



UNICAMP

**TÂNIA MARIA COELHO LEITE**

**TRABALHO DO ENFERMEIRO COM  
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS E O  
USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO**

**Campinas  
2012**





UNICAMP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Enfermagem**

**TÂNIA MARIA COELHO LEITE**

**TRABALHO DO ENFERMEIRO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS E O USO  
DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliete Maria Silva

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE  
DEFENDIDA PELA ALUNA TÂNIA MARIA COELHO LEITE  
E ORIENTADA PELA PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ELIETE MARIA SILVA

---

Assinatura da orientadora

**Campinas  
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

L536t Leite, Tânia Maria Coelho, 1965-  
Trabalho do enfermeiro com crianças hospitalizadas e  
o uso do brinquedo terapêutico / Tânia Maria Coelho  
Leite. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Eliete Maria Silva.  
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Prática profissional. 2. Enfermagem pediátrica. 3.  
Jogos e brinquedos. I. Silva, Eliete Maria, 1960-. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em inglês:** Nursing work with hospitalized children and the use of therapeutic play.

**Palavras-chave em inglês:**

Professional practice

Pediatric nursing

Play and playthings

**Área de concentração:** Enfermagem

**Titulação:** Doutora em Enfermagem

**Banca examinadora:**

Eliete Maria Silva [Orientador]

Regina Aparecida Garcia de Lima

Circéa Amália Ribeiro

Luciana de Lione Melo

Maria De Lá Ó Ramallo Veríssimo

**Data da defesa:** 17-12-2012

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

---

**COMISSÃO EXAMINADORA DA TESE  
DE DOUTORADO**

TÂNIA MARIA COELHO LEITE (RA: 841035)

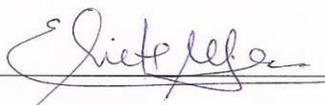
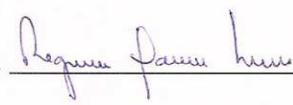
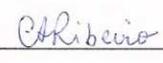
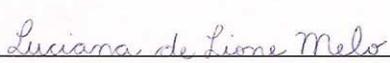
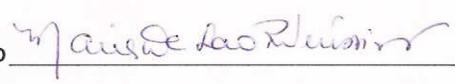
---

Orientador (a) PROF(A). DR(A). ELIETE MARIA SILVA

---

**Membros:**

---

1. PROF(A). DR(A). ELIETE MARIA SILVA 
  2. PROF(A). DR(A). REGINA APARECIDA GARCIA DE LIMA 
  3. PROF(A). DR(A). CIRCEA AMÁLIA RIBEIRO 
  4. PROF(A). DR(A). LUCIANA DE LIONE MELO 
  5. PROF(A). DR(A). MARIA DE LA Ó RAMALLO VERÍSSIMO 
- 

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

Data: 17 de dezembro de 2012

---

## **DEDICATÓRIA**

*À Maria de Lourdes, minha mãe, amiga e grande incentivadora.*

*Ao Pedro, por seu amor, companheirismo e apoio, sempre.*

*Ao João Paulo, razão maior do meu viver.*

*Às crianças hospitalizadas.*

À Deus, meu refúgio nas horas de incerteza;

À Profa. Dra. Eliete Maria Silva, amiga e orientadora deste trabalho. Por sua paciência, carinho e por me mostrar que, mesmo nas adversidades, sempre há algo a construir e melhorar;

Aos colegas do GEPEPES, especialmente à Maria Sílvia e Mayra, por compartilharem seu tempo nas inúmeras discussões para a construção dos resultados deste trabalho;

À Nazareth, minha irmã, amiga e revisora final deste trabalho;

À Elenice, por me emprestar seu ombro amigo muitas vezes durante esta caminhada e pela elaboração do Abstract;

Às enfermeiras participantes deste estudo, sem as quais esta pesquisa não seria possível e não faria sentido;

Às crianças que fazem parte da Turma das Lendas da Escola Curumim, que aceitaram o desafio de retratar, pelo desenho, a situação de estar hospitalizado e ser atendido ludicamente;

Às colegas, professoras do COTUCA, pelo incentivo e pelas vezes que precisaram me substituir para que este trabalho fosse concluído;

Aos amigos que, muitas vezes distantes, se fizeram presentes no carinho e atenção;

A todos, enfim, que direta ou indiretamente participaram desta caminhada.

Obrigada!



# RESUMO

O brinquedo é reconhecido como facilitador nas relações entre criança e profissional de saúde e, também, como forma de minimizar os efeitos nocivos da hospitalização infantil. Entretanto, percebemos uso restrito deste recurso no cotidiano hospitalar pelo enfermeiro pediatra. Este fato, aliado à convicção de que crianças hospitalizadas necessitam mais do que cuidados físicos relacionados à sua patologia, nos motivaram a desenvolver pesquisa sobre a utilização do brinquedo terapêutico. Assim, este estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho do enfermeiro que atua em unidade de internação pediátrica de um hospital escola do interior de São Paulo/Brasil, com ênfase na utilização do brinquedo terapêutico como instrumento do cuidado. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante, com 17 enfermeiros atuantes nesta unidade e analisados à luz do referencial do processo de trabalho em saúde. Partindo do tema central, compreendendo a utilização do brinquedo terapêutico no trabalho do enfermeiro pediatra, organizamos os dados empíricos em três categorias principais, que foram estabelecidas de modo a contemplar os elementos do processo de trabalho: necessidades da criança, da família e institucionais; práticas e relações presentes no trabalho; prescrições e interações na atenção à saúde da criança. Os resultados apontam para um distanciamento do enfermeiro do objeto em seu processo de trabalho, suas práticas são centradas no modelo biomédico, com predominância de atividades técnicas e subordinadas ao trabalho médico. O Processo de Enfermagem é incompleto, há dificuldade quanto à satisfação das necessidades essenciais da criança e utilização discreta de recursos lúdicos e do brinquedo terapêutico. O processo de trabalho conturbado é uma das dificuldades apontadas pelos enfermeiros para que o brinquedo terapêutico seja operacionalizado. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de mudanças no processo de trabalho do enfermeiro pediatra que valorizem a

relação multiprofissional, a comunicação entre a equipe, a criança e o familiar acompanhante, bem como a utilização de estratégias como o brinquedo terapêutico, possibilitando um atendimento mais humanizado e qualificado. Porém, também são necessárias mudanças no paradigma do cuidado, para que a satisfação das necessidades da criança e de sua família passe a ser o foco do processo de trabalho. Torna-se imprescindível sensibilizar e informar enfermeiros, técnicos de enfermagem e gestores sobre a prática do brinquedo terapêutico, garantir educação permanente voltada para o desenvolvimento humano, bem como direcionar a assistência de enfermagem para o desenvolvimento infantil e necessidades da criança, além de mudanças no processo de trabalho. Porém, isto só será possível se houver esforços para reestruturação da rotina institucionalizada por todos os membros da equipe de saúde.

LINHA DE PESQUISA: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: prática profissional, enfermagem pediátrica, jogos e brinquedos.



# ABSTRACT

The play is recognized as a facilitator in relationship between child and health professional and also as a way to minimize harmful effects of infant hospitalization. Nevertheless, there is still limited use of this feature in the daily hospital activities by pediatric nurses. This fact, besides the conviction that hospitalized children need more than physical care related to their disease, motivated me to develop research on use of therapeutic play. Thereby, this study aimed to analyze the working process of nurses who work in a pediatric unit of a teaching hospital in a city of São Paulo State, Brazil, with emphasis on the use of therapeutic play as a tool for caring. It is a descriptive study with qualitative approach. Data were collected using semi-structured interviews and participant observation. Subjects were 17 pediatric nurses of the mentioned unit. Data were analyzed according to the theoretical framework of working process in health. Considering the main theme, the comprehension on use of therapeutic play in the work of pediatric nurses, it was organized empirical data in three main categories, which were established in order to include elements of the working process: institutional, family and child needs; practices and relationships present at work; prescriptions and interactions on child health care. Results have pointed to a detachment from nurses of the object in their working process; their practices are focused on the biomedical model, with predominance of technical activities and subordination to medical job. The Nursing Process is incomplete; there are difficulties on meeting essential needs of children, as well as little use of recreational resources and therapeutic play. The disturbed working process is one of the difficulties pointed out by nurses for using therapeutic play. Results of this study have showed need for changes in the working process of the pediatric nurses: changes that enhance multiprofessional relationship, enhance communication between staff, children and family, and the use of strategies such as therapeutic play, allowing a more humanized and qualified care. However, changes are also required in the caring paradigm for satisfying the child and family needs and its becomes a focus of the

working process. It is essential to sensitize and inform nursing staff and managers about the practical therapeutic play, to ensure ongoing education focused on human development, as well as direct nursing care to children's development and needs, besides changes in the nursing working process. However, this is only possible if there are efforts from all members of the healthcare team to restructure institutionalized routine.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

---

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

HC – Hospital de Clínicas

FCM - Faculdade de Ciências Médicas

COTUCA - Colégio Técnico de Campinas

UIP - Unidade de Internação Pediátrica

BT- Brinquedo Terapêutico

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS - Sistema Único de Saúde

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

UTIP - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEPEn/ABEn - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem

GEBrinq - Grupo de Estudos do Brinquedo

COREN-SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

GEPEPES - Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde

TO – Terapeuta Ocupacional

	<b>Pág.</b>
<b>Quadro 1 –</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem da UIP, HC – Unicamp, quanto ao cargo que exercem.....	62
<b>Diagrama 1</b> O trabalho do enfermeiro pediatra e a utilização do brinquedo terapêutico.....	73
<b>Foto 1 -</b> Pátio externo da UIP.....	75
<b>Foto 2 -</b> Armário para guarda de brinquedos – Hospitalhaços..	75
<b>Foto 3 -</b> Sala de recreação.....	77
<b>Foto 4 -</b> Antessala – sala de recreação.....	78

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMO</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	Xi
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1 APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO AO OBJETO DO ESTUDO.....	19
1.2 A CRIANÇA HOSPITALIZADA, SUAS NECESSIDADES E O TRABALHO DO ENFERMEIRO.....	21
1.3 O BRINQUEDO COMO FORMA DE CUIDADO.....	29
1.3.1 A técnica do Brinquedo Terapêutico.....	32
1.3.2 O percurso da inserção do BT no Brasil e na Unidade de Internação Pediátrica – HC – Unicamp.....	38
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	42
2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	43
2.2 A ENFERMAGEM, A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E SEU PROCESSO DE TRABALHO AO LONGO DA HISTÓRIA.....	46
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	55
<b>4. PROCESSO METODOLÓGICO</b> .....	57
4.1 A ESCOLHA DO MÉTODO.....	58
4.2 O LOCAL DO ESTUDO.....	60
4.3 OS PARTICIPANTES.....	63
4.4 O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	63
4.4.1 A entrevista.....	64
4.4.2 A observação participante.....	66
4.4.3 A análise dos dados.....	69
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	71
5.1 O ESPAÇO FÍSICO E OS AGENTES DO TRABALHO NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA.....	74
5.2 NECESSIDADES DA CRIANÇA, DA FAMÍLIA E INSTITUCIONAIS.....	81
5.3 PRÁTICAS E RELAÇÕES PRESENTES NO TRABALHO.....	92
5.4 PRESCRIÇÕES E INTERAÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA..	100
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	112
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	118

<b>ANEXOS</b> .....	130
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	131
ANEXO 2 - Planta baixa da Enfermaria de Pediatria do HC – Unicamp.....	133
ANEXO 3 – Autorização para incluir fotos da UIP – HC – Unicamp.....	134
<b>APÊNDICES</b> .....	136
APÊNDICE 1 – Roteiro para entrevista com o enfermeiro.....	137
APÊNDICE 2 – Roteiro para observação participante.....	139
APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	140



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO AO OBJETO DO ESTUDO

Minha história como enfermeira e com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) começou em 1983 quando, ao decidir-me pela carreira, optei por estudar nesta universidade. Ao ser aprovada no vestibular, em 1984 tinha início minha proximidade com o hospital, seus agentes e com a enfermagem pediátrica.

As unidades de internação do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp foram inauguradas em 1986, época em que cursava a graduação em enfermagem e iniciava a disciplina de Enfermagem Pediátrica. Assim, as atividades práticas desta disciplina foram realizadas na nova enfermaria, um local recém-inaugurado, bonito, bem estruturado e com uma nova concepção para a época: privilegiar o alojamento conjunto em unidades de internação pediátricas.

A partir de 1989, já como enfermeira, trabalhando no Pronto Socorro Pediátrico desta instituição, mantinha contato com as unidades pediátricas e seus agentes ao encaminhar as crianças atendidas que necessitavam de internação.

Posteriormente comecei a atuar como docente, em 1995 no Curso de Auxiliar de Enfermagem do HC, em 2000 na Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e desde 2007 no Colégio Técnico de Campinas (COTUCA), ministrando as disciplinas de enfermagem pediátrica. A Unidade de Internação Pediátrica (UIP) deste hospital foi e é o campo de ensino prático destas disciplinas.

Após realizar o mestrado, em 2004, no qual estudei a produção acadêmica de enfermeiros brasileiros sobre a utilização do Brinquedo Terapêutico (BT) no hospital (1), pude verificar os benefícios da sua utilização para a criança, para a família e para o enfermeiro, passando a refletir de modo mais sistemático sobre a utilização do BT na prática dos enfermeiros desta UIP.

Ao acompanhar os alunos nas atividades práticas, observava que o BT não era utilizado pelos profissionais desta instituição e isso me inquietava. Por que isso acontecia? Seria por falta de tempo, conhecimento, comprometimento com a humanização do atendimento, por não acreditar em seus benefícios, por dificuldade em vivenciar mudanças em sua prática ou algum outro motivo?

Estas inquietações e a convicção de que crianças hospitalizadas necessitam mais do que cuidados físicos relacionados à sua patologia me motivaram a querer entender o processo de trabalho do enfermeiro que atua nesta UIP e porque o BT não é utilizado no cuidado à criança. E, com este diagnóstico, fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações que possam promover modificações na prática, de modo a construir um cuidar mais humanizado. Além disso, incentivar a valoração do BT pelas instituições de ensino de enfermagem, quer seja no nível técnico ou superior.

Considero que o produto final deste trabalho não foi uma tarefa individual, mas sim fruto do convívio com a orientadora, discussões em grupos de pesquisa, além das diversas relações com colegas, profissionais e pessoas ligadas direta ou indiretamente em minha vida pessoal e profissional. Por isso, a partir deste ponto, faço a opção de usar a terceira pessoa do plural neste texto.

O relatório final deste estudo apresenta, inicialmente, uma abordagem à temática, que foi dividida em dois subtítulos: A criança hospitalizada, suas necessidades e o trabalho do enfermeiro e O brinquedo terapêutico no ambiente hospitalar, contextualizando assim, o objeto desta investigação.

O capítulo seguinte apresenta o referencial teórico utilizado, que teve como diretriz o processo de trabalho em saúde e a abordagem sócio histórica da enfermagem.

A seguir são apresentados os objetivos do estudo e o percurso metodológico

escolhido, a unidade de internação pediátrica onde foi realizado o trabalho de campo e detalhes das etapas e procedimentos do desenvolvimento no estudo.

Os resultados e discussões estão divididos em dois momentos. O primeiro apresenta a caracterização dos participantes do estudo e peculiaridades da dinâmica de trabalho. No segundo momento, são apresentadas as categorias e subcategorias produzidas a partir das análises dos dados empíricos.

No último capítulo concluímos o trabalho e apresentamos recomendações e sugestões para um cuidar mais humanizado na UIP deste hospital, que podem ser ampliadas para outros serviços bem como podem subsidiar a formação técnica e superior, além da educação permanente de enfermeiros pediatras e enfermeiros generalistas que trabalhem com crianças.

## **1.2 A CRIANÇA HOSPITALIZADA, SUAS NECESSIDADES E O TRABALHO DO ENFERMEIRO**

A criança inicia o descobrimento sobre o mundo pela curiosidade do que está à sua volta. Usa seus sentidos, faz imitações, repetições e brincadeiras e, através delas, vai percebendo e entendendo o mundo. Estes componentes são também importantes para sua comunicação com as outras crianças e com os adultos com os quais se relaciona (2). Numa situação de adoecimento em que a hospitalização se faz necessária, estas percepções ajudam-na a entender e enfrentar esta condição adversa e, muitas vezes, desconhecida.

Sabemos que a hospitalização na infância traz inúmeras implicações para os envolvidos: a criança, sua família e toda a equipe de saúde. Para a enfermagem, presente

no atendimento hospitalar durante as 24 horas do dia, isso se torna particularmente importante, sendo necessário que seu processo de trabalho esteja voltado às necessidades das crianças, bem como das famílias envolvidas nessa situação.

A percepção de que a hospitalização na infância pode acarretar prejuízos momentâneos ou mesmo que permaneçam após a alta, fez com que ela fosse entendida como uma doença também. Assim, consideramos que a criança que precisa ser hospitalizada encontra-se duplamente doente e pode sofrer danos em sua saúde mental, caso não seja tratada adequadamente (3).

Além disso, dependendo da fase de desenvolvimento na qual ela se encontra, seu pensamento fantasioso e egocêntrico aumenta as dificuldades na compreensão dos fatos e situações vivenciadas, levando-a a considerar que sua doença e/ou hospitalização é uma punição por mau comportamento ou algum erro (4). Somam-se a estes, os fatores socioeconômicos e culturais, que podem influenciar a criança e seus familiares na forma como percebem e vivenciam a hospitalização.

O desenvolvimento infantil está dividido em fases, de acordo com sua idade cronológica, sendo considerada como recém-nascida, a criança nos seus primeiros 28 ou 30 dias; lactente a partir do primeiro mês até um ano de idade; infante, de um a três anos; pré-escolar, de três a cinco anos; escolar, de seis a 12 anos; e adolescente, de 12 a 18 ou 19 anos (4-5). Cada uma destas etapas, de modo único e flexível, é marcada por características gerais e aquisição de competências que são individuais e devem ser levadas em consideração no planejamento da assistência pelo enfermeiro, bem como nas ações de cuidado.

Outro fator que contribui para as dificuldades encontradas pelas crianças em vivenciar os dias de internação é a rotina hospitalar instituída no processo de trabalho. As

atividades são, geralmente, programadas em torno dos cuidados com a recuperação da doença e, cuidados como banho e alimentação, mantêm horários rígidos pré-estabelecidos pela instituição, não levando em conta as rotinas conhecidas pela criança (6) nem, tampouco, suas necessidades. Além disso, as mudanças de trabalhadores a cada turno que, nem sempre estão fixos para o cuidado das mesmas crianças, dificultam ainda mais a formação de vínculo e sua estadia no hospital (7).

Consideram-se necessidades das crianças aquelas inerentes ao seu crescimento e desenvolvimento e que estão presentes mesmo em situações adversas, como é o caso da hospitalização.

Na infância, as necessidades essenciais são aquelas que permitem à criança alcançar seu potencial intelectual, social, emocional e físico (8) e, ignorá-las pode ocasionar uma iatrogenia.

Consideramos, para este trabalho, a definição de iatrogenia como sendo a eleição de outros focos para o cuidado que não a criança. Ou seja, a valorização da doença, dos cuidadores e da instituição com maior ênfase do que o indivíduo doente, neste caso, a criança hospitalizada (9).

Fazem parte das necessidades essenciais das crianças:

- os relacionamentos sustentadores contínuos, que se estabelecem pela presença constante e interações entre um cuidador principal e a criança, são essenciais para o desenvolvimento da segurança emocional;
- a proteção física, a segurança e a regulamentação, que são garantidos por meio de ambientes protetores e da legislação;

- as experiências que possibilitam respeitar as diferenças individuais, sendo, portanto, inadequada a utilização de cuidados padronizados e rígidos;
- experiências adequadas ao desenvolvimento da criança, devendo ser considerada a aquisição de habilidades em cada etapa do seu processo de desenvolvimento, bem como sua individualidade;
- o estabelecimento de limites e o reconhecimento e incentivo às suas conquistas;
- o desenvolvimento da confiança, da empatia, do vínculo e o sentimento de pertencer a um grupo familiar e social somam-se a estas necessidades e seu conhecimento é fundamental para que o enfermeiro que cuida de crianças possa desenvolver um trabalho qualificado (10).

Portanto, para que o enfermeiro atenda adequadamente a criança, as necessidades apresentadas acima, bem como as etapas do desenvolvimento infantil, precisam ser identificadas e contempladas. Isso só será possível se as peculiaridades de cada criança forem consideradas e incluídas em seu processo de trabalho. É necessário ir além do que os olhos podem ver, criar vínculo entre quem cuida e a criança, ouvir, tocar, brincar e sentir, num processo de interação, reflexão e trocas de vivências, buscando um cuidado humanizado (2).

Aliado a isso, apesar de garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (11), muitas vezes as crianças ficam privadas da companhia materna por impedimentos familiares. Esta presença, durante a hospitalização, tem sido apontada como essencial e cabe à enfermeira pediatra favorecer essa situação, promovendo acolhimento e segurança da criança e sua família (12).

Além do conjunto das necessidades da criança, precisamos considerar também as necessidades dos familiares acompanhantes durante sua permanência no hospital. Estas necessidades incluem, além de acomodações adequadas, fornecimento de alimentação e, assim como para a criança, ver, ouvir, tocar e sentir para além daquilo que é dito. A instituição hospitalar e seus profissionais precisam identificar essas necessidades e se empenhar ao máximo para satisfazê-las.

Embora o enfermeiro deva estar atento a estas questões e planejar seu trabalho para contemplá-las, estudos mostram que os profissionais da enfermagem não tem domínio sobre seu processo de trabalho e não identificam, muitas vezes, seu objeto de trabalho; além disso, apontam para a prevalência do modelo biomédico no cotidiano da prática do enfermeiro pediatra (13-14).

Um destes estudos, realizado em três instituições públicas de ensino do estado do Paraná, cujo objetivo foi compreender o processo de trabalho do profissional enfermeiro em unidades de alojamento conjunto pediátrico, revelou que em todas as instituições havia a presença de um acompanhante em período integral, porém, em condições precárias, sem garantir, muitas vezes, suas necessidades nem, tampouco, sua participação no processo terapêutico da criança. Segundo as autoras, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) não era realizada de forma integral, a passagem de plantão era focada na patologia e não incluía toda a equipe de enfermagem, sendo realizada apenas entre os enfermeiros, além da evolução de enfermagem não ter sido observada. Em relação ao objeto do trabalho, encontraram tanto a díade criança-família quanto a não identificação do objeto do trabalho e dos instrumentos utilizados para transformar esse objeto pelo enfermeiro. Dessa forma, descrevem a prática como aleatória, não planejada, suprimindo demandas momentâneas e centrada em procedimentos, além de dependentes da prática médica (13).

Outro estudo, que objetivou diagnosticar o processo de trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal, apontou para a falta de domínio desse processo pelos trabalhadores de enfermagem. As autoras observaram que a equipe de enfermagem não compreendia seu processo de trabalho nem identificava seu objeto de trabalho e, assim, mantinha o foco da assistência nos materiais e máquinas que operava em seu dia a dia. Concluíram que, embora a equipe evidenciasse a necessidade de prestar assistência humanizada, não tinha um projeto coletivo de humanização da assistência e sim ações isoladas, praticadas individualmente (14).

Neste sentido, a forma como se organiza o trabalho em saúde e sua influência no modo como o cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é prestado, especialmente no que diz respeito à humanização desse atendimento, vem sendo amplamente discutida por pesquisadores e educadores, no Ministério da Saúde, em eventos científicos e grupos de pesquisa, porém, ações convergentes com a humanização do cuidado ainda estão longe de ser uma prática cotidiana no trabalho da enfermagem.

Estas preocupações levaram o Ministério da Saúde, no início do século XXI, a criar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo objetivo era melhorar o contato humano entre os profissionais da saúde e os usuários, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade (15). Estas discussões culminaram com a implantação da Política Nacional de Humanização Hospitalar (Humaniza SUS), cujos princípios norteadores incluem, entre outros: a valorização das dimensões subjetivas e sociais em todas as práticas de atenção e gestão de saúde, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, o comprometimento com a produção de saúde e de sujeitos, a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais da saúde com educação permanente (16).

