

A EFETIVIDADE DO CUIDADO SOLIDÁRIO DIANTE DE EVENTOS QUE ACOMPANHAM A CRONIFICAÇÃO DA DOENÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA¹

THE EFFECTIVENESS OF THE SOLIDARY CARE AHEAD OF EVENTS THAT FOLLOW THE CHRONICLE ILLNESS PROCESS OF THE HOSPITALIZED CHILD

LA EFECTIVIDAD DEL CUIDADO SOLIDARIO FRENTE A HECHOS QUE ACOMPAÑAN LA CRONICIDAD DE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO HOSPITALIZADO

Alexandra Maria Alves², Christiane Silva Ferreira Gonçalves², Maria Aparecida Martins², Sueli Terezinha da Silva², Tânia Cristina Auwerter², Ivete Palmira Sanson Zagonel³

RESUMO: Artigo de pesquisa que objetivou identificar como o enfermeiro realiza o cuidado solidário frente às alterações na evolução da doença da criança hospitalizada que conduzem a cronificação. A metodologia é qualitativa através do método exploratório-descritivo. Os sujeitos foram nove enfermeiros assistenciais que atuam em unidades pediátricas de uma instituição hospitalar de grande porte de Curitiba-PR, sendo referência na área pediátrica em todo o Brasil. Para a coleta das informações utilizamos a entrevista semi-estruturada. Para efetivar a análise dos depoimentos seguimos a análise de conteúdo proposta por Bardin (1991). Os preceitos éticos foram seguidos conforme a Resolução 196/96. Todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Após a transcrição das entrevistas que foram gravadas, iniciamos a categorização. Foram apreendidas três Unidades de Contexto e seis Unidades de Significação. As Unidades de Contexto incluem a percepção da cronificação da criança hospitalizada pelo enfermeiro; a percepção das ações do enfermeiro como cuidado solidário pela família e, apontando características que permeiam o cuidado solidário. Pela análise dos depoimentos foi possível perceber que a desestruturação familiar é visível, pois a criança permanece longo tempo no hospital, alterando sua rotina diária, afetando a família e mudando a sua rotina, ou seja, a convivência com a cronificação impõe alterações na espacialidade e temporalidade da criança. A família e criança necessitam de suporte fornecido pelo enfermeiro pelo cuidado solidário. O cuidado solidário é percebido pelo vínculo, interesse, contato, diálogo, suporte, apoio, ser presença, ouvir, pela empatia, transmissão de confiança e esperança, se estabelece pelo trabalho multiprofissional, preparo da equipe, conhecimento, disponibilidade e respeito pelo outro. O cuidado solidário é um processo, um acontecimento que pode ser considerado um novo paradigma para a realização do cuidado de enfermagem, proporcionando um crescimento mútuo, a construção de novos saberes, possibilita uma relação afetiva, reflexiva, humana, empática entre enfermeiro/criança/família.

PALAVRAS CHAVE: Cuidados de enfermagem; Cuidados integrais de saúde; Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT: Article of research that objectified to identify how the nurses carry through the solidary care front to the alterations in the evolution of the hospitalized child that lead to the chronicle illness process. The methodology is qualitative through the exploratory- description method. The subjects had been nine assistencial nurses who act in pediatric units of a great hospital of Curitiba-PR which is reference in the pediatric area in all Brazil. For the collection of the information we used the half-structuralized interview. To accomplish the analysis of the depositions we followed the content analysis proposal by Bardin (1991). The ethical rules had been followed in agreement to the Resolution 196/96. All the subjects had signed the term of content of written informed consent. After the transcription of the interviews that had been recorded, we initiate the categorization. Three Units of Context and six Units of Meaning had been apprehended. The Units of Context include the perception of the chronicle illness process of the hospitalized child by the nurse; the perception of the nursing actions of solidary care by the family and, pointing characteristics that interpose the solidary care. For the analysis of the depositions it was possible to perceive that the lack of familiar structure is visible, therefore the child remains long time in the hospital, modifying its daily routine, affecting the family and changing its routine, that is, coexisting with the chronicle illness process imposes alterations in the existing space and temporality of the child. The family and child need support supplied by the nurse in solidary

¹ Trabalho resultante da Disciplina Momento Integrador do Instituto de Ensino Superior Pequeno Príncipe – IESPP. Curitiba/PR

² Acadêmicas do 6º período do Curso de Enfermagem do IESPP. Curitiba/PR

³ Enfermeira. Professora Sênior do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Coordenadora do Curso de Enfermagem do IESPP. Curitiba/PR. Coordenadora do NEPEE (Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Enfermagem). Orientadora do trabalho.

care. The solidary care is perceived by the bond, interest, contact, dialogue, support, the presence, the listening, for the empathy, reliable transmission and hope. It can be established with multiprofessional work, preparation of the team, knowledge, availability, respect for the other. The solidary care is a process, an event that can be considered a new paradigm for the accomplishment of the care of nursing, providing a mutual growth, the construction of new knowing, it makes possible an affective relation, reflexive, human, between nurse/child/family.

KEY WORDS: Nursing care; Comprehensive health care; Pediatric nursing.

RESUMEN: Artículo de investigación cuyo objetivo fue identificar como el enfermero realiza el cuidado solidario, frente a las alteraciones en la evolución de la enfermedad en el niño internado que conducen a la cronicidad. La metodología es cualitativa a través Del método exploratorio-descriptivo. Los sujetos fueron nueve enfermeros asistenciales que actúan en unidades de pediatría en una institución hospitalar de envergadura em Curitiba-PR ,siendo referencia en el área pediátrica en todo Brasil. Para recoger las informaciones utilizamos la entrevista semi estructurada. Para efectivizar el análisis de las declaraciones seguimos el análisis Del contenido en la propuesta Bardin (1991). Los preceptos éticos fueron seguidos de acuerdo a la Resolución 196/96. Todos los sujetos firmaron su consentimiento libre y aclarado.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão caracterizada pela predominância de suas atividades no ato de cuidar. “As alternativas para cuidar são muitas e cabe ao enfermeiro por meio de seus conhecimentos e habilidades delimitar a forma mais adequada a cada situação apresentada” (KRUG & SOMAVILHA, 2004, p.278). O cuidar exige do enfermeiro ações em conjunto com o ser cuidado, interação, relação empática, envolvimento, responsabilidade e não somente a centralidade no procedimento técnico. Cuidar de outro ser humano exige preparo técnico, compreensão, aceitação e uma postura que permita reconhecer o outro como o ser bio-psico-social e não apenas um corpo biológico. Cabe ao cuidador prestar um cuidado único, individualizado, humano, solidário, pois o paciente é uma pessoa que possui direitos de ter uma assistência digna, justa, ética, e acima de tudo devendo ser cuidado como uma totalidade.

