

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: POSSÍVEIS RELAÇÕES CARTOGRÁFICO-SIMBÓLICAS

NURSING DIAGNOSES IN HOSPITALISATION INFANT: POSSIBLE RELATIONS CARTOGRAPHIC-SYMBOLIC

JÉSSICA PEDROSA DE **SOUZA***, DIEGO ALEXANDRE ROZENDO DA **SILVA**

1. Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Adventista Paranaense, 2013; 2. Enfermeiro. Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Adventista Paranaense, 2009. Mestre em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), 2013. Professor titular da Faculdade Adventista Paranaense.

* Gleba Paiçandu, Lote 80, Instituto Adventista Paranaense, Zona Rural, Ivatuba, Paraná, CEP: 87130-000. Brasil. Telefone: (44) 3336-8000. Ramal: 8060. jessicapenf@gmail.com

Recebido em 11/12/2013. Aceito para publicação em 11/01/2014

RESUMO

Durante nossas experiências em pediatria observamos que a criança hospitalizada, família e profissional de enfermagem têm grandes dificuldades na comunicação e cooperação no processo de cuidar. E nesta medida, consideramos que fazer uso de instrumentos sistematizados, valendo-nos dos diagnósticos de enfermagem, podemos aliviar novas e melhores práticas de cuidar. O objetivo do presente estudo foi identificar os principais diagnósticos correspondentes ao enfrentamento da criança perante a hospitalização, como também os diagnósticos relacionados a interação familiar. A fim de levantar a execução de possíveis práticas para amenizar a tensão e sofrimento da criança durante o período da hospitalização. O estudo é de abordagem descritivo exploratório, de caráter qualitativo, desenvolvido junto a três crianças hospitalizadas em unidade pediátrica e seus respectivos familiares, residentes em Sarandi-PR. Os dados foram coletados no período de outubro de 2013, por meio de entrevista semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra, como também, observação clínica relatadas em diário de campo. Para analisar as informações foram adotadas as formas de análise cartográfico-simbólicas do cuidado, descritas por Teixeira (2008), baseamo-nos em suas multiextensões cuidativas que envolvem o cuidar do eu, do outro e da família. Permitindo, nesta medida, de forma prática e objetiva possibilidades de interferências inventivas no cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de enfermagem, enfermagem pediátrica, cuidado.

ABSTRACT

During our experiments we observed that the hospitalized pediatric, family and child nursing professional has great difficulties in communication and cooperation in the care process. And in this regard, we believe that making use of standardized instruments, drawing up on the nursing diagnoses, we opine new

best practices to care. The aim of this study was to identify the key corresponding to fighting child diagnoses of hospitalization, as well as diagnoses related to family interaction. In order to raise the performance of possible practices to ease the tension and suffering of the child during the period of hospitalization. The study is an exploratory descriptive approach, qualitative, developed with three children hospitalized in a pediatric unit and their families residing in respective Sarandi - PR. Data we recollected from October 2013 through semi-structured, recorded and transcribed interview in full, as also reported clinical observations in a field journal. To analyze the information we readopted forms of cartographic- symbolic analysis of cared, according to Teixeira (2008), we have relied on their cares disorders involving the care of the self, the other and the family. Allowing that extent practically and objectively possibilities of inventive interference in care.

KEYWORDS: Nursing diagnosis, pediatric nursing, care

1. INTRODUÇÃO

No decorrer dos nossos estudos a respeito da hospitalização pediátrica, pudemos analisar que muitas vezes há um bloqueio entre profissional e família, fato este que afeta de maneira direta o paciente, onde o ser cuidado, muitas vezes não compreende o motivo da hospitalização, e uma das maiores dificuldades é saber como entrar nesse contexto e interagir com essa criança principalmente através da abordagem familiar, conseguindo alcançá-la para obter uma maior aderência ao tratamento.

Segundo TEIXEIRA (2008)¹, esse cuidado expande-se a partir de diferentes e crescentes microespaços cuidativos, que vão do mais interno que é o cuidar do eu, aos demais que são o cuidar do outro, que inclui membros da família e da comunidade, o cuidar da casa, e chegando ao mais externo, o cuidar do lugar. Esses microespaços podem ser definidos como microescalas do

cuidar cotidiano de saúde.

Incluídas neste mesmo pensamento, essas multiextensões do cuidar que resume-se em cuidar do eu, do outro, da família, da casa, e do lugar, são classificadas em multidimensões do cuidar que inclui, a dimensão cognitiva (dos pensamentos), a interativa (dos encontros) e a conectiva (das conexões).

O cuidado humanizado para com essa criança demanda uma atitude mais aberta e flexível do profissional, pois este é um cuidado que tem que ser afetivo, eficiente e eficaz, de estar junto com a pessoa diminuindo a tensão transmitida pela hospitalização, através do toque profissional e afetivo do enfermeiro².