Ressaltamos o enorme avanço científico e tecnológico para cuidar do ser humano, com o uso de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas cirúrgicas minuciosas, novos medicamentos e desenvolvimento de ações de medicina preventiva. Apesar disso, percebemos que a qualidade do relacionamento humano nas intervenções de saúde não tem acompanhado essa evolução. Assim, o avanço do conhecimento técnico e científico dos profissionais de saúde não tem se mostrado suficiente para melhorar a qualidade no seu modo de atender e de se comunicar, na atenção e tempo dispensados ao usuário ou na satisfação das suas necessidades (15).

Com frequência, o planejamento do trabalho na saúde tem se preocupado mais com o volume de atendimentos do que com a qualidade dos mesmos. Esta forma de pensar e agir desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde e à doença e as formas de intervenção para seu atendimento são, muitas vezes, subestimadas e, até mesmo, desconsideradas.

Quando se trata de crianças, essas considerações são ainda mais importantes, pois elas têm dificuldade em entender o que está se passando, considerando a hospitalização como um grande mistério e permanecendo em constante estado de alerta (17). O medo passa a dominar seus sentimentos e começam a manifestar sinais como apatia, irritabilidade, lamentos e choro que, no contexto da hospitalização, são indicativos da necessidade de acolhimento e segurança e, muitas vezes, são negligenciados por quem as assiste (4,18). Igualmente importante é a necessidade de a instituição adotar uma política na perspectiva humanizadora, incentivando e apoiando seus trabalhadores a desenvolverem atitudes condizentes com esta prática.

Informar sempre sobre o que irá acontecer, chamar a criança pelo nome, permitir a expressão dos seus sentimentos, permitir que ela conheça o material utilizado em seu

procedimento e possa manipulá-lo, envolvê-la no procedimento, bem como seu acompanhante, respeitar os horários de sono, repouso e higiene corporal, manter o ambiente hospitalar o mais próximo de sua realidade, ser delicado, calmo, tocar a criança, proporcionar espaço e ter disponibilidade para brincar, entre outras atitudes, são alternativas que podem minimizar os efeitos nocivos da hospitalização na infância (7,19). Além disso, sabemos que a mãe exerce também uma função terapêutica junto à criança e deve ser apoiada e incentivada para que possa cumprí-la (17).

Enfim, para que o profissional seja fonte de cuidar, é necessário que o cuidado emocional e psicológico esteja presente em todas as suas ações (20).

Um estudo, realizado na região sul do Brasil, que buscou conhecer as fontes do cuidar e não cuidar na perspectiva de crianças e adolescentes hospitalizados evidenciou que o cuidado pode ser percebido de três formas diferentes: o cuidar profissional, o cuidar materno/paterno e o cuidar amigo. As autoras utilizaram uma escala analógica contendo 11 carinhas com expressões de alegria, tristeza, felicidade, insatisfação, satisfação e rancor, pra iniciarem a entrevista, estimulando o participante a refletir sobre seus sentimentos acerca do cuidado recebido. Relatam que o cuidar profissional foi traduzido pelas crianças como sendo ações técnicas, além do apoio e atenção dispensadas a elas e era proporcionado por médicos e enfermeiras. O cuidar materno/paterno apareceu como sendo uma complementação do cuidar profissional. O pai/mãe era que gerava segurança, tranquilidade e bem-estar durante o período da internação. Já em relação ao cuidar amigo, as crianças e adolescentes traduziram sua importância com ações que evidenciavam carinho, gentileza, conversar, sorrir, lembrar-se do nome da criança, brincar, tocar, entre outras atitudes na hora do medo gerado pelos procedimentos ou cirurgia. Ou seja, o cuidado invisível que transformava o ambiente hospitalar (20).

Quanto às fontes do não cuidar, este mesmo estudo verificou que se restringiam à equipe médica e de enfermagem e foram traduzidas por comportamentos que demonstravam desinteresse profissional, como não valorizar a dor da criança, esquecer-se de medicar, não sorrir, realizar as atividades de forma mecânica, fria, não levando em consideração as necessidades da criança (20).

Acreditamos que, para que o cuidar de crianças seja integral e efetivo, é necessário que ações de humanização como as citadas anteriormente e a inclusão do brincar permeiem o processo de trabalho dos profissionais da saúde e da enfermagem, em especial.

A literatura tem apontado o brincar como uma estratégia valiosa para os enfermeiros que atuam em unidades de internação pediátricas, sendo um aliado para garantir o atendimento ampliado às necessidades da criança hospitalizada, incluindo o momento de explicação, conscientização e colaboração nos procedimentos terapêuticos necessários (21-30).

Considerando que um dos objetivos do PNHAH é conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde (15), o brincar é entendido, neste estudo, como uma dessas iniciativas.

### **1.3 O BRINQUEDO COMO FORMA DE CUIDADO**

A criança em situação de hospitalização fica muito vulnerável emocionalmente, sofre com os efeitos da agressão física da doença, dores e indisposições, como referido anteriormente (4,17-18). A enfermeira pediatra, bem como os outros profissionais que lidam com a criança devem ter sensibilidade para perceber alterações no seu

comportamento e/ou necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento e, assim, poder ajudá-la.

Sendo o brincar essencial ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, ele não pode e não deve ser esquecido durante uma eventual hospitalização ou atendimento ambulatorial. Por meio dele as crianças passam a interagir mais com outras pessoas, verbalizar melhor suas satisfações e expressar medos e ansiedades, além de proporcionar alegria no ambiente hospitalar e possibilitar catarse<sup>1</sup> (18,27-32).

Na brincadeira, a criança pode expressar seu sentimento sem que ninguém a censure. Manifestações de raiva e hostilidade são encaradas como naturais e proporcionam à criança catarse daquilo que a está oprimindo. Da mesma forma, o medo da mutilação e da morte antes de um procedimento cirúrgico ou de um simples curativo pode aparecer de maneira natural durante a brincadeira (33-34). O profissional de enfermagem deve estar atento àquilo que a criança está tentando dizer por meio do brinquedo e, assim, proporcionar um cuidado mais efetivo para ela.

O brinquedo é capaz de promover socialização, estimulação, aprendizagem, criatividade, aliviar tensões e expressar sentimentos. Ao brincar a criança domina a si mesmo e ao ambiente, treina novas habilidades e pode suprir a necessidade de afeto (33-34).

Atualmente muitos hospitais contam com uma sala exclusiva para recreação de crianças, previsto em lei federal (35), além de grupos de voluntários que propiciam momentos lúdicos às crianças, tentando minimizar os traumas da doença e da hospitalização. É importante salientar que esta sala deve ser equipada com brinquedos variados para as diferentes faixas etárias, fáceis de higienizar e que devem ser repostos ou

---

<sup>1</sup> Termo usado na psicanálise que traduz o processo da mente em trazer à consciência as emoções ou sentimentos reprimidos no inconsciente do indivíduo, tornando-o capaz de se libertar das consequências ou problemas causados pelos mesmos (dicionário on line de português – [www.dicio.com.br/catarse](http://www.dicio.com.br/catarse)).

consertados sempre que necessário. Além disso, é preciso ter um profissional que seja responsável pela guarda e manutenção desses brinquedos. Portanto é importante que a administração do hospital esteja sensibilizada para esta prática, já que terá que disponibilizar verbas para que isso se concretize (7).

Corroboramos com a ideia que a sala de brinquedos ou brinquedoteca deva ser considerada pelos enfermeiros como um espaço protegido para as crianças, ou seja, lá não se deve realizar nenhum tipo de intervenção dolorosa, como medicações, punções venosas, sondagens, etc. Isso é importante para que a criança tenha controle da situação e possa desenvolver sua brincadeira naturalmente, sem ameaças (4).

A criança deve ser respeitada, valorizada e incentivada quanto à sua necessidade de brincar. Esta necessidade não se limita à sua presença na sala de recreação, mas está presente também no momento em que é necessário ser submetida a algum procedimento terapêutico doloroso ou amedrontador como receber um soro endovenoso, por exemplo.

O enfermeiro pode e deve utilizar a brincadeira na interação, orientação e promoção da catarse para a criança e seu familiar acompanhante, porém, percebemos muitos profissionais imersos em suas atividades curativas e burocráticas, dispensando pouco do seu tempo ao contato e às interações utilizando brincadeiras com as crianças.

Há dois tipos de brincadeiras: recreacional e terapêutica. Na brincadeira recreacional as crianças desenvolvem atividades de forma espontânea com o objetivo de obter prazer naquilo que fazem. Já a brincadeira terapêutica tem suas atividades organizadas por profissionais como é o caso da ludoterapia e do BT. Elas têm o objetivo de proporcionar bem estar físico e emocional quando a criança entra em contato com situações diferentes daquelas às quais está acostumada como, por exemplo, a hospitalização. Porém, não devemos confundir o BT com a ludoterapia (23,34).

O BT é uma técnica não diretiva, nascida na enfermagem, que pode ser desenvolvida por vários profissionais, inclusive pelo enfermeiro, podendo ser realizada em qualquer local e as sessões duram de 15 a 45 minutos. Está indicada para a criança em situação de estresse. Já a ludoterapia necessita de um ambiente planejado e controlado por psiquiatras ou psicólogos, as sessões duram de 30 minutos a uma hora e permitem à criança conhecer seus sentimentos e comportamentos (23,34).

O BT possibilita à criança um contato com as experiências traumáticas e amedrontadoras do novo ambiente de uma forma amena e numa linguagem de entendimento possível à sua faixa etária. Além disso, possibilita a catarse a uma experiência dolorosa e/ou traumática que a criança tenha que enfrentar (23,33-34).

### **1.3.1 A técnica do Brinquedo Terapêutico**

O BT pode ser classificado em dramático, instrucional e capacitador de funções fisiológicas (36).

No BT Dramático as crianças utilizam bonecos e materiais hospitalares para exteriorizarem seus sentimentos e, por meio do brinquedo, podem reviver situações desagradáveis e dominá-las de uma forma que favoreça sua compreensão e o relaxamento da tensão gerada. Ele serve também para que os profissionais possam identificar o que está afligindo as crianças, para poderem intervir terapêuticamente.

O BT Instrucional é utilizado na preparação da criança para a hospitalização, procedimentos e, também, como meio educativo. No planejamento dessa atividade podem-se utilizar livros, brinquedos e equipamentos hospitalares, lembrando-se de considerar a faixa etária da criança.

O BT Capacitador de funções fisiológicas proporciona às crianças desenvolverem atividades terapêuticas por meio da brincadeira de acordo com suas necessidades, para manter ou melhorar suas condições físicas.

Numa sessão de BT devemos utilizar materiais que remetam a criança a uma dramatização de situações, tanto domésticas quanto hospitalares, para que ela tenha oportunidade de expressar sentimentos de raiva ou hostilidade que, normalmente, não seriam permitidos. Devemos dar a ela a opção de expressar-se pelo desenho e pela construção de histórias. Neste sentido, os materiais utilizados e recomendados por vários autores (3,33-34,37) e que devem ser apresentados à criança em uma sacola ou caixa, são:

- Bonecos representativos da família (mãe, pai, menino, menina, bebê)
- Bonecos representativos da equipe hospitalar (médico, enfermeira)
- Utensílios domésticos (pratinhos, panelinhas, talheres, copinhos, xícaras, mamadeira, ferro de passar roupa, telefone, pente, etc.)
- Carrinhos
- Animais de estimação
- Material hospitalar (termômetro, seringas, frasco e equipo de soro, cateter, espátula, gaze, rolo de ataduras adesivas, bolas de algodão, aparelho de pressão, estetoscópio, luvas, pinças, tesoura, seringas e agulhas)
- Blocos de madeira ou plástico de diferentes cores e formas geométricas
- Papel, lápis preto e coloridos, giz de cera, canetinhas coloridas

É importante salientar que outros materiais poderão ser incluídos ou, alguns desses, retirados da caixa de brinquedos de acordo com o objetivo que se quer alcançar, ou seja, se for uma sessão de brinquedo instrucional, devemos acrescentar materiais

pertinentes ao que se quer ensinar à criança. Por exemplo, numa sessão de BT para uma criança com diagnóstico de diabetes mellitus, onde se pretende ensinar à criança sobre o procedimento de glicemia capilar, podemos incluir no material, a caneta ou lancetas, fitas reagentes e o glicosímetro (33-34).

A técnica do BT deve ser desenvolvida de forma não diretiva, ou seja, devemos deixar a criança brincar com liberdade, sem interrupções ou sugestões dos brinquedos ou da brincadeira. Pode ser realizada em qualquer local, até mesmo no leito da criança, se este for o mais adequado para ela (33-34).

A criança é convidada a brincar e comunicada que os brinquedos lhe serão emprestados para uma brincadeira que terá tempo para terminar. Ela será avisada quando este tempo estiver se esgotando (15 a 45 minutos). É importante salientar que o familiar acompanhante deve ser informado sobre a técnica e que pode participar da brincadeira, porém, não deverá interferir nas decisões da criança enquanto ela estiver brincando.

Os brinquedos são oferecidos dentro de uma sacola ou caixa, sem, no entanto, identificá-los, de maneira que ela mesma possa decidir sobre com o que e, do que irá brincar. Apenas as expressões verbais da criança devem ser refletidas a ela, para que perceba que está sendo ouvida. Assim, não devemos tentar identificar ou sugerir à criança que ela esteja falando dela própria ou de sua família, quando se refere ao boneco. É importante que todos os comportamentos manifestados durante a brincadeira sejam observados e registrados para uma posterior análise e decisão sobre a conduta (33-34,37).

Podemos utilizar, ainda, as técnicas de desenho e pintura livres e também as histórias, que são criadas juntamente com a criança. Neste caso, é importante deixar que a criança direcione os fatos da história, definindo os personagens, suas características e a situação problema (38-39).

Ao se preparar a criança com BT para algum procedimento doloroso e/ou traumático, a enfermeira precisa ser clara e objetiva em suas orientações, levando em consideração o nível de compreensão da criança e utilizando material hospitalar que esteja relacionado com o procedimento ou brinquedos que o imitem. Uma boneca ou bichinho de pelúcia podem ser utilizados para exemplificar o procedimento. Após fazer a demonstração, devemos permitir que a criança repita a experiência, manipulando o material e os brinquedos. Ela precisa ter tempo para refletir, fazer perguntas e expressar seus medos, possibilitando a correção de conceitos errados (33-34,40).

No decorrer do procedimento propriamente dito, devemos possibilitar e encorajar a participação da criança que poderá ajudar a cortar o esparadrapo ou abrir um pacote de gazes, por exemplo.

Após o término do procedimento, a criança poderá manusear os materiais, reproduzindo a técnica realizada em um boneco. Isso ajudará a perceber como ela vivenciou a experiência, além de proporcionar alívio da tensão decorrente da vivência do procedimento.

Vários trabalhos desenvolvidos por enfermeiros têm mostrado uma preocupação no desenvolvimento de atividades de orientação, promoção e recuperação da saúde com crianças internadas, mediante o BT (24,26,41-43).

Pudemos vivenciar a experiência de utilizar o BT com uma criança de dois anos e 10 meses, hospitalizada, com diagnóstico recente de diabetes mellitus tipo I. A criança mostrava-se arredia e era necessário contê-la todas as vezes que a glicemia capilar e a insulino-terapia eram realizadas. A partir da questão: “você quer ouvir uma estória de um menino que está doente?” era contada uma estória semelhante à que a criança estava vivenciando e iniciava-se a brincadeira. Foram feitas quatro sessões de BT, uma

instrucional e três dramáticas, nas quais a criança pode manipular os brinquedos e o material hospitalar que era utilizado em seus procedimentos. Após as sessões houve uma melhora significativa de suas reações, tornando-se mais colaborativa e tranquila no momento da realização da glicemia capilar, solicitando, inclusive, para furar, ela mesma, o dedinho com a lanceta. O BT mostrou-se, nesse estudo, um importante recurso para crianças que estejam enfrentando situações adversas ao seu desenvolvimento, como é o caso do diabetes mellitus tipo I (24).

Um estudo com abordagem quantitativa, realizado em hospital infantil com crianças submetidas a cirurgias de pequeno e médio porte, comparou a dor e as reações manifestadas em 34 crianças durante o curativo cirúrgico, realizado antes e após o preparo com BT. As autoras relatam que, antes da sessão, predominavam comportamentos de menor adaptação e aceitação do procedimento como, por exemplo, “tensão muscular” e “expressão facial de medo”, que melhoraram significativamente após a sessão de BT. Outros comportamentos como “brinca”, “expressão facial relaxada”, “sorri”, “postura relaxada” e “ajuda o profissional espontaneamente” foram os que apresentaram maior diferença significativa, segundo as autoras. Quanto à avaliação do escore de dor, para o qual se utilizou a escala de faces, o mesmo diminuiu após a brincadeira em 33 das 34 crianças, permanecendo a mesma avaliação, em apenas uma delas. As autoras concluíram que o BT foi importante para que a criança pudesse compreender melhor a necessidade do procedimento, passando a cooperar com sua realização, além de possibilitar alívio da dor e da tensão gerada durante o curativo (26).

Outro estudo, realizado com cinco crianças escolares e uma adolescente, portadoras de câncer, buscou compreender como é, para a criança, a vivência de ser portadora de Port-a-Cath, um cateter central, totalmente implantado e de longa duração, cuja extremidade distal se acopla a uma câmara puncionável abaixo da pele, no tórax do

paciente. As autoras realizaram sessões de BT dramático, individuais e, a partir de sua análise, com abordagem qualitativa, identificaram que as crianças reconhecem a importância e a necessidade do tratamento a que são submetidas, bem como as vantagens da utilização do Port-a-Cath, porém, isso gera ansiedade, limitações e preocupações, especialmente quanto ao risco de infecção. O brincar apareceu como fonte de felicidade, conforto e fortalecimento. Assim, as autoras ressaltam a importância do BT integrar a assistência à criança com câncer, visando uma melhor qualidade de vida durante o tratamento (41).

Crianças pré-escolares, vivenciando a punção venosa em uma unidade de pronto atendimento e pronto-socorro, juntamente com seus familiares, foram preparadas com o BT instrucional, além de seus familiares terem sido entrevistados. A brincadeira desencadeava-se a partir de uma história onde havia uma criança nas mesmas condições que ela, com necessidade de punção venosa. As sessões de BT foram filmadas, gravadas, transcritas e analisadas de acordo com os passos da Análise de Conteúdo de Bardin. As autoras relatam que a criança pode compreender o procedimento, bem como se envolver na situação, manipular o material e estabelecer uma relação de confiança com o profissional. Quanto aos familiares, mantiveram-se como fonte de apoio e proteção e reconheceram os benefícios do BT (42).

Enfermeiros chineses relatam sobre sua experiência em utilizar o BT com uma criança em idade escolar, receptor de transplante hepático. Fizeram uma primeira intervenção jogando o jogo favorito da criança com o objetivo de criar uma relação terapêutica. Em seguida, relatam que novos elementos terapêuticos de jogo foram introduzidos, que possibilitaram observar os comportamentos da criança, sua percepção sobre a hospitalização, seus conhecimentos dos protocolos de atendimento, bem como familiarizar a criança com especificidades dos cuidados diários e persuadí-la a compartilhar

seus sentimentos sobre a ansiedade de separação de seus pais, enquanto na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Os autores reconhecem o BT como uma ferramenta eficaz para se comunicar com as crianças e melhorar sua adesão ao protocolo de tratamento, recomendando o seu uso (43).

### **1.3.2 O percurso da inserção do BT no Brasil e na Unidade de Internação Pediátrica – HC - Unicamp**

O ensino do brinquedo como recurso de intervenção na assistência de enfermagem à criança teve seu início com a Profa. Dra. Esther Moraes, no final da década de 1960, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. No início, atuando de forma intuitiva, ela observava o comportamento de crianças em situações traumatizantes e, utilizando entrevista com brincadeira, refere que as crianças se aproximavam mais dos adultos, havia menor sofrimento e maior cooperação ao tratamento, e uma amenização dos sentimentos ocasionados pela separação de seus pais (44).

O registro do primeiro estudo acadêmico realizado por enfermeira sobre a importância do brincar para a criança hospitalizada data de 1974. Porém, devemos considerar que o início da pós-graduação em enfermagem no Brasil ocorreu apenas dois anos antes desta data, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (1).

A evolução dos estudos acadêmicos sobre a temática, especialmente o BT, foram ocorrendo de forma tímida, com apenas mais um estudo na década de 1970, dois na década de 1980 e quatro na década de 1990, quando foi promulgada a lei que regulamenta o ECA, na qual o brinquedo se insere como essencial ao desenvolvimento da criança (11).

A partir do início do século XXI, percebe-se um incremento desta temática nos estudos acadêmicos de enfermeiros, com a realização de mais sete trabalhos até o ano de 2003 (1). Desde então, até os dias atuais, mais 15 teses e dissertações foram defendidas, demonstrando valorização do assunto pelos enfermeiros, conforme publicado no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn/ABEn).

A criação do Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBriinq), na Universidade Federal de São Paulo, em 1994, foi um marco importante para o aumento de estudos nesta temática e o reconhecimento do BT como prática de responsabilidade do enfermeiro, bem como sua divulgação. Este grupo foi o responsável pela elaboração do documento que garante a legitimidade da utilização do BT pelo enfermeiro, recomendado pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) em 2004 sendo, no mesmo ano, reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a competência do enfermeiro pediatra na utilização do BT na assistência à criança hospitalizada e família, por meio da resolução 295/2004 (45).

Porém, mesmo após 22 anos do ECA e dos oito anos que se seguem após esta resolução, não observamos o BT como atividade cotidiana do enfermeiro pediatra, nem tampouco sua vinculação à SAE, quando é praticado.

Temos observado em nossa prática que o brinquedo e o BT são usados de forma bastante discreta pelos enfermeiros ao lidar com crianças adoentadas. Nas UIP do HC-Unicamp, o uso do BT como instrumento do cuidar é, praticamente, inexistente e não tem sido alvo de pesquisas pelos enfermeiros dessa instituição.

O que existe são ações de outros profissionais, como a pedagoga e a TO, presentes neste serviço que desenvolvem atividades lúdicas com as crianças que têm

possibilidades de sair do leito ou, para aquelas que estão acamadas, se preocupam em fornecer brinquedos para sua distração.

Há ainda o desenvolvimento do BT para algumas crianças, por alunos do curso de graduação em enfermagem, orientados por duas professoras que ministram este conteúdo na disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente I, no curso de graduação em enfermagem. Porém, estas atividades são realizadas apenas na época em que os mesmos estão cursando a disciplina que prevê o aprendizado desta técnica, no primeiro semestre do ano.

No período de 2005 a 2010, uma destas professoras manteve atividades de BT na UIP com alunos que tinham bolsa trabalho pela Universidade. Nesta época, cabia aos enfermeiros indicar a estes alunos quais crianças poderiam se beneficiar com o BT, porém, segundo a professora, estes enfermeiros não se mostraram interessados em aprender e se capacitar para desenvolver eles mesmos a técnica do BT. Cabe ressaltar que nos últimos dois anos não houve alunos interessados em participar desta proposta para bolsa trabalho.

Devemos ainda salientar que a sala de recreação existente nesta unidade se sustenta por doações de brinquedos, livros, computadores, não tendo apoio financeiro da instituição. Dessa forma, quando os brinquedos se quebram ou se perdem, não há como recuperá-los, a não ser pela boa vontade e doações feitas por funcionários, alunos e outras pessoas sensibilizadas com o brincar das crianças.

Diante desse panorama, buscamos, neste estudo, analisar o processo de trabalho dos enfermeiros pediatras que atuam na UIP desta instituição, buscando compreender a utilização (ou não) do brinquedo/BT no período de hospitalização da criança usuária deste serviço. Isso nos possibilitou entender como se dão as relações entre criança-família-

enfermagem-serviço de saúde, bem como os objetos, instrumentos e resultados identificados e, especialmente, como o brinquedo se insere neste contexto.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

## 2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Para estudar e compreender o processo de trabalho de enfermeiros que cuidam de crianças hospitalizadas, tendo como foco a utilização do brinquedo terapêutico em suas atividades, foi necessário nos aproximarmos do processo de trabalho na saúde, por isso adotamos como referencial teórico o “Modelo de Organização Tecnológica do Trabalho” (46) e, mais proximamente do nosso objeto de investigação, outros estudos sobre o processo de trabalho na saúde e na enfermagem foram utilizados para fundamentar a análise dos dados empíricos (13-14,47-51).

