si próprio, exige dos profissionais de saúde, neste caso a equipe de

enfermagem, a compreensão de que para um atendimento integral, é preciso superar o modelo, vigente na maioria das instituições, pautado em ações voltadas para os aspectos biológicos da criança e considerar as necessidades psicossociais desta e de sua família. (COLLET; OLIVEIRA; CORREA, 1999; HUERTA, 1996; RIBEIRO, 1997; SCHIMITZ, 1995; SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996).

É importante ressaltar que a permanência da família na hospitalização pediátrica brasileira encontra-se em processo de amadurecimento, no qual faço uma analogia à adolescência, visto que esta presença tornou-se um espaço legítimo há aproximadamente dezesseis anos, com o ECA. Inúmeros estudos já demonstraram a necessidade e importância da família junto à criança no momento da hospitalização, caracterizando esta permanência como inquestionável. (ALTHOFF; ELSESEN; LAURINDO, 1998; CYPRIANO; FISBERG, 1990; COLLET, 1998; GARCIA; HORTA; FARIAS, 1997).

No entanto, no cotidiano hospitalar percebemos a presença da família, ainda em determinados momentos como uma dificuldade para a equipe de enfermagem, principalmente no cuidar da criança. Não se pode esquecer que determinadas ações necessárias no ambiente hospitalar são as mesmas que o familiar realiza no ambiente doméstico, como cuidados higiênicos e alimentares.

Entretanto, constatamos que, conforme a condição da criança, como em casos de doença crônica e/ou dependente de tecnologia², tais cuidados se ampliam até aqueles relacionados à medicação, sondagens e aspirações. Esta forma de cuidar da criança pelo familiar surge, normalmente, decorrente de um processo de desospitalização para uma assistência domiciliar, no qual a família é preparada pela enfermagem para realização dessas ações.

Essa situação acima descrita gera conflitos de papéis e responsabilidades, pois estamos falando de crianças e famílias com necessidades individuais no contexto da hospitalização, nas quais as ações de enfermagem são regulamentadas pela Lei 7498/86. Isto requer do profissional atenção aos aspectos legais que envolvem essa prática à criança hospitalizada e sua família fazendo as devidas adequações de acordo com a situação da criança.

Elsen e Patrício (1995) apontam a necessidade de ultrapassar a compreensão da família como mera cumpridora das determinações dos profissionais de saúde e entendê-la

² Criança dependente de tecnologia (CDT) se caracteriza pela dependência de artefatos tecnológicos e/ou farmacológicos indispensáveis à sobrevivência. Tais artefatos podem auxiliar a nutrição e medicação, respiração ou outros (DRUCKER, 2007).

como agente participante, no qual necessita ser ouvida tanto para suas dúvidas como para suas opiniões.

Portanto, cabe à enfermagem, liderada pela enfermeira, avaliar e analisar o contexto de vida desta criança e família para que possa propiciar a sua participação no cuidado à criança nesta fase, normalmente tão difícil para ambos. Para isto, a enfermeira deve ter a intenção de incluí-la, o que significa em diversas instituições, mudança de atitudes, estruturas, regras e procedimentos hospitalares, oportunizando a criança a integração da família neste cuidado, possibilitando que a mesma possa exercer sua função. (GONZAGA; ARRUDA, 1998; LIMA, 1999; RIBEIRO, 1997).

Para um exercício de forma efetiva, a família deve ser preparada pela enfermeira desde o primeiro minuto de internação, pois Waldow (1995) cita que para esta desempenhar o papel de cuidador são necessários a incorporação e desenvolvimento de novos comportamentos e ações pelo familiar, através do acesso a conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, que até então, não dominavam. A partir daí, este assumirá uma posição de forma segura, que vem ao encontro de estudos que apontam o preparo da família durante a hospitalização da criança, principalmente nos procedimentos invasivos como um meio eficaz de cuidar, visto que esta se torna mais segura e tranqüila, transmitindo à criança estas sensações. (GARCIA; HORTA; FARIAS, 1997; GONZAGA; ARRUDA, 1998; HUERTA, 1996; MARIA et al., 2003).

É nesse contexto que identificamos o familiar da criança hospitalizada, também, como um cliente possuidor de necessidades e que devem ser atendidas pelos profissionais de enfermagem.

Nessa perspectiva, para o atendimento às necessidades desse familiar, o enfermeiro deve buscar conhecê-lo com intuito de captar sua problemática, seus desejos e anseios, assim como suas vivências e o contexto social que se insere. Para essa busca, é necessária a interação entre o enfermeiro e o familiar de forma integral, através de uma relação de escuta e diálogo. Essa relação necessita ser pautada numa troca de informações e saberes para que resulte numa melhoria no processo de hospitalização da criança e, conseqüentemente, de seu familiar, como também do cuidado prestado.

Assim, neste estudo, partimos do pressuposto de que a participação do familiar no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada favorece o restabelecimento da mesma, o que indica ao enfermeiro a responsabilidade de criar condições para que este familiar suporte tal situação, através do atendimento de suas necessidades, a partir de uma interação eficaz, a fim de que possa desempenhar seu papel de cuidador perante a criança.

Para análise e discussão dos dados, realizamos uma busca a referenciais coerentes com a problemática estudada e a metodologia escolhida. Para o referencial teórico deste estudo, utilizamos os conceitos propostos por Moscovici (2007) e Stefanelli (2005).

Moscovici (2007) apresenta o processo de interação humana como complexo e multidimensional, ocorrendo permanentemente através de comportamentos manifestos ou não, verbais ou não verbais, como gestos, pensamentos, postura, reações mentais e /ou sentimentos. Ao estarmos em presença do outro, mesmo que silenciosamente ou distanciado, a interação está ocorrendo, pois estamos de alguma maneira comunicando algo.

Temos que ter em mente que ao iniciarmos um relacionamento estarão presentes diferenças internas de cada um que comportam conhecimentos, preconceitos, crenças, valores, o que gera diferentes opiniões, sentimentos em cada momento vivenciado.

Stefanelli (2005) aponta que a comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, cujas próprias mensagens e o modo como acontece essa comunicação exercerá influencia no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio e longo prazo. Esta passa a ser uma possibilidade de definição de metas e objetivos a serem atingidos pelo cliente, por ele próprio ou em conjunto, de forma que com que o cliente se sinta um ser digno, com capacidade de encontrar soluções para seus problemas.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, visto que este se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, como é o caso da interação enfermeiro-familiar e as ações de cuidado de enfermagem à criança com cateter venoso periférico. Trabalhamos com o universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, que respondem as questões dessa interação de modo muito particular. (MINAYO, 2000).

Essa investigação, segundo Leopardi (2001), é uma modalidade de pesquisa que permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado assunto, problema, e visa a criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.

2.2 Cenário do estudo

O cenário de estudo desta pesquisa foi o Hospital Municipal Jesus, cuja escolha deu-se pelo fato de ser uma unidade pública, terciária, especializada e exclusivamente pediátrica. Instituição localizada em Vila Isabel, pertencente à área programática 2.2 do Município do Rio de Janeiro que tem como característica o atendimento de crianças em situações de investigação diagnóstica, assim como em situações de complexidade e gravidade, e que geralmente têm associadas doenças crônicas ou mal-formações congênitas. Tais fatos resultam, normalmente em internações prolongadas e/ou reinternações freqüentes para as crianças, gerando medo, ansiedade, por vezes revolta, tanto para a criança, como para a família.

Mediante essa situação, percebemos esta unidade hospitalar como um cenário rico para descobertas, acerca da interação enfermeiro-familiar no cuidado à criança hospitalizada, pois se trata de um ambiente cercado de tensões, no qual vivenciam a dor de ver diariamente seu filho/pessoa significativa doente. Essa criança e seu familiar podem ficar na instituição meses hospitalizados, tendo como consequência, para o familiar, a preocupação com o abandono do lar, assim como dos outros membros da família, expondo os outros filhos a riscos, como também a possibilidade de desemprego, gerando falta de renda, além de outras necessidades sociais. Isto suscita diversas demandas à equipe de saúde, principalmente a de enfermagem, pois esta tem um contato quase que ininterrupto.

Este hospital foi fundado em 1935, dentro do plano de criação da rede hospitalar no Distrito Federal, pelo Prefeito Pedro Ernesto. Em seu histórico, encontram-se os primeiros estudos acerca da abreugrafia realizados pelo Dr. Manoel Dias de Abreu, radiologista desta

unidade, como também, a aquisição dos “pulmões de aço”, na década de 40, como eram conhecidos os respiradores utilizados na terapêutica da poliomielite, no qual o hospital era referência para tal e havia uma enfermaria destinada a esta epidemia da época. (SUSEME, 1964).

Atualmente, o fluxo de atendimento da clientela é por demanda espontânea e referenciada, na faixa etária de zero a doze anos, exclusive. Apresenta a organização da planta física conforme o tipo de assistência – hospitalar e ambulatorial. O atendimento hospitalar é feito em prédio próprio, com 120 leitos. Este está estruturado da seguinte forma: Serviço de Pediatria, 56 leitos, destinados à clínica médica, pneumologia e doenças infecto-parasitárias; Centro de Tratamento Intensivo, 10 leitos; Unidade Intermediária, 10 leitos; Serviço de Cirurgia Pediátrica, 16 leitos, e é referência municipal para as patologias neonatais cirúrgicas; Serviço de Neurocirurgia Pediátrica, 6 leitos, referência estadual para patologias neurocirúrgicas; Serviço de Ortopedia, 20 leitos, referência estadual, com atendimento de alta complexidade; e Centro Cirúrgico, com 8 salas cirúrgicas e 3 leitos de recuperação pós-anestésica. Conta com classe hospitalar, primeira do Brasil, destinada às crianças internadas com professores da rede municipal de educação, e também com o NUPE – Núcleo de Projetos Especiais, no qual coordena diversas ações com propostas de humanização hospitalar, como: Projeto Biblioteca Viva; trabalhos voluntariados voltados para crianças, familiares e profissionais; eventos de comemorações de datas típicas, tais como, páscoa, dia das crianças, natal entre vários.

Em outro prédio, contíguo ao de internação, localiza-se a assistência ambulatorial que possui diversas especialidades médicas, com atendimento de seis mil consultas mensais. Diversos programas de saúde de referência são realizados, como hospital-dia, com 6 leitos, do Programa DST-AIDS; núcleo de atendimento à vítima de violência sexual e o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE, situado na unidade, considerado referência estadual. Além disto, há projetos como GAMJE, grupo de atendimento multiprofissional a criança portadora de disrafismo; Projeto Bem Receber, destinado à porta de entrada do hospital com o objetivo de receber a população, organizando a demanda diária ao ambulatório, pautado em rotinas e critérios definidos de acordo com perfil de oferta de serviços da unidade e na identificação de fatores de risco através da equipe multiprofissional.

Trata-se de um hospital que é campo de estágio para diversas categorias profissionais como: enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia, por ser um campo de excelência para aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, proporcionando qualificação na área pediátrica.

Escolhemos para coleta de dados as unidades de internação em que o familiar estivesse presente integralmente ao lado da sua criança hospitalizada. Estas unidades – enfermarias de clínica médica, ortopedia, neurocirurgia e cirurgia pediátrica – encontram-se situadas no prédio de internação, localizadas no segundo e terceiro pavimentos, totalizando 96 leitos disponíveis.