O enfrentamento da criança perante a hospitalização

No decorrer de sua existência o ser humano desenvolve o potencial pelo cuidado que, normalmente, se constrói de acordo com a cultura, as crenças e os valores advindos do contexto ambiental em que cada ser está inserido.

De acordo com Brandão (2000)³, é necessário aprendermos a ouvir a pessoa que no momento está doente e hospitalizada de uma forma afetiva, buscando acolher os seus sentimentos e perceber o paciente na sua totalidade.

Almeida (2008)⁴ ressalta que cuidar de uma criança ou adolescente hospitalizado, é realmente um desafio para o profissional de saúde que é comprometido com o processo do cuidar. Pois além do preparo técnico científico e com o desenvolvimento da habilidade em estabelecer um relacionamento efetivo com a criança é necessário algo mais. Sua atuação como profissional não pode se restringir apenas ao contexto hospitalar. O enfermeiro precisa direcionar seu foco de atenção também para as necessidades da família. Com um olhar amplo perante a comunidade na qual ela está inserida e para onde a criança retornará após a alta hospitalar, visando sempre sua total reabilitação.

Família (relação saúde-doença)

Ao fazer uma retrospectiva do cuidado pediátrico realizado na área hospitalar, constata-se que tal cuidado era baseado simplesmente na patologia. A criança não era vista como um ser único, com características próprias e potencialidades, de acordo com sua fase evolutiva. Com o passar dos anos, ampliam-se os estudos sobre as necessidades da criança, que é um ser dependente, munido do apego construído na figura de sua mãe, podendo ter prejuízos em seu desenvolvimento e crescimento, provocados pelo isolamento que a doença lhe acarreta. Nesse momento, ocorre uma mudança na abordagem de cuidado, que passa a considerar, ao menos em parte, características inerentes a esse ser em construção⁵.

Passa-se, então, a considerar a possibilidade de incluir a família no ambiente hospitalar, ensaiando-se um cuidado autêntico, com uma abordagem mais voltada para a criança inserida na unidade familiar⁵.

Cabral (2006)⁶ ressalta a respeito do cuidado centrado na família, que traz benefícios para a criança e para a família, bem como para os profissionais de saúde. Cita os benefícios para a família como: menor estresse e maior sentimento de confiança e competência nos cuidados aos seus filhos, uma menor dependência dos profissionais de saúde, maior liberdade para desenvolver novas competências e experiências no cuidado aos seus filhos. E como benefícios para o profissional de saúde: maior satisfação no trabalho e liberdade para desenvolver novas competências e experiência na enfermagem pediátrica.

Aspectos psicológicos

Foram realizadas observações pessoais durante o período de estágio supervisionado, que na maioria das vezes o hospital representa para criança um ambiente desconhecido, restrito de possibilidades de atividades como, por exemplo, o brincar; sendo um lugar muitas vezes repleto de solidão, tristeza, saudade de casa, dos familiares, amigos e colegas. Não somente a criança, mas também os familiares passam por momentos de angústia diante da internação da criança.

Pensando nisso a equipe de saúde que é responsável pelo cuidado do paciente deve estar atenta a esses aspectos e auxiliar a família a superar essas dificuldades. Acredita-se que a qualidade da assistência dos cuidadores está relacionada à visão da equipe de profissionais. O trabalho interdisciplinar com a criança e sua família, acaba tornando o atendimento integrado e humanizado, auxiliando no processo de melhora desse paciente^{7,8}.

Mello (1992)⁹ ressalta ainda a respeito da importância da atuação do profissional de saúde durante o contato com a criança, estar atento às atitudes dela, por exemplo, o choro, nervosismo, grito ou perda de fôlego, e procurando transmitir segurança a ela e a família. Dessa forma, a criança acaba se tornar mais calma e confiante no profissional. É fundamental ouvir os familiares com paciência e esclarecê-los acerca de suas dúvidas e acolher as suas dificuldades, buscando fortalecer o vínculo e a estrutura familiar.

Processo de enfermagem e dimensões possíveis no cuidar

De acordo com Carpenito (2007)¹⁰ o processo de enfermagem tem como maior objetivo ser um método para resolução de problemas e auxiliar o enfermeiro de forma lógica a abordar as situações que podem causar problemas. Ajudando assim o enfermeiro a considerar outras possibilidades e não chegar a uma conclusão rápida-

mente.

Waldow (1992)¹¹ define como processo do cuidar, todas as atividades desenvolvidas pelo cuidador referentes ao ser cuidado baseados em conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico, criatividade, acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidado no sentido de promover, manter e recuperar sua dignidade e totalidade humana. Essa dignidade e totalidade realizam a junção do sentido de integridade e plenitude física, mental, moral, emocional, social e espiritual nas fases do viver e do morrer, sendo capaz então de se obter um análise de transformação de ambos, cuidadora e ser cuidado.