Processo de trabalho pode ser definido como sendo o modo como desenvolvemos nossas atividades de trabalho. É o conjunto de ações por meio das quais os homens atuam sobre algum objeto para transformá-lo em um produto anteriormente idealizado, que tenha uma finalidade específica. Refletir crítica e continuamente sobre seu processo de trabalho para poder transformá-lo é uma característica da humanidade, necessária para seu desenvolvimento (46-52).

A organização em conjuntos de homens para viver, trabalhar, enfim, existir, é uma característica essencial ao trabalho humano e o que guia todo o processo de trabalho são as necessidades do grupo, que o faz se reproduzir enquanto grupo. A essa característica do trabalho humano aplica-se a noção de socialidade. Outra característica essencial é a historicidade, pela qual as necessidades sociais são estruturadas de tal forma que sua satisfação pelo trabalho reproduz a sociedade. O trabalho pode fazer o homem mudar a sociedade, enquanto se reproduz (48).

Podemos relacionar como elementos do processo de trabalho: a atividade realizada com uma finalidade, o próprio trabalho, a matéria à qual se aplica o trabalho, o objeto do trabalho e o instrumental utilizado para sua realização. Os instrumentos do trabalho

permitem a transformação do objeto de tal forma que as características do objeto de um lado e a finalidade do trabalho de outro, determinam as características desse instrumental. Assim, todos os elementos do processo de trabalho são interdependentes, só sendo possível sua separação abstratamente (46).

Detalhando um pouco mais sobre cada componente do processo de trabalho, temos (52):

- **Finalidade:** define todo o processo de trabalho. É em função dela que os critérios para a realização do trabalho são estabelecidos, originando um produto específico (objeto ou condição), que responderá a alguma necessidade humana, social e historicamente determinada. A própria capacidade de desenvolver o trabalho pode ser considerada uma finalidade.

As grandes questões sociais e de poder são determinadas pelas finalidades do trabalho. Em nossa sociedade, a definição destas finalidades, em quase todas as instituições, está fora do poder dos trabalhadores, sendo definidas por um grupo restrito, em níveis mais elevados na hierarquia institucional.

Particularmente na saúde e na educação, observamos que as definições das finalidades pelos trabalhadores estão sempre presentes, pois, no cotidiano do seu trabalho, tomam decisões que podem ou não vir ao encontro das finalidades estabelecidas institucionalmente.

- **Instrumentos:** são os meios específicos e condições para que o trabalho se realize. Podem ser ferramentas, máquinas, equipamentos e ambiente, que configuram as tecnologias duras; os conhecimentos e habilidades, que

configuram as tecnologias leve duras e leves<sup>2</sup>; e as próprias estruturas sociais e suas relações de poder.

- **Objeto:** matéria, condição ou estado sobre o qual se exerce uma ação visando sua transformação. Podem ser elementos físicos, biológicos ou mesmo simbólicos, onde as subjetividades estão presentes.
- **Agentes:** aqueles que executam a ação e estabelecem as finalidades e os meios para a realização do trabalho. Podem ser: um indivíduo, grupo, equipe, instituição ou sociedade.

O processo de trabalho em saúde se diferencia dos outros processos de trabalho pelos seus objetos e pelas necessidades que devem satisfazer, neste caso, sempre social e historicamente determinados. Os agentes sociais, isto é, os trabalhadores em saúde, na divisão social do trabalho, também são social e historicamente determinados, características essas, muitas vezes negadas conscientemente por eles. Conhecê-las implica identificar as necessidades e os processos de trabalho que tendem à sua objetualização (46).

Precisamos considerar, também, que os consumidores deste serviço se incluem como sujeitos participantes no processo de trabalho, além de serem objetos deste mesmo processo. Processo este que se baseia em relações interpessoais entre o prestador de serviço e o cliente ao qual se quer provocar alguma modificação. Assim, é necessário que ele esteja ativamente envolvido em todo o processo para que estas modificações possam ocorrer (52).

---

<sup>2</sup> Tecnologias duras: aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos; tecnologias leve duras: aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como a clínica e a epidemiologia, protocolos e manuais de atendimento; tecnologias leves: aquelas relacionais: a conversa, o olhar, o sorriso, o abraço, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente. Para maior compreensão ver: Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo, SP: Hucitec; 2002.

Neste sentido, adotamos uma postura teórico-metodológica para este estudo que considera a enfermagem como parte de um processo coletivo de trabalho. Os instrumentos, entre eles o conhecimento sobre o objeto, incluem não só as soluções técnicas adequadas a esse processo, mas, sobretudo indicam como os homens se organizam na produção e na reprodução de sua existência e as relações sociais que estabelecem entre si (48).

É importante salientar que estamos considerando a criança e o familiar acompanhante como foco do processo de trabalho, aos quais deveriam estar voltadas as finalidades deste trabalho.

Consideramos importante descrever sumariamente a evolução sócio histórica do processo de trabalho do enfermeiro pediatra para uma melhor compreensão dos resultados e discussão dos dados empíricos.

## **4.2 A ENFERMAGEM, A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E SEU PROCESSO DE TRABALHO AO LONGO DA HISTÓRIA**

A literatura destaca que a enfermagem moderna teve seu início com Florence Nightingale a partir de sua atuação na guerra da Criméia. Em sua obra mais importante, “Notas sobre a enfermagem”, Florence propõe que a enfermagem deve ter conhecimentos distintos daqueles do médico, para cuidar dos enfermos. Esta obra pode ser considerada como o marco inicial da enfermagem moderna e apresenta o ar puro, a luz, o calor, a limpeza, o repouso e a dieta como instrumentos que ajudam na manutenção da saúde, bem como na recuperação do doente. Em relação à criança, faz várias referências sobre como se deve cuidar delas, manter sua saúde e educar as mulheres responsáveis por esse cuidado. Brincar livremente está entre estas recomendações, bem como os cuidados

relacionados à alimentação, higiene pessoal, ao ambiente e a responsabilidade e bom senso de quem cuida das crianças (53).

A partir da atuação de Florence nos hospitais de Scutari, durante a guerra da Criméia, a enfermagem toma uma nova dimensão que contempla a administração do serviço, organizando-se como trabalho institucional e inserindo-se no processo de trabalho em saúde. Em meados do século XIX, a Europa passava por transformações sociais e de reorganização dos hospitais e, sob supervisão e orientação de Florence Nightingale, em 1860, foi criada a primeira escola de enfermagem (54).

No decorrer da história, com o advento do capitalismo e o surgimento de novas práticas de saúde, fez-se necessário controlar as doenças e recuperar a força de trabalho. Com isso, surgiram os modelos epidemiológico e clínico no cuidado à saúde. O modelo clínico, cuja finalidade era recuperar o corpo individual, doente, tinha o médico como responsável por todo o processo de trabalho, já que ele detinha o conhecimento para fazer o diagnóstico e a terapêutica. Porém, com o crescimento e ampliação da instituição – o hospital – outros trabalhadores foram sendo necessários e agregados a este. Neste contexto, o médico se apropriou do trabalho intelectual (diagnóstico e terapêutica) enquanto as outras profissões, igualmente necessárias, ficaram com o trabalho manual – o cuidado, onde a enfermagem encontrou seu lugar (54).

Enquanto o hospital não era considerado local de cura e, portanto, desarticulado da prática médica, a enfermagem desenvolvia um trabalho independente, com cuidados voltados para o conforto da alma do doente. A partir do novo modelo de saúde, no qual o hospital passa a ser um meio de intervenção importante para o doente e para o controle da doença, surgiu o médico de hospital e, a enfermagem, com um pessoal sem formação específica, passou a se subordinar ao poder médico (54).

A fim de acompanhar as transformações do hospital e do saber médico, o trabalho da enfermagem passou a se preocupar também com o corpo, com o objetivo de favorecer a cura. A recuperação individual dos corpos sociais, naquele momento, a finalidade do trabalho da enfermagem, organizou-se em três direções: a organização do cuidado do doente com a sistematização das técnicas de enfermagem, a organização do ambiente (purificação do ar, higiene e outros) e a organização dos agentes de enfermagem por meio dos mecanismos disciplinares (54).

Em relação ao saber em enfermagem, pode ser definido como um instrumental para a realização de um trabalho, sendo possível a identificação de três expressões deste saber: as técnicas, os princípios científicos e as teorias de enfermagem. A organização das técnicas teve seu início no final do século XIX, alcançando seu pleno desenvolvimento até meados de 1950, cujo objetivo foi suprir uma necessidade da organização do trabalho hospitalar nos Estados Unidos, visando auxiliar o trabalho médico. Posteriormente, com o aumento das especializações médicas, houve a necessidade de aprimoramento e desenvolvimento de novas técnicas (55).

Ainda na década de 1950, educadores norte americanos passaram a se preocupar com os princípios científicos que deveriam nortear a prática, procurando fundamentar as técnicas baseando-se nos conhecimentos de biologia, fisiologia e prática médica. Isso, sem dúvida, contribuiu para a preocupação no atendimento biopsicossocial do paciente e possibilitou o crescimento intelectual da enfermagem. Posteriormente, começaram a elaborar um corpo de conhecimentos específicos da enfermagem, que se denominou Teorias de Enfermagem (48).

No final da década de 1970, agregando as teorias norte americanas e a perspectiva que conceitua a enfermagem como ciência, a enfermeira brasileira Wanda Aguiar Horta

publicou o Processo de Enfermagem, que propunha a utilização da metodologia científica nas ações de enfermagem (48).

A despeito desse conhecimento, em meados de 1980, a literatura aponta que o trabalho da enfermagem brasileira era todo dividido em tarefas e procedimentos, sendo as técnicas e os princípios científicos, os instrumentos de trabalho dominantes. Os pressupostos teóricos orientando a prática não se mostravam efetivos por estarem dirigidos apenas para uma parte da população que podia consumir estes serviços. Além disso, a constituição do pessoal de enfermagem e do processo de trabalho nos diversos modelos de prestação de serviço da época, aumentava a dificuldade em viabilizar essa união das teorias com a prática existente (55).

A partir do final da década de 1980, ocorreu uma deterioração das condições de trabalho em saúde em virtude do aumento da demanda de uma grande parcela da população que se encontrava empobrecida e desprotegida socialmente e à rígida contenção de custos pela qual passava o setor saúde. Assim, mostrava-se essencial a construção de um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado nas condições sócio-políticas, materiais e humanas que possibilitassem qualidade no atendimento para quem exercia e para quem recebia a assistência (56).

A enfermagem passa a ser estudada então como uma prática social e, desde a década de 1980, é reconhecida como atividade predominantemente feminina que utiliza saberes de outras ciências, além de conhecimentos produzidos por ela própria. Seu objetivo maior passou a ser o cuidado do indivíduo enquanto ser social, com vistas à promoção, prevenção e recuperação da saúde da população (47).

Cabe ressaltar que o trabalho da enfermagem não se dá exclusivamente pelo cuidado direto ao doente. Grande parte do processo de trabalho ocorre em outros locais,

como o posto de enfermagem, a passagem de plantão, treinamento de técnicos e auxiliares, confecção de escalas de folga ou de serviço, entre as diversas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro. Além disso, outros trabalhadores, como por exemplo, o oficial administrativo, embora não cuidem diretamente do doente, dão sustentação a este cuidado (49).

Em relação à assistência de enfermagem à criança hospitalizada, até 1930, era realizada com base no referencial teórico fundamentado no que se convencionou denominar de era bacteriológica. Com a descoberta dos agentes microbianos, surgiu um novo instrumental tecnológico para a prática médica e, conseqüentemente, para a enfermagem. Quase uma década depois, as enfermeiras começaram a perceber o quanto este referencial teórico era limitado para lidar com a criança hospitalizada, passando esta a ser percebida como um ser em crescimento e desenvolvimento (48) e, portanto, com necessidades que este referencial não era capaz de satisfazer.

A partir da década de 1940, houve a introdução do antibiótico e a utilização de tecnologias inovadoras que contribuíram para uma revisão do afastamento dos pais e familiares durante a hospitalização de seus filhos; contudo, devemos lembrar também que, ao longo deste período, ocorreram transformações no conceito do que é ser criança, o que pode ter acelerado as mudanças em relação ao cuidado prestado a elas (57).

O Relatório Platt (58), publicado em 1959 na Inglaterra, foi decisivo para reunir, após longa separação, os pais e seus filhos hospitalizados. Os aspectos emocionais e psicológicos da saúde da criança hospitalizada, tão valorizados na época, foram decisivos para a publicação desse documento, que continha recomendações como:

- considerar alternativas para o tratamento das crianças, além da hospitalização;

- quando necessária, a hospitalização da criança deveria ser feita em hospitais pediátricos ou enfermarias pediátricas;
- as enfermeiras pediatras deveriam receber treinamento específico;
- a visita dos pais deveria ser permitida em qualquer hora do dia e da noite;
- jogos e atividades recreacionais deveriam ser organizados no ambiente hospitalar (57).

No Brasil, nesse mesmo período, semelhantes recomendações estavam sendo feitas. A humanização do hospital vinha sendo discutida, bem como os aspectos psicológicos infantis e a importância da permanência da mãe junto à criança hospitalizada, visando favorecer o desenvolvimento infantil e reduzir os agravos emocionais decorrentes da hospitalização (59). Porém, apenas no início da década de 1990 a legislação regulamentou, pelo ECA, a permanência da mãe durante a hospitalização de seu filho. Em seu décimo segundo artigo, garante que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes” (11).

No decorrer da década de 1990, o trabalho da enfermagem pediátrica aparece como sendo dividido em tarefas, de forma fragmentada, não apenas verticalmente, entre o enfermeiro e os trabalhadores de nível médio, os auxiliares e técnicos de enfermagem, mas também, horizontalmente, entre os enfermeiros e os vários profissionais que atuam no cuidado à criança. Esta característica configura-se como uma dinâmica do modo de produção não exclusiva da enfermagem, pois, na produção de serviços hospitalares, convivem diversos processos de trabalho tornando-o um trabalho coletivo (49).

Além disso, o fato dos pais estarem mais presentes durante todo o período da hospitalização da criança trouxe várias implicações para a equipe de enfermagem, uma vez que foram levados para dentro do hospital e passaram a fazer parte do processo de

cuidar dos filhos hospitalizados, gerando alterações nas relações de trabalho (60-61).

No final do século XX os enfermeiros já se mostravam preocupados e buscavam garantir que a assistência à criança fosse feita de forma integrada, mediante ações como manter acomodações para a permanência da mãe ou outra pessoa da família junto à criança durante a hospitalização, o desenvolvimento de técnicas menos dolorosas e traumáticas, o preparo da equipe de enfermagem em terapia ocupacional e ludoterapia entre outros. A criança apresentava-se assim, como objeto do trabalho da enfermagem pediátrica, sendo que o enfermeiro respondia pelo projeto da assistência a ser executada, instrumentalizando o processo de trabalho em saúde, enquanto aos auxiliares e atendentes cabia o cuidado direto. Ressalta-se que a transformação só é possível no processo de trabalho em sua totalidade e não na ação fragmentada de algumas categorias profissionais (48).

Assim, podemos perceber que a sociedade tem passado por várias transformações desde o século XIX, época da consolidação dos hospitais e da enfermagem pediátrica, até os dias de hoje.

A infância, de uma forma geral, tem se beneficiado da socialização dos direitos humanos e, especificamente dos direitos da criança, com a implantação do ECA. Em relação aos direitos da criança e do adolescente hospitalizados, em 1995, seguindo as diretrizes internacionais, foi aprovada a resolução que trata dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (62). Acreditamos que esses direitos são possíveis de serem atingidos e devem se incorporar às necessidades de promoção e recuperação da saúde passando a instrumentalizar o processo de trabalho, pois, nos dias de hoje, o entendimento sobre a criança é de um ser em processo de crescimento e desenvolvimento, que precisa ser respeitada em suas necessidades e características

personais. Deve ser vista como um todo, a todo tempo e a abordagem terapêutica deve, pois, contemplar seus aspectos biológicos, psíquicos, sociais e espirituais.

Em relação aos direitos da criança e do adolescente hospitalizado, podemos destacar alguns, como:

proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação; serem hospitalizados quando necessário ao tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa; [...] serem acompanhados por sua mãe, pai ou responsável, durante o período de hospitalização, bem como receber visitas; [...] não sentirem dor, quando houver meios para evitá-la; terem conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receberem amparo psicológico, quando se fizer necessário; desfrutarem de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante a hospitalização; que seus pais ou responsáveis participem ativamente do tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos aos quais serão submetidos; [...] respeito à integridade física, psíquica e moral; [...] terem seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais, integralmente [...] (62-63).

Apesar disso, atualmente, percebe-se o processo de trabalho do enfermeiro pediatra focado, principalmente, na doença da criança hospitalizada e com uma visão bastante limitada sobre o familiar acompanhante que, muitas vezes, é percebido como ajudante ou informante do enfermeiro/equipe de enfermagem (64-65).

Ao mesmo tempo, algumas instituições impõem a obrigatoriedade para que a mãe ou outra pessoa significativa para a criança permaneça com a mesma durante a internação, não levando em consideração seus impedimentos familiares ou de trabalho (66). Os papéis da equipe de enfermagem e dos pais nos cuidados à criança hospitalizada não são claros, bem como os direitos e deveres dos acompanhantes.

Diante do exposto, fica evidente que o processo de trabalho da enfermagem pressupõe a inter-relação entre indivíduo e sociedade, um influenciando o outro, modificando-se as necessidades de ambos. Neste sentido, as práticas de saúde devem se focar nas necessidades sociais e, como a história humana é dinâmica e contínua, estas práticas precisam ser continuamente repensadas, reavaliadas e modificadas de acordo com as novas necessidades que vão surgindo.



### 3. OBJETIVOS

### **3.1 Geral**

Analisar o processo de trabalho do enfermeiro que atua em unidade de internação pediátrica de um hospital escola do interior de São Paulo, com ênfase na utilização do brinquedo terapêutico como instrumento do cuidado.

### **3.2 Específicos**

1. Caracterizar o contexto da unidade na qual o enfermeiro exerce seu trabalho;
2. Caracterizar os objetos, os instrumentos e as finalidades do processo de trabalho do enfermeiro na UIP;
3. Descrever e analisar o processo de trabalho do enfermeiro nesta UIP e a utilização do brinquedo terapêutico.



## 4. PROCESSO METODOLÓGICO

#### 4.1 A ESCOLHA DO MÉTODO

A compreensão dos fenômenos associados ao processo saúde-doença e cuidado requer do pesquisador múltiplos olhares, técnicas, métodos, referenciais teóricos e conhecimentos. Neste sentido, os trabalhos de campo têm contribuído significativamente para o desenvolvimento deste tipo de pesquisa, pois colocam o pesquisador mais próximo do objeto de seu estudo, permitindo uma ampla compreensão de seus significados, valores e culturas (67-68).

A busca e compreensão dos significados de fenômenos, fatos, vivências e assuntos, possibilitada pela abordagem qualitativa, é essencial para melhorar a qualidade da relação entre profissional, paciente, família e instituição, além de promover a adesão ao tratamento individual ou medida coletiva. Além disso, permite o entendimento mais profundo de sentimentos, ideias e comportamentos, não somente dos pacientes, mas também de familiares e equipe multiprofissional (69).

A pesquisa qualitativa exige que o pesquisador faça uma integração, articulação e conheça os vários métodos e técnicas para, dessa forma, extrair o máximo da realidade a ser pesquisada.

Quando se utiliza vários métodos na abordagem do problema, ou seja, a triangulação dos métodos, isso favorece uma maior compreensão do tema em estudo. Partimos do princípio de que um fenômeno social tem raízes históricas, significados culturais e vinculação com uma macro realidade social. Assim, nosso interesse esteve voltado para três aspectos: processos e produtos centrados no sujeito, elementos produzidos pelo meio do sujeito e processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macro-organismo social do sujeito (67).

Nossa escolha pelo método qualitativo, com trabalho de campo, no qual se realizou entrevistas e observação participante está pautada nestas diretrizes.

A entrevista possibilitou obter dados objetivos e, também, subjetivos, que se referiam diretamente ao indivíduo entrevistado, refletindo suas ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, condutas, atitudes e comportamentos.

Levamos em consideração que, para a análise efetiva das entrevistas, era preciso incorporar o contexto de sua produção e complementá-la com dados provenientes da observação participante. Assim, foi possível contemplar o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia e as experiências vividas pelos sujeitos no trabalho cotidiano (68).

Dessa forma, realizamos também observação participante com todos os entrevistados, o que nos permitiu estar no contexto da observação, possibilitando, ao mesmo tempo, modificar e ser modificados por esse contexto. Para isso, foi necessário dominar o referencial teórico escolhido para esta investigação e nos colocar com respeito, empatia, além de participar intensamente do cotidiano dos pesquisados (68).

É importante salientar que existe uma familiaridade nossa com o local e equipe de saúde estudados, como já citado anteriormente. Acreditamos que esta proximidade com o local da coleta de dados facilitou o contato e a adesão dos participantes ao estudo, pois nossa presença é habitual nas enfermarias deste hospital e, dessa forma, nossa relação com os sujeitos se desenvolveu de forma mais natural, sem constrangimentos. As vantagens da coleta de dados se realizar em local previamente conhecido pelo pesquisador, onde a negociação para o acesso ao local é facilitada, é conhecida na literatura e recomendada como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva (68).

Porém, há críticas sobre essa proximidade, por possibilitar uma visão distorcida da realidade. Assim, procuramos, ao longo da coleta de dados, ir confrontando os achados

nas observações com os dados coletados nas entrevistas e nas observações anteriores, além de refletir com o grupo de pesquisa e orientadora o aprofundamento do olhar e dos registros, conforme recomendado na literatura para validação e aumento da confiabilidade das observações (70).

## **4.2 O LOCAL DO ESTUDO**

O HC da Unicamp foi escolhido intencionalmente por ser um hospital público que atende não apenas a cidade de Campinas-SP, mas recebe pacientes de toda a região, inclusive de outros estados e tem, em sua estrutura, unidades específicas para atendimento pediátrico.

Caracteriza-se por ser um hospital estadual, universitário, de grande porte que, além de prestar assistência à população, desenvolve atividades de capacitação de recursos humanos e pesquisa. Possui 403 leitos, 38 enfermarias, 17 departamentos médicos, 22 unidades de procedimentos especializados, 15 salas cirúrgicas gerais e oito ambulatoriais, oito serviços de laboratório e cinco de diagnósticos, atendendo a uma clientela heterogênea. Atende gratuitamente com recursos do SUS e da Unicamp (71).

O HC é uma das principais portas de entrada do sistema de saúde da região e sua missão é oferecer assistência voltada a procedimentos de alta complexidade e de ações estratégicas, visando proporcionar um bom fluxo e atendimento hospitalar em nível terciário e quaternário para uma população de mais de seis milhões de habitantes.

A unidade de internação pediátrica conta com 58 leitos para internação de crianças e adolescentes, distribuídos em quatro Postos.

O Posto 1 refere-se à UTIP, conta com 10 leitos e não foi considerado neste estudo. Os Postos 2 e 4 comportam 18 leitos cada e o Posto 3, além de oito leitos para internação, possui uma área anexa com quatro leitos para pacientes com doenças renais, comumente utilizados para realização de diálise peritoneal.

Todos os postos de enfermagem deveriam contar com a presença de enfermeiros em todos os turnos de trabalho, porém, nem sempre isto acontece, por ausências previstas e imprevistas (faltas, licenças médicas, férias, entre outras). Ao todo, a equipe de enfermagem pediátrica contava, na época da coleta dos dados, com 30 enfermeiros (UTIP e enfermarias) e 86 técnicos de enfermagem, distribuídos de acordo com uma escala de trabalho previamente elaborada pelas supervisoras, que também eram enfermeiras, com anuência desta equipe. Havia também uma diretora de enfermagem, responsável pelas questões administrativas relacionadas ao andamento do serviço (Quadro 1).