O corpo de enfermagem desta instituição é formado por 64 enfermeiros e 243 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Estão lotados nestas enfermarias selecionadas 30 enfermeiros e 109 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem.

2.3 Sujeitos do estudo

Para a participação dos sujeitos, utilizamos como critérios de inclusão ser enfermeiro, atuar ou ter atuado diretamente no cuidado às crianças com cateter venoso periférico e concordar em participar do estudo.

Cabe esclarecer que tivemos neste grupo situações como dupla matrícula, dupla jornada e outros, o que fez excluir 06 enfermeiros do total por se tratar da mesma pessoa. Assim, dos 24 enfermeiros lotados nas enfermarias selecionadas foram entrevistados 18, representando 75% do total.

Todos os sujeitos receberam informações detalhadas sobre a pesquisa, sendo a participação de caráter voluntário. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e informado quanto à garantia do anonimato de seus depoimentos, em consonância a Resolução 196/96 do CNS, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Renomeamos cada entrevistado, através de um código, E, numerado de 01 a 18. (BRASIL, 1996).

Entrevistado	Idade (anos)	Sexo	Tempo de formação profissional (anos)	Tempo de atuação profissional (anos)	Tempo de atuação em pediatria (anos)
E1	34	F	08	08	08
E2	45	F	10	10	05
E3	46	F	28	28	15
E4	36	F	15	14	13
E5	55	F	32	32	27
E6	45	F	23	22	22
E7	49	F	17	16	14
E8	45	F	22	21	21
E9	51	F	29	28	28
E10	49	M	12	9	9
E11	47	F	24	24	22
E12	47	F	24	22	22
E13	45	F	23	22	22
E14	41	F	15	13	13
E15	47	F	23	23	23
E16	49	F	23	22	22
E17	46	F	22	22	22
E18	43	F	22	22	12

Quadro 1 - Caracterização dos Entrevistados segundo a idade, sexo, tempo de formação e atuação profissional - Rio de Janeiro - 2007

2.4 Coleta de dados

Utilizamos a entrevista não-diretiva como procedimento metodológico, com autorização prévia dos participantes, pois permite ao pesquisador uma maior flexibilidade na condução da entrevista bem como o diálogo entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa e apreciação de dados de natureza qualitativa (LÜDKE; ANDRÉ, 1995). Esta, para Minayo (2000), possibilita o conhecimento da opinião de determinada pessoa ou grupo de forma aprofundada.

A entrevista objetiva a descrição do caso individual, a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos e a comparabilidade dos casos. Neste caso, não há necessidade de uma seqüência rígida quanto aos assuntos a serem abordados porque esta é determinada, geralmente, pelas preocupações e ênfases que emergem da fala dos entrevistados ao se discutir o assunto em questão (MINAYO, 1999). Complementa-se a este tipo de técnica, o fato de haver maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou escrever perguntas, especificar alguns significados, como meio de estar sendo compreendido, além de oferecer oportunidade para avaliar atitudes, condutas, assim como as reações e gestos do entrevistado (LAKATOS; MARCONI, 2005). Adotamos um roteiro (Apêndice B)

constituído por caracterização dos sujeitos e eixos temáticos do estudo, visto que o entrevistado poderia colocar livremente o conteúdo de sua resposta.

As entrevistas ocorreram na instituição selecionada, no período de julho a setembro de 2007, após o contato prévio com cada sujeito para agendamento de data e hora adequados para sua realização. As entrevistas foram realizadas individualmente, na sala da supervisão de enfermagem por sugestão dos próprios depoentes. Gravamos digitalmente as entrevistas e estas tiveram, em média, a duração de 30 minutos. Ao início de cada encontro, reforçamos a importância da participação dos sujeitos, buscando tranquilizá-los. Ressaltamos a importância de conhecer o que eles pensavam a respeito da temática do estudo, afirmando que não existiria o certo ou errado para as respostas.

Encerrávamos as entrevistas agradecendo a sua participação e que estávamos à disposição para qualquer esclarecimento.

2.5 Análise de dados

Neste estudo, optamos pela análise de conteúdo, por ser de acordo com Chizzotti (2000, p. 98) “um método utilizado para análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzido a um texto ou documento”.

Carmo-Neto (1993) apresenta a análise de conteúdo como uma hermenêutica controlada baseada na dedução, que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. Esta análise viabiliza penetrar nos cenários e tramas da mente do autor, possibilitando a ilusão de achar-se dentro da mente do autor, o que dá uma sensação de expectador do fluir de sua mente.

Para análise dos dados obtidos nas transcrições das falas das enfermeiras, utilizamos a técnica e instrumentos de análise, proposta por Oliveira (2002), através dos seguintes passos: fase de pré-análise, que consiste na formulação de hipóteses e objetivos e o preparo do material para a análise; após realizamos a fase de codificação, ou exploração do material, na qual os dados brutos são lapidados sistematicamente e agrupados em unidades de registro; e para finalizar a fase de tratamento dos resultados, que consiste na associação da inferência à interpretação, objetivando ressaltar as informações fornecidas pela análise.

Assim, buscamos, através dessa técnica, a redução da grande quantidade de informações possíveis contidas nos registros das entrevistas realizadas com os enfermeiros ao desmembramento de características próprias ou categorias empíricas que oportunizam a interpretação destes nos contextos em que ocorrem estas informações. (CHIZZOTTI, 2000).

Iniciamos pela escuta das entrevistas gravadas para fazermos as transcrições das mesmas. Estas foram transcritas na íntegra, respeitando as palavras utilizadas pelos entrevistados, para análise dos dados. A seguir realizamos leituras flutuantes do material bruto, buscando a sua familiarização. A partir de novas leituras, fomos recortando as unidades de registro (UR), utilizado para isto a sua significação e relevância para o estudo. Estas UR foram codificadas com algarismos numéricos e posteriormente associamos a cada código um tema ou unidade de significação para cada UR.

A seguir, realizamos a quantificação das UR e em que entrevistas apareciam cada unidade de significação. Agrupamos as unidades de significação por assuntos, sejam eles emergidos das falas ou para atingir os objetivos do estudo.

Identificamos as categorias, através da nomeação baseada na idéia principal do conjunto de unidades de significação e contabilizamos o total de UR de cada categoria, assim como o percentual de cada uma delas. Agrupamos categorias relacionadas em categorias maiores e discutimos as idéias centrais baseadas nos referenciais teórico-conceituais.

A partir dos dados analisados é que identificamos as seguintes categorias: Dinâmica do cuidado à criança com CVP e suas respectivas subcategorias: Ações de enfermagem que envolve a colocação e manutenção de CVP e Inclusão do familiar no cuidado de enfermagem à criança com CVP; e Processos de interação enfermeiro-familiar no cuidado de enfermagem à criança com CVP.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Dinâmica do cuidado de enfermagem à criança com cateter venoso periférico

Esta categoria é composta por 373 unidades de registro, que equivalem a 57.9% do total de unidades analisadas. Nela estão presentes as subcategorias que se referem à colocação e manutenção do cateter venoso periférico em criança e a inclusão do familiar nesse cuidado no cotidiano de uma enfermaria de pediatria.

Nesse sentido, vale lembrar que na dinâmica do cuidado à criança com cateter venoso periférico identificamos ações específicas realizadas pela equipe de enfermagem, focadas na colocação e manutenção desse cateter, estabelecidas por meio de relações entre profissional-criança-família, no qual esta última é incluída com intuito de minimizar os efeitos estressores oriundos desse cuidado.

3.1.1 Ações de enfermagem voltadas para a colocação e manutenção do cateter venoso periférico na criança

Na prática do enfermeiro, observamos, freqüentemente, a necessidade de instalação e a manutenção do acesso venoso periférico nas crianças hospitalizadas. Identificamos que a execução deste cuidado está permeada por sentimentos e atitudes tanto para as crianças como para os familiares e profissionais de enfermagem; e que precisamos estar atentos a estas questões. Entretanto, apresenta aspectos técnicos relevantes que devem ser foco de atenção do profissional envolvido para realização de uma prática segura e eficaz à criança que está sob seus cuidados.

Para instalação de um cateter venoso periférico recomenda-se a adoção de etapas sequenciais, já denominadas anteriormente de pré-punção, punção e pós-punção (PHILLIPS, 2001; POTTER, 1998). Cabe ressaltar que estas etapas são adotadas rotineiramente pelos enfermeiros no cuidado à criança com cateter venoso periférico.

As etapas de pré-punção são deflagradas a partir de uma terapêutica prescrita no qual o profissional de enfermagem é informado e inicia a avaliação e preparo emocional da criança, conforme evidenciamos nos depoimentos abaixo:

“Lá no leito a gente conversa com a mãe, quando é a primeira vez a gente avisa o que vai fazer: vai puncionar, que a criança vai fazer a medicação que o médico prescreveu, normalmente antibiótico e que vai precisar puncionar um acesso periférico. A gente conversa com a mãe.” E-2

“Quando tem que puncionar, primeiro a gente avisa a mãe: vamos ter que puncionar uma veia. Converso com ela, ele tem que tomar o remédio [...]”.E-16

*“(...) então você vai preparar não menti, dizer que vai doer (...) com a criança maior se ele colaborar não vai doer tanto porque a gente não vai ter que ter outras punções.”*E-13

Desse modo, Phillips (2001) recomenda que se inicie o procedimento de instalação de cateter venoso periférico a partir da checagem da prescrição médica. Esta deve ser legível, clara e completa, além de conter os seguintes dados: tipo de solução e/ou medicação, dosagem, volume, via, velocidade e frequência.

Podemos identificar, nas falas dos enfermeiros, o preparo emocional da criança e também de seu familiar no cateterismo venoso periférico. Este preparo é realizado conforme as características da clientela a ser atendida.

Os depoimentos apontam o preparo da criança e da família antes, durante e após o CVP, como um meio de diminuir seus medos e ansiedades. O que demonstra, assim, a necessidade de intervenções psicossociais com o objetivo de minimizar o impacto emocional provocado pela doença e, conseqüentemente, sua terapêutica. (CAMPBELL; JACKSON, 1991; FREY, 2000; GARCIA, 1996; WILLOCK, 2004).

Para um preparo eficaz, deve-se levar em conta a fase do desenvolvimento da criança, no tocante ao seu grau de compreensão; as suas características individuais, a identificação de hospitalizações pregressas; a percepção da criança e sua família acerca da situação a ser vivenciada; a informação detalhada sobre o que será realizado, ocorrendo o numa área neutra e livre de ameaças. Aos familiares, as orientações devem ser feitas separadamente, num ambiente privativo, se possível. (GARCIA, 1996; SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996; WONG, 1999).

A partir do preparo emocional da criança e do familiar, identificamos que o profissional de enfermagem lava as mãos, objetivando a redução significativa de risco de infecção. (PHILLIPS, 2001).

*“[...] quando você vai puncionar a criança, a primeira coisa é assepsia, limpeza das mãos.”*E-11

Nesta instituição hospitalar, cenário de estudo, recomenda-se o uso de água e sabão para lavagem das mãos antes da colocação do cateter venoso periférico, de acordo com o preconizado pelo Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2002).