Nosso interesse em observar e refletir sobre estes microespaços cuidativos citadas por Teixeira (2008)¹ quando bem definidas, tornam-se ferramentas úteis para construção de um cuidado que passa da dimensão pessoal para a coletiva, a fim de obter informações a respeito do paciente de forma geral e completa, abrangendo o sujeito integralmente, tornando capaz a produção de um diagnóstico eficaz, e uma resolução eficiente. Pois ao compreender estas possibilidades cuidativas (do eu, do outro, da família e do lugar), o processo de cuidado torna-se integrativo e sempre reinventável, pois as práticas são produzidas também por saberes sociais múltiplos.

Para tanto, é possível com o auxílio dos diagnósticos de enfermagem, desvelar possibilidades de intervenção, analisando as características nestas multiextensões do cuidado.

Diagnósticos de enfermagem

Horta (1979)¹², baseando-se na teoria da motivação humana de Maslow propôs o processo de enfermagem em seis fases, sendo o diagnóstico uma destas fases. Entretanto, observou que, na aplicação do processo de enfermagem, o enfermeiro encontra uma grande dificuldade para estabelecer o diagnóstico e atribuiu como causas o desconhecimento dos sintomas, das necessidades básicas alteradas e da nomenclatura destas necessidades, entre outras¹³.

Carpenito (2012)¹⁴ ressalta ainda que é tão importante e necessário para a enfermagem como o diagnóstico médico para a medicina. Através de um diagnóstico eficaz, é possível prestar um cuidado ao paciente, de forma a atender as suas verdadeiras necessidades, sistematizando o cuidado da enfermagem.

Ao discorrer sobre o assunto Nanda (2013)¹⁵ apresenta como missão, facilitar o desenvolvimento, o aperfeiçoamento, a disseminação e a utilização de terminologias padronizadas para os diagnósticos de enfermagem, sempre tendo como visão o paciente como um todo.

Com base no pensamento de Teixeira (2008)¹ a respeito do cuidado e em minhas experiências contidas até o presente momento, observei que saber identificar as possíveis dificuldades, relacionando-as aos diagnósticos de

enfermagem, mais precisos, a fim de aplicar intervenções envolvendo família, paciente e profissional de maneira integral, é de fundamental importância e deve estar totalmente interligado ao cuidado prestado ao paciente, estabelecendo assim uma relação interpessoal entre o enfermeiro e a família da criança hospitalizada, promovendo um cuidado de maneira sistematizada e humanizada prezando as particularidades de cada um, aprimorando a participação dos envolvidos no processo do cuidado capazes de influenciar no tratamento de forma positiva.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização da Pesquisa

O estudo é caracterizado em uma investigação de caráter qualitativa e exploratória, realizada na unidade de pediatria de um hospital privado, na cidade de Sarandí\PR. Tendo participação da equipe de enfermagem no requisito de relação interpessoal, como parte fundamental na estruturação desta pesquisa.

Segundo Mattar (1996)¹⁶, a pesquisa exploratória é apropriada para os primeiros estágios de investigação quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno por parte do pesquisador são, geralmente, insuficientes ou inexistentes. A pesquisa exploratória também pode ser usada como um passo inicial de um processo contínuo de pesquisa, seguindo similarmente a proposta deste estudo.

Minayo (2003)¹⁷ considera a pesquisa qualitativa como uma construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando através de crenças, valores, significados e outras profundas relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Os dados foram adquiridos através de entrevista semiestruturada, e observação por meio de relatos em diário de campo e gravações das entrevistas, seguindo um padrão de questionários com questões relacionadas à dificuldade de enfrentamento da criança e da família perante a hospitalização, para tanto, subdividimos teoricamente o domínio: 7 - Papéis e Relacionamentos da Nanda (2013)¹⁵, nas multiextensões cuidativas do cuidar do eu, do outro e da família¹ levantando dados através de observação e informações adquiridas do paciente, e família.

Aspectos éticos

O início da pesquisa se deu após a autorização da direção responsável pela avaliação e realização de pesquisas de campo, referentes ao setor de pediatria do hospital, após avaliação a presente pesquisa foi aceita e homologada pelo responsável da instituição e pelo pesquisador.

O projeto apresentado foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa que emitiu autorização de pesquisa com seres humanos, conforme estabelece a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Crítérios de inclusão de participantes

Fizeram parte deste estudo 3 crianças e seus respectivos familiares, que estavam em atendimento na unidade pediátrica do referido hospital. O critério de escolha dos participantes da pesquisa foi realizado através de análise dos prontuários de atendimento concedido pelo enfermeiro responsável do setor, onde foram selecionadas as crianças com idade acima de 6 anos e menores de 14 anos.