**Quadro 1:** Distribuição dos profissionais de enfermagem da UIP, HC – Unicamp, quanto ao cargo que exercem. Campinas, 2011.

<b>EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UIP, HC – UNICAMP (época da coleta de dados)</b>		
<b>CARGO</b>	<b>QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS</b>	
	<b>ENFERMARIA</b>	<b>UTIP</b>
Diretora de enfermagem	1	
Supervisora de enfermagem	1 Diurno	1 Diurno
	1 Noturno	
Enfermeiros	6M 5T 6N	4M 3T 6N
Técnicos de enfermagem	16M 16T 29N	6M 6T 13N
Apoio administrativo	4*	1

M = manhã; T = tarde; N = Noite

\* 2 técnicos de enfermagem e 2 oficiais de enfermaria

Nos Postos 2 e 4, os quartos possuem banheiro, dois leitos (cama ou berço), duas poltronas, duas mesas de cabeceira, uma mesa auxiliar para refeição, suportes de soro móveis e/ou anexos ao painel de gases e um armário embutido à parede. Cada um dos Postos possui um quarto, conhecido como “quartão”, que fica em frente ao posto de enfermagem, o qual possui quatro leitos, dois banheiros e os demais mobiliários já citados.

Desde a implantação deste hospital em 1986, mesmo antes da aprovação da Lei Estadual nº 165 de 12 de outubro de 1988, que oficializou o direito à criança de permanecer junto com a mãe ou outro familiar durante o período de internação, a UIP utiliza o sistema de

alojamento conjunto, com espaço físico, dieta e rotinas que possibilitam a permanência das mães durante toda a internação de seus filhos (72).

### **4.3 OS PARTICIPANTES**

Participaram deste estudo os enfermeiros em contato com as crianças, familiares acompanhantes e equipe multiprofissional na UIP do referido hospital. Todos os enfermeiros da UIP, com exceção de uma, que estava em licença gestante na época da coleta de dados, foram convidados e aceitaram participar da pesquisa, somando um total de 17 participantes. Cabe ressaltar que a equipe atuante no Posto 1 (UTIP) foi excluída, devido às características peculiares desta unidade.

Ao iniciarmos a redação final desta tese, sentimos a necessidade de incluir informações a respeito do trabalho desenvolvido pela terapeuta ocupacional, que não quis ser entrevistada, mas forneceu informações escritas sobre sua função, e pela pedagoga, com a qual realizamos uma entrevista com a seguinte pergunta norteadora: conte-me sobre suas atribuições e atividades que desenvolve aqui na enfermaria de pediatria. Estes dados foram incluídos na discussão dos resultados.

### **4.4 O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO**

O primeiro passo após a elaboração do projeto foi encaminhá-lo à diretora da UIP e ao diretor do HC para ciência e aprovação. Após, encaminhamos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, sendo o mesmo aprovado sob parecer nº 162/2010 e CAAE: 0128.0.146.000-10 (ANEXO 1).

Antes de iniciar a coleta dos dados foi necessário nos capacitar quanto às técnicas

escolhidas para esta etapa e a validação dos instrumentos utilizados. Assim, para aumentar a confiabilidade dos dados, validar o roteiro das entrevistas e refinar o modo de observação e anotação das mesmas, realizamos um período de treinamento das técnicas de entrevistas e observação participante.

Essa capacitação foi realizada no segundo semestre de 2010, na UTIP deste mesmo hospital, pois consideramos que as características da instituição podem influenciar nos resultados e que os profissionais que atuam neste Posto não seriam considerados como sujeitos do estudo. Neste período realizamos quatro entrevistas e quatro observações participantes com enfermeiras da UTIP.

Nesta ocasião, foram feitas mudanças e adequações no roteiro da entrevista e da observação participante e esses dados foram apresentados no exame de qualificação do projeto, podendo ser apreciados pela banca, que fez novas sugestões para refinamento destes instrumentos. O exame de qualificação foi realizado em dezembro de 2010, sendo aprovado o início da coleta dos dados.

Em janeiro de 2011 iniciamos a coleta dos dados, observações e entrevistas. Esta fase durou até junho de 2011, quando todos os enfermeiros tinham sido entrevistados e observados, no mínimo, por um período de trabalho.

#### **4.4.1 A entrevista**

A entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo, podendo ser: uma sondagem de opinião, entrevista semiestruturada, aberta ou em profundidade, focalizada ou projetiva. Qualquer que seja o tipo escolhido permitirá ao entrevistador coletar dados objetivos, que poderiam ser conseguidos por meio de outras

fontes documentais e dados subjetivos, que refletem as ideias, crenças, opiniões, maneiras de pensar e sentir, atitudes e comportamentos diretamente relacionados ao indivíduo entrevistado (68).

Neste estudo, optamos por utilizar um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1), que combina perguntas fechadas e abertas, no qual permite-se ao entrevistado discorrer sobre determinada temática com certa liberdade (68). Participaram desta etapa todos os enfermeiros que trabalham na UIP, em todos os plantões.

A entrevista nos possibilitou conhecer as características dos participantes, especialmente em relação à sua formação e conhecimento sobre o BT, além de nos dar subsídios para entender como se processa o trabalho do enfermeiro nesta UIP. Partimos de uma questão geral, solicitando ao entrevistado que discorresse sobre um dia comum de trabalho e, a partir da sua fala, fomos inserindo questões relacionadas ao uso do BT.

As entrevistas foram realizadas na própria UIP, em sala reservada, combinadas previamente com cada participante, sendo gravadas digitalmente e, posteriormente, transcritas. No início de cada entrevista, o participante era convidado a escolher um codinome, que deveria ser uma brincadeira de criança. Nem todos quiseram escolher, ficando, algumas vezes, sob nossa responsabilidade atribuir este codinome. Em alguns casos, quando o enfermeiro já havia sido observado antes da entrevista, também atribuímos o codinome, porém, no momento da entrevista, era perguntado a ele se queria mantê-lo ou mudá-lo. Nestes casos, todos quiseram manter o codinome escolhido pela pesquisadora.

Optamos por realizar e transcrever, nós mesmas, todas as entrevistas para não perder de vista a entonação da voz, as emoções que afloravam durante a mesma, os silêncios, as ênfases, destaques e a postura do entrevistado, ou seja, a parte subjetiva que não aparece nas falas.

Salientamos que as transcrições foram sendo realizadas após cada entrevista e discutidas com a orientadora. Finalizamos esta etapa quando todos os enfermeiros tinham sido entrevistados.

Cabe ressaltar que as entrevistas e as observações participantes foram realizadas concomitantemente, sendo que alguns enfermeiros foram observados antes da entrevista e outros fizeram a entrevista em primeiro lugar.

#### **4.4.2 A observação participante**

A observação é considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, um método em si mesmo, que possibilita a compreensão da realidade. A postura do observador em relação ao grupo estudado lhe permite uma maior ou menor participação nas atividades deste grupo e assim podemos identificar o participante total, o participante como observador, o observador como participante e o observador total. Adotamos, neste estudo, a postura de participante como observador (68).

Conforme preconizado neste tipo de observação, procuramos nos colocar como parte do contexto e, estando face a face com os sujeitos, relatar o que estava sendo observado.

No primeiro dia, ao dar início às observações, a supervisora da equipe nos acompanhou até a enfermaria e justificou nossa presença para os enfermeiros de plantão

naquele dia. A partir daí, explicávamos a necessidade desta etapa da pesquisa para a equipe, deixando claro que a observação aconteceria nos eventos do dia a dia dos enfermeiros e qual seria nossa função (68). Para cada novo enfermeiro que ia ser observado, repetíamos a explicação e solicitávamos permissão para acompanhá-lo em suas atividades.

As observações foram realizadas no primeiro semestre de 2011, sendo feito, no mínimo, um período de observação para cada participante. Os períodos de observação variaram de 20 minutos a três horas, tendo sido feito um total de 38 horas e trinta minutos de observação.

Realizamos as observações nos períodos: manhã, tarde e noite, e todos os enfermeiros foram observados. Utilizamos um diário de campo para auxiliar nos registros posteriores onde eram anotadas nossas impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de falas, comportamentos e atitudes relevantes à pesquisa, conforme recomendado na literatura (68,73).

As observações foram realizadas nos Postos 2 e 4, pois estas unidades apresentam características físicas semelhantes, facilitando nossa circulação. Isso nos possibilitou observar toda a equipe, já que os enfermeiros se revezam nos três Postos, segundo a escala de folgas, e retratar o cotidiano do processo de trabalho do enfermeiro pediatra nesta unidade. As observações foram feitas ora em um, ora em outro posto, na tentativa de observar um maior número de enfermeiros trabalhando.

O trabalho dos enfermeiros foi acompanhado, tanto em suas ações e interações com a criança, quanto com outros funcionários e profissionais, atividades técnicas e administrativas, conforme roteiro de observação previamente elaborado (APÊNDICE 2).

Nesta etapa, os enfermeiros foram escolhidos de forma intencional, respeitando-se a escala de trabalho. Assim, quando realizamos a observação no Posto 2, foram observados os enfermeiros que estavam trabalhando neste setor, naquele plantão. O mesmo acontecendo quando a observação foi feita no Posto 4. Foi feita opção pela alternância dos dois Postos pela característica das crianças internadas no setor, sendo que, no Posto 4, comumente ficavam aquelas com doenças crônicas, internadas por um período mais prolongado e, também, pela rotatividade existente nas escalas de serviço, elaboradas mensalmente.

Imediatamente após cada período de observação, digitávamos a descrição das atividades observadas, além dos registros de suas percepções.

Cabe ressaltar que, durante todo o período em que realizamos as observações, adotamos uma postura participante nos acontecimentos da UIP, fazendo parte do contexto, desenvolvendo atividades que poderiam colaborar com o serviço, porém, buscando não interferir nele em demasia.

Conforme recomendado pela literatura, deixamos claro para o grupo que nossa participação se restringiria ao tempo de desenvolvimento da pesquisa, porém, de forma profunda e intensa, fazendo parte dos acontecimentos julgados importantes pelos participantes da pesquisa (68).

Cabe ressaltar que os sujeitos receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Declaração de Consentimento (APÊNDICE 3), que foram lidos e, posteriormente, assinados. Foram informados ainda, que poderiam recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhes trouxesse qualquer prejuízo e que teriam seu anonimato garantido pela utilização de codinomes (brinquedos ou brincadeiras infantis). Assim, foram respeitados todos os

aspectos éticos, de acordo com as exigências da Resolução 196/96. Não houve nenhuma recusa de participação.

#### **4.4.3 A análise dos dados**

As técnicas adotadas para a coleta dos dados, entrevista e observação participante, possibilitaram a produção de um grande volume de informações que, depois de digitadas, foram paginadas, gerando um total de 68 páginas de anotações referentes às observações participantes e 189 referentes às entrevistas, ambas digitadas em papel A4, fonte 11, letra calibri, com espaço entre linhas 1,5.

Passamos então à exploração do material empírico produzido. Depois de repetidas leituras e reflexões, fizemos uma primeira organização do material empírico em uma planilha, a partir de temas que foram identificados nas falas e observações. Levamos em consideração para esta ordenação, as recomendações da análise de conteúdo (68) e do referencial teórico do processo de trabalho em saúde (46). Porém, optamos por analisar compreensivamente o conjunto dos conteúdos e enunciados, procurando descobrir o que havia além das aparências e daquilo que estava sendo verbalizado (74).

Para aumentar a confiabilidade destas análises, o material codificado foi apresentado e discutido em reuniões do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde - GEPEPES/Unicamp, sendo feitos ajustes de interpretação e diversas reorganizações dos dados, dando origem a novas categorizações a partir destas discussões.

Durante a construção dos resultados, houve a possibilidade de apresentação parcial dos mesmos em alguns eventos de enfermagem pediátrica, o que também possibilitou novas discussões, agregação de conceitos e recomendações aos resultados finais deste trabalho.

Por fim, para melhor compreensão do objeto de estudo, organizamos e apresentamos os dados em diálogo constante com o processo de trabalho em saúde, nosso referencial teórico.



## **5. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

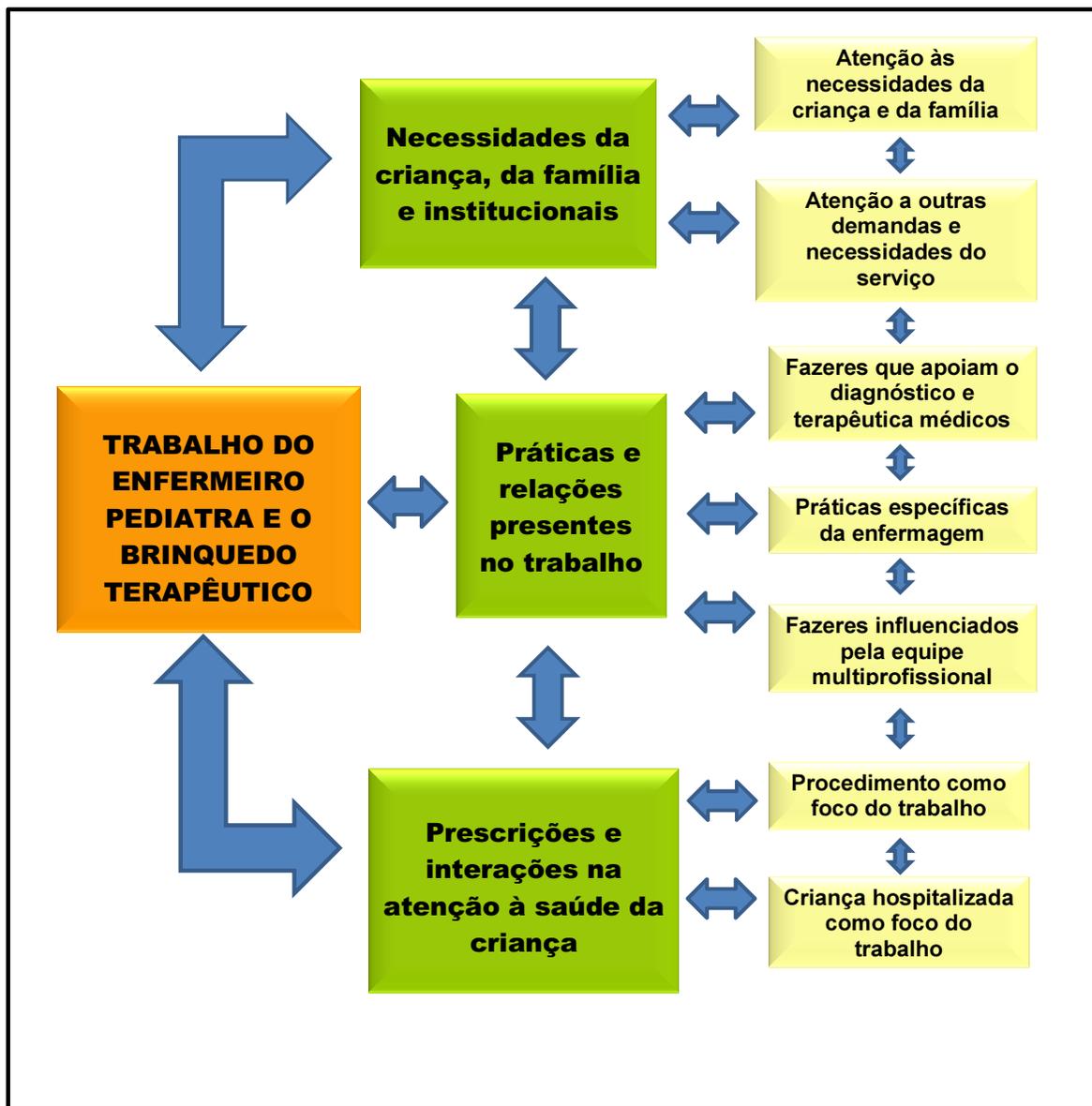
As entrevistas e as observações realizadas permitiram uma compreensão do trabalho do enfermeiro pediatra nesta unidade de internação. Assim, os agentes envolvidos, seus objetos, instrumentos e finalidades puderam ser reconhecidos, possibilitando entender como o brinquedo se insere (ou não) neste processo.

A apresentação dos resultados será feita, inicialmente, pela caracterização do espaço físico e dos agentes do trabalho na enfermaria pediátrica.

Em seguida, partindo do tema central, **trabalho do enfermeiro pediatra e o brinquedo terapêutico**, organizamos os dados empíricos em três categorias principais, a saber: **(1) necessidades da criança, da família e institucionais; (2) práticas e relações presentes no trabalho; (3) prescrições e interações na atenção à saúde da criança.**

Estas categorias são resultantes de agrupamentos de outras subcategorias, denominadas: **(1a) atenção às necessidades da criança e família, (1b) atenção a outras demandas e necessidades do serviço; (2a) fazeres que apoiam o diagnóstico e terapêutica médicos, (2b) práticas específicas da enfermagem, (2c) fazeres influenciados pela equipe multiprofissional; (3a) procedimento como foco do trabalho, (3b) criança hospitalizada como foco do trabalho**, cujas relações são apresentadas no diagrama a seguir:

**Diagrama 1** – O trabalho do enfermeiro pediatra e a utilização do brinquedo terapêutico.  
Campinas, 2012.



## 5.1 O ESPAÇO FÍSICO E OS AGENTES DO TRABALHO NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA

Conforme descrito anteriormente na metodologia, a UIP do HC – Unicamp conta com 58 leitos distribuídos em quatro Postos de Atendimento, sendo um deles a UTIP. A planta física desta unidade contempla um espaço comum entre os Postos destinado ao lazer das crianças e acompanhantes (ANEXO 2).

Neste espaço há mesas e bancos, um balanço, uma casinha de bonecas e armários utilizados para a guarda de brinquedos dos voluntários Hospitalhaços<sup>3</sup>. É um local onde, frequentemente, encontram-se crianças e acompanhantes em interação umas com as outras, com alunos e com os voluntários: Hospitalhaços, Griots<sup>4</sup> e cães terapeutas<sup>5</sup> e seus adestradores.

---

<sup>3</sup> Os Hospitalhaços buscam promover a humanização hospitalar, desenvolvendo atividades lúdicas realizadas pela figura do palhaço e oferecendo oficinas de artes plásticas para pacientes e acompanhantes. <http://www.hospitalhacos.org.br/quemsomos.php>

<sup>4</sup> Os Griots utilizam livros, bonecos, fantoches, brinquedos, papel e lápis de cor para interagir com as crianças internadas. As histórias contadas sempre têm um caráter educativo, seja motivando a criatividade e reforçando valores como o respeito e o companheirismo, seja incentivando práticas de bons comportamentos e higiene. [http://www.griots.org.br/nossa\\_historia.asp](http://www.griots.org.br/nossa_historia.asp)

<sup>5</sup> Os cães terapeutas visitam as crianças uma vez por semana, aos sábados, por uma hora e trinta minutos. O contato dos cães com as crianças proporciona uma diminuição do estresse, liberação de endorfinas e fortalecimento do sistema imunológico, além de mudanças positivas de comportamento. <http://ongateac.blogspot.com.br/>



**Foto 1** - Pátio externo da UIP



**Foto 2** - Armário para guarda de brinquedos - Hospitalhaços

Em relação aos quartos e postos de enfermagem, observamos que a maior parte dos mobiliários são os mesmos desde a implantação do hospital, nem sempre estando em boas condições de uso. Assim, é comum encontrarmos berços com as grades quebradas,

armários com as portas emperradas, não sendo possível fechá-los, luminárias que não funcionam, piso danificado, suportes de soro descascados, além do mobiliário do posto de enfermagem estar estragado, com as portas emperradas ou faltando, com a fórmica que recobre o mobiliário lascada e infiltração nas paredes e teto.

Os acompanhantes realizam as refeições no refeitório do hospital, mesmo local onde os funcionários o fazem, e tomam banho no banheiro do quarto onde a criança está internada, não havendo um local específico para sua higiene pessoal. Quanto à infraestrutura para descansarem, há poltronas instaladas ao lado do berço/cama da criança, porém, observamos que algumas estão quebradas, com o revestimento estragado/rasgado e, alguns dos berços/camas estão desprovidos desta poltrona, sendo utilizadas cadeiras comuns para o acompanhante descansar e pernoitar, inclusive.

Esta situação precária do ambiente vai na contramão de uma garantia de qualidade do atendimento humanizado, como preconiza o Humaniza SUS (16). Neste contexto, salientamos a necessidade premente de reforma da infraestrutura e manutenção de mobiliários para que criança, acompanhantes e trabalhadores possam se sentir acolhidos, confortáveis e seguros.

Quanto à sala de recreação, fica próxima ao Posto 3 e é organizada por uma TO e uma Pedagoga. É composta por duas pequenas salas (sala e antessala), onde se encontram crianças, mães, acompanhantes, profissionais, televisores, computadores, vídeo games, brinquedos de plástico, madeira, pelúcia e livros, além dos móveis.

A sala de recreação possui janelas em uma das paredes, um armário embutido e outros dois móveis, duas estantes de aço para a guarda dos brinquedos e livros, uma mesa pequena e três computadores. Na antessala não há janelas, apenas uma porta de acesso e outra de comunicação com a sala de brinquedos. Neste espaço há um armário, uma televisão, um vídeo game, um computador e alguns bancos.



**Foto 3** - Sala de recreação



**Foto 4** - Antessala – sala de recreação

A TO trabalha no horário das sete às treze horas, enquanto a Pedagoga, no horário das oito e trinta às dezessete e trinta. A sala permanece aberta, portanto, das sete às dezessete horas e trinta minutos. Fora deste período, incluindo finais de semana e feriados, não há quem se responsabilize pela guarda e conservação dos brinquedos e, tanto crianças quanto profissionais, ficam sem acesso a eles.

Dentre as atribuições da TO estão: a promoção de um ambiente alegre e acolhedor, a estimulação de crianças e mães acompanhantes com atividades manuais (bordado, pintura, confecção de tapetes e bijouterias) e brincadeiras que ajudem a esclarecer sobre a internação e condutas médicas, promoção de jogos cooperativos, incentivo à deambulação e postura corretas, organização de bazares e rifas para arrecadação de recursos para o setor e organização de festas comemorativas<sup>6</sup>.

Com relação à pedagoga, observamos que é uma pessoa muito querida entre as crianças e mães hospitalizadas. Ela descreve suas funções como sendo as mais diversas: arrecadar recursos para compra de materiais e brinquedos, organização de bazares,

---

<sup>6</sup> Informações fornecidas por escrito pela Terapeuta Ocupacional.

conseguir doações de brinquedos para a sala de recreação e roupas, utensílios e materiais de higiene pessoal para suprir a necessidade de algumas mães, ouvir e oferecer conforto para crianças e mães, estimular a criança com jogos educativos, estimular a socialização da criança, desenvolver atividades de desenho, pintura e brincadeiras e promover festas comemorativas. Quanto à função específica de manter as atividades escolares durante a internação da criança, ela refere não conseguir realizar com a maioria das crianças, pois a demanda é muito grande e, em razão da hospitalização, as crianças perdem o interesse por estas atividades, como podemos verificar no trecho abaixo<sup>7</sup>:

*Atribuição é uma, atividades são muitas [risos]. Como que funciona. Eu vim pra cá como pedagoga pra suprir as necessidades das crianças que estão internadas e estão fora da sala de aulas, mas aí você vai falar, você consegue fazer isso? Não, não consigo. É inviável, porque eu sou uma só, são 58 leitos [...] a gente acaba fazendo muito além, só, da pedagogia [...] Quando a internação é curta, uma semana, duas semanas, eu pego o telefone da escola com a mãe... geralmente a professora já sabe, já é de conhecimento... não sou eu quem vai dar a primeira mensagem... mas, que essa professora manda o trabalhinho pra fazer aqui [...]*

Já o enfermeiro faz parte dos profissionais que compõem a assistência hospitalar à criança, junto com a equipe de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistente social, TO, pedagoga, pessoal da limpeza, lavanderia, farmácia, laboratório, manutenção, recepção e administração do hospital. Todos, cada um com suas atividades e trabalhos, tem sua parcela de contribuição para que as necessidades da criança e acompanhante sejam satisfeitas.