Após a lavagem das mãos, ocorre a seleção do material necessário para a cateterização. Normalmente, se utiliza uma cuba contendo algodão seco e embebido com solução anti-séptica, garrote, fita adesiva comum ou antialérgica, dispositivo intravenoso com calibres adequados, luvas de procedimento, extensores para conexão ao cateter, entre outros. O que podemos observar na fala a seguir:

“[...] preparar o material adequado. Bandeja contendo cateter, número próprio para o paciente, garrote, algodão, álcool [...].” E-11

O preparo prévio do material para instalação do cateter venoso periférico é importante para evitar interrupções do procedimento e conseqüentemente um maior tempo de manipulação da criança. (SILVA, 2004).

Após esta etapa, o enfermeiro inicia a escolha do sítio de inserção do cateter, conforme a necessidade individual de cada criança, não sendo possível padronizações, como pode ser observado nos relatos abaixo:

“[...] leva a criança para um espaço, que é mais ou menos como se reservado só para isso. Eu estou falando aqui minha vivência no hospital. Tem um espaço, uma maca. A gente vai a criança sempre acompanhada com a mãe. Primeiro vê, estuda bem, quais as veias que estão mais visíveis [...].” E-2

“[...] a gente tem um lugar que a gente prepara, realiza os procedimentos, eu acho bem mais conveniente que no berço da criança, então a gente tem esse lugar e tem que ter o cuidado agente observar a rede venosa.” E-6

“[...] acho que a primeira coisa que a gente não pode esquecer é de lavar nossas mãos, preparar o material, não esquecer porque já facilita o serviço da gente, senão é um vai e volta danado.” E-6

“Basicamente o preparo do material, chegar à criança, tentar e ver. Eu gosto de começar sempre pela mão, para depois ir subindo. Começar sempre pelas extremidades dos membros, para não furar aleatoriamente. Então eu começo sempre pela mão, você vai subindo e depois membros inferiores.” E 11

“[...] procurar visualizar esse acesso no melhor local possível, dependendo da idade da criança pode até puncionar na cabeça, de preferência nos membros superiores [...].” E-14

O enfermeiro ao avaliar o cliente deve considerar alguns aspectos para uma escolha criteriosa e eficaz, como: a finalidade da punção, o tipo de solução, a condição da rede venosa, a duração da terapia, idade do cliente, habilidade cognitiva da criança, a preferência do cliente, como também a sua atividade.

As veias mais utilizadas no cuidado à criança são as do dorso da mão (metacarpianas, arco dorsal e ramificações da basílica e cefálica), as da fossa antecubital (basílica, cefálica e cubital mediana), as dos membros inferiores (arco dorsal e safena) e região cefálica.

As veias do dorso da mão podem ser utilizadas em todas as idades, são de fácil visualização, porém requerem a imobilização devido à característica de não ser rodeada por tecido de suporte, sendo indicado o local ideal para o início da terapia. Recomenda-se evitar o uso rotineiro da fossa antecubital, por se tratar de um local freqüentemente escolhido para coleta de sangue, de difícil mobilização e incômodo para a criança e que, atualmente, com o advento do cateter central de inserção periférica é o sítio de primeira escolha desta terapêutica. Já, as veias do dorso do pé são mais indicadas para os recém-nascidos e lactentes. (PHILLIPS, 2001; SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996; SILVA, 2004; TANAKA; SHIMODA, 1999).

Na escolha do sítio de inserção nos membros superiores, deve-se levar em conta alguns aspectos, tais como: o lado dominante da criança, principalmente a partir dos cinco anos; caso a criança tenha o hábito de chupar o dedo, essa mão deve ser preservada sempre que possível; evitar as veias dos membros inferiores em crianças que engatinham ou deambulam, para assim amenizar as restrições da criança impostas pela terapêutica. (CAMPBELL; JACKSON, 1991; FREY, 2000).

A região cefálica é uma área na qual a rede venosa encontra-se de forma superficial, o que facilita sua visualização e, conseqüentemente, a punção. A sua utilização, também, é indicada para as crianças menores; porém há divergência na literatura, algumas recomendam até 09 meses, outras até 18 meses. (CLARO, 1993; PHILLIPS, 2001; SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996).

Na prática profissional, percebemos a seleção das veias em região cefálica como um fator de estresse adicional para a família, já que envolve a tricotomia desta região, alterando a estética da criança. A seguir alguns exemplos dessa situação:

“[...] muitas vezes o pai e a mãe ficam nervosos; então eu falo para eles não ficarem, que isso aqui é para o bem da criança. Ela fala: eu não quero que puncione na cabeça, meu filho vai ficar sem o cabelinho. A gente mostra para ela que não é por aí, que a gente já tentou outros lugares, que infelizmente só tem ali que a gente vai tenta.” E-14

“E há também o problema dos cabelos. É uma coisa. Ah é porque o cabelo está tão lindo, porque ela vai batizar no domingo e a criança não tem nem previsão de alta ainda e elas ficam assim, tudo para a gente não mexer no cabelinho ou então

o pai não quer, mas o pai não está aqui e a criança precisa desse acesso e às vezes gera até uns conflitos.” E-15

Portanto, cabe ao enfermeiro, através de um diálogo participativo, fornecer à família informações de que esta é uma necessidade do tratamento da criança, que será retirada a quantidade mínima necessária do cabelo e que este crescerá rapidamente.

A definição do sítio de inserção do cateter venoso periférico deflagra a etapa de punção, que é caracterizada pela seleção do tipo de cateter a ser usado, a adoção de precauções-padrão necessárias para o tipo de procedimento; o preparo da pele do sítio de inserção do cateter com solução anti-séptica, a punção do vaso propriamente dita e, finalmente, sua fixação e curativo.

A escolha do tipo de cateter venoso periférico vai depender, basicamente, de aspectos como o objetivo da punção, a condição e a localização da veia selecionada. Identificamos que o tipo de cateter mais utilizado para instalar um acesso venoso periférico é o não agulhado ou também nomeado de sobre agulha. Esse cateter, de acordo com a literatura sobre o assunto, é o mais indicado por apresentar menor risco de desalojamento, além de ser confeccionado por material de baixo poder de trombogenicidade e inflamação. É recomendado para a clientela pediátrica o uso dos calibres 22 e 24 Gauge (PHILLIPS, 2001). As falas a seguir demonstram essa escolha:

“Aqui, ultimamente, no hospital a gente não tem mais usado o escalpe [...] não estamos utilizando mais até pela própria continuidade, pois perde o acesso venoso com facilidade. A gente tem usado o jelco, número vinte e quatro [...].” E-14

“[...] o que se usa é o jelco, aqui.” E-16

Então ao selecionar o tipo de cateter, se inicia a punção propriamente dita, com alguns cuidados, conforme relatos abaixo:

“Coloca um algodão com álcool a 70% [...] contendo a criança, faz assepsia, com a luva calçada e a gente punciona.” E-15

“[...] todo esse preparo dessa pele que você vai fazer a punção.” E-17

“[...] quando o sangue reflui, tira o guia, aspira com a seringa para ver mesmo, vai e coloca o dispositivo duas vias e prende com esparadrapo o cateter[...].” E-2

O uso de precauções-padrão para instalação do cateter, apesar de pouco citado, merece destaque, pois se refere tanto à proteção individual do cliente como também do profissional às possíveis infecções. Assim, recomenda-se o uso de luvas de procedimentos para este fim.

Para o preparo da pele do local a ser puncionado se utiliza o álcool a 70%, conforme alguns depoimentos. Esta medida encontra-se no protocolo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da unidade. Vale lembrar que o CDC (2002) apresenta em seu protocolo para assepsia da pele além da referida solução, o uso de clorexidine a 0,5% ou polivinilpirrolidona-iodo a 10%.

A punção venosa periférica é um procedimento frequentemente realizado pelos profissionais de enfermagem e que na clientela pediátrica apresenta características próprias que devem ser levadas em consideração no momento de sua realização.

Diversos estudos já identificaram a punção venosa periférica como um dos procedimentos traumáticos que são realizados durante a hospitalização das crianças, o que contribui para a potencialização do medo e ansiedades já presentes. (GARCIA; HORTA; FARIAS, 1997; MARTINS et al., 2001; NASCIMENTO, 2001; SOARES; VIEIRA, 2004).

O ato de puncionar uma veia periférica foi citado pelos enfermeiros sujeitos do estudo como um procedimento que suscita sentimentos e reações da criança, familiar e profissionais.

“Criança, já se torna um pouco difícil porque já começa a chorar, ficar arredio a nossa chegada porque a aproximação do profissional, do enfermeiro, do auxiliar que está conosco para fazer esse ato de puncionar a veia é agressivo para ele, ele não entende, tudo é agressivo, ela vem aqui para me machucar.” E-9

“[...] (punção venosa) é muito sacrifício para criança.” E-16

Entretanto, esta percepção não se restringe somente à criança, pois também atinge o seu familiar presente, assim como os profissionais que estão envolvidos na execução deste procedimento, o que pode ser identificado nos trechos abaixo:

“A gente tenta puncionar o mínimo de vezes possível, por conta da falta de colaboração da criança. É um desgaste físico e mental tanto para a gente como para criança.” E-1

“Às vezes é difícil, você tem que fazer o procedimento várias vezes, dou um tempinho, faço um carinho. Porque eu acho que é muito complicado, é muito invasiva, dolorosa, para amenizar.” E-15

“O familiar encara isso (punção venosa) como uma coisa negativa que a gente vai fazer.” E-16

A criança apresenta uma percepção limitada aos procedimentos que envolvem estímulos dolorosos, muitas vezes compreendendo-os como castigo e punições e assim sofre. Para amenizar este sofrimento, a criança deseja que seu familiar esteja presente e participante neste momento difícil, visto que eles o percebem como sua fonte de segurança. (GARCIA; HORTA; FARIAS, 1997).

Entretanto, esta situação afeta o familiar que está junto à criança, pois é muito difícil para uma mãe, por exemplo, ver a sua criança exposta a procedimentos dolorosos, desconfortáveis e sem poder interrompê-los, já que, em diversos momentos, são necessários para terapêutica e/ou diagnóstico.

Assim, este familiar desestabiliza-se emocionalmente, diminuindo a sua habilidade usual no desempenho de sua função protetora; o que favorece o aflorar de sentimentos e posicionamentos como os de culpa, impotência, impaciência, recusas a determinadas situações e afastamentos, como podemos perceber nos relatos abaixo:

“Pela enfermagem na primeira tentativa pegaria. Mas ela fica assim, a mãe, os pais às vezes ficam revoltados, achando que é incompetência, mas não é. É difícil, às vezes a criança está desidratada, a criança é muito obesa.” E-2

“Muitas vezes o pai e a mãe ficam nervosos, então eu falo para eles: não fiquem, que isso aqui é para o bem da criança. Ela fala: eu não quero que puncione na cabeça, meu filho vai ficar sem o cabelinho.” E-14

Ao lidar com essas emoções percebemos que em alguns momentos, como o da punção venosa periférica, a comunicação inadequada entre o enfermeiro e o familiar propicia alguns destes conflitos e sentimentos. Porém, de acordo com alguns estudos já realizados, o preparo prévio da criança e do seu familiar para realização de procedimentos invasivos demonstrou ser uma boa medida para minimizar seus efeitos estressores. (SOARES; VIEIRA, 2004).