Os contatos foram realizados no hospital durante o período de hospitalização, onde todos os pais obtiveram uma boa aceitação e participação da pesquisa facilitando a obtenção dos dados, onde os conteúdos da entrevista realizados durante os dois encontros possibilitaram uma convergência de enunciações. Os pais acompanhantes estiveram presentes durante todo o período de realização da pesquisa sendo colaborativos e facilitando a conclusão da mesma.

Foi estabelecido este critério de idade em detrimento da capacidade cognitiva das mesmas em responder aos questionamentos. Pois segundo Gessel (1963)¹⁸, acredita-se que aos 7 anos de idade a criança já possui o seu carácter esboçado, a personalidade um pouco definida e a inteligência desperta. Possui um novo caminho, um novo caminho a percorrer, alarga a sua consciência e seu conhecimento do mundo, amplia o conceito das coisas e começa a introduzir o mundo em seu interior

Coleta de dados e procedimento de análise

A coleta de dados foi realizada no setor de pediatria do hospital durante o período de outubro de 2013, por meio dos 03 encontros com os pacientes e familiares de maneira individual. Foi realizado ao todo 01 encontro com cada paciente e familiar durante o período de hospitalização, sendo caracterizado como satisfatório pela quantidade e qualidade das informações obtidas. Levando em consideração a citação de Minayo (1998)¹⁹ que ressalta que a pesquisa qualitativa não é baseada em critério numérico para garantir sua representatividade.

A coleta de dados foi realizada através de observação livre e entrevista semiestruturada subdividida entre as multiextensões cuidativas (cuidar do eu, do outro e da família) propostas por Teixeira (2008)¹.

Ao decorrer das entrevistas, as análises foram dirigidas sobre um roteiro constituído de questões abertas, elaborado pela pesquisadora. Que foram realizadas tanto com as crianças, como com os acompanhantes de cada uma com o intuito de discorrer a respeito do enfrenta-

mento infantil perante a hospitalização dentro das multiextensões do cuidado, e subdivididas em domínios que incluem o cuidado do eu, do outro e da família. As entrevistas foram gravadas em gravador digital, com consentimento prévio das famílias e transcritas na íntegra.

Após todas as análises diagnósticas relacionaremos os mesmos em um quadro de identificação, possibilitando nesta medida um panorama geral dos diagnósticos inferidos.

3. RESULTADOS

Análises Familiares

A identificação dos diagnósticos será apontada com o auxílio do livro Nanda (2013)¹⁵, fundamentados metodologicamente na cartografia simbólica do cuidado, através das informações colhidas dos pacientes e da análise das entrevistas obtivemos os resultados subdividindo-os nas multiextensões de cuidado¹.

O diagrama que segue abaixo corresponde as multiextensões do cuidado do "EU" relacionadas as questões abordadas com os 3 familiares participantes:



Figura 1. Acrescentar legenda. Fonte: Pesquisadores

Levando em consideração as reflexões de Teixeira (2008)¹ a respeito do cuidado do eu, podemos observar que os acompanhantes relacionam a **saúde com o fato de estar ou não doentes**, como não apresentam sinais de doença visíveis, acabam não cuidando da saúde de maneira geral, por acreditar que o estado de saúde depende unicamente da presença ou não de sintomas. Deixando de lado o cuidado de si, além do bem estar físico também a satisfação do estado mental. Isso nos leva a correlacionar ainda o modelo biomédico em que a sociedade está inserida.

Ao correlacionar a questão de satisfação com a vida com Nanda (2013)¹⁵ encontra-se nesses pacientes um diagnóstico em comum de "**Processos familiares disfuncionais**" com características definidoras semelhan-

tesno que diz respeito a **Problemas econômicos**. Pois através da análise de entrevista, utilizando método de observação pode-se compreender que esses pacientes acabaram relacionando o estar bem, com aspectos financeiros, por se tratarem de famílias carentes. O bem estar geral acaba por se resumir em ter ou não condições financeiras satisfatórias. Deixando de lado a relação de que satisfação com a vida está associada a momentos de lazer, saúde, educação, segurança entre outros. Tendo em vista o cuidado do “EU” como aspectos exteriores, e assim vão descuidando dos aspectos invisíveis e interiores.