“O cuidado técnico pode ser ensinado, porém o cuidar em sentido mais amplo, entendido como processo interativo, precisa ser vivido, o cuidar

Después de la transcripción de las entrevistas que fueron gravadas, iniciamos la categorización. Fueron aprendidas tres Unidades de contexto y seis unidades de Significación. Las unidades de contexto incluyen la percepción de la cronicidad en el niño. Internado, por el enfermero; la percepción de las acciones. Del enfermero como cuidado solidário de la familia y apuntando a características que permiten el cuidado solidário. Por el análisis de las declaraciones fue posible percibir que la desestructuración familiar es visible, pues el niño permanece largo tiempo em el hospital, alterando su rutina diária, afectando la familia y cambiando su rutina, o sea la convivencia con la cronicidad impone. Alteraciones en el espacio y tiempo Del niño. La familia y el niño necesitan Del apoyo ofrecido por el enfermero de cuidado solidário. El cuidado es visto por el vínculo, interés, contacto, diálogo, ayuda, estar presente, oír, por la empatía, transmisión de confianza y esperanza. Se establece por el trabajo multiprofesional, preparación. Del equipo, conocimiento, disponibilidad, y respeto por el otro. El cuidado solidario es un. Proceso, un hecho que puede ser considerado un nuevo paradigma para la realización. Del cuidado en enfermería proporcionando crecimiento mútuo ,la construcción de Nuevos saberes posibilita una relación afectiva, reflexiva, humana, y empática entre Enfermero/nino/familia.

PALABRAS CLAVE: Atención de enfermería; Atención integral de salud; Enfermería pediátrica.

como valor profissional e pessoal é de central importância em prover padrões normativos, os quais governam as ações e atitudes em relação àquele de quem se cuida” (Waldow apud BARROSO, 2000, p.41).

O cuidado como eixo norteador da enfermagem, deve estar vinculado à solidariedade, pois envolve atitudes éticas de sensibilidade e reciprocidade, proporcionando um processo interativo, dinâmico, de envolvimento entre o enfermeiro e o paciente, que compartilham conhecimentos e sentimentos durante o período de internação. Para BETTINELLI (2002, p.27) a “solidariedade pode ser definida como valor, sentimento, reciprocidade, envolvimento, disponibilidade, comportamento responsável, ética de cooperação, trabalho compartilhado, presença, proximidade e dialogicidade”. A ausência do cuidado solidário pode tornar a relação enfermeiro/paciente desgastante, gerando uma assistência de enfermagem desvirtuada dos seus propósitos de ser interativa e dinâmica.

Quando o cuidado é voltado para a criança exige do enfermeiro atenção, cuidado ativo e dinâmico, envolvendo a família, pois a hospitalização mobiliza toda a estrutura familiar. A família junto com a criança passa por uma série de fatores estressantes e muitas vezes repentinos acerca da doença. A cada dia que passa durante o período de hospitalização da criança, aumentam as preocupações, temores, angústias e ansiedade.

Para LACAZ & TYRRELL (2003) o cuidado em relação à criança assume um papel de destaque já que este cuidado não deve ser desvinculado da família e de suas necessidades de promover o bem-estar da criança e de proporcionar um desenvolvimento harmonioso ao longo de seu ciclo vital.

Nesse sentido, Oliveira apud COLLET & OLIVEIRA (2002, p.45) enfatiza que,

“para cuidar da criança hospitalizada não basta apenas a técnica e afeição por ela, faz-se necessário, também um sentimento de infância, assim definido por considerar-se a criança como sujeito de sua história e plena de direitos, dentre os quais o direito a liberdade e a dignidade e, sobretudo, o direito de estar junto aos entes queridos num momento de crise como é o da hospitalização”.

MAYEROFF (1971) acentua que cuidar da criança hospitalizada necessita de estímulos para que a criança tome decisões razoavelmente adequadas a seus próprios poderes e experiências, pois uma das maneiras dela crescer é pelo desenvolvimento da capacidade de tomar decisões por si mesmo, assumindo a responsabilidade por elas.

O cuidado deve estar ligado a solidariedade, na visão de BETTINELLI & ERDMANN (1998, p.23), acentuando que “a solidariedade é um processo de construção gradual feito através do compartilhar de conhecimentos e de sentimentos, podendo levar a uma aproximação mais autêntica e verdadeira entre os profissionais e os pacientes, trazendo maior satisfação e valorização da vida”.

Os autores salientam ainda que,

“O cuidado solidário é um compromisso social ético, despojado de qualquer interesse unilateral, tendo como objetivo a recuperação da saúde, reintegração do paciente ao seu meio social e o desenvolvimento do potencial criativo tanto do profissional como do paciente/família. O cuidado solidário é precedido de intencionalidade, exigindo-se nesta relação co-responsabilidade, envolvimento, cooperação e espírito participativo. Nesta troca deve-se respeitar as diferenças, realizar um trabalho junto com o

paciente/família, tendo como objetivo comum à melhora das condições de saúde e de vida das pessoas (BETTINELLI & ERDMANN, 1998, p. 24).

O cuidado solidário torna-se imprescindível e necessário ao trabalho do enfermeiro em todos os contextos. A hospitalização constitui uma crise importante na vida da criança e da família, pois desencadeia uma série de fatores estressantes, sentimentos de culpa, ansiedade, medo, depressão e raiva. No momento em que a hospitalização aumenta, o risco está eminente caminhando para a cronificação.

A cronificação da doença é advinda de alterações em sua evolução e família e criança necessitam de suporte fornecido pelo enfermeiro através do cuidado solidário, o qual deve se sobrepor ao cuidado tradicional, a fim de libertar-se do automatismo, do cuidado impessoal e sem envolvimento para realizar uma reflexão crítica com envolvimento, responsabilidade, solidariedade deixando imergir o cuidado humanizado centrado no ser humano em suas diferentes dimensões. O cuidado não pode ser superficial, sem diálogo, humanização, deve ir além do cuidado fragmentado, tecnicista, voltado apenas à patologia, deve preocupar-se com o todo, realizar o cuidado com carinho, compaixão, disponibilidade, empatia, compromisso, reciprocidade e interação.

A hospitalização pode ser encarada pela criança como separação da família, pois esta pode se sentir abandonada pela mãe em um ambiente desconhecido e ameaçador. As rotinas hospitalares, o medo do desconhecido, a separação, as limitações impostas pela doença e o prognóstico geram situações difíceis e requer do enfermeiro proteger a criança de um atendimento técnico, impessoal e agressivo.

