

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM INTEGRANDO A
QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS
INTERNADAS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA PEDIÁTRICA¹**

***NURSING CARE INTEGRATED WITH THE QUALITY OF
LIFE OF CHILDREN ADMITTED TO A PEDIATRIC UNIT***

**Andressa Rolim Mossate²
Regina G. Santini Costenaro³**

RESUMO

A prestação de cuidados em saúde tem merecido importantes discussões tanto no contexto de promoção da saúde como de prevenção da doença. Essas, têm originado atitudes mais flexíveis de cuidado e conseqüentemente o atendimento de necessidades específicas dos seres humanos enfermos. Sendo assim, atendendo os quesitos da linha de pesquisa cuidado e conforto em enfermagem, este estudo se propõe a investigar os indicadores de qualidade de vida das crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTI. Para tal, foi realizada uma pesquisa descritiva exploratória em que foram entrevistadas oito crianças internadas em uma UTI Pediátrica de um hospital em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. Foi constatado através dos achados desta pesquisa que brincar, estudar, estar em casa, estar em companhia da mãe e dos irmãos são atributos considerados importantes na vida dessas crianças. Desta forma, estes dados podem subsidiar atitudes de cuidado mais flexíveis além de fomentar idéias para que possam ser introduzidas nas UTIs, brincadeiras, momentos diários de atividades educativas assim como uma maior permanência da companhia da mãe junto à criança, contando que ao mesmo tempo que atenda as necessidades da criança, não interfira nas condutas terapêuticas e de controle de infecção hospitalar.

Palavras-chave: criança, UTI, qualidade de vida

ABSTRACT

Providing care in health has deserved important discussions in the context of promoting health as well as preventing disease. These have given

1 Trabalho Final de Graduação .

2 Curso de Enfermagem – UNIFRA.

3 Orientador.

rise to more flexible attitudes of care and, consequently, the fulfillment of specific needs for sick human beings. Thus, filling the requirements of the research field Care and comfort in Nursing, the present study seeks to investigate the indicators of quality of life in children admitted to a Pediatric Intensive Care Unit – ICU . In order to do this, a descriptive-exploratory research was conducted by means of an interview with eight children who were in the Pediatric ICU of a hospital in a city of Rio Grande do Sul. It was observed through the research findings that playing, studying, being at home, staying with the mother and siblings are attributes considered important to the children's life. Thus, these data may subsidize more flexible attitudes of care besides fomenting ideas which make it possible to introduce, into ICUs, amusements, everyday moments of educational activities, as well as a longer stay of the mother with her child, provided that, at the time the child's needs are being fulfilled, there is no interference in the therapeutic treatment and nosocomial infection control.

Key words: children, ICU, quality of life.

INTRODUÇÃO

O cuidado humano e o cuidado de si têm sido amplamente discutido na formação profissional dos diversos cursos da área de saúde, e principalmente com mais destaque na enfermagem. Este cuidado que permite um bem estar o qual pode estar atrelado a sobrevivência, a estabilidade, ao equilíbrio, enquanto o estar bem pode direcionar-se as potencialidades, ao fortuito, ao vitalismo do viver humano (REZENDE, 1998). Portanto, ambos, o bem estar e o estar bem, podem indicar qualidade de vida, ou não.

Desta forma, a qualidade de vida apresenta-se singularmente para cada pessoa, possui indicadores ou atributos próprios e que devem ser respeitados e atendidos na medida do possível. A qualidade de vida que iniciou a ser discutida na década de 80 com mais ênfase teve seu início após a 2ª Guerra Mundial, ocasião em que os profissionais perceberam que a tecnologia não possuía um fim por si só, sendo necessário serem atendidos os aspectos emocionais e psicológicos dos seres humanos. Com esta ênfase, o interior humano com toda sua subjetividade, passou a ser mais valorizado e respeitado. Desta forma, as questões relacionadas à qualidade de vida devem estar atreladas às condições biológicas, sociais, espirituais e emocionais, uma vez que é impossível fazer esta separação. Esta valorização deve transcender a academia e ser implementada na prática profissional, principalmente nas áreas de saúde, sociais e humanas. Para embasar esta temática, ancoramos

nossas idéias em BARBOSA (1999); CHAUD (1999); CIANCIARULLO (2000); HIRSCHHEIMER *et al* (1989); PITREZ (1983); PIVA *et al* (1997); SILVA (2000) e RIBEIRO (2001); dentre outros.