Já na questão que se refere ao que o paciente sente falta quando se encontra no meio hospitalar como acompanhante, levantou-se o diagnóstico de enfermagem de **“Tensão do papel do cuidador”**, pois as respostas dos acompanhantes demonstraram como características definidoras aspectos de **mudanças nas atividades de lazer**, ao expressar a falta do simples fato de estar em casa demonstrado como grande fator de satisfação por todos eles. E **Falta de tempo para satisfazer as necessidades pessoais**, pois a tensão de estar no hospital exercendo o papel de acompanhante está correlacionada ao fato de não poder trabalhar para satisfazer as necessidades básicas da família.

Na extensão de cuidado do “OUTRO” inferimos as questões apresentadas na Figura 2.



Figura 2. Acrescentar legenda. Fonte: Pesquisadores

A dimensão do cuidar do outro descrito por Teixeira (2008)¹ inclui, os membros da família (do espaço doméstico) e os demais membros (do espaço da comunidade). Dentro do cuidado para com o outro, em relação aos demais membros (comunidade), incluímos a relação do acompanhante com o profissional de saúde, que influencia de maneira direta no tratamento da criança hospitalizada. O acompanhante não demonstra satisfação no

ambiente hospitalar de forma predominante. Dentro das falas identificamos que o hospital é considerado por eles um lugar ruim, denominado como um local para doentes, onde o conforto do próprio acompanhante não é levado em consideração, o mais importante acaba sendo o tratamento com agilidade, e a recuperação da saúde da criança.

Ao observar as considerações dos pacientes a respeito do atendimento de suas necessidades básicas no hospital, os mesmos classificam como satisfatórias, porém, ao utilizar o método de observação, pode-se analisar que o mesmo não possui critérios elevados de realização das necessidades básicas pessoais, pois para eles o mais importante é o bem estar da criança, deixando de se atentar as suas necessidades de conforto e bem estar básicas, que não estavam sendo atendidas no meio hospitalar.

Após a análise do questionário direcionado as questões relacionadas ao cuidado do outro em âmbito social, pode-se identificar o diagnóstico de **“Interação social prejudicada”** através das características definidoras de **Comportamentos de interação social mal sucedidos e desconforto em situações sociais**, pois diante das respostas e da observação do pesquisador no campo de pesquisa, pode-se identificar dificuldades de interação social tanto entre acompanhante e enfermeiro quanto entre os próprios acompanhantes (ao dividir os quartos).

A falta de interação entre profissional e paciente fica clara diante das respostas relacionadas ao entendimento da importância dos procedimentos e colaboração do acompanhante perante os mesmos, que deixa a desejar por falta de conhecimento dos procedimentos que dizem respeito a criança. E fica clara também a falta de cooperação do profissional em incluir os pais no processo do cuidar de seus filhos.

Na extensão do cuidar da “FAMÍLIA” realizamos as questões da Figura 3.



Figura 3. Acrescentar legenda. Fonte: Pesquisadores

Dando continuidade ao cuidado apresentado por Teixeira (2008) agora em âmbito familiar, envolve-se o cuidar de ter a atenção com os filhos, que traz um pensamento de ser acolhido, de ter uma aliança e cooperação

Diante desse aspecto identificou-se o diagnóstico de **"Desempenho de papel ineficaz"**, na questão de capacidade de desenvolver o papel de pai/mãe destinado a ele, que segue o relato do acompanhante 1 em deixar a desejar na questão da educação do filho, relacionando nesta medida a característica definidora como **sentimento de impotência**, por relatar sentir-se culpado diante da falha na educação da criança.

Nessa mesma questão, o acompanhante 2 foi diagnosticada por **"Interação social prejudicada"** tendo como característica definidora **Desconforto em situações sociais**, por apresentar dificuldades em se expressar diante do pesquisador, deixando transparecer sua dificuldade de lidar com situações sociais, não colaborando de maneira eficaz para o bom rendimento da pesquisa.

Já o acompanhante 3 apresentou o diagnóstico de **"Disposição para processos familiares melhorados"** tendo como características definidoras que **os papéis dos membros da família são adequados aos estágios de desenvolvimento**. Pois o acompanhante apresenta se mostrar capaz de atender as funções como pai a fim de atender todas as necessidades da filha, através do que estiver ao seu alcance.

Na questão que diz respeito a colaboração dos familiares no cuidado com a criança durante a hospitalização, o acompanhante 1 apresenta diagnóstico de **"Disposição para processos familiares alterados"** e como característica definidoras de que a **família adapta-se a mudanças**, pois mesmo diante do processo familiar interrompido a interação (entre marido e mulher) a colaboração dos membros para o cuidado com a criança continua. Já o acompanhante 2 e 3 apresentam diagnóstico de **"Processos familiares disfuncionais"** tendo como características definidoras **baixa percepção do apoio paterno/materno**, pois não possuem colaboração dos membros da família pai/mãe no cuidado com a criança durante o período da hospitalização.