Para a família a jornada da hospitalização da criança é difícil e desgastante, pois, família e criança compartilham angústias, preocupações e estresse, impondo à família a reformulação de seu cotidiano para estar com a criança hospitalizada e sua rotina adaptada para manter a unidade familiar. Os profissionais envolvidos no contexto da criança hospitalizada, principalmente o enfermeiro, devem procurar compreender a vivência da família e delinear intervenções que auxiliem durante a crise que pode representar a hospitalização da criança no seu ciclo vital.

A necessidade de hospitalização da criança gera sentimentos ambíguos à família, os quais podem estar relacionados ao sofrimento e a dor, é uma realidade distinta para a família que passa a compartilhar a doença, o tratamento, os sucessos e insucessos com outras famílias, ali presentes ou não, e com a equipe do hospital (COLLET & OLIVEIRA, 2002).

Quando a hospitalização da criança se prolonga a situação se torna ainda mais complexa e difícil, pois as reações da criança a essa intercorrência estão de forma geral, associadas à cronificação da doença e é influenciada por diversos fatores que incluem idade, desenvolvimento psíquico, gravidade da doença. À medida que o prognóstico da doença evolui, as exigências se acumulam incluindo uma rotina circular de idas e vindas aos diversos setores do hospital como, quarto, centro cirúrgico, UTI (Unidade de Terapia Intensiva), quarto, centro cirúrgico, e assim por diante. O enfermeiro deve estar cada vez mais presente e atento às reações da família e da criança, pois se depara com situações que requerem algo a mais, além do cuidado técnico, algo que auxilie a família a encarar os problemas e compartilhar a vivência da hospitalização e cronificação da doença da criança. Nesses momentos de dificuldade é fundamental a realização do cuidado solidário.

Uma condição crônica de saúde para Trentini e Silva citados por SILVA & GUEDES (2002, p.41) "caracteriza-se pelo momento em que a pessoa passa a incorporar a doença no seu processo de viver, constituindo-se em situação permeada de estresse, seu impacto surge a qualquer tempo e para permanecer, com capacidade de causar alterações nas condições de ser saudável de pessoas e grupos".

DAMIÃO & ROSSATO-ABÉDE (2001) salientam que a cronificação afeta a criança, como pessoa, e a sua família como sistema, de maneira intensa e sem retorno, já que as doenças crônicas não são eventos transitórios e permeiam vários caminhos. Podem ser de aparecimento súbito, e exigem da família rápida mobilização e capacidade de administrar a crise; doenças que apresentam início insidioso e permitem que a família tenha mais tempo para lidar com as situações de mudanças trazidas pela doença tendo um período maior de ajustamento e as doenças progressivas que se tornam mais graves com o decorrer do tempo e a incapacidade se desenvolve de modo gradual e progressivo impondo a família períodos de alívio mínimos e novas demandas de cuidado acrescidas à rotina familiar.

Ainda, para os mesmos autores a experiência em relação às doenças crônicas pode ter várias dimensões e refere-se a três fases: fase da crise engloba início sintomático da doença, desde aquelas em que a família percebe que algo está errado até a confirmação do diagnóstico e começo do tratamento, fase crônica que compreende o período após a confirmação do diagnóstico e os primeiros ajustamentos até o início da fase terminal e a fase terminal inclui o período pré-terminal, no qual a família conscientiza-se que a morte é inevitável, compreendendo a fase de luto e de resolução da perda.

Além do medo da morte da criança, surgem as dificuldades da família aceitar o que aconteceu e a angústia das seqüelas, sobretudo aquelas que resultam em comprometimento cerebral e doenças crônicas, em que a resolubilidade é mínima, o tratamento é por toda a vida da criança, o prognóstico é incerto e a morte muitas vezes é inevitável. É essencial que o enfermeiro esteja disponível para ouvir a família para externar sua dor, suas dificuldades, minimizar o estresse, orientar quanto aos cuidados com a criança, esclarecer suas dúvidas em relação ao tratamento, prognóstico da doença e acerca da real situação da criança. Percebe-se que o enfermeiro se depara com eventos acerca do prognóstico da criança, os quais exigem preparo para enfrentar, principalmente quando a hospitalização se torna prolongada.

A partir dessa contextualização tem-se como objeto de estudo a cronificação da doença da criança hospitalizada e sua interseção à efetividade do cuidado solidário. Os objetivos buscam identificar como o enfermeiro realiza o cuidado solidário frente às alterações na evolução da doença da criança hospitalizada que conduzem a cronificação; estabelecer a inter-relação entre o apreendido e a conceituação de cuidado solidário; destacar estratégias facilitadoras de implementação do cuidado solidário pelo enfermeiro frente às alterações na evolução da doença da criança hospitalizada que conduzem a cronificação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa que possibilita levantar problemáticas com base em uma realidade vivenciada, pois segundo LOBIONDO-WOOD & HABER (2001, p.25) "a pesquisa qualitativa é particularmente bem adequada ao estudo da experiência humana sobre saúde, uma preocupação fundamental da ciência da enfermagem, esse método permite uma compreensão mais ampla e profunda a respeito dos comportamentos humanos".

Para TOMASI & YAMAMOTO (1999) a pesquisa exploratória é o passo inicial no processo de pesquisa pela experiência e contribuição na formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas e também busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira como ele se manifesta e os fatores com os quais se relaciona e permitem ao investigador ampliar sua experiência em torno de um determinado problema.

A pesquisa descritiva visa o estudo de fatos e fenômenos do mundo físico e especialmente do mundo humano, sem a interferência do investigador e também procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Busca conhecer diversas

situações e relações que ocorrem na vida social, política e econômica e demais aspectos do comportamento humano (TOMASI & YAMAMOTO, 1999).

A pesquisa qualitativa tem sido a abordagem metodológica comumente utilizada pelos enfermeiros, pois além de mostrar aquilo que se busca na investigação, possibilita analisar as informações de forma mais próxima ao significado das expressões dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Os sujeitos que participaram do estudo foram 9 enfermeiros que atuam em unidades de internamento de um hospital infantil de grande porte de Curitiba-PR. Unidades de internação pediátrica foram os locais selecionados, compostas por diferentes setores que recebem a criança que fica hospitalizada por períodos variáveis de tempo de acordo com seu agravo à saúde, a cronificação. Nesses setores a criança mantém contato com os enfermeiros, sujeitos participantes da pesquisa.

Como critérios de seleção dos participantes, estar atuando em unidade de internação pediátrica e participação espontânea. A coleta das informações se deu através de entrevistas semi-estruturadas. Na visão de TURATO (2003, p.308) a entrevista "é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador". Ainda para o mesmo autor a entrevista semi-estruturada é um instrumento auxiliar para a pesquisa qualitativa, dá-se então pelo motivo que ambos os integrantes da relação tem momentos para dar alguma direção, representando ganho para reunir os dados segundo os objetivos propostos.