É preciso ressaltar que a punção venosa periférica tem por finalidade diversas ações terapêuticas e diagnósticas, o que contribui para a sua realização frequente no cenário hospitalar. Esse procedimento, principalmente com a criança, torna-se desafiante na prática cotidiana do enfermeiro, pois envolve aspectos específicos como a sua frágil rede venosa da criança, as suas reações emocionais e do seu familiar, além da disponibilidade de recursos materiais adequados e de qualidade para este fim.

Assim, a dificuldade de obtenção do acesso venoso da criança gera sofrimento, desconforto e descontentamento para a criança, o familiar e o profissional. Isto repercute nas relações desta tríade, conforme os depoimentos abaixo:

“Você tem que saber a hora de parar, de poupar a criança porque para a mãe, ela observa, ela esta de fora está vendo. E às vezes ate te julga: aquela enfermeira é ruim, aquele auxiliar é péssimo.” E-18

“Eu já escutei uma vez assim: chama uma pessoa que saiba fazer isso melhor, como se você não tivesse competência para aquilo.” E-8

A partir dessas comparações que são feitas pelo familiar em relação à competência do profissional que, neste caso, trata-se do profissional que tenha êxito na punção venosa periférica, identificamos alguns reflexos destas colocações na forma de agir dos enfermeiros nos relatos a seguir:

“É um procedimento que não qualifica na minha concepção o profissional ser melhor ou pior por não ter conseguido realizar o procedimento naquele determinado momento.” E-4

“A gente tem um limite, a estratégia é saber qual o seu limite, é manter a calma, que em geral eu consigo manter, mas quando chegar nesse limite, eu peço socorro, sem vergonha nenhuma. Peço para os colegas ajudarem, saio, deixo dois lá, vou dar uma volta.” E-2.

“Eu enquanto enfermeira, eu tenho até assim um número de tentativas que eu vou dar nessa criança. O máximo para mim é três, eu determinei.” E-14

Neste sentido, Nascimento (2001) pontua que o êxito da punção venosa não está garantido na atenção e execução de todos os passos já descritos para colocação do cateter, pois estamos nos referindo a uma situação que é dinâmica e imprevisível que é o cuidado de enfermagem. E acrescenta que o insucesso não deve ser encarado como fracasso.

Sabemos que, no cotidiano de uma enfermaria de pediatria, diversas atividades são realizadas pelos profissionais de enfermagem. Esses profissionais, conforme a legislação brasileira, estão divididos em três categorias distintas, que correspondem ao enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Assim, as atividades de enfermagem vão se definir conforme a complexidade do cuidado a ser prestado.

Como já foi dito, a colocação de um cateter venosa periférico é um procedimento realizado freqüentemente na hospitalização pediátrica, que possui características próprias e importantes, sendo considerado um procedimento complexo. (TORRES, 2003).

Deste modo, a Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem apesar de não fazer referências diretas à punção venosa periférica, determina em seu Artigo 11, que cabe ao enfermeiro a realização de cuidados de maior complexidade. (BRASIL, 1986).

Entretanto, através dos depoimentos dos enfermeiros, sujeitos do estudo, percebemos que este cuidado faz parte das atividades diárias de todos os profissionais que compõe a equipe de enfermagem.

“Geralmente nas clínicas são os auxiliares de enfermagem. Mas é o tal negócio, isso pode ser feito por qualquer um da equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico ou auxiliar.” E-10

“Acho que é todo mundo. O auxiliar de enfermagem, o enfermeiro e a mãe nesse cuidado da criança.” E-12

“Sou eu e principalmente os auxiliares que estão na medicação, até mais do que eu por estar supervisionando outra clínica.” E-14

Devemos atentar que o enfermeiro mesmo não prestando cuidados diretos ao cliente, ele continua sendo o responsável legal pelas as ações de maior complexidade realizadas pela equipe de enfermagem.

Concluída a punção os enfermeiros informaram que utilizam para a fixação do cateter fita adesiva própria para pele e/ou filme adesivo transparente. O tipo de fita dependerá das características da criança e tipo de cateter. Recentemente vem se discutindo o uso das fitas adesivas não estéreis para fixação dos cateteres venosos periféricos. Porém, ainda, há uma literatura nacional escassa sobre o assunto, levando em consideração as características do cliente, aspectos climáticos e tipos de cateter disponíveis. (MACHADO, 2003).

A fixação do CVP deflagra a etapa de pós-punção, no qual o enfermeiro identifica a punção, descarta os materiais perfuro-cortantes, dispositivos plásticos e papéis remanescentes, controla a infusão da terapia intravenosa, caso haja e registra o procedimento, como apresentado nessas falas:

“Outra coisa é ver o gotejamento, que não seja muito lento, de acordo com a necessidade da criança.” E-12

“[...] preparo também desse acompanhante na hora da punção porque ela também vai ser importante na preservação desse acesso venoso.” E-17

Encontramos, nos relatos, aspectos relacionados à infusão de líquidos intravenosos e à orientação do cliente e sua família sobre a os cuidados necessários para manutenção do CVP.

O controle da infusão de líquidos intravenosos é uma atividade diária realizada pela equipe de enfermagem em uma unidade de internação pediátrica. Esta exige dos profissionais conhecimentos para que se torne uma prática segura e eficaz.

A infusão de líquidos parenterais geralmente é feita por fluxo gravitacional ou por meio de bombas de infusão. A infusão gravitacional é afetada por diversos fatores, como a altura da coluna líquida, o diâmetro da tubulação do equipo e o comprimento desta tubulação. Mediante ao exposto é necessário uma monitorização freqüente para garantir a velocidade necessária. (BRUNNER; SUDDARTH, 1998).

No tocante à bomba de infusão, esta é um recurso atualmente indispensável para a garantia da segurança da criança hospitalizada que necessita de uma terapia intravenosa, pois permite uma infusão de líquidos mais precisa em comparação ao fluxo gravitacional. Porém, não significa desnecessária a sua monitorização, já que se trata de uma máquina possível de defeito. Entretanto, no cenário nacional a sua disponibilidade ainda se encontra escassa. (SILVA, 2004).

A orientação do familiar e da própria criança, quando possível se refere à necessidade de limitações de movimentos do membro em que estiver puncionado, aos cuidados de proteção do local de inserção do cateter quando for realizar a higiene corporal, assim como a sinalização de qualquer alteração que ocorra relacionado ao cateter. (PHILLIPS, 2001).

É recomendado que nesta etapa seja realizada no próprio curativo a identificação da punção, constando a data, o horário, o tipo de cateter utilizado e a assinatura do executor do procedimento.

Não podemos esquecer o descarte de agulhas e qualquer instrumento pérfuro-cortante que tenha sido utilizado em recipientes próprios para este fim.

O registro do procedimento deve ser feito no prontuário da criança, relatando detalhadamente o mesmo. Minimamente devem conter a data de inserção, a localização e o calibre do cateter, a solução parenteral utilizada, a forma de administração e a assinatura. Entretanto, esta não é uma prática usual conforme o relato abaixo:

“Registrar o que está sendo feito; coisa que a gente tem dificuldade e não toca na questão registrar o que foi feito (...) a gente fica na técnica, mas esquece do registro [...]” E-8.

Cabe ressaltar que o registro das atividades realizadas pelo enfermeiro no prontuário é uma forma de comunicação entre os profissionais de saúde; um documento que respalda

legalmente o cliente, o profissional e a instituição, como também um indicador de qualidade assistencial. (JOHANSON; DANTAS; LEITE, 2002).

A manutenção do cateter venoso periférico envolve questões diferenciadas como soluções para manter a permeabilidade do cateter, tempo de permanência do cateter e necessidade de imobilização.

“Toda vez que a gente coloca a medicação, após se coloca soro fisiológico.” E-10

“Na salinização, a gente faz após toda medicação venosa nesse acesso e saliniza após cada medicação.” E-14

“[...] a gente tem que lavar após a medicação, não deixar de salinizar.” E-3

“Quando a criança tem um acesso venoso salinizado, a maioria deles está com medicação de seis em seis horas. Então é o tempo em que você está fazendo um flush de soro fisiológico e está salinizando o acesso.” E-15

As soluções para manutenção da permeabilidade do cateter com infusão intermitente apresentadas são a heparinizada e salina. Cabe ressaltar que a literatura ainda não fornece consenso acerca da solução mais indicada para manutenção da permeabilidade do cateter venoso periférico, o que também, verificamos no cotidiano de uma enfermagem pediátrica. (PHILLIPS, 2001).

O tempo de permanência do cateter venoso periférico em criança é não determinado, conforme preconizações do CDC (2002), pois não foi identificada a ocorrência de complicações como a flebite, que justificassem a sua retirada. Assim, recomenda-se manter o CVP até o término da terapia intravenosa e paralela a isto realizar a avaliação diária do sítio de inserção e trajeto do cateter.

“Não está havendo nenhum problema, a gente vai deixando o acesso [...].” E-5

“Uma veia com jelco normalmente dura uns três dias num lactente, criança maior às vezes dura até um pouco mais.” E-16

Algumas produções científicas ratificaram a orientação de que não há prazo estabelecido para rodízio do sítio de inserção em se tratando de criança. Complementam a necessidade de avaliação periódica do acesso venoso periférico quanto à presença de sinais e sintomas característicos de complicações, tais como dor, hiperemia, calor local, edema, cordão fibroso ao longo da veia, queimação, pele fria e pálida (MACHADO, 2003; PHILLIPS, 2001), como podemos observar nos depoimentos abaixo:

“[...] a gente tem que ficar muito atento a algum sinal de que a punção tivesse sido perdida.” E-12

“[...] estar sempre observando os sinais flogísticos, sinais de flebite, se tem sinal de infiltração.” E-13

“Na manutenção estar sempre verificando se o acesso está pérvio, se não tem infiltração, se não tem um endurecido, hiperemia, se não está fazendo alguma reação.” E-11

“Normalmente com a criança a gente coloca a tala, por causa do movimento, para ficar imobilizado.” E-2

A criança com CVP apresenta como freqüentes ocorrências de complicações locais a flebite, infiltração e extravasamento, sendo estes os motivos para retirada do cateter. (PHILLIPS, 2001; SILVA, 2004).

O uso da tala para imobilização do membro em que foi instalado o acesso venoso se apresentou como uma prática controversa no cotidiano das enfermeiras pediátricas.

“Às vezes coloca tala sem ter necessidade, isso na minha avaliação. (o cateter) Não está em dobra, não está em local que vá dificultar a infusão. O pessoal já acostumou, coloca a tala e isso incomoda mais a criança, irrita. Às vezes você coloca: não precisa botar tala. Não, eu quero, até o próprio acompanhante sinaliza isso, não coloca sim, que ele mexe muito e às vezes sem necessidade, não tem necessidade de colocar aquilo.” E-1

“Eu acho uma boa colocar a tala. Tem muita gente contra aqui. Hoje em dia tem muita gente contra, até rir. Quando eu falo vamos colocar uma tala? Ah, mas para que?! Isso dá mau cheiro. Se a tala não estiver em boas condições, é só trocar.” E-16

A utilização de talas foi apresentada como um meio para manutenção e proteção do cateter venoso periférico (FREY, 2000; MACHADO, 2003). Ressaltamos que esta prática apresenta controvérsias, pois encontramos, na literatura, seu uso contra-indicado em recém-nascidos (SILVA, 2004), como também a caracterização de uma síndrome de enfermagem advinda da utilização inadequada desse procedimento. (NASCIMENTO, 2001).