A equipe de enfermagem da UIP passou por uma reestruturação alguns meses

---

<sup>7</sup> Informações fornecidas pela pedagoga em entrevista gravada.

antes de iniciarmos a coleta dos dados. Estas modificações incluíram tanto os enfermeiros assistenciais quanto os gerentes. Assumiram o cargo, como diretora, a enfermeira que atuava no serviço de Educação Continuada e, como supervisoras da UIP, no período diurno, uma enfermeira assistencial desta mesma unidade e, no período noturno, uma enfermeira assistencial da UTIP. Apenas a supervisora da UTIP permaneceu a mesma. Quanto aos enfermeiros assistenciais, vários haviam sido admitidos a menos de um ano nesta instituição.

Entrevistamos e observamos 17 enfermeiros em sua rotina diária de trabalho, nos Postos 2 e 4. Destes, 15 eram do sexo feminino, e dois do sexo masculino, com idade entre 24 e 52 anos, e tempo de formação entre um ano e meio a 30 anos. O tempo de trabalho em enfermagem pediátrica variou de quatro meses a 33 anos e, nesta unidade de internação, entre três meses a 23 anos. Cabe salientar que alguns dos enfermeiros entrevistados relataram sua atuação em enfermagem pediátrica incluindo o tempo que trabalharam como atendentes e auxiliares de enfermagem, antes de sua graduação, motivo pelo qual o tempo de formação mostra-se inferior ao tempo trabalhado.

A prevalência do gênero feminino, evidenciada neste estudo, está em conformidade com a literatura quanto aos dados da profissão de enfermagem, que se mantém predominantemente feminina (75).

Em relação à formação profissional, sete enfermeiros se graduaram na Unicamp, universidade que abriga o hospital, e 10 em faculdades particulares do estado de São Paulo e Minas Gerais. Três enfermeiras eram mestres, seis possuíam especialização em outras áreas, uma havia feito residência multidisciplinar, com foco no SUS, em Campinas, sendo que apenas uma, que tinha especialização em oncologia, referiu que esta especialização teve ênfase em oncopediatria.

Quanto ao aprendizado do BT durante o período de graduação, seis enfermeiras referiram ter tido este conteúdo, sendo que duas delas, formadas há sete e oito anos, apenas a teoria, sem vivenciar a aplicação da técnica. Os outros quatro enfermeiros que referiram conhecimento teórico e prático do BT estavam formados há dois e três anos. Todos estes enfermeiros se graduaram na Unicamp.

Os outros 11 enfermeiros, que referiram não ter tido este conteúdo durante a graduação, foram formados em diferentes instituições de ensino. A maioria estava formada há mais de 13 anos, quando esta prática não era ainda reconhecida e recomendada pelo COREN e pelo COFEN. Porém, dois deles estavam formados há três e cinco anos, quando o ensino do BT já deveria fazer parte da formação do enfermeiro.

O ensino do BT nos cursos de graduação é recomendado e referendado pelo COREN-SP e pelo COFEN desde 2004 (45), porém, ainda encontramos enfermeiros, formados recentemente, que não tiveram este conteúdo incluso em sua formação. Assim, entendemos que apenas a normatização pelos órgãos reguladores da profissão não é suficiente para garantir mudanças na formação e na prática.

A seguir são apresentadas as categorias e subcategorias que nos permitiram compreender a utilização do brinquedo terapêutico no trabalho do enfermeiro pediatra.

## **5.2 NECESSIDADES DA CRIANÇA, DA FAMÍLIA E INSTITUCIONAIS**

Na categoria **necessidades da criança, da família e institucionais**, o objeto do processo de trabalho do enfermeiro, que é recortado da realidade, evidenciou-se como sendo ora as necessidades da criança e família, ora outras demandas e necessidades dentro do processo de trabalho. Isso levou-nos a entender esta categoria dividida em duas vertentes, que deu origem às subcategorias: **atenção às**

**necessidades da criança e da família e atenção a outras demandas e necessidades do serviço.**

Quanto à subcategoria: **atenção às necessidades da criança e da família**, observamos que o enfermeiro presta cuidados diretos à criança e seu familiar acompanhante, quer seja por considerá-los essenciais à sua atuação, para suprir a indisponibilidade de outro profissional ou mesmo ocupando outras funções, para agilizar o serviço. Porém, notamos que as necessidades atendidas estão, geralmente, relacionadas à internação da criança e sua doença, conforme evidenciado nos trechos abaixo:

*Faço coleta de exame. Não só de acesso difícil, por exemplo, o funcionário está atarefado com alguma outra coisa... eu vou lá e colho. (Amarelinha)*

*Agora, eu e a Ciranda, a gente tá passando PICC (Cateter Central de Inserção Periférica) junto... então, nesse intervalo até às 16h tem os PICCs, né? Às vezes tenho que sair, mesmo que a criança não seja do meu Posto, desde que eu tenha condições de sair. Porque, de repente, tem uma situação crítica que também... requer que eu fique ali, tá? (Ioiô)*

As necessidades inerentes ao desenvolvimento humano não foram evidenciadas, porém, em algumas situações percebemos empatia e solidariedade humana nas ações do enfermeiro, conforme aparece nesta observação:

*Bambolê se aproxima do berço da criança, L. (7m, menino) que está acompanhado pela mãe, de 17a. A criança está muito agitada, chorando e a mãe parece não saber o que fazer. Bambolê observa que a criança, que está em tenda de O2, está toda molhada e fria. Ela pede roupas para a mãe, troca a fralda e roupas e o enrola num cobertor. Pega a criança no colo, bem aconchegada, segurando a fonte de O2 próxima ao nariz. A mãe, que está debruçada na grade do berço, observa sem falar nada. O bebê está gemente,*

*Bambolê fica com a criança no colo até que ele durma. (Obs. 22)*

Embora o objeto de trabalho da enfermagem se caracterize pelo cuidado dos seres humanos e, para isso, seja necessário instruir-se de diversas disciplinas das ciências humanas e sociais, além das do campo biológico, tanto a prática profissional, quanto a produção de conhecimentos e a formação do enfermeiro têm sido fortemente influenciadas pela ciência positivista e pela biomedicina (51). Isso ficou claro nas atitudes e comportamentos dos profissionais que fizeram parte deste estudo e pode justificar a dificuldade que eles têm em se contrapor ao modelo hegemônico predominante e criar novas alternativas que se diferenciem dele.

Em várias situações os enfermeiros relataram e, foi também observado, que percebiam manifestações de tensão da criança, como irritabilidade, lamentos ou choro e, por falta de tempo ou despreparo para lidar com esta situação com estratégias humanizadoras, focavam seu cuidado na recuperação da saúde biológica.

*Ciranda vai avaliar o períneo de uma criança (2a7m) que tem síndrome nefrótica e está muito edemaciada (426A). Higieniza as mãos com álcool gel, coloca luvas de procedimento e se aproxima da criança. É carinhosa ao falar com ela, porém a mesma mostra-se assustada. Ela está sentada na poltrona e Ciranda pede à mãe que a coloque na cama para poder avaliar. Retira sua fralda sem interagir com a criança. O períneo está bastante edemaciado e Ciranda orienta a mãe a fazer a higiene com algodão molhado ao invés de gaze e continuar passando pomada para controlar a assadura que se formou no períneo e região perianal. Após terminar o procedimento, vai buscar a pomada e entrega à mãe, juntamente com um saquinho contendo várias bolas de algodão. (Obs. 2)*

Esta forma de comunicação, já descrita em outro estudo na percepção da criança, mostra o quanto os profissionais se apropriam do corpo dela, manuseando-o, realizando procedimentos que podem lhe causar dor ou desconforto, sem nem ao menos, lhe dirigir a palavra. O referido estudo define o sentimento da criança como “tendo seu corpo invadido” (76).

Observamos que, nestas situações, poderiam ter sido utilizadas ações que favorecem o cuidado humanizado como, por exemplo, o brincar e o BT. No entanto, estas ações não foram valorizadas e, muitas vezes, nem pensadas, conforme também relatado em outros trabalhos sobre esta temática (18,28,77-78).

Ficou evidente que a rotina hospitalar, instituída nos diversos processos de trabalho da instituição, bem como do enfermeiro, contribui para as dificuldades encontradas pelas crianças em vivenciar os dias de internação, bem como para seu familiar acompanhante, como podemos ver no trecho a seguir:

*À noite a gente se organiza para que a pessoa que esteja com menos tarefas... descer até a farmácia pra estar buscando essas medicações [...]. Se tiver exames para coletar, a gente aproveita e já coleta e, a pessoa que vai buscar as medicações, já leva esses exames. As prescrições não saem numa rapidez... Tem prescrições que saem pelas 23 horas... 24 horas... e a gente fica solicitando da equipe médica [...]. Porque, quando sai a prescrição... é dificuldade para entrar em contato com o lactário, dificuldade pra se conseguir alimentação pra mãe, pra essa criança. Novas internações, principalmente no turno da noite, geram um estresse. Solicitação de medicações... tem que descer na farmácia. Dieta, não se consegue mais dieta, às vezes se consegue, no máximo, um leite ou um chá. Dieta pra criança, também. (Queimada)*

A doença e a hospitalização trazem um enorme impacto na vida do ser humano, especialmente das crianças, que pode ser amenizado pelo cuidado qualificado, prestado por seus entes queridos e profissionais. Ao mesmo tempo, a negligência do cuidado, ou seja, o descaso, o abandono e o desamparo, podem agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o impacto da doença e da hospitalização. Corroboramos com a ideia de que o modelo biomédico, ao valorizar o diagnóstico clínico e a cura da doença, tem afastado a equipe de saúde do sujeito humano na sua integralidade (79).

Observamos que a utilização de recursos que possibilitam uma assistência atraumática, como é o caso do brincar e do BT, não têm sido valorizados nem praticados pelos enfermeiros desta instituição. Acreditamos que estes recursos somente começarão a fazer parte da rotina assistencial se houver mudanças no processo de trabalho destes profissionais, de modo que o foco da assistência seja a criança e sua família.

Devemos salientar que algumas ações visando a humanização do atendimento têm sido feitas, porém, por voluntários. Notamos empolgação de alguns enfermeiros ao falarem sobre os cães terapeutas que, embora só estejam presentes na enfermaria aos sábados à tarde, promovem uma melhora nas condições da criança, como relatado por uma das enfermeiras durante uma das observações realizadas:

*[...] uma criança com resistência à punção venosa que deixou puncionar a veia na presença do cão; outra não queria comer e, para poder brincar com o cão, tomou todo o leite; descreve o carinho com que eles brincam e o quanto ficam ansiosos para chegar o sábado, pois sabem que os cães virão. (Obs. 5)*

A subcategoria: **atenção a outras demandas e necessidades do serviço**, demonstra que o enfermeiro realiza outras atividades ligadas, direta ou indiretamente, ao cuidado. Os profissionais relataram e, foi também observado, que o enfermeiro dispende tempo significativo em atividades que poderiam ser delegadas, havendo uma inversão de papéis entre técnicos de enfermagem e enfermeiros.

*Porque, às vezes, enquanto elas (técnicas de enfermagem) estão tirando (se organizando para administrar) a medicação, tem bomba que apita. Ela tá lá sentada fazendo... é uma coisa que precisa de atenção, então você vai lá... você tá ali no Posto mesmo, você acaba entrando num quarto... uma mãe que chama, solicita um... às vezes até uma criança que fez cocô, tá lá toda melecada, não tem acompanhante, a gente acaba saindo do nosso papel que seria... a hora de prescrever... de evoluir... né, a gente acaba fazendo isso. (Pula-pula)*

*[...] daí você sendo solicitado pelos técnicos de enfermagem. É medicação que falta, internações novas... da tarde que falta... dieta... que tem que ser pedido... e procedimentos que a equipe médica vai solicitando. Exames pra serem colhidos, horários dos exames... então esse é um dia comum.” (Queimada)*

Estudos desenvolvidos (13-14) em outras unidades de atendimento à criança hospitalizada revelaram dados semelhantes, como: a SAE não ser realizada de forma integral, falta de domínio do processo de trabalho pelos trabalhadores de enfermagem e a não identificação pelo enfermeiro do objeto do trabalho e dos instrumentos utilizados para transformar esse objeto.

Assim, corroborando com esses achados, percebemos, neste estudo, o trabalho dos enfermeiros como uma prática não planejada, que supre demandas momentâneas, tem foco nos procedimentos e é, predominantemente, dependente do trabalho médico (13-14).

Em diversas situações como coleta de exames, verificação da temperatura da geladeira que guarda medicamentos e dietas, receber, conferir e assinar dietas das crianças, atender ao telefone, entre outras, observamos a possibilidade destas atividades serem delegadas, porém, sem que isto ocorresse.

*Eu vejo muitos e muitos enfermeiros apagando incêndio e, nessa de apagar incêndio, apagar incêndio, apagar incêndio, a gente perde um tempo danado, né? É o oficial que não leva a prescrição no momento que tem que levar, o enfermeiro sai daqui e vai lá levar...; é o técnico que se recusa a levar o exame, o enfermeiro sai e vai levar o exame...; então, essas coisas acontecem aqui e não acontecem esporadicamente, acontecem sempre. (Ciranda)*

*Às 17h12 Casinha inicia o preenchimento dos papéis relacionados à admissão de J.. Consegue finalizar às 17h30, após várias interrupções: atende telefone (3 vezes), mãe solicita fraldas (2 vezes), mãe solicita esparadrapo (1 vez), residente pede informação sobre um colega (1 vez). (Obs 23)*

Além disso, há atividades que são privativas do enfermeiro, não sendo possível delegar, como por exemplo, a SAE, as orientações para os técnicos de enfermagem e/ou para crianças e mães, os cuidados aos pacientes graves e também com cateteres centrais e sondas, além de técnicas específicas e vigilância em saúde. Para realizá-las ele necessita dedicar um tempo que, muitas vezes, refere não ter.

*[...] então tem uma parte do meu período que estou aqui também, que eu me dedico a olhar as condições de curativo, se tem algum sinal flogístico, que curativo está sendo utilizado, se tem equipo vencido, se não está vencido, se a criança está tendo febre ou não está, como se fosse uma vigilância desses cateteres, porque são dados que a gente não tem. (Ciranda)*

Assim, os dados mostraram o trabalho dividido no cumprimento de tarefas, realizadas pelo enfermeiro e técnicos de enfermagem, e centrado na doença. Os enfermeiros, bem como os demais profissionais, não compartilham a realização de outras práticas que podem favorecer o atendimento às necessidades essenciais da criança.

*[...] infelizmente um dificultador, é que, por mais que se estude, fale na assistência centrada na criança e sua família, infelizmente... é uma vergonha, mas a assistência é baseada na doença, né, é centrada na doença mesmo. Então, é bem o fisiológico... isso é um dificultador... e a hegemonia médica prega muito isso. É difícil você vencer essa hegemonia política, você conseguir fazer um pouco diferente. É difícil, mas é possível! (Esconde-esconde)*

A organização, funcionamento e dinâmica do trabalho nesta enfermaria são responsabilidades do enfermeiro, porém, giram em torno das necessidades da equipe de trabalho e do aprendizado médico, como fica evidente no trecho abaixo:

*Eu acho que o motivo é mais médico do que relacionado à enfermagem, é muito mais médico [...]. É, ele é o dono do leito! E aí o que que acaba acontecendo? Como eles dividem entre internos e residentes, normalmente os pacientes mais graves ou mais crônicos, eles ficam com os residentes e, os pacientes agudos e menos graves ficam com os internos, supervisionados por um residente. Então, eu não posso, por*

*exemplo, colocar uma criança é..., vamos dizer assim... séptica, que pode evoluir para um choque séptico, para um leito de interno, porque o interno, ele tem outras atividades, além de estar aqui ele tem aula, blábláblá, e o residente está o tempo todo aqui entendeu? [...] Então, se eu interno uma criança que precisa estar no leito de residente e tem uma outra... lá, eu tenho que mudar. (Ciranda)*

Além disso, o enfermeiro refere estar sobrecarregado e deixa de realizar atividades que são exclusivamente de sua competência, como por exemplo, a SAE, para ir atrás de materiais que estão em falta ou fora do lugar.

Observamos, e foi também relatado, que o enfermeiro resolve problemas inesperados da enfermaria, que nem sempre fazem parte de suas atribuições, dando condições para que o processo de trabalho de outros profissionais se realizem.

*Chega um menino (L., 6a) do Centro Cirúrgico (CC), de maca, acordado, acompanhado pela mãe e por um funcionário da escolta. O funcionário quer saber quem irá receber a criança, que, segundo ele, irá para o leito 400B [...]. Cabra-cega diz que não conhece esta criança, que ela não estava na enfermaria e quem deveria vir para o 400B era P., outro menino que também estava no CC [...]. Liga no CC e consulta no computador. É necessário trocar as camas entre o 400B e o 402B para poder receber a criança, que acaba ficando no 400B por, aproximadamente meia hora, quando recebe alta. Ajudo Cabra-cega a trocar as camas. A criança é acomodada no berço [...]. Quebra-cabeça entra na enfermaria e Cabra-cega queixa-se para ela do descaso da equipe da cirurgia, que não é a primeira vez que isso ocorre. Quebra-cabeça apenas ouve. (Obs. 20)*

*[...] manutenção a gente que tem que ir atrás (risos)... arrastar cama, procurar cadeira, maca pra exame. (Passa anel)*

*[...] então a gente tem que cuidar da equipe técnica, dos residentes, dos docentes, da solicitação da UTI, do pronto-socorro... e, muitas vezes, a gente deixa a evolução... que é um trabalho do enfermeiro... importante... a gente... Ah! Dá pra deixar... vamos deixando... isso... eu não concordo muito com isso [...] a gente acaba entrando no esquema. (Queimada)*

Apesar do quadro de pessoal estar estimado adequadamente para a atenção às necessidades da criança e sua família, as faltas inesperadas da equipe, por problemas médicos ou mesmo sem justificativa, desestruturam a organização do processo de trabalho assistencial e, muitas vezes, este é o motivo apontado pelos enfermeiros para não realizarem a SAE.

*A escala, tenho que ver todo dia, porque todo dia falta, é uma coisa impressionante, porque todo dia tem uma falta! [...] eles trazem atestado, só que a gente não fica vendo o CID (Classificação Internacional de Doenças), questionando nada. A gente encaminha para o Recursos Humanos [...]. (Quebra-cabeça)*

*[...] em alguns dias, o processo de enfermagem e a evolução não são realizados, porque está sobrecarregada a equipe. Então a gente dá o cuidado ao paciente e a tarefa do enfermeiro acaba deixando... em segundo plano. Às vezes tem mais de uma falta... tem três faltas na enfermaria, então ficam seis pacientes para cada técnico e sobrecarrega mesmo... a gente vai auxiliando... Evolução... a gente poderia fazer com calma, fazer um histórico do paciente..., uma coisa mais completa, a gente acaba deixando em segundo plano e... fazendo... o básico. (Queimada).*

Podemos perceber ainda, na fala de Queimada, que o cuidado à criança não é considerado atividade do seu trabalho, ao dizer que deixa sua tarefa em segundo plano para prestar cuidado à criança.

Verificamos, também, que o enfermeiro realiza de forma ineficaz seu papel de educador atribuindo isso à falta de tempo. Com isso, perde espaço para o técnico de enfermagem que, muitas vezes, assume seu papel, como exemplificado a seguir:

*Porque a gente não tem tempo de sentar e conversar com essa mãe. Orienta... em coisas pontuais, entendeu? Ah! isso precisa ser feito, isso não precisa ser feito. Eu acho que o técnico faz muito mais do que a gente, o técnico faz muito mais, muito mais... e tem pais, inclusive, que confiam muito mais nos técnicos do que nos enfermeiros. Que pedem uma informação para você e vão checar lá com o técnico se é isso mesmo. (Ciranda)*

Além disso, o fato de relatarem falta de tempo para atividades como a SAE, o BT ou outras ações de humanização da assistência demonstra o quanto este profissional prioriza atividades técnicas e administrativas em detrimento destas outras.

*Eu acho que falta tempo, mas falta um pouco de direcionamento do que é meu, do que é dos outros, porque hoje eu faço muita coisa que eu acredito que não seja uma função minha, que poderia ser de outras pessoas, mas que também estão sobrecarregadas e que também não conseguem fazer e, às vezes, também, se acomodaram que não são eles que fazem e acabam atribuindo isso a mim. [...] Porque qualquer um pode atender um telefone, qualquer um pode ir atrás de uma maca, qualquer um pode ir atrás de uma cadeira de rodas, pode buscar uma água na nutrição, pode ligar pra esses profissionais... Agora, não é qualquer um que pode fazer Sistematização de Enfermagem, nem o BT. (Passa anel)*

Esta falta de tempo, apontada pelos enfermeiros, poderia ser amenizada se houvesse um planejamento sistematizado das atribuições de cada um no processo de

trabalho, proporcionando a eles realizar um pouco mais daquilo que acreditam ser sua função, como a SAE e o BT.

Assim, esta visão reducionista do cuidar demonstra que o modelo assistencial biomédico ainda é predominante na atenção hospitalar.

### **5.3 PRÁTICAS E RELAÇÕES PRESENTES NO TRABALHO**

O trabalho do enfermeiro na unidade hospitalar estudada mostrou-se fragmentado, realizado de forma parcelar, dividido em tarefas tanto verticalmente, entre o enfermeiro e os técnicos de enfermagem, como horizontalmente, entre o enfermeiro e os demais profissionais. Este tipo de organização do trabalho tem sido observado em outros estudos sobre assistência à criança hospitalizada (49,61,80).

Nesta categoria analisamos os fazeres diferenciados do enfermeiro e dos agentes envolvidos no processo de trabalho. Ficou evidente que os fazeres se originam de dois campos distintos: voltados para o diagnóstico e terapêutica médicos, e voltados para o cuidado de enfermagem. Dessa forma, agrupamos os dados desta categoria em três subcategorias: **fazeres que apoiam o diagnóstico e terapêutica médicos; práticas específicas da enfermagem e fazeres influenciados pela equipe multiprofissional.**

Na subcategoria **fazeres que apoiam o diagnóstico e terapêutica médicos** observamos que, embora a dimensão biológica do cuidar também seja importante para a recuperação da saúde da criança, muitas vezes o enfermeiro valoriza mais o trabalho médico, suprimindo, em primeiro lugar, as necessidades pautadas pela medicina, do que as necessidades da criança e de sua família enquanto indivíduos, que, neste caso, não são evidenciadas como objeto do trabalho do enfermeiro.

*A equipe médica solicita bastante... eles querem um exame... a gente colhe o exame... depois surge um novo exame... precisa furar novamente a criança [...]. (Queimada)*

*Pula-pula [...] orienta a técnica de enfermagem sobre os exames que tem para coletar. Me diz: 'Não sei o que eles fazem com tantas fezes [...]. Olha aqui! (se referindo aos pedidos de exames). [...] cada hora eles querem que encaminhe para um laboratório (de Rotina, da Gastro) enfim, cada hora é uma coisa, depende do docente que está de plantão. [...] eles não tem critério. Ontem mesmo..., sabe aquele menino do transplante (428B), ele é grande, tudo bem, mas ontem colheram sangue dele três vezes! Ele levou três picadas, porque cada hora eles querem uma coisa. Na terceira, eu falei com o residente responsável por ele: 'Eu não vou colher! Até você ir lá e explicar pra ele porque tem que coletar sangue de novo'. Não é porque ele é grande que pode ficar furando... Dói, né? (Obs. 12)*

*Se a gente pegar o indicador do hospital, a taxa de transferência é altíssima. O que quer dizer isso, que a gente muda a criança de leito o tempo todo e aí o profissional empurra berço, empurra cama, as coisas quebram [...] o motivo é mais médico do que relacionado à enfermagem, é muito mais médico... ele é o dono do leito! [...] Então acontecem essas coisas que dificultam, não adianta a gente falar que não dificulta, porque dificulta e dificulta muito [...]. (Ciranda).*

O fato dos médicos residentes demorarem muito para liberar as prescrições do dia e solicitarem transferência de leito para crianças frequentemente, para adequar a uma necessidade e dinâmica do seu trabalho, é apontado como fator que interfere significativamente no desenvolvimento das atividades da equipe de enfermagem. Além

disso, ficou evidente que o trabalho da enfermagem é essencial para organizar o trabalho médico, mesmo que isto desvie o foco do seu objeto de trabalho.