O estudo respeitou os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o qual oferece diretrizes e normas para todo e qualquer tipo de pesquisa em saúde que envolve seres humanos (BRASIL, 1996). Antes de iniciar a coleta das informações, elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, expondo todos os procedimentos com cada sujeito, de modo que todos os participantes assinaram de livre concordância. Foram observados os aspectos de zelo em manter sigilo das informações e anonimato dos informantes e foi utilizada para a identificação dos sujeitos apenas a denominação de Discurso com o número correspondente.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no próprio ambiente hospitalar de forma individual e em local reservado. Todas as entrevistas foram gravadas. O projeto de pesquisa foi encaminhado

ao Comitê de Ética da Instituição Hospitalar envolvida para apreciação, tendo sido aprovado.

Para efetivar a análise foram utilizados os fundamentos de BARDIN (1991) que conceitua análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Tais procedimentos são organizados por meio de etapas como: 1) Pré-análise que consiste na primeira etapa do processo de análise de conteúdo temática, em que diante do material obtido iniciam-se as leituras para a elaboração de indicadores que orientam a interpretação final. Os discursos foram transcritos na íntegra. Nessa etapa é importante tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Para que a apreensão seja efetiva o pesquisador deve ter em mente os objetivos e a questão de pesquisa, os quais direcionam a análise. A leitura flutuante do material permite ao pesquisador ter a primeira visão do dito pelos sujeitos, das significações expressas pela pergunta instigadora que foi respondida durante a entrevista. Essa fase somente é possível de ser concretizada após a transcrição na íntegra de todos os discursos obtidos. A análise permite assimilar o conteúdo do texto, a qual deve considerar a homogeneidade, pertinência e a representatividade. Não é permitido excluir nenhum segmento das falas durante o processo de análise; 2) Exploração do material é a fase em que o pesquisador consegue abstrair as categorias e subcategorias. A categorização reflete a significação dos elementos constitutivos de um conjunto de informações pela diferenciação e por reagrupamentos; a subcategorização é um procedimento que põe em destaque dentro de um grande tópico (categoria) outros tópicos particulares que merecem discussão em relevo. A categorização permite que cada elemento esteja em apenas um grupo decorrente da categoria escolhida. É possível fazer cortes do texto, para delimitar o contexto de compreensão, chegando-se às unidades de contexto. Uma vez identificadas as unidades de contexto chega-se às unidades de significação; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, o pesquisador realiza inferências e interpretações. A interpretação inicia a partir de quem lê o texto, das experiências vividas pelo pesquisador e pelos sujeitos em ligação estreita. A interpretação possibilita ir além do texto, ir além da manifestação do dito. A interpretação torna-se uma fusão dos depoimentos voltada para o contexto estudado (ZAGONEL, 1998). A inferência e interpretação são reflexões do que acontece por trás do método de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos sujeitos que participaram da pesquisa mostra que dos nove enfermeiros um era do sexo masculino e oito do sexo feminino, quatro tem entre 24 e 26 anos e os demais entre 32 a 41 anos. Dois estão na instituição há mais ou menos dez meses, um há um ano, dois há dois anos, dois há três anos, um há cinco anos, e um há oito anos. Dos entrevistados cinco têm especialização, um está cursando a especialização e três tem apenas a graduação.

Quando se trabalha com a análise das informações no referencial qualitativo por meio da análise de discurso, deve-se considerar o que pondera MINAYO (2004, p.211), pois “a análise dos dados

interpreta o conteúdo ou o discurso dentro de um quadro de referência onde a ação objetivada nas instituições permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes, tendo como objetivo realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos”. A análise de conteúdo poderia ser um termo genérico a ser usado para designar o tratamento dos dados. O termo significa mais do que um procedimento técnico (MINAYO, 2004).

A análise iniciou com a transcrição dos depoimentos em que, pelas leituras sucessivas, foram apreendidas as Unidades de Contexto e Unidades de Significação, como mostra o quadro abaixo, seguindo os passos propostos por BARDIN (1991) de análise de conteúdo.

QUADRO 1: Representação das Unidades de Contexto e Unidades de Significação

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
A. A PERCEPÇÃO DA CRONIFICAÇÃO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA PELO ENFERMEIRO	1. A alteração da espacialidade e temporalidade que a doença crônica impõe à criança 2. Mobilizando sentimentos no enfermeiro com a convivência da doença crônica da criança
B. A PERCEPÇÃO DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO COMO CUIDADO SOLIDÁRIO PELA FAMÍLIA	3. Capacitando o familiar para o enfrentamento da doença crônica 4. A desestruturação familiar com a cronificação da doença do filho e a finitude
C. APONTANDO CARACTERÍSTICAS QUE PERMEIAM O CUIDADO SOLIDÁRIO	5. A cronificação como geradora de vínculos e confiança 6. A cronificação instrumentaliza o enfermeiro para o cuidado solidário: conhecendo a integralidade da criança

Na Unidade de Contexto A PERCEPÇÃO DA CRONIFICAÇÃO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA PELO ENFERMEIRO, os discursos revelam a Unidade de Significação **A alteração da espacialidade e temporalidade que a doença crônica impõe à criança** em que os enfermeiros apontam que a temporalidade e espacialidade são mobilizadas, alteradas, em um sentido de imprecisão, não determina o tempo que será gasto, que utilizará para o diagnóstico ou tratamento da criança. Enfatizam que o tempo vai passando, exigindo modificações para a adaptação da criança diante de novas demandas, da própria doença crônica, como da hospitalização. O diagnóstico médico determina o tempo de vida da criança, o qual é vivido pela família intensamente, permanecendo ao lado durante a hospitalização.

A espacialidade é fortemente afetada, pois a criança vem para o hospital, volta para casa, vem novamente para o hospital, tornando-se a vida da criança este ir e vir. Ainda é afetada pela permanência na casa de apoio por longo tempo, alterando as rotinas e o próprio estilo de vida no cotidiano. O vínculo é

apontado também pelos enfermeiros, devido aos sucessivos encontros nessa trajetória da cronificação.

[...] temos algumas vezes os pacientes que vem com imunidade, de meses de vida ou até menos de 1 mês de vida e que vem para identificação, diagnóstico, não sabe o que é, e vai se passando o tempo, e passa-se uma semana, passa-se duas, um mês, não se consegue descobrir ainda o que a criança tem, exigindo assim, exames mais e mais complexos que as vezes nem são realizados aqui (D1).

Então frente a isso a gente já atendeu vários casos aqui, e, que é, começa se razoável e vai se tornando cada vez mais grave a situação, a doença, alguns casos a criança consegue ir de alta e retorna certo tempo depois e esta vai ser a vida da criança, destes pacientes, assim vai ser por toda a vida (D1).