Alicerçado nestas discussões, salienta-se a relevância dos cuidados de enfermagem e da flexibilidade destes no fortalecimento da qualidade de vida da clientela assistida por esta equipe profissional, merecendo especial destaque a clientela infantil, mais precisamente crianças de seis a dez anos de idade. É sobre estas que pretende-se discutir neste estudo, ou seja:

- Investigar os indicadores de qualidade de vida das crianças internadas em UTI pediátrica;

- Discutir sobre a interferência dos cuidados de enfermagem na qualidade de vida das crianças internadas em UTI pediátrica;

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A internação em uma Unidade de Terapia Intensiva é uma experiência marcante e desagradável para qualquer ser humano. Para uma criança é excessivamente traumatizante, pois esta é uma fase da vida em que o indivíduo precisa muito da presença de seus pais ao seu lado, acompanhando e auxiliando o seu desenvolvimento.

Na visão de CHAUD *et al* (1999), a hospitalização é considerada uma experiência muito estressante, tanto para a criança quanto para os pais, onde muitas vezes o vínculo afetivo entre a criança internada, sua família e ambiente em que vive é rompido. A hospitalização é percebida pela criança como um abandono dos pais ou punição pelos seus erros, gerando muita ansiedade e levando o paciente a manifestar comportamentos regressivos. A criança entende que está sendo punida por um castigo ou mau comportamento (HIRSCHHEIMER *et al*, 1989).

Quando a criança é internada em uma UTI, ela é subitamente introduzida em um ambiente desconhecido, longe de sua família, seus amigos e seus brinquedos. Na visão de PIVA *et al*, (1997), o paciente e até mesmo os pais vêm a UTI como um local perverso e cruel, onde o enfermo é despido, contido em uma cama, ligado a fios e invadido por sondas, tubos e cateteres.

Na admissão de uma criança na Unidade de Terapia Intensiva, deve-se também prestar alguns cuidados aos pais. Segundo CHAUD *et al* (1999), os pais poderão manifestar sinais de ansiedade durante a admissão do filho, que podem ser identificados através de tremores, alteração na tonalidade da voz, irritabilidade, inquietação, gesticulação, podem apresentar-se hostis e agressivos para com a equipe que cuida da criança. Contudo, no momento em que a enfermeira atende os pais em suas necessidades encorajando-os a

participar dos cuidados ao seu filho quando possível, reduz o nível de ansiedade, eleva sua confiança, fortalecendo a interação enfermeira-pais, contribuindo para o tratamento e recuperação da criança.

De acordo com PIVA *et al* (1997), o principal objetivo da terapia intensiva é oferecer o cuidado ideal à criança gravemente enferma, para que esta possa curar-se e desenvolver-se normalmente. Ao contrário de UTIs adulto, na UTI pediátrica a maioria dos pacientes que superam a fase crítica da doença podem ter a mesma expectativa de vida de qualquer criança ao nascer, que hoje equivale a 70 anos.

Dentro de uma UTI pediátrica toda a equipe deve dar ao paciente total atenção, já que seu estado de saúde encontra-se seriamente abalado e não pode ter seus familiares junto de si em tempo integral. Além do cuidado ideal, deve-se proporcionar à criança conforto, alívio do sofrimento e garantir seus direitos em um âmbito geral.

O primeiro passo para a realização de todos os cuidados de enfermagem é a observação, esta habilidade irá decidir o sucesso ou o fracasso do processo cuidativo, pois é através da observação que se reunirá subsídios para a construção deste processo (CIANCIARULLO, 2000). Mas não se observa apenas com o olhar, esta habilidade implica usar todos os órgãos do sentido – olfato, audição, visão, gustação e tato. O enfermeiro de uma UTI pediátrica necessita ter essa percepção aguçada, pois a criança muitas vezes não sabe ou não pode se expressar verbalmente. Com a prática da profissão a observação vai se aperfeiçoando, proporcionando o aprimoramento dos sentidos de forma a perceber o imperceptível. Observa-se comportamentos, padrões respiratórios, expressões faciais, aspectos de incisões, exsudatos, colorações de pele, ritmos cardíacos, odores, alterações em nível de consciência, secreções etc (CIANCIARULLO, 2000).