*[...] porque as visitas passam tarde, as prescrições saem tarde... É no fim do plantão que vem mais internação, então tem alta, tem internação... então, fica meio que... tem dias que é quase meio dia e meia... e teve umas (prescrições) que chegaram agora pouco, ao meio dia e quarenta, meio dia e quarenta e cinco. (Casinha)*

A rotina institucionalizada para desenvolver o trabalho médico se sobrepõe ao processo de trabalho da enfermagem, que o idealiza baseado em sua formação acadêmica, porém, não consegue modificá-lo, como podemos perceber pela fala de Passa anel, que não vê possibilidade de inserir o BT em sua rotina diária:

*Eu acho que a gente está num lugar e num momento muito difícil, né, pra gente trabalhar, né... eu acho que falta tempo e falta conhecimento das pessoas mesmo, da importância disso. Porque eu sou solicitada o tempo todo, por todos os profissionais, foi o que eu falei... eu acabo... é a manutenção, é a nutrição, é aluno, é médico, é todo mundo... solicitando, acaba centrando um pouco, né... o girar da enfermagem... na gente. Então, eu acho que assim, ... eu não me vejo hoje conseguindo fazer uma seção de... trinta minutos (de BT) com uma criança sem ser interrompida... além do tempo que a gente... eu estava falando da Sistematização de Enfermagem... vários dias que eu não consigo cumprir tudo o que eu tenho que cumprir... Então, adicionar... mais alguma coisa é um pouco mais... um pouco difícil. (Passa anel)*

A percepção equivocada do enfermeiro de que o BT lhe consumiria um tempo que ele não dispense para o atendimento à criança também foi relatada em outro estudo, no qual uma acadêmica de enfermagem relata que, embora considere importante esta prática

para a criança, acredita que, ao se formar, não terá tempo para executá-la em seu dia a dia (81). Assim, percebe-se que o BT não tem sido valorizado com facilitador nas relações com a criança e, portanto, não é utilizado como instrumento do cuidar no momento de prepará-las para procedimentos.

Além disso, a característica coletiva do trabalho em saúde prevê que o trabalho de um influencie o trabalho do outro (46,82), porém, nesta UIP os dados revelaram que o trabalho do enfermeiro confunde-se com os de outros profissionais. Este fato aponta para a necessidade de reflexão por parte dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, a fim de uma compreensão maior sobre como se dá este processo, sobre as práticas indispensáveis ao enfermeiro, além de um melhor planejamento do tempo para sua execução.

A divisão social do trabalho entre enfermeiros e técnicos de enfermagem mostra uma posição socialmente superior do primeiro em relação aos seus subordinados (51), pois, cabe ao enfermeiro a coordenação do trabalho, a prescrição e a distribuição de tarefas para os técnicos de enfermagem, a comunicação direta com os médicos, informando-os sobre alterações com as crianças e recebendo orientações sobre condutas, o que, como veremos a seguir, não ocorre satisfatoriamente neste serviço, conturbando o trabalho do enfermeiro.

Esta posição de dominação não se mantém quando se observa a relação entre equipe médica e enfermagem. Nesta relação, a autoridade do enfermeiro se subjugava ao poder médico. Assim, apesar de deter o poder social sobre os técnicos de enfermagem, encontra-se subordinada socialmente ao trabalho médico (49,51,83).

Na subcategoria **práticas específicas da enfermagem**, percebemos que os saberes do enfermeiro, tão importantes no desenvolvimento de suas ações são, muitas

vezes, desvalorizados por eles próprios, que deixam de realizar etapas importantes da SAE em detrimento de outras atividades.

*Aí, depois disso, a gente tenta evoluir, né... porque nesse período você tem... tem que correr atrás da tenda que não tá aqui, né... às vezes, nem sempre tem... umidificador, nem sempre tem... Você tem que correr atrás da mamadeira porque não veio [...] a criança não comeu, quer mamadeira... aí, sabe, você fica correndo atrás de... de bobeira. Aí depois, já dá seis horas, você começa tentar fechar o plantão... nem sempre você consegue evoluir e prescrever... nem sempre. (Pula-pula)*

Os dados evidenciaram predominância de atividades técnicas no dia a dia do enfermeiro. Neste contexto, as atividades privativas de sua profissão acabam sendo deixadas de lado, gerando descontentamento, frustração e sobrecarga de trabalho.

A literatura aponta que o trabalho do enfermeiro deve estar voltado para atividades de cuidado no âmbito do planejamento e da realização de técnicas, de orientação e de gerenciamento das rotinas diárias em seu dia a dia (51).

Porém, os gestores de enfermagem também se mostraram impotentes e frustrados por esbarrar nas normas institucionais e no poder médico. Assim, o que deveria acontecer de forma compartilhada e coletiva mostra-se dependente, subordinado e evidencia o poder médico em relação ao trabalho da enfermagem, conforme o trecho:

*[...] o superintendente mandou um e-mail falando que estava suspensa qualquer atividade cultural... no hospital [...] inclusive, naquela semana a portaria não deixou os cães entrarem [...] Eu tive que acionar o plantão administrativo, no sábado [...]. Mas deu o que fazer pra entrar. Agora, o porquê que o superintendente suspendeu eu não sei. Inclusive o pastor, outro dia ele veio perguntar aqui... tinha uma pessoa que queria vir cantar aqui,*

*tocar violão [...] se poderia vir. Eu falei assim: 'Oh, pela gente não tem problema, só que tem que vir uma autorização do superintendente, porque quem está impedindo é o superintendente, não é a gente'. (Quebra-cabeça)*

Na subcategoria **fazeres influenciados pela equipe multiprofissional** ficou evidente que, além dos próprios enfermeiros e técnicos de enfermagem, outros profissionais como médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, pedagoga, terapeuta ocupacional, pessoal da limpeza, lavanderia, lactário, central de materiais, radiologia, entre outros, que estão direta ou indiretamente envolvidos na atenção à criança, influenciam, de forma positiva ou não, no trabalho do enfermeiro.

*[...] telefone... ultrassom chamando... raio X chamando, acompanhante pedindo copo, fralda, sabonete... residentes que vão prescrevendo durante a tarde... e vão te comunicando... conferir a lista da dieta... por exemplo, eu estou no telefone, tem que parar pra conferir se está tudo ali, os acompanhantes... as dietas [...]. (Cabra-cega)*

Nesta perspectiva, ações de humanização do cuidado como a atenção, o toque, a escuta das crianças e acompanhantes, o respeito às necessidades de sono e repouso, o brincar e o BT, entre outras, ficam de lado e não são consideradas essenciais, nem tampouco, realizadas pela equipe, como fica evidente nesta situação:

*[...] três funcionárias da Limpadora Centro vem falar com Desenho. Precisam fazer limpeza terminal no quarto 428 e há uma criança dormindo. Desenho vai até o quarto, acorda a menina, K. (8a) e a mãe, que dormem, explica sobre a necessidade da limpeza terminal e que elas terão que desocupar o quarto por um tempinho até que esteja pronto. Combina com elas que tomarão o desjejum e depois irão para o pátio da enfermaria. Pede à mãe que, ao sair, coloque seus pertences dentro do armário. Solicita às funcionárias da limpadora que aguardem uns 15 min até elas se arrumarem. (Obs. 9)*

Um estudo norte americano, no qual foi realizada uma investigação sobre as condições de sono e repouso em crianças e pais, em casa e durante o período de hospitalização, verificou que o sono, durante a permanência no hospital, é significativamente comprometido com alterações no horário de sono e vigília. Estas alterações foram atribuídas a ruídos, preocupações, dor e verificação de sinais vitais (84).

Estes dados, bem como os observados nesta pesquisa, apontam para a necessidade de valorização e respeito às necessidades de sono e repouso da criança e seu familiar acompanhante. É necessário que o enfermeiro proporcione alternativas para que, tanto estas necessidades sejam satisfeitas, como o trabalho da equipe, que também precisa ser realizado.

Além disso, a falha na comunicação entre equipe médica e de enfermagem foi apontada como um dificultador no processo de trabalho do enfermeiro, já que é necessário checar as informações várias vezes no plantão, por não serem comunicadas à equipe de enfermagem. Em várias situações estas informações são transmitidas pelo familiar acompanhante ou mesmo pela criança.

*No meio, a gente para muito pra ir atrás do residente... muito! Porque chegou criança que eles convocaram... chegou internação que ninguém avisou... eles não avisam... a comunicação deles [conosco] é muito ruim. Eles falam pra mãe que tirou o oxigênio [...]. A gente não sabe quem foi. A gente tem que ir atrás pra ver quem desligou... a que horas desligou... porque no nosso relatório... na prescrição... a gente está checando que a criança está com O2. Então tem muito isso... a dieta é pra correr 30 ml/h... ele vai lá, ele fala pra mãe 'Não, agora vai correr a 40ml/h [...]'. Ele não mudou na prescrição e não comunicou ninguém [...]. (Desenho)*

*Desenho está fazendo a classificação dos pacientes. A técnica de enfermagem se aproxima e pergunta a ela sobre a dieta do M. (402A). 'Alterou de 15 para 30 ml?' A mãe foi quem lhe informou. Desenho diz, pegando a prescrição médica do menino: 'Não sei! Estou cansada desse povo mudar as coisas na cabeça deles... só informam a mãe, e a gente nada!' Pega a prescrição médica, observa e diz: 'Na prescrição não está alterado. Tem que ir confirmar!'. A técnica me diz: '90% das vezes... ou 95%... acho que 95% das vezes, a mãe está correta. A gente acaba seguindo o que ela fala... o dia que não estiver.... quero ver!' (Obs.14)*

*Passei no escuro se aproxima do berço da criança, L. (7m, menino) que está acompanhado pela mãe, de 17a. A criança está muito agitada, chorando, a mãe parece não saber o que fazer. [...] Pega a criança no colo, bem aconchegada, segurando a fonte de O2 próxima ao nariz da criança. A mãe que está debruçada na grade do berço, observa sem falar nada. [...] Passei no escuro coloca o bebê no berço, em tenda de O2 e observa a saturação de O2 (a criança está com saturímetro) que está caindo. Muda a fonte de O2 para mais próximo da face da criança e observa. [...] Durante o cuidado com o bebê, Passei no escuro não dialoga com a mãe, exceto em relação às roupas do bebê. (Obs.22)*

Assim, podemos perceber que a comunicação, tanto da enfermagem para com a mãe e a criança, como da equipe médica com a enfermagem mostrou-se ineficaz e aponta para a necessidade de mudanças. E, mais do que uma falha na comunicação, este fato pode interferir na segurança do paciente, uma vez que não garante que aquilo que está prescrito é o que efetivamente a criança está recebendo.

A necessidade de uma comunicação mais eficiente entre a enfermagem e a criança hospitalizada e sua família é, também, apontada em outro estudo, no qual as autoras

indicam que há um despreparo dos profissionais da enfermagem na forma de abordar a criança e a família e apontam para a necessidade de uma organização tecnológica do trabalho que inclua a escuta, o acolhimento e o compartilhamento na assistência à criança hospitalizada (85).

#### 5.4 PRESCRIÇÕES E INTERAÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Na terceira categoria, **prescrições e interações na atenção à saúde da criança**, percebemos, nitidamente, que existem dois focos quanto à finalidade do trabalho do enfermeiro: ora, e mais frequentemente, centra-se nos procedimentos médicos aos quais a criança tem que se submeter, ora centra-se nas necessidades desta criança, nem sempre envolvendo efetivamente a família no cuidado. Assim, optamos por dividir esta categoria em duas subcategorias, denominadas: **procedimento como foco do trabalho e criança hospitalizada como foco do trabalho**.

Na subcategoria **procedimento como foco do trabalho**, destaca-se que o fazer do enfermeiro está focado no cumprimento da prescrição médica. A criança é vista como um ser sem capacidade de entendimento, de compreensão e com dificuldade de se comunicar, como exemplificado a seguir:

*Primeiramente se conversa com a mãe, tenta que a mãe acalme a criança... aí, depende do procedimento, né? Então se conversa... se fala pra mãe o que vai ser feito, porque, geralmente, as crianças que internam com a gente, elas não entendem [...]. (Pega-pegas)*

Neste caso, o profissional acredita que, para que seja possível realizar o procedimento médico, é necessário o uso da força, a participação de outras pessoas e, até mesmo ameaçar a criança, como evidenciado nas falas:

*[...] tem que enrolar no lençol, tem que chamar, às vezes, três pessoas para segurar a criança [...]* (Queimada)

*[...] aí, quando não tem jeito, a gente recorre à força mesmo. Aí vem mais técnicos te ajudar a segurar, até a própria mãe, acompanhante. Quando a acompanhante fica muito nervosa a gente até pede pra sair [risos], mas aí vai na força mesmo, se não tiver outra forma.* (Cabra-cega)

Neste tipo de atitude é possível reconhecer um traço cultural, no qual a violência faz parte do cotidiano social brasileiro. A sociedade aceita e permite comportamentos violentos, de submissão, quando “justificáveis” para educar, formar e “cuidar” das crianças, não os identificando como violência. Contudo, é preciso estar atento à esta questão em todos os ambientes, particularmente na saúde e na educação, nos quais os profissionais podem ter um papel importante na mudança que se faz necessária.

Apesar do evidente sofrimento do profissional, que refere se colocar no lugar da mãe, essas condutas ainda são comuns no cuidado à criança hospitalizada.

*[...] é horrível de se ver. A mãe, que está acompanhando, acha horrível. Então, causa um certo trauma. [...] Pra mim é muito desconfortável... é bem... estilo medieval.* (Queimada)

Identificamos, em alguns depoimentos, que, quando a criança se rebela e não permite a realização do procedimento assistencial, o enfermeiro não se sente capaz de convencê-la e passa a responsabilidade para outra pessoa, pedindo para a mãe convencer a criança ou, simplesmente não insiste, chama o médico residente para falar com a criança

e os pais, como evidenciado no trecho abaixo:

*[...] a gente tenta num primeiro momento, num segundo... a gente vai, explica qual é o procedimento... o que vai... mas aí, se eles não querem, a gente comunica os residentes e a gente vê o que eles resolvem. Porque quando os residentes... eles vão lá, num contato com a mãe, com o pai, ou mesmo com a criança, parece que eles recebem melhor, sabe? (Bambolê)*

*A gente tenta... assim... eu tento conversar com a mãe para que a mãe colabore, que explique pra criança, né?, às vezes, da necessidade... pra quê, normalmente assim... a mãe... se a gente acaba sendo um pouco mais firme, a mãe às vezes fica chateada, né?... então, a gente pede pra que a mãe tenha essa postura aí. Caso necessário, a gente pede ajuda pra mais alguém pra estar tendo essa colaboração [...]. (Pião)*

Recursos, como o BT Instrucional, que tem sido citado na literatura (41-42) como um facilitador na comunicação e explicação de procedimentos para a criança hospitalizada, não tem sido sequer pensados nestas situações.

Corroborando com os achados de outros autores (64,85), encontramos o processo de trabalho do enfermeiro pediatra focado, principalmente, na doença da criança hospitalizada e com uma visão limitada sobre o familiar acompanhante, sendo este, muitas vezes, percebido como ajudante ou informante do enfermeiro e da equipe de enfermagem.

Percebemos que, no processo de trabalho do enfermeiro, há pouco espaço para o amor, o afeto, o toque e o lúdico, apesar destes profissionais se sensibilizarem com o sofrimento da criança e da mãe, quando se colocam no seu lugar. Diante de procedimentos hospitalares em que o medo e a insegurança se fazem presentes, em seu processo de trabalho, o enfermeiro não encontra tempo para lidar com esses sentimentos:

*Mas assim, que dói, que a gente não é... não é insensível perante essa... essa realidade. Isso não existe! Nós também nos sensibilizamos, mas só que... são ossos do ofício, a gente tem que fazer, a gente tem que trabalhar. Pra isso que o hospital está aqui. É pra isso que nós estamos aqui [...] (Estrela)*

*A técnica de enfermagem pede à Amarelinha para conferir a localização da válvula - DVE (Derivação Ventricular Externa) do bebê de dois meses. Vamos até o leito, eu e Amarelinha. Ela identifica a necessidade de ajustar a altura do suporte da DVE, pois, após o banho, foi mudado o decúbito do bebê. Realiza o procedimento em oito minutos, sem se reportar à mãe, nem interagir com a criança. A técnica de enfermagem observa e, ao final, abre a pinça de drenagem, que fora fechada para o banho, conforme a rotina. (Obs. 11)*

Há uma limitação na comunicação com a criança e no entendimento do que ela é capaz. Portanto, constatamos que o enfermeiro deste serviço não atua como educador em saúde cotidianamente, nem se responsabiliza por desenvolver atividades lúdicas, tampouco utiliza o BT. Quando pensa nesta possibilidade, não a coloca em prática referindo falta de tempo, recursos materiais ou desconhecimento.

*[...] às vezes a gente tenta conversar. Eu só tento brincar. Brincar, mas minha brincadeira é de falar mesmo... 'ah, vai ser só uma formiguinha...' mas ela sabe que não é só uma formiguinha, né? Você fala... ter um preparo todo antes, né? Não tem, não dá! Às vezes não dá. (Pula-pula)*

*Ciranda está trocando o curativo do menino (11a), que tem paralisia cerebral e está com gesso pelvi-podálico. Há uma lesão, tipo queimadura, abaixo do gesso, em hipogastro. Pula-pula entra no quarto para ver a lesão. O menino parece sentir dor. Enquanto Ciranda está realizando o*

*curativo, Pula-pula vai ao Posto e pergunta ao técnico de enfermagem o que tem prescrito para dor, para esta criança. Ele vê a prescrição e diz: 'Dipirona. Só dipirona.' Pula-pula diz: 'Isso não vai resolver...' Vai à sala dos médicos e pede à médica residente que prescreva algo a mais. A médica prescreve tramadol. Pula-pula verifica no Posto que não tem a medicação. Vai ao Posto 3 e depois ao Posto 2, onde finalmente encontra, após 15 minutos de procura. Prepara o tramadol e se dirige ao quarto para instalar a medicação. Coloca na bomba de infusão, explica à mãe o que está fazendo, mas não se relaciona com criança. (Obs. 13)*

Além disso, os enfermeiros apontaram que a falta de envolvimento de toda a equipe na organização e no cuidado com os materiais gera um desconforto e um aumento no tempo dispendido para a execução de várias atividades, porém não sinalizaram soluções para o problema.

*Painel (de gases) eu já desisti. Todo dia eu passo, painel não tem. Eu ponho hoje, amanhã não tem também [risos]. Já falei que eu vou desistir de algumas coisas [...] falta material? É! Mas a preocupação também, né... aí vai caindo no descaso. Por isso que o painel fica sem montar. Por isso que falta material. Porque se a gente mantivesse o painel, não tinha faltado. (Boneca)*

*[...] as pessoas não tem muito envolvimento... cuidado mesmo, sabe? [...] a gente não tinha monitor de multiparâmetros, sabe... agora a gente tem três, às vezes até quatro que a gente consegue e as pessoas não tem cuidado. Os cabos... deixa tudo quebrar. É fibra óptica... fibra óptica ela vai indo... ela quebra. As pessoas não tem cuidado. Não tem. Às vezes dá até tristeza. Bomba de infusão... nós nunca tivemos tanta bomba de infusão e, às vezes, você pega a bomba ela tá horrível, tá imunda de suja [...]. Cabo*

*de um está enroscado com cabo do outro, daí você puxa, cai tudo... aí vai organizar... então, perde-se tempo, mas porque você não tem uma... não tem uma direção. (Pula-pula)*

Assim, a questão cultural, a falta de hábito da equipe em manter as coisas organizadas, bem como a falta de zelo com o que é público, colaboram para a desorganização do trabalho.

*Por que é muito tumultuado, porque não é muito organizado, porque hoje as pessoas já estão em uma rotina de que 'ah! desse jeito está bom, não precisa melhorar'. Então eu acho que isso atrapalha e aí, assim, você vai verificar uma pressão, você leva horas para achar o manguito; daí, quando você acha o manguito não funciona; daí a hora em que você muda de tomada, a tomada não funciona. E aí vai... e nisso, 30 minutos para verificar uma pressão. (Ciranda)*

Ficou evidente, também, a frustração do enfermeiro por não ter um desempenho adequado ao alcance da finalidade do seu trabalho.

*Porque a gente se dedica tanto, né... a aprender... pra fazer um trabalho de qualidade... e depois, na hora do vamos ver, você não consegue implementar. Mesmo a SAE que a gente né... faz uma SAE super elaborada na graduação, aprendeu tanto... na hora que você vai por em prática... você não tem tempo de usar... o NIC, a NOC... você usa a NANDA... mal e mal... no que dá tempo... então isso é meio ruim. (Amarelinha)*

*[...] enquanto a gente faz uma coisa, vai ficar a outra. E é assim no dia a dia. A gente faz uma coisa e deixa a outra, faz outra e deixa a outra e, assim, raramente eu saio daqui achando que... 'nossa, hoje, tudo bem, vi todos os pacientes, fiz tudo que era para ser feito.' (Ciranda)*

Acreditamos que a finalidade do trabalho do enfermeiro deveria ser a satisfação das necessidades da criança e sua família com atendimento humanizado visando à segurança e a qualidade, porém, os dados mostram que o trabalho executado nem sempre caminha nesta direção.

Notamos um distanciamento da equipe de enfermagem quanto ao alcance desta finalidade, além do trabalho em equipe não ter se mostrado significativo. Verificamos, na literatura, que instituições semelhantes apresentaram a mesma deficiência (13-14,49).

Podemos inferir que este fato, aliado à sobrecarga de trabalho, se deve à falta de um processo de trabalho planejado e focado no seu objeto, gerando frustração e impedindo a criatividade no desenvolvimento de novas práticas.

A subcategoria **criança hospitalizada como foco do trabalho** foi construída a partir de relatos nas entrevistas e observação de ações que revelaram o profissional atento às necessidades da criança, bem como à humanização do cuidado, ao desenvolvimento infantil e ao cuidado atraumático.

Nestes depoimentos e situações, observamos a busca de alternativas para contornar a situação de recusa à realização do procedimento, com atitudes como argumentar com o residente se pode modificar o procedimento, retirar a criança do quarto tentando preservar a outra criança que está no mesmo ambiente, levando-a para a sala de procedimentos, além de manter a mãe por perto, se assim ela desejar, como verificamos nos relatos:

*[...] primeiro, você tem que tentar convencer essa criança [...] ver se há mesmo essa necessidade, por exemplo, se perdeu veia... vai continuar de verdade com esse antibiótico? (Pula-pula)*

*[...] tira a criança do quarto pra que as outras, o outro que estiver lá não*

*chore também, não fique com aquele medo... a gente leva pra uma sala de procedimento [...] de preferência com a mãe por perto pra estar presenciando, pra ver que não está fazendo nada de... de errado ali com a criança, nada pra machucar ou coisas assim. (Pião)*

Tenta-se estabelecer um vínculo com a criança para, somente depois, realizar o procedimento e, nestes casos, o enfermeiro utiliza recursos lúdicos, realizando o procedimento com os brinquedos, oferecendo o material que será utilizado no procedimento, ou explicando por meio de desenhos onde e o que será feito. Essa utilização de recursos lúdicos não implica, necessariamente, na utilização do BT, o qual a maioria dos enfermeiros refere desconhecer, porém, está presente, como exemplificado nas falas:

*[...] então eu tento em princípio fazer um vínculo com a criança, fazer com que ela confie em mim e, normalmente, é através da conversa, de uma brincadeira, mas não uma brincadeira específica entendeu? Eu levo a criança na sala de brinquedos, pego um brinquedo [...] mas não é uma sessão específica para preparar a criança para aquele procedimento [...]. (Ciranda)*

*O brinquedo (referindo-se ao BT) não, eu sou de brincar e desenhar. (Ioiô)*  
*[...] se eu tenho que fazer uma punção e a criança já está sabendo que eu vou fazer a punção e ela começa a se irritar, eu tento brincar, tento dar aquelas seringuinhas..., e tem crianças que logo que você dá pra ela, ela começa a se afeiçoar e até deixa puncionar. (Casinha)*

O procedimento é explicado verbalmente para a criança quanto à sua necessidade. Pudemos perceber em alguns depoimentos que os enfermeiros acreditam que não se deve iludir a criança, mostrando, nestes casos, respeito ao seu nível de compreensão.