[...] em alguns casos conforme a síndrome, conforme a doença tem até o tempo esperado de vida, uma média de vida, as vezes um ano, as vezes 2 anos, até 5 anos, então aí nestes casos a gente vai convivendo com a criança, com o paciente e os familiares (D1).

É, temos outros casos, de doenças, como doença hematológicas, tumores, que os pacientes internam, que fazem tratamento de quimioterapia, vai para casa, retornam e com tempo delimitado a cada dois, três meses os pacientes retornam então a gente mantém este vínculo de contato com uma certa frequência, então, essa é a experiência que a gente tem na convivência com a cronificação da criança hospitalizada (D1).

Neste sentido DAMIÃO & ROSSATO-ABÉDE (2001) salientam que a família de crianças com doenças crônicas tem que aprender a lidar com a dor, com o ambiente do hospital, procurar aceitar mudanças permanentes, se reorganizar, enfrentar as demandas da doença, das consultas e hospitalizações repetidas e da ansiedade sobre o futuro da criança, pois as doenças crônicas afetam o ciclo de vida da criança e da família.

Durante a hospitalização da criança a jornada da família torna-se difícil e desgastante, o envolvimento no cuidado à criança para garantir o acompanhamento da mesma no hospital ou em casa, a família reformula seu cotidiano para estar com a criança doente, as demandas começam a ser geradas no momento em que se identifica os primeiros sinais e sintomas da doença e as mudanças no seu cotidiano, desencadeando uma desestruturação da dinâmica familiar e fazendo com que ela tente reorganizar sua rotina para manter seu equilíbrio e cuidar da criança hospitalizada (PINTO et al, 2004).

A Unidade de Significação **Mobilizando sentimentos no enfermeiro com a convivência da doença crônica da criança** explicita pela fala dos enfermeiros que estes sentem a difícil tarefa de cuidar da criança com doença crônica. Estes apontam desgaste emocional, dificuldade em lidar com as diferentes demandas que a situação requer, principalmente pelo vínculo, presença, convivência e a proximidade da morte. Consideram a mobilização de sentimentos ambivalente, de prazer em cuidar, mas ao mesmo tempo de dor, perda.

Estabelecer o cuidado diante desse quadro requer muito do enfermeiro, pois o relacionamento que se configura com o convívio é tão intenso que se torna de difícil definição. O tempo de permanência no hospital

torna-se um processo de empatia de aprendizagem mútua entre enfermeiro e criança.

“É desgastante para a gente como profissional, porque a gente vivencia essa dor, mas para a gente que trabalha aqui, que lida com isso e isso vai ser sempre presente, é difícil” (D3).

“Eu pelo menos assim tenho bastante dificuldade de trabalhar essa parte, esse vínculo, essa proximidade, a quebra desse vínculo, o enfrentar a morte, convivência com a perda diária dessa criança” (D3).

“Tem o lado bom e tem o lado ruim. Eu não tenho perfil para trabalhar com paciente agudo. Então, a experiência que a gente tem é uma experiência que não dá para ser descrita é uma experiência pessoal. Você se coloca na posição, eu pelo menos eu faço assim, me coloco na posição daquela mãe”. (D3)

[...] são tantas palavras ditas e não ditas, são tantos sentimentos que emergem desses cuidados que eu acho assim, que para descrever, não tem como você colocar no papel, o que, porque. É o relacionamento, é o vínculo com o paciente crônico em geral (D3).

“É importante ter empatia, ou seja, se por no lugar do ser cuidado” (D4).

[...] procuro realizar os procedimentos necessários na hora que seja melhor para a criança, procuro dialogar para que juntos possamos decidir, entrar em comum acordo (D5).

[...] essa criança acaba tendo uma confiança em você e você também fica até mais livre para ajudar ela, pois, acabam colaborando (D6)

Em determinadas situações como no caso das doenças crônicas, o enfermeiro está impossibilitado de atuar como agente facilitador da recuperação do paciente, levando neste caso a mudança do propósito da assistência, que deixa de objetivar a recuperação, para proporcionar o máximo de bem-estar ao paciente. O enfermeiro precisa prestar a assistência diante da variedade e da complexidade de cada situação, uma assistência construída e reconstruída ali no dia-a-dia por meio de suas vivências, para promover a melhor qualidade de vida a criança com doença crônica.

Na Unidade de Contexto A **PERCEPÇÃO DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO COMO CUIDADO SÓLIDÁRIO PELA FAMÍLIA**, é possível apreender na Unidade de Significação **Capacitando o familiar para**

o enfrentamento da doença crônica que os enfermeiros estabelecem que o cuidado se estende à criança e ao familiar em todas as dimensões, no sentido de capacitar para o enfrentamento da doença, uma vez que a criança crônica e hospitalizada afeta toda a estrutura familiar.

O enfermeiro auxilia, capacita o familiar, principalmente porque é com ele que a mãe, mais se comunica, pelo tempo de permanência na unidade de internação. Assim, os sentimentos são de culpa, comparação com os demais casos, interesse pela evolução de seu filho e do outro são comuns. Os profissionais apontam que a enfermagem é fundamental para oferecer o suporte, através da escuta, paciência, prontidão, orientação, incentivo para alcançar os resultados esperados, fortalecendo a esperança e otimismo da família.

[...] é uma situação que temos que trabalhar todos os lados, bio, psico, social do paciente e também dos familiares, para capacitá-los para enfrentar a doenças, essa síndrome, com qualidade de vida, o que não é muito fácil, por isso, a síndrome dessa, uma doença dessa, vem a afetar todo o esquema, a estrutura familiar (D1).

“A enfermagem é fundamental para oferecer o suporte necessário. A família não tem o preparo, nem conhecimento, então é todo um processo para oferecer um suporte para tratamento dessa situação” (D1).

[...] a convivência que a gente tem com eles [familiares], as vezes eles comparam as mães, que tem a mesma doença da outra criança, eles comparam porque que um vomitou e outro não? Porque que um tá comendo mais e outro não? Porque que um tá ganhando peso e outro não tá? E o mais interessante também, quando eles estão no ambulatório e perguntam de quem tá internado (D2).

“Também eles começam a familiarizar-se com os procedimentos e rotinas, vocabulários técnicos etc, acabam se aperfeiçoando mais com um determinado funcionário e querem que aquele sempre para fazer os procedimentos” (D5).

[...] na medida que você está fazendo esse cuidado você vai colocando para a família, para a criança porque que tem que ser feito assim, aqui no hospital a gente faz assim, lá em casa dependendo quando a gente tem um bom relacionamento a gente passa a conhecer melhor a família, ai você sabe

como orientá-la no caso as condições que ela tem em casa (D 6)

[...] o que a gente tem que ter é muita paciência mesmo, muitas vezes até psicologia, ser um pouco psicólogo da família (D7).