Na busca de se prestar uma assistência mais humanizada em meio a tanta tecnologia, aprender a estar com os que vivenciam a experiência de internação em UTI requer emergir em uma situação existencial. Na maior parte das UTIs os modelos teóricos apropriados e sistemáticos no planejamento da assistência de enfermagem, raramente são identificados com clareza. Dentre os registros de enfermagem, os mais frequentes referem-se aos parâmetros dos grandes sistemas vitais, assim como o funcionamento de aparatos como ventiladores mecânicos, drenos, cateteres, sondas, quase todos se concentrando apenas na sobrevivência como meta do trabalho em saúde (BARBOSA, 1999).

Hoje, também é um assunto de grande discussão a planta física de uma Unidade de Terapia Intensiva. Na visão de BARBOSA (1999), a possibilidade de outros contatos, iluminação natural, cores, música, enfim,

qualquer maneira de deixar o paciente mais próximo do mundo é muito importante para o restabelecimento da saúde do cliente, já que normalmente as UTIs são locais isolados, com luz artificial, janelas muito altas ou longe dos leitos, barulhos irritantes durante todo o dia.

Sabe-se que no interior de uma Unidade de Terapia Intensiva não é aconselhável ter objetos que possam desenvolver focos de infecção, como alguns tipos de brinquedo, mas em contrapartida, a criança tem o direito de tê-los a fim de diminuir o estresse causado pelos ruídos e sons de bombas, respiradores, aspiradores e da conversa constante entre a equipe.

De acordo com CIANCIARULLO (2000), a enfermeira precisa explicar aos pais sobre a necessidade que a criança tem de sua presença durante o período de hospitalização, assim como encorajá-los a participar dos cuidados de seu filho quando possível. A enfermeira pode aconselhar os pais a trazerem algum brinquedo de casa. Deste modo, a criança estabelece um elo com o seu lar e ajuda a família a perceber sua contribuição para o bem estar do filho.

O brinquedo é reconhecido universalmente como uma das melhores formas de comunicação com as crianças. Assim, para procedimentos dolorosos a enfermeira pode usá-los, favorecendo o relacionamento enfermeira-criança, permitindo que a criança manifeste seus sentimentos, fantasias, medos e conflitos sobre o procedimento a que irá ser submetida, auxiliando a criança a assimilar a realidade e reduzir a ansiedade (CIANCIARULLO, 2000).

Para que a qualidade de vida das crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva seja eficaz, é função da enfermeira entrevistar os pais abordando aspectos do desenvolvimento do paciente. Dar orientações a eles sobre higiene, alimentação, vestuário, tratamento e recuperação. Explicar sobre a dinâmica do funcionamento da UTI pediátrica estabelecendo os horários de visita, o uso de avental ao entrar no recinto, assim como a lavagem das mãos, responder a qualquer indagação amenizando o seu sofrimento (PITREZ, 1983).

Em relação à qualificação no atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica HIRSCHHEIMER *et al* (1989) nos dizem que a qualidade do cuidado prestado no âmbito da saúde, não está relacionada apenas na tecnologia de sua aparelhagem, mas sim permeia as características, atitudes, sensibilidade e comprometimento da formação de saber dos recursos humanos que a compõem. Estes profissionais incluem toda a equipe multidisciplinar de saúde que presta um atendimento diuturnamente à clientela. Neste contexto está inserido o enfermeiro, profissional que cada vez mais tem se tornado indispensável no sentido de liderar e atuar na identificação das necessidades básicas dos seres humanos nos diversos estágios do seu ciclo evolutivo, sendo que neste estudo destacamos o período infantil. O enfermeiro tem ocupado com muita propriedade o seu espaço em prol de uma assistência

individualizada e também na execução dos cuidados, na avaliação e na provisão de serviços de apoio necessários à concretização dos cuidados que devem ser realizados.

METODOLOGIA

O presente estudo aborda uma pesquisa descritiva exploratória. Para LOBIONDO-WOOD & HABER (2001), a pesquisa qualitativa tem relevância direta na prática de enfermagem, pois atua a partir de resultados para revelar processos de vida que contribuem em mudanças. Um conhecimento desses processos pode aumentar a compreensão e fornecer uma base para intervenção que talvez melhore a qualidade de vida da clientela estudada. ECO (1988), complementa escrevendo que a pesquisa descritiva se desenvolve principalmente nas ciências humanas e sociais com o objetivo de conhecer situações, atitudes ou costumes predominantes através de descrições detalhadas, seja de pessoas, objetos ou atividades. TRIVINUS (1995), também expressa que a pesquisa descritiva caracteriza-se como um estudo que descreve com exatidão o fato e o fenômeno ocorrido em determinada realidade.