3.1.2 Inclusão do familiar no cuidado à criança com CVP

Na atualidade, estudos identificaram o familiar desenvolvendo atividades de cuidado devido a sua permanência integral na hospitalização da criança, que anteriormente a esta presença eram realizadas pela enfermagem. (COLLET; ROCHA, 2004).

Como já foi dito anteriormente, esta participação surge a partir do pressuposto de que ameniza o sofrimento vivenciado pela criança durante a hospitalização, além de fortalecer o papel do familiar nesta situação, normalmente, conflituosa para ambos.

Na dinâmica de uma enfermaria, o familiar desenvolve os cuidados com a criança que normalmente são realizados no domicílio, como banho, troca de fraldas, e oferta da refeição. Esta participação é amplamente estimulada por se tratarem de procedimentos entendidos como simples, além de ser uma forma de manter o vínculo criança-familiar. Entretanto, deve ser supervisionada pelos profissionais de enfermagem, visto que atualmente com a complexidade do atendimento prestado à criança, essas ações mais simples envolvem, muitas vezes, a presença de sondas, cateteres, monitores, entre outros.

Os profissionais de enfermagem, muitas vezes, lançam mão da participação do familiar em determinados cuidados, pois acreditam que a criança terá uma melhor aceitação se for realizado pelo familiar do que pelo profissional.

“A criança está ali, está medicada, está vestida, é está cuidada. Então agora é com a mãe, fez xixi, troca a fralda, chorou pega no colo, a mãe ajuda nesse ponto.” E-3

“Claro que a criança vai se alimentar muito melhor com a mãe do que comigo, vai aceitar um banho, uma troca de fralda melhor com a mãe do que comigo.” E-8

“[...] medicação oral a mãe é que dá. No meu plantão, elas até dão, mas a gente está ali do lado, até porque é mais fácil, é uma estratégia para a criança tomar tudo, mas você está ali, você dá e você pega a seringa vazia, então hoje tem isso.” E-15

Outro aspecto importante a observar é a dinâmica do processo de inclusão do familiar no cuidado a criança com CVP, visto que estes foram encorajados a permanecer e participar deste cuidado. Este encorajamento acontece a partir de orientações dadas por profissionais de enfermagem, neste estudo enfermeiros, com o objetivo de instrumentalizar o familiar com conhecimentos específicos para que possa realizar determinadas ações. No tocante ao cuidado específico à criança que tem um cateter venoso periférico, constatamos que o familiar participa deste cuidado em diferentes etapas, conforme os depoimentos abaixo:

“Quem sinaliza muito para a gente, as condições do cateter é o próprio acompanhante (...). Geralmente a queixa é: está inchado, está vermelho, ele está reclamando (...) esta veia está fora, está inchado”. E-1

“Ele participa não deixando a criança brincar com o esparadrapo, com as tampinhas e abrir porque é uma coisa colorida, é uma atração, é criança,

participa sim. E participa não molhando, não porque é água, a gente orientando e vamos cobrir, não vamos deixar. Participa tomando cuidados para preservar esse acesso.” E-5

“Ele participa, assim, vigiando, [...] tomando conta, para a criança não ficar pulando, batendo com o braço.” E-6

“Ela vai segurar a criança para podermos fazer o procedimento, vai tentar acalmar a criança durante o procedimento se possível; ou mesmo se for o caso às vezes de dar o peito ao mesmo tempo para dar uma acalmada, dar a chupeta, ou conversar mesmo falando com ela mesmo que seja bebezinho para escutar a voz da mãe a criança já fica mais tranqüila.” E-11

“[...] na hora de dar o banho eles tentam não molhar, eles pedem o saquinho para envolver a extremidade que esta puncionada. Quando você orienta em relação a se está infiltrado ou não; não com essas palavras, quando está inchado; eles já ficam de olho, qualquer coisa não está um pouquinho inchado? Eles já ficam mais atentos, eles ficam atentos a não deixar o soro secar ou a medicação, a não tracionar o equipo quando levanta do berço [...].” E-13

Verifica-se que o cuidado de enfermagem destinado à criança com CVP conta com uma participação significativa do familiar na sua execução. Este cuidado acontece a partir das orientações dada ao familiar no decorrer da internação, visto que se trata de ações específicas do ambiente hospitalar.

Desta forma, podemos considerar o familiar como agente integrante do trabalho desenvolvido nas enfermarias, visto que, de alguma maneira, os enfermeiros contam com sua participação ocorra quando solicitam ajuda no cuidado destinado à criança que tem um CVP, como podemos perceber nos relatos abaixo selecionados.

“A participação é primordial, é importante porque nós não temos somente um paciente na enfermaria, dependendo do setor são doze em cada clínica. Então é super importante nessa parte, ele vai estar todo momento ali, naquela criança, a gente precisa muito da ajuda desse acompanhante e isso se dá o necessário que a criança precisa e principalmente em relação ao acesso venoso [...].” E-14

“Elas tomam conta, vê se a criança vai puxar, não fica manipulando, não fica mexendo. Qualquer coisa de anormal chama a gente. Não está pingando, o sangue está voltando. Elas tomam conta direitinho. Às vezes fica difícil para a gente, porque são doze. A enfermaria está cheia. Às vezes acaba tudo ao mesmo tempo, enquanto está cuidando de uma ala, a outra ala já está, elas chamam o sangue está vindo e a gente vai correndo para o que está necessitado. Assim que elas ajudam.” E-16

“[...] quando o plantão está muito tumultuado, tem muita gente, muita criança em medicação e geralmente tudo no mesmo horário, eu falo mãe dá uma

olhadinha, quando parar de pingar, você me chama, se eu não chegar a tempo você me chama, mas mexer não.” E-15

“A gente pede para avisar, na hora que estiver acabando a infusão, avisa para gente. Porque são muitas crianças e nas enfermarias, a gente depois que acostuma trabalhar com bomba, é uma coisa maravilhosa e não tem esse recurso para todas as crianças. Então a criança se move, pelo próprio posicionamento da veia mesmo às vezes flui mais rápido ou lento e você fica contando que o antibiótico vai demorar x tempo, quando olha, ele já acabou e para entrar um ar e perder ate uma veia que é uma coisa difícil, a gente pede para que os pais avisem quando está acabando. É uma parte que eles participam.” E-18

Nestes relatos, encontramos indícios de que esta inclusão acontece com o intuito de colaborar com a enfermagem devido a algumas dificuldades presentes na prática diária desses profissionais, como a carência de equipamentos e deficiência de recursos humanos. Porém, os enfermeiros ao incorporarem esse familiar no processo de trabalho objetivando sanar estas dificuldades, continuam a correr o risco já previsto por Marcon (1997, p. 69):

[...] É preciso que nos conscientizemos e discutamos com profundidade o real papel do cuidador familiar no hospital, para que mais tarde não nos arrependamos, ou seja, que tenhamos nosso quadro de pessoal diminuído com a justificativa de que não são necessários tantos funcionários porque, por exemplo, as mães dão conta de cuidar das crianças durante a hospitalização.

3.2 Processos de interação enfermeiro-familiar no cuidado à criança com cateter venoso periférico

Apresentamos esta categoria em 272 (42.1%) unidades do total de unidades de registro analisadas neste estudo. Observamos que os temas, em sua maioria, expressam as formas de relacionamento do enfermeiro com o familiar no cuidado à criança com CVP.

Neste sentido, é importante destacar que a entrada e permanência da família no ambiente hospitalar vêm imprimindo mudanças na organização da assistência à criança hospitalizada. (COLLET; ROCHA, 2004; LIMA, 1999).

Esta permanência tem o caráter inquestionável no que diz respeito à saúde da criança e também do próprio familiar, demonstrados em diversos estudos (COLLET; ROCHA, 2003; COSTENARO et al., 1998; GONZAGA, ARRUDA, 1998). No cenário brasileiro trata-se de um direito da criança legitimado pelo ECA, além de se configurar numa conquista social.

Durante a prática diária, no cuidar de crianças hospitalizadas, percebemos reflexos destas mudanças se manifestando nas relações entre os profissionais de saúde, a criança e o seu familiar. Estas interferências nas relações humanas constituem o processo de interação

humana que ocorre permanentemente entre as pessoas, o que dá origem às relações interpessoais. (MOSCOVICI, 2007).

Os enfermeiros relatam, de uma maneira geral, terem boas relações com os familiares no dia-a-dia de uma enfermaria. Além disso, identificamos que alguns enfermeiros defendem a presença do familiar na hospitalização da criança, conforme relatos abaixo:

“A minha enfermaria é de DIP. Então assim é uma enfermaria que as crianças têm muitas internações. Então eu já conheço, a grande maioria das crianças e os acompanhantes eu já conheço. Eu tenho um bom relacionamento.” E-6

“[...] eu sempre tive um relacionamento bom com acompanhante, eu não me lembro de discutir com acompanhante [...].” E-12

“Super tranqüila, não tenho problemas, não vou dizer que nunca tive nesse período de vinte e poucos anos, às vezes tenho, mas é muito raro.” E-19

“Então é importante para criança esse acompanhante [...].” E-13

“Eu acho importante, a mãe está ali, ela tem que estar envolvida com filho dela [...].” E-18

Moscovici (op.cit.) ressalta que uma das formas de interação humana mais comum é a comunicação, visto que no seu cotidiano o enfermeiro, ao desempenhar suas funções e tarefas, utiliza a comunicação para estabelecer relacionamentos com as pessoas existentes no cenário hospitalar, seja profissional, pacientes e/ou familiares.

Com a presença do familiar em tempo integral junto à criança, identificamos ser freqüente a interação enfermeiro-familiar, mediada através de atos comunicativos no contexto da hospitalização. Isto pode ser evidenciado nos depoimentos abaixo:

“Converso novamente com a mãe ou com pai com quem estiver com a criança, explico que não foi possível e que vai ter que punccionar novamente [...] Assim eu converso muito, tento conversar muito com eles [...].” E-2

“[...] eu procuro conversar, se uma mãe me pergunta alguma coisa [...] eu vejo que é uma informação que eu posso estar acalmando aquela mãe.” E-12

“Na medida que eu chego ao leito, eu converso com as mães [...].” E-13

“[...] eu tento chegar para esse acompanhante e falar para essa mãe de uma forma que eu vá com segurança, chego conversando [...] tentando ajudar dessa maneira.” E-14

"[...] eu consigo conversar com esse familiar sem qualquer interferência, discutir sobre o cateter [...]." E-1

Percebemos que os enfermeiros utilizam a comunicação verbal com o familiar da criança com CVP como um meio de interagir, se aproximar, com o objetivo de expressar, transmitir, ou explicar algo a eles, pois a conversa como forma de comunicação apresenta a capacidade de influenciar e afetar o comportamento das pessoas reciprocamente, segundo Tigulini e Melo (2002).

Os enfermeiros depoentes ressaltam que devem ser objetivos e claros na conversa com o familiar, através de uma linguagem acessível a ele, como podemos observar:

"Tem que ser bem direta, bem franca mesmo, sem meias palavras, bem objetiva na hora de passar as coisas." E-17

"Uma pessoa que não trabalha no hospital, não é obrigada [...] essa medicação é venosa. O que é medicação venosa? Ninguém é obrigado a saber disso. Agora se a gente fala: essa medicação aqui a gente tem que enfiar dentro da sua veia, que passa aqui dentro da pele, ele vão entender." E-3

Stefanelli (2005) recomenda que na comunicação verbal as mensagens transmitidas sejam claras e simples para que haja uma boa interação entre os sujeitos e, assim, compartilhar as informações.