Em relação ao atendimento das questões físicas e psíquicas da criança, os acompanhantes acabam por apresentar o diagnóstico de enfermagem de **"Disposição para processos familiares"** tendo como características definidora **os relacionamentos positivos**, entre pais e filhos mostrando serem capazes de atender as necessidades relacionadas as questões físicas e psíquicas da criança.

Análises das Crianças

Com relação às necessidades e dimensões do cuidado no que se refere ao cuidado do "EU" com as crianças participantes referimos os seguintes questionamentos da Figura 4.



Figura 4. Acrescentar legenda. Fonte: Pesquisadores

Ao tratar das dimensões do cuidado redigidas por Teixeira (2008)¹ e tendo em vista agora a **criança** como objeto central do trabalho, a primeira questão, que está relacionada ao microespaço cuidativo do "cuidar do eu" revela a satisfação do cuidado prestado a criança em âmbito hospitalar, em sua própria visão. Diante da análise da questão identificou-se o diagnóstico de enfermagem para **"Disposição para relacionamento melhorado"** tendo como característica definidora que a **criança demonstra autonomia bem equilibrada e colaboração entre os parceiros**. Pois ao pensar no cuidado colocando o "eu" no centro da questão, a criança demonstra saber a importância de ser cuidado, para sua melhor recuperação, e demonstra um boa aceitação desse cuidado, através da manutenção de um bom relacionamento com o profissional de saúde.

Na questão seguinte relacionada o que mais a criança sente falta quando está em ambiente hospitalar, encontra-se com o diagnóstico de enfermagem **"Disposição para processos familiares melhorados"** tendo como características definidoras **os laços da família que são mantidos**, pois liga diretamente a falta do convívio familiar em casa, ao lembrar dos membros da família com alegria, e demonstrar satisfação perante o convívio com os mesmos. Essa falta do convívio familiar para a criança poderia ser amenizada, se houvesse uma maior inserção da família no processo do cuidar da criança, envolvendo além dos acompanhantes (pai/mãe), os demais membros da família como os citados nas respostas das crianças. Ajudando-a, a associar o período da hospitalização, com o fortalecimento dos laços familiares.

Na questão que a criança é questionada a respeito de como ela gostaria de ser tratada no ambiente hospitalar, pode-se aplicar o microespaço cuidativo redigido por Teixeira (2008)¹ do "cuidar do lugar", visando o cuidado egocêntrico (cuidado cotidiano), dando ênfase nos indi-

víduos "particulares", relacionando o hospital ao seu mundo cotidiano, onde a criança liga seus desejos do hospital aos que ela deixa de fazer, quando está no mesmo, que é em sua maioria o "brincar". Esse desejo poderia ser amenizado se a criança obtive-se meios de distração voltadas a diversão, como por exemplo a inserção de uma brinquedoteca na ala pediátrica, ajudando a criança a passar por esse momento nada agradável de maneira mais tranquila.

Na questão que diz respeito a compreensão da criança diante do processo de hospitalização, pode-se identificar o diagnóstico de enfermagem de **"Desempenho de papel ineficaz"** tendo como característica definidora, **conhecimento deficiente**, a respeito de sua própria internação. O conhecimento que as crianças apresentaram respeito do porquê estar internados, não foram satisfatórias, pois diante da observação do pesquisador as crianças não sabiam identificar com segurança o verdadeiro motivo da hospitalização repetindo apenas o que avia ouvido pelo acompanhante. Apresentando uma falha na conduta do profissional que deveria deixar a criança informada e orientada a respeito de sua hospitalização sendo capaz de definir a importância da mesma para si e o verdadeiro motivo pelo qual está hospitalizado.

Pois segundo Gessel (1963) ela já capaz de entender o motivo da hospitalização de maneira clara, e saber se pronunciar a respeito de sua importância em seu tratamento.

Já na extensão cuidado do "OUTRO" realizamos as seguintes questões apresentadas na Figura 5.



Figura 5. Acrescentar legenda. Fonte: Pesquisadores

A questão relacionada ao "cuidar do outro" citado por Teixeira (2008) tendo em vista o cuidado na visão dos demais membros em âmbito hospitalar, relacionando a questão do que mais a criança gosta no hospital, podemos extrair considerações positivas. A primeira criança, por

exemplo, relaciona "tomar remédio" como sendo algo positivo para ela. Isso transparece a ação do profissional em tornar esse ato que quase sempre é indesejado pelas crianças como sendo algo satisfatório. A segunda criança, também cita uma boa característica do cuidar referente ao pintar e desenhar. O que demonstra que o cuidado está sendo transcrito de forma dinâmica através de algumas estratégias de distração. Já a terceira criança, relaciona o bom atendimento do profissional para com ele de forma positiva mostrando uma boa interação para com o mesmo durante a hospitalização.