[...] orientar, incentivar, ou dar um pouco mais de esperança, ajudando eles a ver com mais otimismo a situação, a enfrentar mesmo que seja uma situação difícil, é bem importante a participação dos pais, não só de um pai, uma mãe, mas de toda a família de quando estão ligados com a criança. (D8)

A família como unidade que cuida, ao entrar na instituição hospitalar sofre com a doença de seu filho, perde autonomia para aspectos básicos de sua dinâmica, com atividades diferentes de sua casa, ainda que se por um lado à criança depende dos profissionais, por outro ela necessita da família. A família depende da assistência prestada pelo enfermeiro para a cura da criança, ou melhor, qualidade de vida quando é um paciente crônico.

Para CENTA (2004), o enfermeiro deve ter competência para avaliar a intensidade dos problemas que os familiares estão enfrentando e que esses problemas interferem no cotidiano deles. Compreender a família não é processo simples, pois cada um é singular, para assistir e capacitar as famílias o enfermeiro deve procurar conhecê-la e compreender reações, sentimentos, hábitos costumes e valores, para interagir, apoiar, orientar e amenizar a dor.

SILVA & GUEDES (2002), enfatizam que as estruturas familiares nem sempre dão conta de sozinhas, serem sustentáculos destas situações, elas precisam de apoio dos profissionais de saúde, do enfermeiro, especialmente no que se relaciona às necessidades de educação em saúde.

A Unidade de Significação **A desestruturação familiar com a cronificação da doença do filho e a finitude** foi descrita pelos enfermeiros, sujeitos desse estudo, como um aspecto muito significativo, o qual está relacionado à percepção da família que a criança está evoluindo para um quadro mais complexo e de maior agravamento. O enfrentamento da família diante do agravamento do estado de saúde do filho é percebido pelo enfermeiro pelo comportamento adotado, silêncio, negação, não desejam falar sobre o assunto. Há aquelas que buscam o apoio do enfermeiro para exteriorizar seus sentimentos.

A desestruturação familiar é visível, pois ela permanece longo tempo no hospital, alterando sua rotina diária. Recomendam que a hospitalização deveria ocorrer em casos de extrema necessidade, mantendo a criança com doença crônica, sempre que

possível no próprio lar. A finitude está muito próxima das mães que acompanham seus filhos durante a hospitalização e cronificação. É preciso saber respeitar seus sentimentos e até o desejo de omitir do filho quando um amiguinho vai a óbito.

“Nem uma criança age igual à outra e é complicado explicar [aos pais] porque que um tratamento não deu certo, e quando recidiva, quando eles voltam pro setor com a doença um pouquinho mais forte, um pouquinho não, bem mais forte, aí eles começam a comparar com as crianças que já foram a óbito” (D2).

“Às vezes as mães quando as nossas crianças vão para UTI elas falam: ah, eu não quero falar com você agora, isso deve ser respeitado. Mas também tem as mães que querem conversar, e ela só vai chorar, só o fato de estar ali para dar o ombro, já ajuda” (D2).

“Esse vínculo que você cria a partir do momento em que você passa a contribuir, no momento mais difícil que essa família está passando, eles sentem esta contribuição, não só como profissional. Eu acho que às vezes eles não precisam do profissional, mas, de uma pessoa que tá ali e que sabe, né” (D3).

“Muitas vezes esta família se desestrutura com a internação da criança e leva um tempo para assimilar e aceitar toda a situação, às vezes entram em “crise” e a gente está ali para apoiar e ajudar a enfrentar a situação” (D5)

“O problema é que a gente tem que ter muita paciência e jogo de cintura com a família, porque a família fica aqui no hospital muito tempo, sai totalmente fora da rotina dele. Então é mais difícil a família” (D7)

“Acho que as mesmas [as crianças com doença crônica] devem ser acompanhadas em sua própria casa é só em caso de extrema urgência internar no hospital, pois a internação é um momento difícil e ameaçador para a criança e a família” (D9).

“Quando uma dessas crianças vai a óbito, que um é amiguinho do outro as mães pedem para a gente não contar, eles perguntam como que tá meu amiguinho? Morreu, não dá para falar isso né? Então daí a gente fica numa situação né, que não dá para contar” (D2).

As famílias de pacientes internados que experimentam o vivenciar de uma doença crônica descobrem que o adoecer cronicamente desencadeia dificuldades relacionadas a condições estruturais, emocionais, envolvimento familiar no enfrentamento da doença, formação de redes familiares e sociais de apoio na busca de alternativa e facilitação no enfrentamento daquela situação (SILVA & GUEDES, 2002).

Mota citada por RIBEIRO (2001) afirma que o mundo das famílias sofre uma profunda alteração ao vivenciar a doença crônica do filho. Para enfrentar este momento, cuidar do filho e de si, a família precisa se reconstruir, ocasião em que emergem sentimentos e percepções, relacionadas à possibilidade de morte, geradora de estresse e ansiedade.

A morte é vista por LOSS et al (2003, p.68) “como um mistério incompreensível, ou então um absurdo inaceitável é tratado como um tabu, assunto do qual as pessoas não gostam de falar, apesar de terem a consciência de que é uma etapa da vida com qual deve-se conviver”.

Na Unidade de Contexto APONTANDO CARACTERÍSTICAS QUE PERMEIAM O CUIDADO SOLIDÁRIO a apreensão da Unidade de Significação **A cronicidade como geradora de vínculos e confiança** é destacada pelos enfermeiros pela afinidade, confiança, relação interpessoal, empatia, prazer pela companhia. Esse vínculo citado é resultante da permanência prolongada no hospital, em que os cuidadores e crianças estabelecem relações de intimidade, confiança, proximidade, o verdadeiro cuidado solidário.

O vínculo ocorre também com a família, pois esta acompanha cada procedimento, cada ação que é realizada e assim, a afinidade torna as relações mais próximas e confiantes. O enfermeiro é visto pela família como pessoa amiga e carinhosa, além do profissional técnico e cientificamente habilitado a cuidar de seu filho, pois estabelece um diálogo honesto e realista da situação.

“O contato que a gente tem com eles, o tratamento deles, a esperança a cada quimio que ele faz. A criança também escolhe o funcionário que ela mais gosta, e eles às vezes não deixam pegar acesso difícil, então tem que ser aquela pessoa que vai pegar a veia, eles falam tem que pegar na primeira, e aí se eu não pegar, tem que pegar a veia na primeira, esse contato a gente tem bastante com eles, um vínculo muito forte” (D2).

“Quando uma criança vai a óbito, diversas vezes a equipe desaba, ninguém agüenta, tem muito vínculo né, é uma vida que tá aqui

dentro, alguns passam anos aqui. Fica todo mundo pelos cantos né” (D2).