Neste sentido, os enfermeiros ao se relacionarem com os familiares transmitem orientações sobre os cuidados necessários para sua criança, que tem um CVP, conforme os relatos abaixo:

"Então eu acho enquanto você vai fazendo os procedimentos você vai orientando, vai falando sobre aquele cateter, punção, da melhora da criança e o familiar vai entendendo." E-7

"[...] conversar com a mãe para orientar para que ela possa ajudar [...] na hora do banho, ela deve proteger para não deixar molhar." E-11

"Porque você orienta a mãe, por exemplo, que a dieta tem que ser dada de uma determinada forma ou que ela tenha que cuidar daquele membro, que tem que ficar imobilizado para não perder." E-12

As orientações dadas pelos enfermeiros depoentes aos familiares demonstram o reconhecimento da necessidade de informação sobre as etapas o movimento de inclusão destes no cuidado à criança com CVP, visto que isso torna a internação mais amena para a

criança. Este benefício se estende ao familiar, pois reforça o seu papel de responsável pelo bem-estar e segurança da criança, diminuindo o estresse para ambos. (GOMES; ERDMANN, 2005).

Estudos apontam que estas informações não devem ser baseadas somente no que os enfermeiros julgam como importante; precisa-se levar em consideração o que esses familiares desejam saber para que estas sejam efetivadas, gerando um bom relacionamento. (COLLET; ROCHA, 2003; HUERTA, 1996; LIMA, 1999).

Entretanto, percebemos, conforme os depoimentos, que as situações em que ocorrem as conversas estão sempre relacionadas às questões técnicas e de procedimentos. São conversas superficiais, até mesmo mecânicas, coincidentes com outras atividades; portanto, não é freqüente um momento em que ocorra somente com finalidade de ser terapêutica, com objetivo de ajudar o paciente e o seu familiar.

Desse modo, a inclusão do familiar no cuidado à criança com CVP é realizada na perspectiva do profissional de forma com que o familiar se sinta responsável pela realização dos cuidados previamente estabelecidos pelos profissionais. De modo geral, não há discussão quanto à aceitação, desejo ou ainda a forma de participação do familiar.

Assim, identificamos que o insucesso no cuidado à criança com CVP, principalmente quando ocorre a perda do cateter, é apresentado como uma falha do familiar, seja na observação ou no manuseio equivocado do cateter. Como dito a seguir:

“Então se a mãe não cooperar, a criança vai ser várias vezes puncionadas, ela vai acabar ficando sem acesso disponível.” E-12

“Ele atrapalha bastante. Bastante. Como? A gente faz uma punção venosa, vai lá fixa maravilhosamente bem, bonitinho, direitinho, maravilhosos. Quando a gente acaba de fazer isso tudo, a primeira reação da mãe é pegar a criança e sair andando e lagar o soro, o suporte. Fica o soro, o equipo, o cateter.” E-3

Collet e Rocha (2004) compreendem essas ações como processos frágeis de negociação entre profissionais de enfermagem e familiares, realizados de forma não muito clara e sem diálogo, no qual o familiar assume determinados cuidados, pois se sente responsável em realizá-los. Entretanto, elas identificam que conforme os familiares vão recebendo informações e vivenciando o processo de hospitalização, adquirem um certo poder nesta prática.

Estas autoras (2003), em um outro estudo, constataram que ao transferir sutilmente determinados cuidados ao familiar, a enfermagem não percebeu que perdeu controle sobre a

execução dos mesmos e que quando tenta retomá-los normalmente é feito de forma autoritária. Identificamos tais situações, principalmente no momento da punção venosa periférica, conforme os relatos abaixo:

“Eu lido de uma forma clara, peço que a senhora se retire que eu vou cuidar eu vou puncionar. Eu sou muito clara até com a própria criança.” E-9

“Como eu sei ser assim bem afável tem que ser assim, mãe se retira porque vai ser melhor para ela, está prejudicando a gente, tem que dar limite.” E-15

“Tem umas que contam: olha já deu três furos, não quero mais. Quando elas começam assim eu peço para esperar lá fora, mas com muita educação, muito tato. Eu peço para ela esperar lá fora.” E-16

“Então eu tenho obrigação de passar para elas todas informações para eu também na hora que eu achar que não esta acontecendo de forma correta, eu poder cobrar delas.” E-17.

Isto demonstra a necessidade da adoção de um plano de ação e negociação que envolva os entendimentos de ambas as partes, profissional e familiar, através do diálogo para que possa ser construída uma relação que favoreça a todos os envolvidos neste cuidado.

O momento do cuidado é, também, a oportunidade de relacionamento entre a enfermagem e o paciente. Assim, os enfermeiros na busca do envolvimento dos familiares no cuidado à criança com CVP acreditam que, através da comunicação satisfatória, ocorra a possibilidade de estabelecer um bom relacionamento entre eles, gerando sentimentos de segurança e confiança, o que verificamos nos trechos abaixo:

“Eu vou dar confiança à família que eu sei, que eu tenho perícia, que eu tenho experiência, que eu tenho tarimba. Sabe a minha segurança, eu acho que é tudo.” E-5

“[...] explicar, até porque eu me ponho no lugar deles, que poderia ser o meu filho, eu estando aqui dentro do hospital, há dias acompanhando a criança e não vendo essa melhora. Então eu tento chegar para esse acompanhante e falar para essa mãe de uma forma que eu vá passando segurança [...].” E-14

“Então eu tento mostrar confiança, sempre explicando. Eu não parto do princípio de que é meu dever, eu sei. Porque elas acham que elas sabem mesmo. E até você mostrar e provar o contrário. Conquistou, acabou. Você pega confiança, pronto.” E-4.

Os depoimentos apontam que os enfermeiros acreditam que a segurança do familiar no cuidado da sua criança advém, também, das relações entre eles. Normalmente, o familiar em virtude da doença e hospitalização da criança se encontra tenso, inseguro e confuso. Esta situação gera conflitos e dificuldades no exercício de seu papel, pois não podemos esquecer que este está num ambiente novo e estranho – o hospital; cenário desconhecido com suas regras e situações próprias. (SCHMITZ, 1995).

Assim, cabe ao enfermeiro estreitar as relações com este familiar para que possa se sentir capaz de cuidar de sua criança, tornando-a mais próxima da realidade que o cerca e então lhe transmitindo tranquilidade, carinho e segurança nestes momentos tão difíceis para ambos.

Embora os enfermeiros, a partir de seus relatos, tenham demonstrado a intenção de integrar o familiar nos cuidados à criança hospitalizada, visto que reconhecem a importância de sua presença, encontramos profissionais que mantêm relações formais, distanciadas do familiar, distinguindo-os hierarquicamente. Isto pode ser percebido nas falas a seguir:

“Eu sou um pouco formal. Se a pessoa vier falar comigo, quiser conversar, eu estou aberta para qualquer coisa. Mas eu também não sou de paparicar, eu me acho bastante profissional. Eu acho que eu mesma já coloquei uma barreira, então parece que as pessoas sentem, me tratam bem [...]. Comigo é diferente, cumprimenta, talvez seja por mim mesma que já tenha posto assim um muro.” E-7

“Eu não sou muito de bater papo ou de brincar, essas coisas, mas eu respeito muito.” E-13

Entretanto, mesmo com o distanciamento exposto pelo enfermeiro nesta relação com o familiar, eles estão interagindo e, de acordo com Moscovici (2007), isto *tem significado, pois comunica algo a outros*. E, muitas vezes, é nesta forma de comunicação que surgem os conflitos vivenciados no cotidiano hospitalar.

Nesta prática profissional, percebemos que esta forma de cuidar suscita alguns problemas, visto que por se tratar de atendimento a crianças em situações de doença crônica, nas quais as possibilidades de reinternações frequentes estão presentes torna, por muitas vezes, o ambiente hospitalar um velho conhecido, tanto para a criança como para o familiar. Este conhecimento adquirido, em determinados casos ao longo de várias internações, fornece subsídios ao familiar para que sua participação vá além de uma mera permanência, pois este não mais aceita ser apenas cumpridor de determinações dos profissionais; percebe a não

valorização de suas necessidades, dúvidas e anseios e passam a criar mecanismos próprios para o controle da situação assim como a questionar a conduta deste profissional.

“O acompanhante hoje está muito questionador [...] porque tem mãe que coleciona esparadrapo, já peguei berço cheio de esparadrapo de medicação, cheio, outros colocam num caderninho, o que você fez agora pode me dar o esparadrapo. Porque ela quer saber o que está usando, saber quando mudou a dose, elas tomam conta mesmo. [...] ela me explicou, é que eu guardo tudo para saber o que ele está tomando, a dose quando alterar, eu falei tá tudo bem, vamos fazer o seguinte depois que ele checar, ele te dá de novo. Ai eu passei a observar que tem mãe que tem esse hábito”. E-1

“Hoje ele quer saber porque está fazendo isso, ele questiona [...]”. E-10

Não podemos esquecer que o comportamento das pessoas pode ser influenciado pelas formas como se dá o processo de comunicação (STEFANELLI, 2005). Portanto, o profissional ao utilizar a comunicação de maneira inadequada origina problemas na relação com o familiar da criança hospitalizada, potencializando diversos sentimentos que já se encontram presentes devido à própria hospitalização, como raiva, angústia e tristeza.

Entretanto, estes questionamentos são interpretados pelos profissionais como uma rebeldia por parte do familiar, visto que em sua visão de mundo, ele é o profissional e sabe o que é melhor para sua criança neste momento de hospitalização.

Apesar do conhecimento propagado sobre a importância da permanência conjunta do familiar com a criança hospitalizada, assim como o reconhecimento por parte dos profissionais, posicionamentos como os citados acima demonstram a presença, em alguns momentos, de um cuidado centrado na doença, no qual o foco de atenção está voltado para o corpo físico da criança ficando a família localizada nas ações de forma periférica. (ELSEN; PATRÍCIO, 1995).