Nas conexões do eu com o outro (profissional) em âmbito hospitalar, relacionadas a questão, do que elas acham das pessoas que as atendem, as crianças deixam transparecer uma boa relação entre paciente e profissional, ao citarem as cuidadoras como "legais" e "boazinhas". A segunda criança se diverte ao expressar o desejo de que os profissionais se vestirem de palhaço. Sem perceber a mesma deixa transparecer uma das melhores alternativas de cuidado através de uma simples aparência.

Como cita Crepaldi (2006)²¹ a maioria das vezes a criança associa o jaleco branco com o hospital e muitas vezes com a dor causada pelos procedimentos, tornando assim um bloqueio entre o profissional e a criança, podendo até dificultar o seu tratamento. Não necessariamente vestir-se de palhaço, mas o profissional pode usar a criatividade para tornar esse momento o menos desagradável possível.

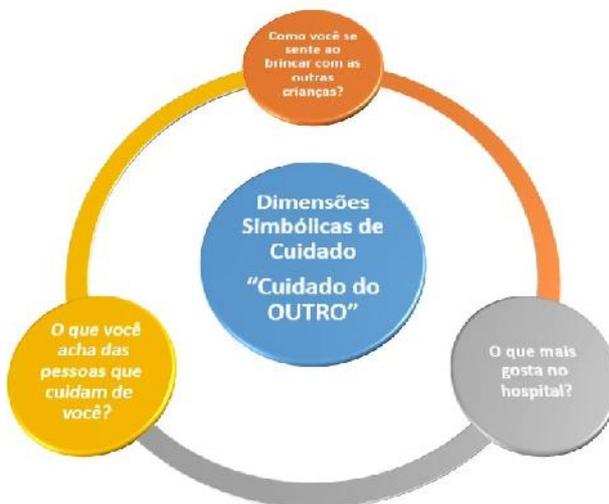


Figura 6. Acrescentar legenda. Fonte: Pesquisadores

Em relação às conexões interpessoais relacionadas ao "cuidar do outro", na questão em que a criança é questionada a respeito da interatividade com as outras criança no meio hospitalar, pode-se identificar o diagnóstico de enfermagem de **"Interação social prejudicada"**, relacionados as características definidoras de **comportamento de interação social malsucedidos** e **capacidade de receber uma sensação satisfatória** de

envolvimento social, devido à falta de compatibilidade de idades dentro do quarto, citado pela segunda e terceira criança, como fator que dificulta a sociabilização da mesma com companheiros do mesmo quarto.

Esse problema de sociabilização poderia ser resolvido se houvesse uma separação ou classificação de pacientes pela mesma faixa etária, quebrando assim barreiras de comunicações, entre as crianças, visando essa interação social dentro do quarto como fator fundamental no tratamento das mesmas.

Já no âmbito das extensões de cuidado da “FAMÍLIA” realizamos as seguintes questões (Figura 6).

Baseado no microespaço cuidativo focado no “cuidar do outro” com ênfase na “Família” citados por Teixeira (2008) discorre-se a respeito da inserção da família no cuidado hospitalar, através da questão da importância que a criança da ao acompanhante durante sua hospitalização. Nessa questão a criança demonstra quão dependente é do cuidado do acompanhante para com ele durante a hospitalização. Observou-se que o acompanhante é quem vai dar a segurança para essa criança durante todo o período da hospitalização participando de maneira direta no processo de saúde-doença da criança.

Cabe assim ao acompanhante oferecer a criança o suporte necessário durante esse período de sua vida. Como cita Boff (1999), saber cuidar manifesta-se quando os indivíduos se organizam entre si e começam com prática que visam transformar as relações sociais, promovendo o cuidado com os próprios semelhantes.

Saber cuidar é um momento de atenção, de zelo e de deszelo, uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de desenvolvimento afetivo com o outro. Implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso, entrar em sintonia com, auscultar lhe o ritmo e afinar-se com ele (outro) (BOFF, 1999²², p.54 *apud* TEIXEIRA *et al* 2006).

Na questão relacionada à o que a criança sente falta de fazer com a família quando está no hospital, identificou-se o diagnóstico de enfermagem de “**Disposição para paternidade ou maternidade melhorada**” apresentando características definidoras de que os **filhos expressão satisfação com o ambiente familiar**, baseadas nas conexões do cuidarrelacionados a “vivência familiar”. Pois relacionam as atividades realizadas com a família e a convivência familiar, como sendo o que mais faz falta durante o período da hospitalização.

4. DISCUSSÃO

Acreditamos que através de uma interação eficiente entre paciente e profissional pode sim haver um cuidado humanizado, onde o paciente esteja realmente no centro de nossas atenções e ações.