“É na verdade eu acho que a diferença de você trabalhar com uma paciente com uma doença aguda de um com uma doença crônica é o vínculo que a gente cria com a criança, e não só com a criança, com a família, então a gente passa a [...] fazer parte, a criança começa a confiar na gente e a gente acaba criando um elo muito forte com a criança, então ao mesmo tempo que eu acho que é benéfico contribui com o tratamento” (D3).

“[...] aqui a criança vinha feliz da vida, disse que tinha um encontro com a namorada, ele disse que a namorada dele era a irmã então, é assim, você se sente feliz também” (D6).

“[...] cada paciente é de um jeito, e o que eu acho assim de positivo é que no paciente crônico é que eles adquirem assim uma empatia bem rápida com a gente que acompanha né, treina, oriente né, e eles esperam muito da equipe” (D8).

“Acredito que a proximidade, o envolvimento com empatia são importantes para desenvolver o cuidado solidário. Além do diálogo honesto e realista da situação, não dando “falsas esperanças”. A confiança tanto da criança como da família é o ponto importante também” (D5).

“[...] ele [paciente] tem que sentir uma certa confiança em você, se ele realmente tem essa confiança, ele acaba colocando tudo, as suas dificuldades e aí, você pode ajudar ele na medida do seu conhecimento, na experiência do dia-a-dia, aí você pode ajudar ele na medida de que ele está bem aberto pra você e percebe que ele confia em você” (D6).

“[...] acaba havendo esse contato mais próximo e um maior envolvimento de ambas as partes que ajudam e muito neste cuidado solidário, pois a enfermeira já conhece o jeito, o que gosta e o que seu cliente não gosta, qual o melhor modo de integrar frente as situações, principalmente as situações novas ou inesperadas que possam acontecer devido a cronicidade da doença” (D5).

A confiança para STEFANELLI (2005), permite à pessoa a aprender a lidar com o mundo e resolver problemas. A confiança inclui respeito, honestidade, consistência e esperança. Demonstrar empatia, flexibilidade, respeito, aceitar o outro como ele é,

atender as preferências possíveis são fatores que podem ajudar o surgimento da confiança.

Para BETTINELI & ERDMANN (1998, p.31) “o valor afetivo do cuidado solidário está nas relações de afeto efetivadas, nas aproximações, estar disponível, envolvimento, trocas, amizades, carinhos e atenções, manifestação de interesse, de calma e paciência, de confiança e respeito, de serenidade, de gentileza, presteza e cordialidade de presença efetiva do enfermeiro”.

A Unidade de Significação **A cronificação instrumentaliza o enfermeiro para o cuidado: conhecendo a integralidade da criança** é demonstrada pelos depoimentos dos enfermeiros como de extrema utilidade e colaborativa para o aprimoramento profissional. Trabalhar com a criança com doença crônica exige do enfermeiro o aperfeiçoamento constante, através da experiência acumulada pelos anos de acompanhamento da criança e família, percebendo as diferenças e similaridades para a prestação do cuidado.

A instrumentalização do enfermeiro ao cuidar da criança com doença crônica possibilita agir de forma integral e individualizada para cada situação, respeitando as particularidades de cada ser cuidado de sua família. Consideram que suas ações são melhor visibilizadas pela criança e família quando aliam todas as dimensões do ser humano, biopsicossocial e espiritual, ou seja, saber aliar o cuidado técnico ao cuidado humanizado.

O acompanhamento da criança durante a cronificação e hospitalização permite alicerçar as relações interpessoais e interdisciplinares, pois a equipe convive e compartilha fazeres e saberes em benefício de bons resultados ao estado de saúde da criança, mesmo que a cura não seja alcançada todos os esforços resultam em bem-estar e estar melhor. O cuidado solidário torna-se realidade pela compreensão da criança, de suas necessidades, da evolução e acompanhamento da prescrição de enfermagem, das modificações do estado geral, de atitudes eficientes e eficazes, da coordenação e treinamento da equipe de enfermagem, da inter-relação com os demais integrantes da equipe de saúde.

“Eu já tenho experiência há cinco anos, e essa experiência é assim, cada vez mais rica e adquire conhecimento e quanto mais conhecimento você adquire acerca da doença, as dificuldades que o paciente tem, e a família têm em fazer as ações dele, e a gente poder ajudá-los melhor, né” (D8).

“Então, a gente adquire com um tipo de paciente, com um segundo, que não tenham que ser igual, cada um tem um tratamento

personalizado, algumas reações, o modo de agir, às vezes uma mesma doença numa família às vezes é difícil de aceitar e na outra ela aceita, continua lutando para vencer a dificuldade” (D8).

“A intenção da enfermagem é prestar assistência a esse paciente minimizando o desconforto do paciente, visando a cura, a melhora que nem sempre é possível, mas nos casos possíveis a gente demonstra através do contato, da informação e através de ações também, o cuidado, o cuidado direto com o paciente, acaba demonstrando o cuidado que a gente está prestando, o cuidado solidário e humanizado” (D1).

“Então assim, vai muito da questão social, da questão familiar, da dificuldade, então, quando a gente trata criança crônica ou adolescente, tem que ver muito o contexto global dele, não só a doença, o que está acontecendo naquele momento, mas, de onde ela vem, onde ela mora, como estão as condições de vida e quais as dificuldades, como foi o início da doença” (D8).

“O contato, o diálogo, e através daí, com a informação a gente consegue trabalhar, ouvir o biopsicossocial e espiritual da criança, dos familiares e através disto eles irão perceber as ações da gente” (D1).

“Acredito fortemente que saber aliar cuidado humanizado com a técnica qualificada dessa forma, a criança terá um bom relacionamento interpessoal com o profissional sendo bem recebida e ouvida, enfim, além de realizar os cuidados dentro das técnicas desenvolvidas, primando pelos princípios da não contaminação não maleficência” (D4).

“Aliar empatia, bom relacionamento interpessoal e aprimoramento técnico, visando compreender e atender à criança em sua totalidade, atenta aos aspectos emocionais, físicos, espirituais e psicológicos da criança, dentro de um trabalho ético” (D4).

“[...] conhecer o paciente aí implementar as ações, isso facilita bastante, senão se conhece as vezes com o levantamento de dados vem a conhecer, venha a saber, e o preparo da equipe, estar buscando conhecimento, buscando qualificação, treinamento, discussões, diálogo entre os colegas e equipe multidisciplinar e não só entre a equipe de enfermagem do setor, mas como um todo” (D1).

O enfermeiro tem de estar capacitado para enfrentar as dificuldades advindas desse processo da cronificação, que lhe traz uma clientela cheia de incertezas diante das mudanças a que está sujeita no dia-a-dia. Para amenizar a situação, a competência em comunicação faz-se cada vez mais necessária e assim continuar oferecendo cuidado interdisciplinar, personalizado, competente e humano (STEFANELLI & CARVALHO, 2005).