A participação efetiva do familiar no processo de hospitalização da criança ainda se encontra em processo de amadurecimento e consolidação na prática cotidiana de uma enfermaria, onde hoje o familiar é incluído em diversos momentos do cuidado, porém de forma pensada e decidida pelos profissionais. Mas como se trata de uma relação entre pessoas – enfermeiro e familiar, já não comporta a unilateralidade das ações. Nos dias atuais, os usuários do sistema de saúde não mais aceitam dos profissionais a postura de “donos da verdade”, sem que haja diálogo. Isto é identificado nas próprias falas dos depoentes:

“A gente fica meio insegura na forma de conduzir as mães porque elas querem impor o delas [...] às vezes a criança até poderia ter mais uma veia se a mãe fosse

cooperativa, mas elas às vezes ficam tão contra nós que parece que não te ajudam. O perfil do hospital mudou muito, as mães de antigamente desse tempo que eu fiquei fora e voltei. Agora eu as acho muito mais, não digo rebeldes, talvez que conheçam mais os seus direitos, faz fazer valer mais isso.” E-18

“Quando é lactente, evito mexer na cabeça [...], pois existem muitos mitos em cima da região cefálica.” E-16

“Às vezes acontece em relação à punção venosa [...] Já teve mãe que limitou para mim quantas vezes eu poderia furar as crianças.” E-13

Isto aponta para necessidade de revisão dos conceitos que norteiam esta prática, visto que este modelo de atenção focado na doença e na criança, sem a perspectiva do envolvimento do seu familiar não encontra mais espaço na atual conjuntura. Identificamos, ainda que timidamente, o entendimento por parte do profissional que é necessário incluir a família como centro de atenção, conforme o depoimento abaixo:

“A mãe também é nosso cliente; em pediatria você não tem só a criança como cliente, você tem a mãe e a criança, é o elo.” E-15

O modelo assistencial centrado na criança e na família é uma abordagem recente e a menos encontrada nas instituições hospitalares. Esta se caracteriza por apresentar a família como unidade básica de saúde de seus membros e que precisa da equipe de saúde para manutenção dos cuidados da criança, tanto no hospital como no domicílio. Assim, além da execução dos procedimentos técnicos necessários à terapêutica da criança, os profissionais de saúde apóiam esta família em suas dúvidas, estimulam a sua participação nas práticas de saúde no contexto hospitalar e domiciliar. (ELSEN; PATRÍCIO, 1995).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar aspectos da interação entre o enfermeiro e o familiar de uma criança com CV, que emergiram das falas dos enfermeiros no exercício de sua prática profissional durante a hospitalização de crianças.

A análise permitiu identificar a caracterização de um cuidado focado tanto na doença como na criança propriamente dita, não havendo uma única forma de agir.

Ao cuidar da criança com CVP, os enfermeiros revelaram uma prática predominantemente voltada para a realização de técnicas de enfermagem. Estas acontecem através de ações fragmentadas em virtude do modo de fazer característico da enfermagem, que ainda é pautado na divisão técnica do trabalho.

Neste processo de cuidar, percebemos a atenção direcionada de alguns enfermeiros às necessidades de cada criança conforme a sua fase de crescimento e desenvolvimento, visto que os enfermeiros têm um papel fundamental na realização de determinados procedimentos invasivos.

Essa atenção, no tocante à punção venosa periférica torna-se premente, por se tratar de um procedimento realizado por vários profissionais de saúde, inclusive os de enfermagem, no cotidiano da hospitalização. No entanto, é esta categoria profissional com a qual a criança estará mais próxima e em contato vinte e quatro horas.

Deste modo, devemos lembrar que a criança hospitalizada poderá ser influenciada em seu desenvolvimento emocional pelas pessoas que forem cuidá-las, tanto positivamente como negativamente.

Com relação à participação do familiar na atenção à criança hospitalizada é um processo em construção na atualidade e em especial na Instituição, cenário do estudo em que alguns enfermeiros já relatam esta situação com importância.

Entretanto, as atitudes dos sujeitos do estudo indicam divergências destes profissionais que ora entendem a importância da presença da família e ora a refutam. Ela é percebida como uma terceira população no hospital, com tarefas a realizar. A abordagem centrada na criança e na família ainda não é uma realidade.

Identificamos que o familiar participa do cuidado à criança com CVP, além é claro dos gestos de carinho e afetividade que apóiam o restabelecimento da criança nesse processo de hospitalização. Esta atuação, em alguns momentos, ocorre de forma subordinada aos profissionais de saúde. Porém, em situações como a de crianças com doenças crônicas,

freqüente nesta instituição, percebemos pelos relatos a aquisição de saberes por parte destes familiares, implicando em mudanças nestas relações entre profissionais e familiares.

Apreendemos, também, momentos de criatividade do familiar nesta trajetória de hospitalização do seu ente querido, como a elaboração de um diário de anotações sobre os medicamentos utilizados pela criança, incluindo os rótulos de identificação da seringa.

Esses familiares, em alguns momentos, ultrapassam o limite do cuidado que lhe cabe, realizando atividades específicas e de competência da enfermagem como, por exemplo, o controle da infusão de uma hidratação venosa. Isto ocorre, na maioria das vezes, em virtude de uma negociação deficitária realizada pelos profissionais de enfermagem com o familiar, na qual nem sempre o diálogo está presente e, quando está, é caracterizado por meio de informações transmitidas constando do que, quando e como devem fazê-lo, não havendo oportunidade deste familiar em se colocar.

Outro ponto importante identificado foi o reconhecimento dos enfermeiros quanto à importância da atenção e atendimento às necessidades psicossociais da criança e sua família, uma vez que eles entendem o familiar como fonte de segurança e proteção para a criança com possibilidades de amenizar as situações difíceis e estressantes decorrentes da hospitalização, neste caso o cateterismo venoso periférico. Porém, este cuidado ainda acontece de forma pouco sistematizada, o que contribui em determinados momentos para o surgimento de questionamentos e conflitos.

Para isto, o profissional de enfermagem deve envidar esforços para que, além da realização dos cuidados técnicos necessários, atue como facilitador da experiência de hospitalização para a criança e sua família, valorizando sua individualidade e direitos.

Alguns enfermeiros deste estudo apontam para dificuldades em lidar com a presença e participação deste familiar na hospitalização, principalmente nas questões emocionais e de relacionamento, demonstrando a complexidade do cuidar da criança hospitalizada.

Entendemos que os resultados encontrados neste estudo ultrapassam as atividades próprias do enfermeiro e sua equipe. Nestes repercutem, também, a lógica do funcionamento da instituição hospitalar que em determinados momentos é hostil à criança, sua família e até mesmo para os profissionais envolvidos. Esta impõe, atualmente, um trabalho com redução de recursos humanos e materiais, espaços físicos inapropriados, que se refletem diretamente no cuidado de enfermagem voltado às necessidades da criança e do familiar.

Enfim, este estudo retratou como o enfermeiro realiza o cuidado à criança com CVP e seu familiar no cotidiano de um hospital pediátrico.

Ele proporcionou o conhecimento dos aspectos que envolvem estas ações de enfermagem, demonstrando um trabalho com dimensões de cuidado que vão para além do biológico, pois cabe ao enfermeiro a realização correta de um procedimento técnico, como também a identificação das necessidades individuais de cada criança e familiar. Esta deve acontecer desde o momento que eles chegam ao hospital para que proporcionem o acolhimento deste binômio, fazendo com que eles se sintam importantes neste cenário.

Assim, sugerimos para as equipes de enfermagem, que sejam promovidas capacitações voltadas para a abordagem da família, sistematização da assistência e estabelecimento de parcerias com as universidades para troca de experiências.

Sugerimos, também, que sejam criados espaços para encontros sistemáticos com os familiares das crianças hospitalizadas para discutir e refletir sobre os aspectos emergentes do cotidiano que foram suscitados, neste estudo, com o intuito de amenizar e otimizar este momento difícil e de crise para a criança e sua família.

Compreendemos que o enfermeiro, como agente de educação e mudança, deve, a partir das interações dialógicas promovidas nestes espaços, desenvolver um plano de atuação voltado ao atendimento das necessidades da criança com CVP e sua família, considerando as dificuldades, medos, anseios gerados pela expectativa provocada por esse cuidado.

Por último, este estudo possibilitou o entendimento de que é necessário repensar a inclusão do familiar no cuidado de enfermagem destinado à criança hospitalizada.

REFERÊNCIAS

- ALTHOFF, C.R.; ELSEN, I.; LAURINDO, A.C. Família: o foco de cuidado de enfermagem. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n.2, p.320-327, mai/ago. 1998.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BRASIL. Lei n. 7498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.
- _____. Lei nº 8.069. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério do Bem-Estar Social, 1993.
- _____. Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Resolução nº 41, de 19 de outubro de 1995. Brasília: Imprensa Oficial, 1995.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**: resolução 196/96. Brasília, DF, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 06 set. 2006.
- _____. _____. Sistema de Informações Epidemiológicas e Morbidade [on-line]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus>>. Acesso em: 08 set. 2006.
- BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v. 1.
- BUB, L. I.R. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Edusc, 1994.
- CAMPBELL, L.S.; JACKSON, K. Starting intravenous lines in children: tips of success. **J Emerg Nursing**, v. 17, n. 3, p. 177-178, out. 1991.
- CARMO-NETO, D. Como fazer uma análise de conteúdo. In: _____. **Metodologia Científica para principiantes**. 2.ed. Salvador: Universitária Americana, 1993. Cap.20. p. 409-427.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). "Guideline for prevention of intravascular device-related infections". **American Journal of Infection Control**, n. 24, p. 262-93, 2002.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.164 p.
- CLARO, M.T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças**: etapa preliminar. 1993. 50p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

COLLET, N. Criança hospitalizada sem acompanhante: experimentando o sofrimento. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p.255-267, mai/ago. 1998

COLLET, N. Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.55-65, abril. 2000.

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.3, p.260-264, mai./jun. 2003.

_____. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, março-abril.2004.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G.; CORRÊA, A.C.P. O processo de cuidar em enfermagem pediátrica. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.143-147, jul./dez. 1999.

COSTENARO, R. G. S. et al. O cuidado na perspectiva do acompanhante de crianças e adolescentes hospitalizados. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1 / 2, p. 111-125, abr/set. 1998.

CYPRIANO, M.S.; FISBERG, M. Mãe –Participante: benefícios e barreiras. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4 / 5, p.92-97, 1990.

DRUCKER, Luciana Pellegrini. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, 2007.

ELSEN, I.; PATRICIO, Z. Assistência à Hospitalizada: Tipos de Abordagem e suas Implicações para a Enfermagem. In: SCHMITZ, E. e cols. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

FREY, A.M. Pediatric IV insertion. **Nursing**, v. 30, n. 12, p. 54-56, dez. 2000.

GARCIA, R. M.; HORTA, A.L.M.; FARIAS, F. Efeito da massagem prévia à punção venosa periférica na Reação do pré-escolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n.1, abr. 1997.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A.L. O cuidado de enfermagem entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n.1, p.20-30, abr.2005.

GONZAGA, M.L.C.; ARRUDA, E.N. Fontes de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.5, dez.1998.

HENCKEMAIER, Luizita. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 357-368.

HUERTA, E. P.N. Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: intervenções de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n.2, ago.1996.

- IMORI, M. et al. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica de literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 37-43, set./ dez.1997.
- JOHANSON, L.; DANTAS, C.C.; LEITE, J. L. et al. Nursing report: its importance in the control and prevention of infections related with veined catheters of clients with HIV/AIDS. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings** [online] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100035&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 03 dez. 2007.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.
- LIMA, R. A. G. et al. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, abr. 1999.
- LÜDKE, M. ANDRÉ, M.E.D. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1995.
- MACHADO, A.F. **O motivo da retirada e tempo de permanência de cateteres venosos periféricos em crianças: estudo experimental com três tipos de curativos**. 2003. 126p. Dissertação (Mestrado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- MANZOLLI, M. C. **Relacionamento em enfermagem – aspectos psicológicos**. São Paulo: Savier, 1987.
- MARCON, S.S. Percepção de enfermeiros acerca do cuidado / cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2 n.2, jul./dez.1997.
- _____. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2.ed. Maringá: Eduem, 2004.
- MARIA, E.B.S. et al. O significado da medicação intratecal para a criança pré-escolar, expresso em sua brincadeira. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.3, p. 268-277, set./dez. 2003.
- MARTINS, M.R. et al. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 33-39, mar. 2001.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- _____. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 16.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal - Treinamento em grupo**. 16.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2007.