Compreendemos que a criança nunca deve ser atendida de maneira individual. Consideramos ser papel fundamental do profissional de saúde, incluir a família nesse processo do cuidar, dando ao acompanhante, a mesma importância que deve ser dada a criança.

Ao nos depararmos com seres tão pequenos e tão dependentes de um cuidado de qualidade, na unidade pediátrica, penso que dentro de um hospital o enfermeiro é o maior responsável pela qualidade do cuidado dessa criança, até mesmo mais que os pais, em um primeiro momento, até que os mesmos se apoderem desse cuidado, pois pelo que foi visto nesta pesquisa, não é só a criança que está passando pelo processo da internação naquele momento, que depende do profissional de saúde para suprir suas necessidades, mas também os pais (acompanhantes) são totalmente dependentes do cuidado e atenção desse profissional.

Ao levantar os diagnósticos de enfermagem, que fazem parte do processo de enfermagem como uma de suas etapas, o vemos como uma prática que deve estar incluída no dia a dia do enfermeiro como profissional de qualidade.

Pois a classificação dos diagnósticos das crianças e familiares foi o que possibilitou o estudo holístico de suas dimensões, desvelando o levantamento dos problemas a serem resolvidos de cada um, de maneira diferenciada, de acordo com a suas verdadeiras necessidades.

5. CONCLUSÕES

Com Diante das considerações do presente estudo destacam-se alguns conceitos pelo qual podem levar à contribuições futuras:

Para o ensino mostra-se a importância da absorção de todo o conteúdo ministrado pelo docente durante a formação do aluno para um futuro profissional, capaz de entender a verdadeira essência do cuidado e poder transmiti-lo ao paciente de maneira eficaz e com qualidade.

Para a pesquisa, ressaltando a importância de estudos que visem conhecer o ser em suas diversas dimensões de forma a encontrar novas alternativas de estudos a respeito do cuidado transcultural, propiciando novas dimensões ao cuidado prestado ao ser humano; para o cuidado, visando o diagnóstico de enfermagem como elemento fundamental da assistência de enfermagem, interagindo com a mesma de maneira direta, deixando de lado a assistência biomédica do profissional de saúde, para uma assistência humanizada, sistematizando o cuidado em suas complexidades.

REFERÊNCIAS

- [1]. Teixeira E. Cartografia simbólica do cuidado: Reflexões a luz de Boaventura de Souza Santos. São Paulo: Martinari, 2008.

- [2]. Gomes C, Trindade G, Fidalgo J. Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2002; 6:105-16. Disponível em:<<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt>> Acesso em: 10 Jun.
- [3]. Brandão LM. *Psicologia Hospitalar: uma abordagem holística e fenomenológico-existencial*. Revista da vetor editoran. 2008; 2.
- [4]. Almeida C. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem á criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2005; 10:20-30.
- [5]. Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 2008; 2:33-9. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo>>Acesso em 15 jul de 2013.
- [6]. Cabral IE, Moraes JRMM, Santos FF. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. *Escola Anna Nery*. 2003.
- [7]. Trotta E, Lima E, Soledade M. Quando os cuidados à criança hospitalizada precisam ser intensivos. In: Ricardo Ceccim e Paulo Carvalho. *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta á vida*. 1997; 112-23.
- [8]. Elias, A. Re-significação, da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2003.
- [9]. Mello A. Psicossomática e pediatria. In: FILHO J. M. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992; 195-207.
- [10]. Carpenito-Moyet LJ. *Diagnostico de Enfermagem: Aplicada à prática clínica*. 11ªed. Porto Alegre,RS: Artmed, 2007.
- [11]. Waldow VR, Lopes MJM. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- [12]. Horta W. A. "Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 20 (1): 7-13, Jan. 1979.
- [13]. Lopes MJ. "Concepções de Enfermagem E desenvolvimento Sócio-Moral: Referências Teóricas". Lisboa: AP Enfermeiros, 2001.
- [14]. Carpenito-Moyet LJ. *Diagnósticosde enfermagem: Aplicada à prática clínica*. 13ªed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- [15]. Nanda. *Diagnostico de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2012-2014/NANDA Internacional*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- [16]. Mattar FN. *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- [17]. Minayo MCS. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- [18]. Gessel A. In *Infopédia .Ciência sociais e humanas: o desenvolvimento da criança de 05 a 10 anos*. Porto: Porto Editora, 2003-2013. Disponível em <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$arnold-gesell](http://www.infopedia.pt/$arnold-gesell)>. Acesso em 12 nov 2013.
- [19]. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- [20]. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec: 2004.
- [21]. Crepaldi M. *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006.
- [22]. Boff L. Saber cuidar:ética do humano – compaixão pela terra. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. n.2. p.19-44 Disponível em:<www.fen.ufg.br>. Acesso em: 10 de Jun 2013.