Para STEFANELLI (2005) a empatia e o envolvimento emocional são fundamentais para que o enfermeiro compreenda o mundo do outro e oferecer uma assistência individualizada. A capacidade de empatia está intimamente relacionada aos sentimentos de confiança, envolvimento emocional e respeito mútuo que ocorre no relacionamento interpessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos depoimentos possibilitou a identificação de três Unidades de Contexto e seis Unidades de Significação que contemplam a cuidado solidário no agir do enfermeiro. A partir desta categorização percebe-se que a desestruturação familiar é visível, pois a criança permanece longo tempo no hospital, alterando sua rotina diária, afetando a família e mudando a sua rotina, ou seja, a convivência com a cronificação impõe alterações na espacialidade e temporalidade da criança. A família e a criança necessitam de suporte fornecido pelo enfermeiro através do cuidado solidário. A cronificação suscita questionamentos na família para explicar sua ocorrência e afetam a estrutura familiar e os sentimentos da equipe

O cuidado solidário é percebido pelo vínculo, interesse, contato, diálogo, suporte, apoio, ser presença, ouvir, pela empatia, transmissão de confiança e esperança. O cuidado solidário se estabelece pelo trabalho multiprofissional, preparo da equipe, conhecimento, disponibilidade, respeito pelo outro,

O cuidado solidário é um processo, um acontecimento que pode ser considerado um novo paradigma para a realização do cuidado de enfermagem, proporcionando um crescimento mútuo, a construção de novos saberes, possibilita uma relação afetiva, reflexiva, humana, empática entre enfermeiro/paciente e busca um compromisso permanente para com ele valorizando a vida, a sensibilidade, a individualidade e singularidade de cada um para promover o bem-estar do ser humano doente melhorando sua qualidade de vida.

Considerando a magnitude do cuidado solidário acredita-se que esse novo olhar para o cuidar em enfermagem possibilita um cuidado humanizado

centrado no ser humano em suas diferentes dimensões, livre do automatismo, do cuidado impessoal e sem envolvimento para realizar uma reflexão crítica com envolvimento, responsabilidade, solidariedade.

Desafios e problemas ainda vão permear o dia-a-dia do enfermeiro, sendo valioso a intenção de todos os envolvidos no processo de cuidar, realizar um trabalho sério, alicerçado na certeza da necessidade singular e individual de cada cliente, compreender novos paradigmas, vislumbrar novos horizontes e perspectivas, cultivar a sensibilidade e empatia, assumir novas atitudes frente às necessidades do cliente e praticar o cuidado com intensidade, satisfação, ética, solidariedade.

Estabelecer o cuidado diante desse quadro requer muito do enfermeiro, pois o relacionamento que se configura com o convívio é tão intenso que se torna de difícil definição. O tempo de permanência no hospital é um processo de empatia, de aprendizagem mútua entre enfermeiro, criança e família.

A família e a criança necessitam do suporte fornecido pelo enfermeiro através do cuidado solidário, o qual deve se sobrepor ao cuidado tradicional, a fim de libertar-se do automatismo, do cuidado impessoal e sem envolvimento, para realizar uma reflexão crítica com envolvimento, responsabilidade, solidariedade deixando imergir o cuidado humanizado centrado no ser humano em suas diferentes dimensões. O cuidado não pode ser superficial, sem diálogo, humanização, deve ir além da fragmentação, tecnicismo, voltado apenas à patologia, deve preocupar-se com o todo, realizar o cuidado com carinho, compaixão, disponibilidade, empatia, compromisso, reciprocidade e interação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro, 70 ed, 1991.
- BARROSO, MGT. Cuidado humano, ética e tecnologia: inquietudes pessoais. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.5, n. 2, p.40-42, 2000.
- BETTINELLI, L.A; ERDMANN, AL. Cuidado solidário: um compromisso social da enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.3, n.2, P.23-43, 1988.
- BETTINELLI, LA. *A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida*. (Série Teses de Enfermagem). Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. *Resolução nº 196* de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
- CENTA, M.L; et al. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v.13, n.3. p.444-451, 2004.
- COLLET, N; OLIVEIRA, BRG. *Enfermagem pediátrica*. Goiânia: AB Editora, 2002.
- DAMIÃO, Elaine Buchhorn Cintra ; ROSSATO- ABÉDE, Lisabelle Mariano . Interação com a família da criança cronicamente doente. In: MS; IDS; USP; PSF. (Org.). *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, v. , p. 113-8
- KRUG, S.B.F, SOMAVILHA, V.C. Uma análise reflexiva da atuação do profissional enfermeiro junto a condição do trabalho, segundo a teoria de Peterson e Zderad. *Rev. Latino-am enfermagem*. Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.277-279, 2004.
- LACAZ, CPC, TYRRELL, MAR. A enfermagem e o cuidar de crianças com câncer: uma jornada pelo simbólico a partir da realidade vivenciada pelo universo familiar. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.16, n.2, p.33-40, 2003.
- LOBIONDO-WOOD, LG; HABER, J. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LOSS, E.; MANTOVANI, M.F.; SOUZA, R.H.S. A percepção da cardiopatia frente à cirurgia cardíaca. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.8,n.1, p.65-71, 2003.
- MAYEROFF, M. *A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo*. Rio de Janeiro: Record, 1971.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em edição*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.
- PINTO, J.P; RIBEIRO, C. A; SILVA, C.V. Família da criança hospitalizada e suas demandas de cuidado. *Acta Paul. Enf*, São Paulo v.17, n.4, p.450-452, 2004.
- RIBEIRO, N.R.R. *Família vivenciando o risco de vida do filho*. [Série Teses de Enfermagem]. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.
- SILVA, L.F; GUEDES, M.V.C e Cols. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enf*, São Paulo v.15, n.1, p.40-47, 2002.
- STEFANELLI, M.C. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (Org). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri, SP: Manole, 2005. Série Enfermagem.
- STEFANELLI, M.C; CARVALHO, E.C. ; ARANTES, E.C. Comunicação e enfermagem. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (Org). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri, SP: Manole, 2005. Série Enfermagem.

TOMASI, N.G.S; YAMAMOTO, RM. *Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais*. Curitiba: As autoras, 1999.

TURATO, E.R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

ZAGONEL, I.P.S. *O ser adolescente gestante em transição ex-sistindo: um enfoque de cuidar-pesquisar sob a ótica da enfermagem*. 1998, 247f. Tese [Doutorado em Filosofia da Enfermagem] – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Artigo recebido em 03.07.2006

Aprovado para publicação em 31.08.2006