- NASCIMENTO, M. A. L. A. **Síndrome da criança com membro superior imobilizado** – Contribuição da Semiologia para o Cuidado de Enfermagem. Rio de Janeiro: Papel e Virtual, 2001.
- OLIVEIRA, H. Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização. In: CECCIM, R.B.; CARVALHO, P. R.A. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta de vida**. Porto Alegre: Universidade, 1997.
- OLIVEIRA, I. C. S. **Da mãe substituta a enfermeira pediatra**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- OLIVEIRA, D. C. **Análise de Conteúdo Temática: uma proposta de operacionalização**. Texto Didático e Instrumentos. 2002.(mimeo)
- PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática** – Clínica e Prática Hospitalar. 3.ed. São Paulo: Livraria Santos, 1998.
- RIBEIRO, C. A. Comportamento da criança hospitalizada: proposta de uma categorização. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 62-72, jan./abr. 1997.
- RIBEIRO, C.A.; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 391-400, 2005.
- SANTOS, A. F. et al. O cotidiano da mãe com seu filho hospitalizado: uma contribuição para enfermagem pediátrica. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 325-334, dez. 2001.
- SANTOS, A. M. E. **A enfermagem na busca das necessidades do acompanhante da criança hospitalizada: estudo fundamentado na fenomenologia sociológica de Alfred Schutz**. 2003. p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- SCHMITZ, E. e cols. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
- SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M. D. O. (Orgs.). **Enfermagem pediátrica**. São Paulo: EPU, 1996.
- SILVA, G. R. G. **Terapia intravenosa em recém-nascidos** – orientações para o cuidado de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004.
- SOARES, V.V.; VIEIRA, L. J. E. S. Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 298-306, 2004.
- STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri (SP): Manole, 2005.

SUSEME. **Hospital Estadual Jesus**. Guanabara, 1964.

TANAKA, C.; SHIMODA, S. Cateterização Venosa Periférica. In: CHAUD, M.N. et al. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999.

TIGULINI, Regiane de Souza; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa. Communication among nurses, family and the critical patient. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200047&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 27 out. 2007.

TORRES, M. M. **Punção venosa periférica: avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem de um hospital geral do interior paulista**. 2003. 87p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VERÍSSIMO, M. L. O. R. A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 153-168, ago. 1991.

WALDOW, V.R. Cuidar/Cuidado: O domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WILLOCK, J. et al. Peripheral venepuncture in infant and children. **Nursing Standard**, v. 18, n. 27, p. 43-50, jan. 2004.

WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ZANOLLI, Maria de Lurdes; MERHY, Emerson Elias. Social pediatrics and its reformist proposals. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 977-987, 2001.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)**

Título da Pesquisa: “As práticas de cuidado à criança com cateter venoso periférico e seus reflexos na interação enfermeiro-familiar”

Orientadora: Prof^a Dr^a Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Acioli

Mestranda: Ana Paula Monteiro Baptista de Andrade Araújo

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade analisar a interação enfermeiro-familiar no cuidado à criança com cateter venoso periférico, utilizando para isso a realização de entrevistas. Sendo que não haverá nenhum custo para você nesta participação.

Assinando este documento você estará dando seu consentimento para ser entrevistado (a) por uma Enfermeira, mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Ao participar deste estudo, voluntariamente, você permitirá que a sua entrevista seja gravada, tendo a completa garantia de sigilo e anonimato quanto aos dados captados. A entrevista ocorrerá no hospital, onde você realiza os cuidados de enfermagem e, mesmo após o início da entrevista pode se recusar a responder a qualquer pergunta específica ou a concluí-la, em qualquer parte da mesma, sem que isto traga prejuízos para você em termos da sua prática profissional.

Cabe esclarecer que os dados da pesquisa irão compor parte de uma dissertação de mestrado, e ainda, serão divulgados em eventos e publicados na íntegra, ou em partes, e que para tanto será garantido o anonimato do entrevistado.

Esta pesquisa poderá contribuir para uma reflexão sobre a interação do enfermeiro para inserção da família no cuidado à criança hospitalizada; visando uma assistência integral e individualizada, melhorando assim, a qualidade de assistência de enfermagem a família e à criança.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse por participar da pesquisa.

Nome completo

Assinatura

Assinatura do pesquisador

Rio de Janeiro, _____

Pesquisadora: Ana Paula Monteiro Baptista de Andrade Araújo

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rua Afonso Cavalcanti 455 / sl. 701 – Centro. Tel: 2503-2026 / 2503-2024

Orientador: Dr^a Benedita Maria do Rêgo Deusdará Rodrigues

Havendo a necessidade de realizar contato com o pesquisador, você poderá fazê-lo através dos seguintes endereços, e/ ou telefones:

- Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157 – sala 702, Vila Isabel. Rio de Janeiro. CEP: 20.551-030. Tel.: (21) 25876335.
- Ana Paula M. B. de A. Araújo – 8222-9091

Apêndice B - Roteiro de Entrevista

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Projeto de Mestrado: **“As práticas de cuidado à criança com cateter venoso periférico e seus reflexos na interação enfermeiro-familiar”**

Mestranda: Ana Paula M. B. de A. Araújo

Orientadora: Prof^a Dr^a Benedita M^a do Rêgo Deusdará Rodrigues

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Sonia Acioli

Roteiro de Entrevista

Entrevista N^o:

Data:

Início:

Término:

I- Caracterização Sujeito

Nome:

Pseudônimo:

Idade:

Sexo:

Tempo de formada:

Tempo de atuação profissional:

Tempo de atuação em pediatria:

II- Eixos Norteadores da Entrevista

Cuidado de enfermagem ao pré-escolar com cateter venoso periférico

Fale sobre as ações de enfermagem realizadas em seu cotidiano com a criança em utilização de cateter venoso periférico. (Como e quando acontece? Quem participa?).

Qual o seu entendimento acerca da relação entre o cuidado de enfermagem, a criança e a família?

Fale sobre o papel do enfermeiro neste cuidado.

Inserção do familiar no cuidado de enfermagem à criança com cateter venoso periférico

Comente sobre as ações voltadas para participação do familiar neste cuidado (O familiar participa do cuidado? Como e quando acontece? Como se desenvolve esta participação?).

Como você entende a participação do familiar neste cuidado?

Interação entre enfermeiro-familiar da criança com cateter venoso periférico

Fale um pouco sobre a sua interação com o familiar da criança com cateter venoso periférico (Como acontece? Você utiliza alguma estratégia? Quais?).

APÊNDICE C - Quadro Demonstrativo da Construção das Categorias

Identificação da Pesquisa: “As práticas de cuidado à criança com cateter venoso periférico e seus reflexos na interação enfermeiro-familiar”

Cód	Temas / Unidades de Significação	Total UR	Total Entrevista	Subcategoria	Categoria	Total UR	%
05	Avaliação do acesso venoso pelo enfermeiro	44	14	AÇÕES DE ENFERMAGEM VOLTADAS PARA COLOCAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CVP NA CRIANÇA	DINÂMICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CVP	373	57.9
07	Jelco o mais usado	5	5				
45	Observação durante preparo e administração de medicamento	12	06				
47	Preparo do material para punção	8	07				
48	Punção venosa realizada em espaço próprio	3	2				
49	Avaliação da rede venosa da criança	12	07				
50	Punção venosa da criança	6	05				
64	Contenção da criança para punção	1	1				
114	Controle de infecção	7	7				
168	Preparo da criança para o procedimento	12	4				
219	Troca de curativos e tala	3	2				
311	Cateter venoso importante via de tratamento	5	4				
12	O uso da tala é costumeiro e desnecessário	16	5				
110	É preciso ter boa acomodação para realizar a punção venosa	2	2				
111	Para realizar uma punção venosa é bom ter destreza	1	1				
16	Cuidado feito p/ auxiliar	8	4				

Cód	Temas / Unidades de Significação	Total UR	Total Entrevista	Subcategoria	Categoria	Total UR	%
17	Realização do cuidado pelo enfermeiro	4	3	AÇÕES DE ENFERMAGEM VOLTADAS PARA COLOCAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CVP NA CRIANÇA	DINÂMICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CVP	373	57.9
19	Dificuldades do auxiliar de enfermagem no cuidado	4	1				
20	Conhecimento científico do enfermeiro	3	2				
36	Auxiliar de enfermagem à frente do cuidado	3	3				
84	Delegação de tarefas para o auxiliar	1	1				
142	Realização do cuidado pela equipe	21	11				
41	Ajuda da equipe na dificuldade de punção	5	4				
11	Desgaste e sofrimento para profissional, criança e familiar	14	13				
63	A punção venosa em criança é difícil	7	5				
113	Não qualifica o profissional	1	1				
192	Sacrifício para criança	16	9				
206	Reações diversas do familiar	34	16				
487	Tricotomia é difícil para o familiar	6	3				
290	Participação do familiar é difícil	5	1				
102	Comparações do familiar sobre o procedimento	2	2				

Cód	Temas / Unidades de Significação	Total UR	Total Entrevista	Subcategoria	Categoria	Total UR	%
40	Limites de tentativa punção pelo enfermeiro	4	2	AÇÕES DE ENFERMAGEM VOLTADAS PARA COLOCAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CVP NA CRIANÇA	DINÂMICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CVP	373	57.9
244	A perda do acesso pelo familiar	11	8				
210	A pressão da família atrapalha o cuidado	12	7				
364	O familiar descarrega na equipe noturna a dificuldade do dia inteiro	1	1				
30	Ajuda da mãe no cuidado	21	9	INCLUSÃO DO FAMILIAR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CVP			
120	Participação do familiar no cuidado	25	15				
352	Não faz cuidado técnico	8	4				
356	Estimula a participação do familiar	10	7				
455	Familiar sem orientação	5	3				
154	Integração da família ajuda criança	1	1				

Cód	Temas / Unidades de Significação	Total UR	Total Entrevista	Categoria	Total UR	%
230	Conversa com familiar	66	14	PROCESSOS DE INTERAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E O FAMILIAR DA CRIANÇA COM CVP	272	42.1
151	Orientação para o familiar	58	10			
37	Bom relacionamento com familiar	26	13			
355	Defesa da presença do familiar	13	6			
148	Transmissão de segurança e confiança ao familiar	12	4			
185	Relacionamento formal com familiar	10	3			
509	Uso de estratégias para o relacionamento com familiar	8	6			
32	Entende o familiar	16	5			
39	Respeita o acompanhante	7	4			
35	Para-raio da relação auxiliar de enfermagem, criança e familiar	5	2			
239	Depende da abordagem ao familiar	7	2			
462	Conflitos com o familiar	8	4			
263	Ansiedade do familiar por informação	4	3			
406	Dificuldades de relacionamento com familiar	3	2			
89	Preferência sem familiar	3	2			
123	Tem que ter jogo de cintura	4	2			
361	Ficar distante para o familiar se recuperar	2	1			
265	Ouve o familiar	2	1			
446	Familiar é terceira população	2	1			
285	Respeito das mães	1	1			
340	Família é nosso cliente	1	1			
121	A presença do familiar não incomoda a enfermeira	2	1			
287	Reconhecimento do trabalho pela mãe	1	1			
334	Antes do estatuto era diferente	4	1			
461	Mudanças no perfil do familiar	3	1			
463	Reação a interferência do familiar	4	2			