*Ah... eu converso bastante... converso... eu tento trazer ele pra perto da gente, pra... ajudar [...]. Eu penso assim, eu tenho que trazer a criança pra junto da gente, porque se ele consegue confiar em você, ele colabora [...]* (Boneca)

*[...] loiô pergunta à mãe sobre os pontos que o menino (1a6m), tem na região da virilha direita [...] pede para ver. A mãe deita o menino no berço e retira sua fralda. loiô avalia e resolve tirá-los [...]. Eu e a mãe seguramos o menino que não oferece resistência, porém chora bastante. loiô vai conversando com o menino, explicando para ele o que está fazendo. Usa tom de voz tranquilo e sorri para a criança. Retira os pontos e faz um curativo [...].* (Obs. 10)

Percebemos uma tendência para uma assistência de melhor qualidade à criança hospitalizada quando o enfermeiro a orienta sobre o procedimento a ser executado e permite que ela expresse seus desejos e sentimentos. Nestas situações, o enfermeiro demonstra reconhecer as necessidades essenciais da criança.

As entrevistas também revelaram que o enfermeiro procura distrair a criança no momento da realização do procedimento com o intuito de mudar o foco de atenção da mesma, como exemplificado a seguir:

*Quando a gente vai fazer sinais vitais, quando as crianças não deixam... a gente a distrai com uma caneta, com um relógio, um telefone celular... dá assim pra elas, pra disfarçar um pouquinho pra gente poder fazer... outros brinquedos não existem assim... pra gente fazer isso aí... o procedimento.* (Pega-pega)

*Chamo o palhaço [...]. Se a criança gosta, ela vai. Dependendo da faixa etária ela vai. É mais assim, na faixa assim de dois, três anos que distrai [...] tem uma certa afinidade, né... de pegar as coisas coloridas que ele faz.*

*Aí ela dá uma distraída, pelo menos serve pra distrair a criança. Agora, com o escolar já não funciona... (loiô)*

Embora o BT não apareça como uma estratégia cotidiana no trabalho da enfermagem, alguns enfermeiros mostraram acreditar na sua eficácia e se colocaram disponíveis para desenvolvê-lo em sua prática. Infelizmente estes profissionais são minoria e não realizavam atividades que envolviam o BT com regularidade. Essa dicotomia entre o discurso e a prática dos enfermeiros também foi observada em outro estudo, no qual as autoras ouviram as crianças e suas mães quanto ao atendimento às necessidades de informação e preparo para procedimentos (86).

Um dos enfermeiros entrevistados relatou uma experiência com o uso do BT instrucional em uma criança que necessitava passar sonda nasogástrica. Porém, ele mesmo relata a dificuldade em convencer a equipe da importância desta prática em suas atividades.

*Teve uma criança... não faz muito tempo... acho que uns dois meses... ela tinha que passar sonda nasogástrica pra receber a alimentação [...]. Peguei um boneco... então... 'o trajeto da sonda vai ser este, a quantidade da sonda que eu vou introduzir no seu nariz vai ser esse tanto aqui'... eu fui mostrando pra ele [...]. Daí eu fui... passei a sonda, a criança falou que não doeu, ela gostou e já disse: 'acho que na próxima eu já consigo passar a sonda em mim'. Então, teve bastante sucesso. Mas foi uma conversa... um trabalho de uma hora de conversa... com o boneco, mostrando pra ele... então, exigiu um tempo. Nesse dia eu estava com tempo. (Queimada)*

*Quando eu iniciei... saí da faculdade, então comecei trabalhar... tinha esse conceito do BT... só que, na prática... no dia a dia... a gente aplica no*

*início... no primeiro mês, segundo, terceiro, quarto... a gente já esquece... então vamos na base da força mesmo... chama lá três técnicos e vamos numa tentativa... porque a gente também é um pouco desestimulado pelos colegas que não conhecem. [...] Às vezes cai numa chacota de técnicos... será que isso funciona? Você está perdendo tempo... isso é coisa só de se aprender, não de se aplicar... então a gente vai perdendo.... mesmo pra... não perder... credibilidade com a equipe... senão você é chacota da equipe. Você tá fazendo isso... isso não funciona... que que você faz... aí um comenta com o outro..., comenta com o outro... lá vem ele com essa conversinha de novo. Então, depois de seis meses a gente deixa de aplicar. (Queimada)*

Vários estudos têm demonstrado que o BT é um importante recurso para crianças que estejam enfrentando situações adversas ao seu nível de desenvolvimento, como é o caso do câncer, do diabetes mellitus tipo I, da hospitalização, entre outras situações que desencadeiam medo e insegurança. Relatam que a utilização deste recurso proporciona mudanças no comportamento das crianças, permitindo a exteriorização de seus sentimentos e tornando-as mais colaborativas (24,27,36,42,87-88).

Portanto, acreditamos no brincar como um recurso terapêutico e de comunicação que pode e deve ser utilizado não só pelo enfermeiro, mas por todos os envolvidos na assistência à criança hospitalizada. Para isso, é necessário que a equipe se aproprie desses conceitos e reconheça os benefícios do lúdico e do BT, devendo utilizá-los para qualificar seu processo de trabalho.

Porém, entendemos que, embora a legislação preveja e favoreça o desenvolvimento de ações como o BT, isto não é suficiente para garantir um cuidado, de fato terapêutico, para a criança hospitalizada e seu familiar.

Aliado a isso, devemos considerar que o cuidado ampliado, rico, integral e humanizado, depende de transformações radicais nos modos de pensar e de fazer a atenção à criança hospitalizada e sua família. A inserção da família neste contexto é indispensável para a consolidação de um projeto terapêutico singular e integral no qual se valoriza a construção de sujeitos (89). Incluímos aqui os próprios trabalhadores, que precisam se ver como sujeitos.

Neste sentido, produzir cuidado integral à criança hospitalizada requer uma relação de confiança entre criança, família e enfermagem. Assim, as singularidades de cada um, bem como suas necessidades de cuidado, precisam ser identificadas e adequadas constantemente, pois esta relação não é estática. A comunicação efetiva possibilita incorporar novos elementos ao cuidado e modificar os processos anteriores para reorganizá-los às novas construções. Dessa forma, ampliam-se as possibilidades de um cuidado mais efetivo, já que se considera a individualidade do ser cuidado e o momento histórico em que ele ocorre (89).



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o processo de trabalho do enfermeiro nesta UIP com um olhar para a utilização do BT nos possibilitou conhecer como, de fato, o cuidado à criança é prestado e sugerir alternativas para modificá-lo, com vistas à humanização e a um cuidado mais qualificado.

Ao final deste trabalho, não temos receitas prontas para resolver os problemas apontados, porém, trazemos sugestões e apontamos os desafios que podem ajudar a construir um cuidar mais humanizado à criança e sua família. Salientamos que o envolvimento da gestão e o apoio institucional são imprescindíveis para que isto se torne possível.

Ressaltamos a necessidade premente de uma reflexão que mobilize para a ação/intervenção sobre o foco do processo de trabalho por toda a equipe multiprofissional envolvida no atendimento à criança nesta unidade de internação. É necessário que os profissionais e a instituição tenham maior clareza com relação aos papéis da equipe de saúde, de enfermagem e dos pais nos cuidados à criança hospitalizada e atenção com intuito de garantir os direitos da criança, também já previstos na legislação específica.

Percebemos um atendimento à criança centrado no modelo biomédico, no qual o objeto de trabalho foi predominantemente identificado como sendo a doença e não a criança doente.

Embora os enfermeiros tenham verbalizado a necessidade de prestar assistência humanizada à criança e sua família, não identificamos um projeto coletivo de humanização da assistência, mas sim ações isoladas, esporádicas, praticadas por alguns enfermeiros, e que, portanto, não caracterizam o cotidiano da assistência.

As necessidades essenciais da criança e de seu familiar acompanhante não têm sido identificadas, nem contempladas. As necessidades que estão postas são a

humanização do atendimento à criança hospitalizada, o desenvolvimento humano e infantil, e uma hospitalização o mais traumática possível. Porém, neste estudo, não observamos o enfermeiro atuando em consonância com estas necessidades cotidianamente, nem, tampouco, utilizando o BT.

Em nossa concepção, o foco do trabalho deve ser a criança e, portanto, há necessidade de mudanças no processo de trabalho do enfermeiro pediatra. Ao mesmo tempo, deve-se ampliar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado para além do paradigma biomédico, pois há outras demandas a serem contempladas que este modelo não é capaz de suprir.

O familiar acompanhante foi identificado como sendo mais um ajudante em tarefas e procedimentos do que como parceiro na atenção integral. As crianças desejam e precisam se sentir cuidadas e acolhidas, assim, salientamos que as práticas de saúde não devem se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, mas sim valorizar o cuidado integral. O acolhimento, a segurança e as brincadeiras, devem permear o cotidiano da equipe de saúde e do enfermeiro pediatra, bem como o uso do BT e a presença de uma pessoa significativa ao lado da criança durante todo o período da internação.

Este estudo aponta para a necessidade de mudanças no processo de trabalho do enfermeiro pediatra que valorizem a relação multiprofissional, a comunicação entre a equipe, a criança e o familiar acompanhante e estratégias que possibilitem que as necessidades essenciais da criança durante a hospitalização sejam atendidas, possibilitando assim, um atendimento mais humanizado e qualificado.

Sugerimos que a equipe de enfermagem defina atribuições e compromentimentos para que o desenvolvimento do trabalho assistencial empregue estratégias humanizadoras, com vistas a um atendimento mais qualificado.

Acreditamos que o processo de trabalho da enfermagem pediátrica desta unidade só poderá ser transformado, a fim de ampliar o alcance de suas finalidades, se houver esforços para um enfrentamento da rotina institucionalizada por todos os membros da equipe de saúde e não apenas pelo enfermeiro. Ao mesmo tempo, o envolvimento deste profissional é essencial para que estas mudanças se processem e permaneçam.

Em relação ao BT, apesar de reconhecido e referendado pelo COFEN, a maioria dos enfermeiros entrevistados referiu não ter aprendido a técnica durante sua formação profissional. Porém, alguns têm consciência da necessidade desta prática e verbalizaram que ela deveria fazer parte da rotina no planejamento da assistência, embora, em seu processo de trabalho, este seja incipiente, esporádico e sem avaliação.

O processo de trabalho conturbado é uma das dificuldades apontadas pelos enfermeiros para que o BT não seja operacionalizado. Deste modo, as dificuldades percebidas e relatadas pelos enfermeiros relacionadas a recursos humanos, materiais, estruturais, comunicação e relações de poder passam a justificar a ausência de ações humanizadoras no cuidado à criança e sua família.

Igualmente importante é a necessidade da instituição valorizar a importância do brincar para as crianças hospitalizadas e fornecer subsídios financeiros para a compra e manutenção dos brinquedos e materiais de consumo, como lápis, borrachas, canetinhas coloridas, revistas, entre outros, para que a sala de recreação não dependa somente de doações e promoção de bazares para seu funcionamento. Além disso, readequar o espaço de toda a UIP, incluindo a sala de recreação, tornando-o, de fato, lúdico e adequado para o

desenvolvimento de brincadeiras e acompanhamento de atividades escolares enquanto a criança permanecer internada.

Assim, torna-se necessário sensibilizar e orientar enfermeiros, técnicos de enfermagem e gestores sobre a prática do BT, manter educação permanente voltada para o desenvolvimento humano, infantil e necessidades da criança, além de mudanças no processo de trabalho que incluam esta prática.

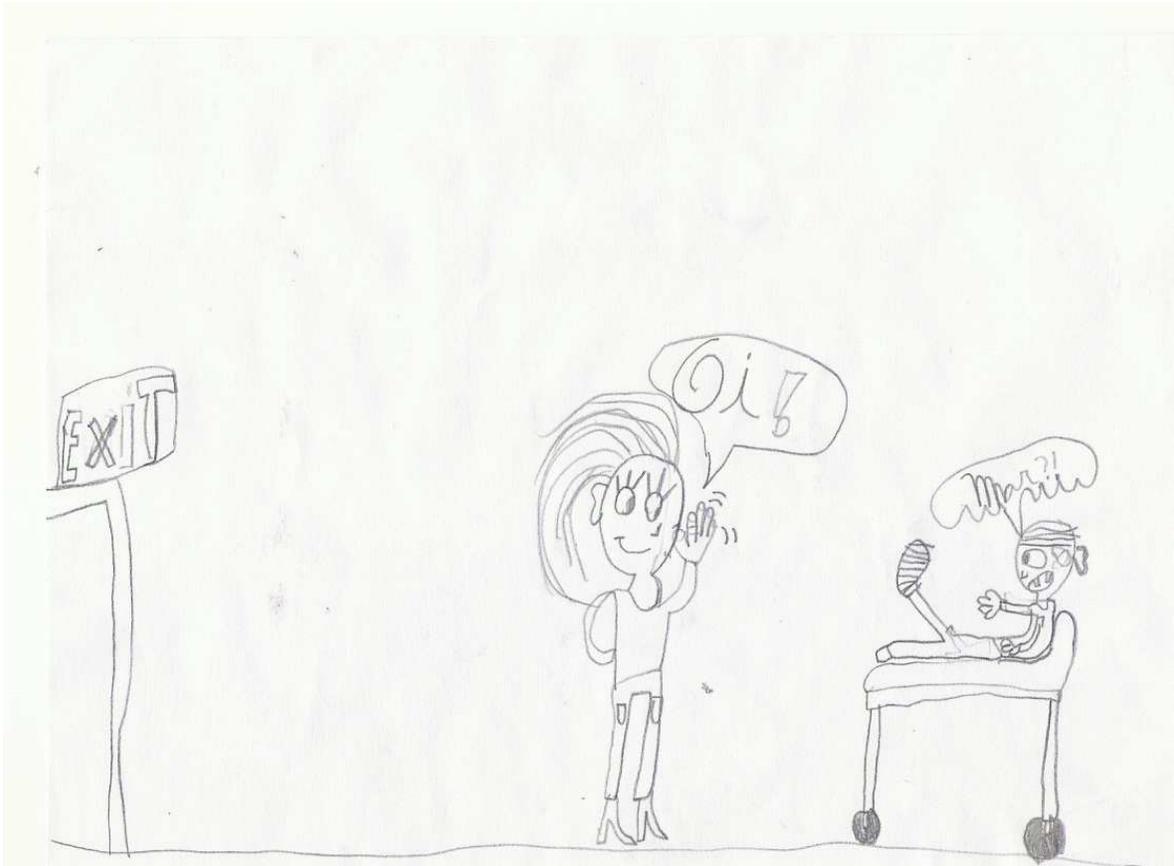
Acreditamos que, se houvesse um treinamento prévio na unidade para funcionários recém-admitidos, isso poderia redirecionar o trabalho quanto às suas finalidades, quanto às necessidades da criança e seu familiar acompanhante e, também, em relação à rotina do setor, otimizando o trabalho do enfermeiro e melhorando o cuidado prestado. Além disso, deve fazer parte da preocupação dos gestores desta unidade, bem como do hospital em questão, a capacitação de toda a equipe para utilizar estratégias humanizadoras no cuidado integral da criança e de sua família.

Salientamos que o enfermeiro pode ser um facilitador na experiência da doença e da hospitalização para a criança, se utilizar recursos que minimizem os efeitos nocivos que estas situações causam a elas. Para isso, torna-se imprescindível a capacitação da equipe de enfermagem quanto ao BT, sua finalidade, técnica e possibilidades de utilização, que incluem:

- Construção de uma prática mais voltada às necessidades da criança e da família;
- Adequação do modelo de cuidado que possibilite a inclusão do BT no cotidiano do enfermeiro pediatra;
- Utilização, como instrumento terapêutico, de atividades como cantar, rir, falar, contar histórias;

- Utilização de brinquedos e do BT para orientação e comunicação com crianças e familiares;
- Valorização de atividades como a recreação, o BT e a brinquedoteca;
- O brincar deve estar inserido no processo de trabalho do enfermeiro, bem como da equipe de saúde que atende a criança;
- O BT deve fazer parte do processo de enfermagem, devendo ser prescrito e usado, sempre que pertinente, em todas as situações que demandem cuidados;
- Promoção de momentos de reflexão, para subsidiar as intervenções necessárias, com toda a equipe de saúde, de enfermagem e o enfermeiro, sobre o processo de trabalho, a humanização do atendimento e a utilização do BT, com avaliações periódicas;
- Desenvolvimento de protocolos que incluam o BT no momento do preparo da criança para procedimentos;
- O desenvolvimento da prática do brincar deve permear os cursos de graduação e pós-graduação, bem como os de nível técnico, capacitando assim, desde a formação inicial, os novos profissionais.

Ao concluirmos este trabalho, salientamos que, para que o BT faça parte do trabalho do enfermeiro, são necessárias mudanças no paradigma do cuidado, onde a satisfação das necessidades da criança e de sua família passe a ser o foco do processo de trabalho. Desejamos que estas reflexões sirvam de base para outras tantas e que contribuam para um cuidar mais humanizado e qualificado à criança e sua família.



## 8. REFERÊNCIAS

1. Leite TMC. Produção acadêmica de enfermeiros brasileiros sobre a utilização do brinquedo no hospital [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
2. Paula CC, Ravelli APX, Zinn LR, Motta MGC. Cuidado de enfermagem na aventura do desenvolvimento infantil: reflexões sobre o lúdico no mundo da criança. *Cogitare enferm.* 2002;7(2):30-34.
3. Ribeiro CA. O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1986.
4. Hochenberry MJ, Wilson D. Wong - Fundamentos de enfermagem pediátrica. Nascimento MIC et al. (trad.). 8ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier; 2011.
5. Ribeiro MO, Sigaud CHS, Rezende MA, Veríssimo MDLOR. Desenvolvimento infantil: a criança nas diferentes etapas de sua vida. In: Fujimori E, Ohara CVS (orgs.). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.* Barueri, SP: Manole; 2009. p.61-89.
6. Morsch DS, Aragão PM. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: Deslandes SF (org.). *Humanização dos cuidados de saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2006. p. 235-60.
7. Silva JB, Leite TMC. Hospitalização Infantil. In: Carvalho SD (org.). *O enfermeiro e o cuidar interdisciplinar na saúde da criança e do adolescente.* São Paulo, SP: Atheneu; 2012. p.101-5.
8. Brazelton TB, Greenspan SI. *As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver.* Porto Alegre, RS: Artmed; 2002.

9. Rezende MA. A valorização do ser humano-criança como referencial na prevenção de iatrogenias. *O mundo da saúde* 1998;22(6):341-3.
10. Veríssimo MDLOR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS (orgs.). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri, SP: Manole; 2009. p. 91-120.
11. Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
12. Zulske DM, Muradas MR, Denofre-Carvalho S, Leite TMC. Percepções de acompanhantes diante da hospitalização infantil. *Nursing (São Paulo)* 2008; 10(118):132-6.
13. Yamamoto DM, Oliveira BRG, Vieira CS, Collet N. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. *Texto & contexto enferm.* 2009; 18(2):224-32.
14. Oliveira BRG, Lopes TA, Vieira CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto & contexto enferm.* 2006;15(Esp):105-13.
15. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/ Ministério da saúde. Secretaria de assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
16. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p.

17. Ribeiro CA, Ângelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(4):391-400.
18. Leite TMC, Shimo AKK. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2007;11(2):343-50.
19. Rezende MA. O preparo da criança e do adolescente para enfrentar experiências difíceis. In: Sigaud CHS, Veríssimo MLÓR (orgs). *Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. São Paulo, SP: EPU; 1996. p. 125-32.
20. Gonzaga MLC, Arruda EN. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. *Rev. latinoam. enferm.* 1998;6(5):17-26.
21. Zahr LK. Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. *Pediatric nurs.* 1998;23(5):449-53.
22. Almeida FA, Angelo M. Brinquedo terapêutico: comportamentos manifestados por crianças em unidade de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca. *Rev. paul. enferm.* 2001;20(1):5-12.
23. Ribeiro CA, Maia EBS, Sabatés AL, Borba RIH, Rezende MA, Amorim FA. Mesa redonda: O brinquedo e a assistência de enfermagem à criança. *Enferm. atual.* 2002;6-17.
24. Melo LL, Leite TMC. O brinquedo terapêutico como facilitador na adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo I na infância. *Pediatr. mod.* 2008;XLIV(3):100-3.
25. Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família. *Rev. gaúch. enferm.* 2008;29(1):39-46.

26. Kiche MT, Almeida FA. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta paul. enferm.* 2009;22(2):125-30.
27. Jansen MF, Santos RM, Favero L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Rev. gaúch. enferm.* 2010;31(2):247-53.
28. Lemos LMD, Pereira WJ, Andrade JS, Andrade ASA. Vamos cuidar com brinquedos? *Rev. bras. enferm.* 2010;63(6):950-5.
29. Di Mauro S, Cerizza A, Radavelli M. [Nursing care of children by game-playing: a review of the literature]. *Prof. Inferm.* 2011;64(2):83-94.
30. Araújo PCB, Dantas MMC, Oliveira DR, Rodrigues GRC, Oliveira LCB, Maia EMC. Playing in the process of infantile hospitalization: analysis of the academic production. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2012;6(4):906-14. DOI: 10.5205/reuol.2226-17588-1-LE.0604201229
31. Azevedo DM, Santos JJS, Justino MAR, Miranda FAN, Simpson CA. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. *Ciênc. cuid. saúde* 2007;6(3):335-41.
32. Artilheiro APS, Almeida FA, Chacon JMF. Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré-escolares para quimioterapia ambulatorial. *Acta paul. enferm.* 2011;24(5):611-6.
33. Ribeiro CA, Borba RIH, Rezende MA. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS (orgs.). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.* Barueri, SP: Manole; 2009. p. 287-327.

34. Ribeiro CA, Borba RIH, Melo LL, Santos VLA. Utilizando o brinquedo terapêutico no cuidado à criança. In: Carvalho SD (org.). O enfermeiro e o cuidar interdisciplinar na saúde da criança e do adolescente. São Paulo, SP: Atheneu; 2012. p.127-34.
35. Brasil, 2005. Lei 11.104/2005 (Lei ordinária) 21/03/2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. [acesso em 12 out 2012]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm)
36. Vessey JA, Mahon MM. Therapeutic play and the hospitalized child. J. pediatr. nurs. 1990;5(5):328-33.
37. Angelo M. Brinquedo: um caminho para a compreensão da criança hospitalizada. Rev. Esc. Enferm. USP. 1985;19(3):213-23.
38. Furiato RC. Uma vivência de brinquedo terapêutico no ambiente hospitalar. Pediatr. atual. 1997;10(5):18-21.
39. Albano MAS, Correa I. Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalário. Invest. educ. enferm. 2011;29(3):370-80.
40. Sabatés AL. Preparo da criança para procedimentos dolorosos: intervenção de enfermagem com brinquedo. In: Chaud MN & cols. O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica. São Paulo, SP: Atheneu; 1999.
41. Ribeiro CA, Coutinho RM, Araújo TF, Souza VS. Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da criança com port-a-cath. Acta paul. enferm. 2009;22(Especial-70 anos)935-41.

42. Medeiros G, Matsumoto S, Ribeiro CA, Borba RIH. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. Acta paul. enferm. 2009;22(Especial-70 anos)909-15.
43. Chang YH, Dai YT. [Therapeutic play in nursing care: one experience with a school-age liver transplant recipient]. Hu li za zhi. 2011;58(3 Suppl):79-84.
44. Cintra SMP, Silva CV, Ribeiro CA. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nas Escolas de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo. Rev. bras. enferm. 2006;59(4):497-501.
45. Resolução 295, de 24 de outubro de 2004 (COFEN). Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/ Brinquedo Terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada. 2004. [acesso em 04 dez 2011]. Disponível em: <http://site.portalfcofen.gov.br/node/4331>.
46. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos São Paulo: CEFOR; 1992. 53p.
47. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM (orgs.). O trabalho de enfermagem. São Paulo, SP: Cortez; 1997. p. 15 a 26.
48. Rocha SMM. O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento [Tese – Livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1990.
49. Lima RAG. Criança hospitalizada: a construção da assistência integral [Tese - Doutorado]. Ribeirão Preto, (SP): Universidade de São Paulo; 1996.

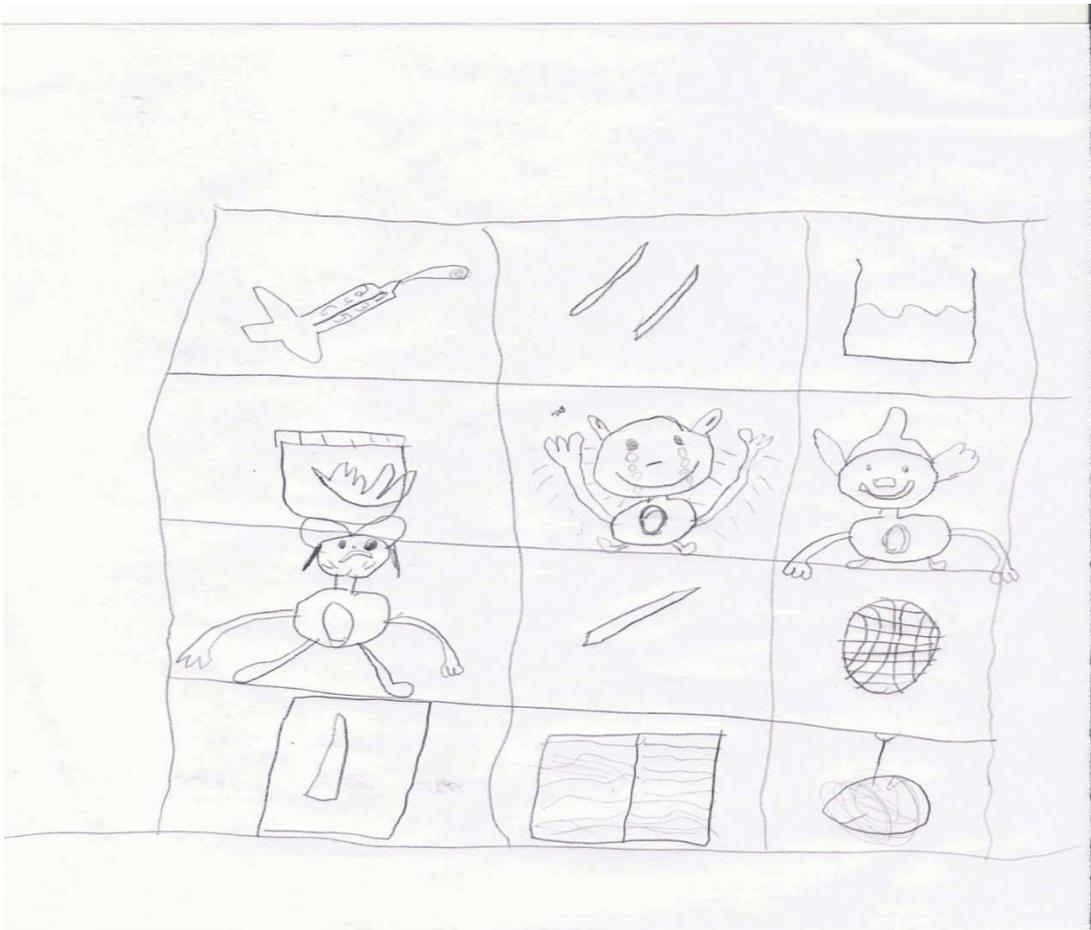
50. Thomazine AM, Passos RS, Bay Júnior OG, Collet N, Oliveira BRG. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. *Ciênc. cuid. saúde*. 2008; 7(Suplem.1):145-52.
51. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(5):739-44.
52. Faria HP, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte, MG: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009. 68p.
53. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Trad. Carvalho AC. São Paulo, SP: Cortez; 1989. 174p.
54. Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM (orgs.). O trabalho de enfermagem. São Paulo, SP: Cortez; 1997. p. 229 a 250.
55. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, SP: Cortez; 1986. 127p.
56. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. saúde pública*. 2004;20(2):438-446.
57. Darbyshire P. Living with a sick child in hospital: the experiences of parents and nurses. London: Chapman & Hall; 1994. 225p.
58. Davies R. Marking the 50th anniversary of the Platt Report: from exclusion, to toleration e parental participation in the care of the hospitalized child. *J. child health care*. 2010;14(1):6–23. DOI: 10.1177/1367493509347058

59. Oliveira ICS. (Re)Construindo a assistência de enfermagem à criança hospitalizada na cidade do Rio de Janeiro (1920-1969). *Texto & contexto enferm.* 1998;7(1):27-41.
60. Rossato-Abéde LM, Angelo M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. *Rev. latinoam. enferm.* 2002;10(1):48-54.
61. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev. latinoam. enferm.* 2004;12(2):191-7.
62. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BR). Resolução nº41 de 13 out 1995. *Diário Oficial da União*, seção 1, 17 out 1995. [acesso em: 03 out. 12]. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2178.htm>
63. Lima RAG. Direitos da criança e do adolescente: desafios atuais. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet]. maio-jun. 2012. [acesso em: 03 out. 12];20(3):[2 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a01v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a01v20n3.pdf)
64. Silva JB, Kirchbaum DIR, Oliveira I. Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar. *Rev. gaúch. enferm.* 2007;28(2):250-9.
65. Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2010;14(3):551-559.
66. Pinto JP, Ribeiro CR, Silva CV. Procurando manter o equilíbrio para cuidar da família e da criança hospitalizada: a experiência da família. *Rev. latinoam. enferm.* [internet]. nov-dez. 2005. [acesso em: 03 out. 12];13(6):974-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a09.pdf>

67. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª ed. São Paulo, SP: Atlas; 2009. 175p.
68. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo, SP: Hucitec; 2008. 407p.
69. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública 39(3):507-14, 2005.
70. Ludke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, SP: EPU; 1986.
71. Hospital de Clínicas. Universidade Estadual de Campinas. Instalações. [acesso em: 12 ago 2012]. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/instalacoes/instalacoes.shtml>.
72. São Paulo (Estado). Secretaria do Estado de São Paulo. Resolução SS-165, de 12 de outubro de 1988. Dispõe sobre a adoção de Programa da “Mãe Participante” nos estabelecimentos que especifica e dá providência correlata. Diário Oficial do Estado. São Paulo, 1989.
73. Correia MCB. A observação participante enquanto técnica de investigação. Pensar enferm. 2009;13(2):30-6.
74. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.
75. Pires DEP, Lopes MGD, Silva MCN, Lorenzetti J, Peruzzo AS, Bresciani HR. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. Enferm. foco (Brasília). 2010;1:118-22.

76. Ribeiro CA. Crescendo com a presença protetora da mãe: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1999.
77. Biz AS. A interação lúdica entre criança e enfermeira: ações e percepções [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.
78. Francischinelli AGB, Almeida FA, Fernandes DMSO. O uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção dos enfermeiros. *Acta paul. enferm.* 2012;25(1):18-23
79. Pinheiro R. Cuidado em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl., Rio de Janeiro, RJ: EPSJV; 2008. p.110 a 118.
80. Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev. latinoam. enferm.* 1999;7(2):33-9.
81. Ribeiro CA. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP* 1998;32(1):73-9.
82. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV; 2008. p.427-32.
83. Carapinheiro G. Poder médico e poder administrativo no cotidiano hospitalar. *Rev crítica de ciênc. sociais.* 1991;33:83-90.
84. Meltzer LJ, Davis KF, Mindell JA. Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatr Nurs* 2012; 38(2):64-71, quiz 72.

85. Pimenta EAG, Collet N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(3):622-9. DOI: 10.1590/S0080-62342009000300018
86. Bezerra AG, Guarise V, Peterlini MAS, Pedreira MLG, Pettengill MAM. Minha punção venosa periférica: um material didático instrucional no preparo da criança para o procedimento. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2009;9(2):77-85.
87. Magnabouso G, Tonelli ALNF, Souza SNDH. Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. Cogitare enferm. 2008;13(1):103-8.
88. Fontes CMB, Mondini CCSD, Moraes MCAF, Bachega MI, Maximino NP. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. Rev. bras. educ. espec. 2010;16(1):95-106.
89. Collet N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a enfermagem pediátrica. Rev. bras. enferm. 2012;65(1):7-8.



# ANEXOS



CEP, 23/03/10  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 162/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 0128.0.146.000-10

### **I - IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO:** “BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE TRABALHO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS”.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Tânia Maria Coelho Leite

**INSTITUIÇÃO:** Hospital das Clínicas/UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 11/03/2010

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 23/03/11 (O formulário encontra-se no *site* acima)

### **II - OBJETIVOS**

Analisar o processo de trabalho do enfermeiro que atua em unidades de internação pediátrica de um hospital escola do interior de São Paulo, com ênfase na humanização e utilização do brinquedo terapêutico como instrumento do cuidado.

### **III - SUMÁRIO**

O estudo terá três fases, que são: entrevista com os sujeitos, que serão gravadas e transcritas; observação participante, onde os pesquisadores tornam-se parte do contexto; proposta de intervenção, onde após análise das entrevistas e das observações realizadas, será proposto um modelo de cuidado que insira, na prática dos enfermeiros, o brincar e o BT como forma de cuidar humanizado na UIP. Sujeitos, escolhidos de forma intencional, serão todos enfermeiros, que trabalham no posto 2 e 4, de todos os plantões.

### **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

O estudo está estruturado. Não oferece riscos aos sujeitos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado. O orçamento está descrito e terá como fonte de recursos a própria pesquisadora. O cronograma está descrito.

### **V - PARECER DO CEP**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.



O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

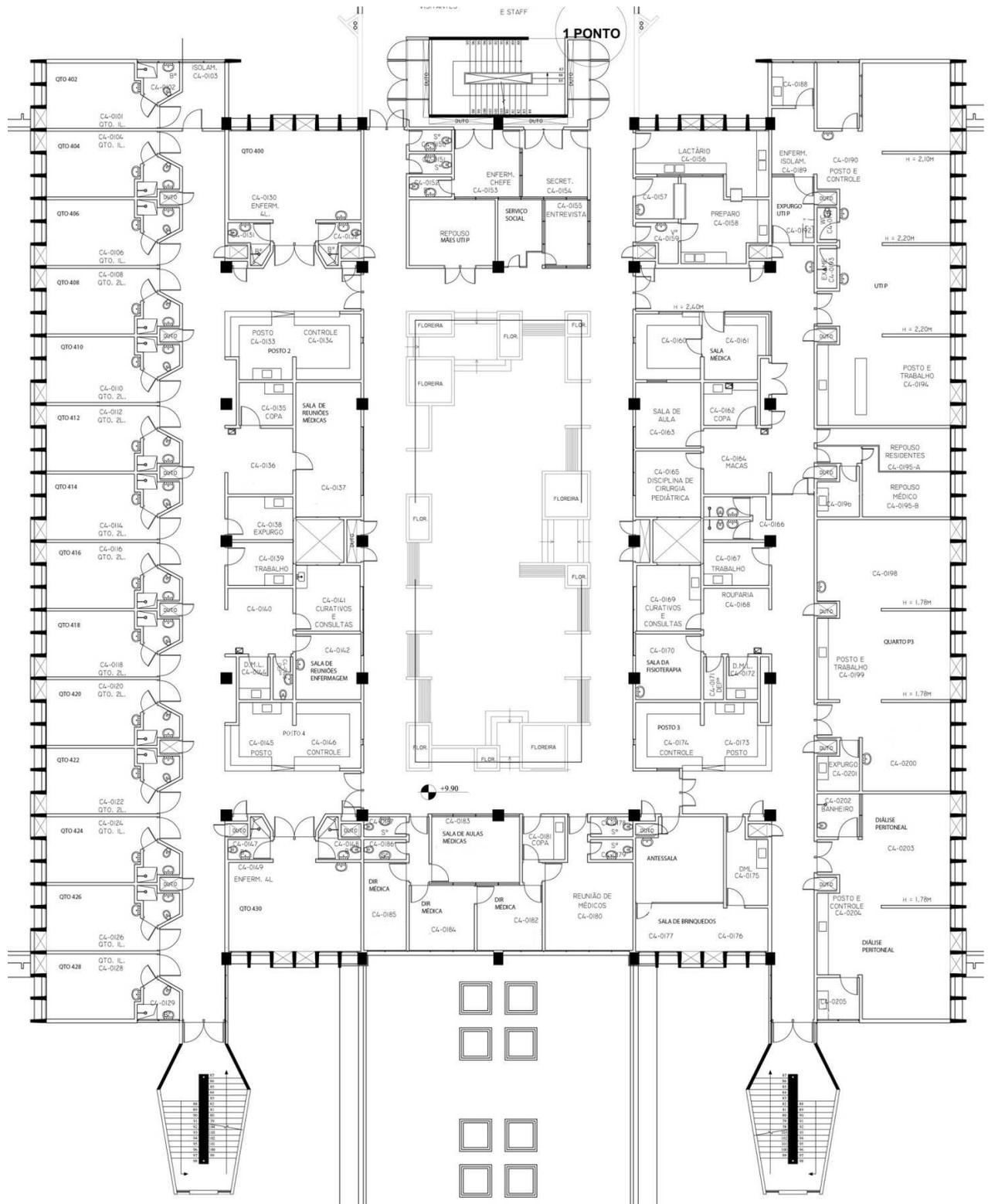
Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de março de 2010.

**Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner**  
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

# Anexo 2



### Anexo 3

De: Relações Públicas e Imprensa <betohc@hc.unicamp.br> Assunto: Fwd: Re: solicitação para fotos na enfermaria pediatria  
Data: Qui, Outubro 11, 2012 8:26 pm  
Para: tania@fcm.unicamp.br

---

Prezada Tânia,

Segue o retorno da Superintendência para seus registros

att

Beto Ravagnani  
Relações Públicas  
HC/Unicamp

----- Mensagem original -----

Assunto: Re: solicitação para fotos na enfermaria pediatria  
Data: Thu, 11 Oct 2012 16:06:58 -0300  
De: SHC <shc@hc.unicamp.br>  
Para: Relações Públicas e Imprensa <betohc@hc.unicamp.br>

Boa tarde Beto,

O Dr. Miranda está de acordo com a solicitação.

Att.

Joici  
Superintendência  
HC/ UNICAMP  
FONE: (19) 3521.7138

----- Original Message -----

From: "Relações Públicas e Imprensa" <betohc@hc.unicamp.br>  
To: <tania@fcm.unicamp.br>; "Superintendência do Hospital das Clínicas" <shc@hc.unicamp.br>; "Ariane Dini" <ariane@hc.unicamp.br>  
Sent: Monday, October 01, 2012 4:58 PM  
Subject: Re: solicitação para fotos na enfermaria pediatria

Em 25/09/2012 20:54, [tania@fcm.unicamp.br](mailto:tania@fcm.unicamp.br) escreveu:

> Boa noite Beto,

>

> Conforme conversamos hoje, formalizo a solicitação para fotografar algumas áreas comuns da enfermaria de pediatria.

> Estou finalizando minha tese de doutorado\* e gostaria de incluir algumas fotos no texto final para situar melhor o leitor que não conhece esta unidade, onde foi feita a coleta dos dados. Saliento que não serão

> fotografadas crianças, acompanhantes ou funcionários. A intenção é  
mostrar o espaço físico.  
>  
> \* Tese de doutorado intitulada: BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE  
> TRABALHO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS, sob orientação da Profa. Dra.  
Eliete Maria Silva, do PPGEnf. da FCM-Unicamp.  
>  
> Grata, no aguardo.  
> Tânia Maria Coelho Leite  
> Profa. do Depto. de Enfermagem - COTUCA - Unicamp  
> Doutoranda em Ciências da Saúde - FCM - Unicamp  
>

===

Prezada Profa. Tânia,

Em atenção à sua solicitação e às ordens internas sobre registro de  
imagens, informamos que está autorizado fotografar áreas comuns da  
enfermaria de pediatria para sua tese de doutorado.

Não é permitido fotografar pacientes, acompanhantes, funcionários e  
equipamentos.

Att

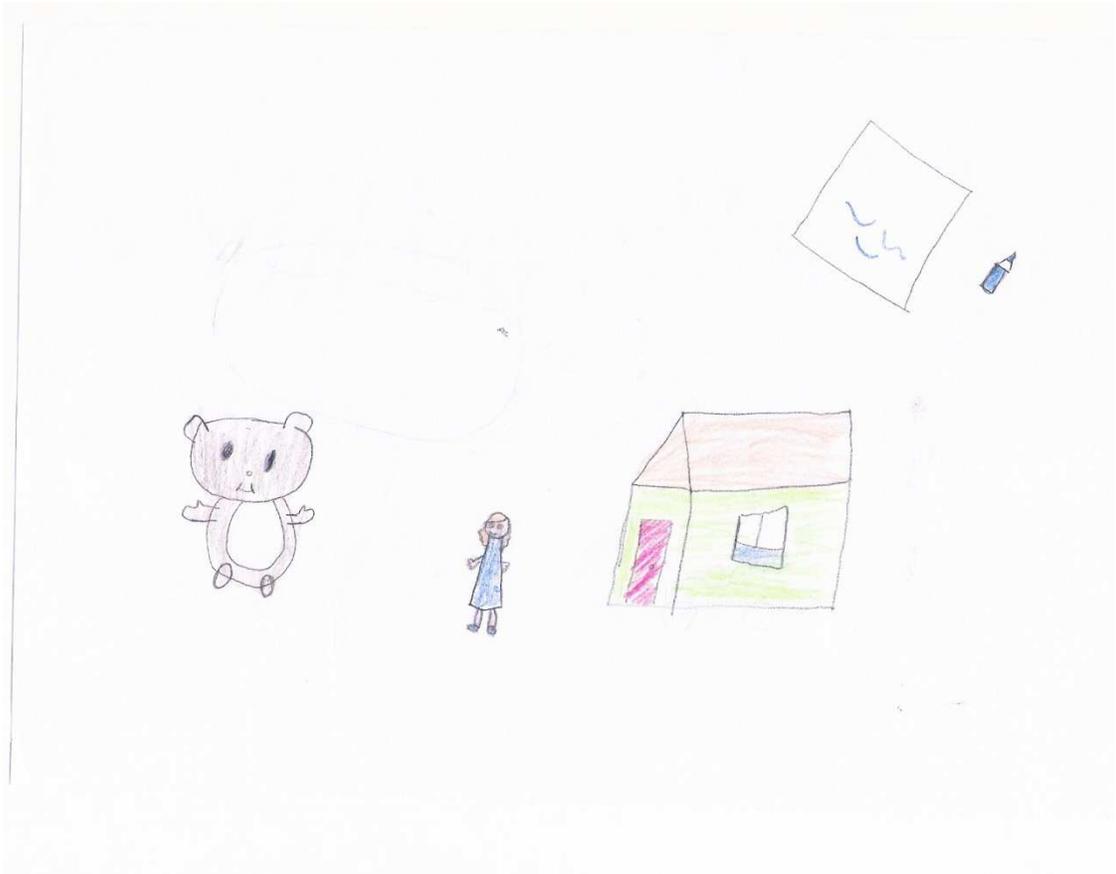
Antonio Alberto Ravagnani  
Relações Públicas  
HC/Unicamp

---

**Attachments:**

<b>untitled-[2]</b>
Size: 3.9 k
Type: text/html

---



# APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### Roteiro para entrevista com o enfermeiro:

#### Identificação:

1. Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_
2. Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
3. Codinome escolhido: \_\_\_\_\_
4. Há quanto tempo você é formado(a) em enfermagem? Onde se formou?
5. Fez especialização? Em enfermagem pediátrica? Onde?
6. Há quanto tempo trabalha em enfermagem pediátrica? E na UIP do HC?
7. Em sua formação ou em suas atividades como enfermeira, recebeu orientações sobre o uso do Brinquedo e BT para crianças hospitalizadas? Como foi? Na graduação, na especialização ou no serviço?

#### Questões:

8. Fale-me sobre suas atividades em um dia comum de trabalho na UIP.
9. Como é realizar um procedimento, doloroso ou não, em uma criança que se recusa a colaborar? De que forma lidar com essa situação?
10. Você tem lembrança de uma situação na qual o BT tenha sido utilizado? Como foi? Observou algum resultado com esse brincar?
11. Já teve oportunidade de utilizar o BT em alguma situação? Como foi? Identificou algum resultado com o brincar?
12. O BT é uma atividade do enfermeiro? Porquê?

13. Que fatores, no ambiente de trabalho facilitam a utilização do brinquedo?
14. Que fatores, no ambiente de trabalho dificultam a utilização do brinquedo?
15. Você acredita que seria possível a inserção do BT em sua rotina de trabalho? De que forma? Quais as mudanças necessárias para isso?

## APÊNDICE 2

### Roteiro para observação participante

- Data: \_\_\_\_\_ Hora: início: \_\_\_\_\_ término: \_\_\_\_\_
- Sujeito observado: \_\_\_\_\_ Codinome: \_\_\_\_\_
- Local (disposição dos móveis e das pessoas observadas em relação ao espaço físico)
- Localização do observador (posição em relação ao sujeito observado – corredor, posto de enfermagem, quarto, sala de recreação, pátio...)
- Situação observada:
  - procedimentos técnicos e instrumentos do trabalho
  - comportamentos verbais estabelecidos e atitude em relação à criança e seu acompanhante
  - o sujeito observado deu orientações à mãe e/ou à criança? De que forma? Utilizou o BT?
  - idade e condições da criança
- Descrever intercorrências durante o período de observação e quais atitudes foram tomadas, por quem?
- Tempo de duração da ação observada
- Organização e registros realizados

## **APÊNDICE 3**

### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Sou doutoranda na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e estou realizando um estudo intitulado BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE TRABALHO COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS. Este estudo visa analisar o processo de trabalho do enfermeiro pediatra com ênfase no brinquedo terapêutico em suas atividades, durante o período de hospitalização da criança.

Neste sentido, solicito sua participação para responder algumas perguntas sobre o trabalho assistencial que desenvolve junto às crianças hospitalizadas, bem como, ser acompanhado em suas atividades diárias na enfermaria de pediatria. A entrevista será gravada e as observações realizadas serão descritas em um diário de campo.

Você poderá participar ou não da pesquisa e tem o direito de responder ou não as questões, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. O seu nome e seus dados servirão apenas para o estudo e permanecerão em sigilo.

Saliento que as pessoas que participarem deste estudo não estarão expostas a riscos de qualquer forma e não receberão ajuda financeira ou outros benefícios, além da possibilidade de reflexão e melhoria no seu processo de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade de atendimento às crianças e seus acompanhantes.

Com a realização desta pesquisa, pretende-se conhecer melhor o processo de trabalho dos enfermeiros que atuam na unidade de internação pediátrica, especialmente quanto ao uso do brinquedo terapêutico durante o período de internação e, dessa forma, propor ações à equipe de enfermagem e à diretoria do hospital, se for o caso, que possam ajudar a minimizar o impacto da hospitalização na vida das crianças e seus acompanhantes.

## **Declaração de consentimento**

Tendo sido devidamente informada(o) sobre a pesquisa e seus objetivos, com oportunidade para esclarecer quaisquer dúvidas, além do compromisso da pesquisadora que poderei sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso me traga quaisquer prejuízos, aceito participar da pesquisa, recebendo uma cópia desta declaração, assinada pela pesquisadora.

Campinas,.....de .....de 20....

Nome:.....

Assinatura:.....

RG:.....

Pesquisadora: Tânia Maria Coelho Leite

Assinatura:.....

RG: 13763019-0

Tel. para contato: (19) 32082674 ou (19) 81355887

Nome da orientadora: Profª Drª Eliete Maria Silva

Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdade de Ciências Médicas:

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 -Campinas – SP

Fone: (19) 3521-8936 – Fax: (19) 3521-7187 - e-mail: **cep@fcm.unicamp.br**