Para a coleta dos dados, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada sendo que inicialmente tomava-se conhecimento da idade, patologia e período de internação na UTIP, pois um dos critérios para seleção da amostra era de que a criança deveria estar consciente e saber verbalizar as indagações, ou seja, responder a pergunta do que a mesma considerava mais importante no momento de vida atual.

Fizeram parte da clientela oito crianças, sendo sete masculinas e uma feminina com idades entre seis e oito anos, sendo que o diagnóstico das mesmas variou entre as especialidades de traumatologia e neurologia. Os dados foram coletados durante os meses de setembro e outubro de 2002. A análise dos dados foi feita por categorização, através dos depoimentos dos respondentes.

Com relação ao aspecto ético, foram respeitadas e mantidas no anonimato a identidade pessoal dos respondentes. Este aspecto está relacionado à Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos dados obtidos durante as entrevistas, pode-se apresentar os depoimentos que seguem. Salienta-se que por serem crianças, durante as entrevistas surgiram muitas informações que não serão descritas neste estudo

por não atenderem os objetivos, pois garimpamos somente as respostas que foram feitas. Salientamos que esta conduta não desmerece a contribuição que este trabalho trará para a enfermagem.

Quando perguntados sobre o que consideravam mais importante em suas vidas e o que mais gostariam no momento, surgiram as seguintes categorias:

- Falta dos amigos;
- Falta dos brinquedos;

Estas podem ser evidenciadas nos depoimentos:

Sinto falta dos meus amigos e dos meus brinquedos...
aqui não dá para brincar... mas eu preciso disso tudo...
então tenho que ficar aqui até melhorar... (m 8a)
Eu gostaria de estar em casa e não estar doente para
poder brincar com meus irmãos. (m 6a)

A infância se caracteriza pela ilimitada energia, pela curiosidade e inquietude e pela grande atividade corporal, intelectual e afetiva. A prática pediátrica, para não ficar obsoleta, precisa desenvolver-se com essas mesmas características, exercendo e investigando as condutas de cuidado mais efetivas em promover vida e qualidade de vida, fazendo com que quase nada no hospital prejudique a criança internada.

O brincar da criança representa uma condição de todo o processo evolutivo neuropsicológico saudável, que se alicerça nesta fase do desenvolvimento. Manifesta a forma como a criança está organizando sua realidade e lidando com suas possibilidades, limitações e conflitos. Introduz a criança de forma gradativa, prazerosa e eficiente ao universo sócio-histórico-cultural e auxilia a construção da reflexão, da autonomia e da criatividade (OLIVEIRA *et al*, 2000). No faz-de-conta coletivo há a necessidade de respeitar o outro para que a criança seja aceita pelo grupo, assim, ela sente um prazer enorme de brincar com outras crianças criando uma situação imaginária.

A vivência da prática da enfermagem pode colocar-se como um contínuo ir e vir da modernidade a pós-modernidade. A pós-modernidade pulveriza os discursos, os desconstrói, mas fabricamos outros para nos aprisionar. É uma luta contínua entre o dever ser, e o desejo de apenas ser e estar juntos (REZENDE, 1998). Esta idéia parece expressar o dilema entre a razão e a sensibilidade, entre o desejo e o dever que inspiram o equilíbrio ideal.

Portanto a posição de liderança e tomada de decisão do enfermeiro deve permear a negociação com a idealização, gerenciando com mais

habilidade a finitude, utilizando uma forma mais comprometida os momentos de sobra que a repetição e a rotina colocam ao nosso dispor. Vislumbra-se desta forma uma maneira de cuidar que não elimina o sofrimento, mas que pode transformar a prática da enfermagem num ser e fazer mais lúdico. Para REZENDE (1998), o “lúdico é a marca do ato criador”, que em uma modernidade embrutecedora e repetitiva, atrofiou-se pelo desuso. A hipóxia reclama pelo oxigênio da pós-modernidade, capaz de encantar a profissão e liberá-la do exagero da rigidez prescritiva e normativista.

De acordo com NEWCOMBE (1999), para a criança o ato de brincar é prazeroso e agradável; não exige metas específicas, as motivações da criança são subjetivas e não tem um propósito prático; brincar é espontâneo e voluntário, uma opção que quem brinca faz livremente; brincar envolve um determinado engajamento ativo por parte de quem brinca.

São categorias que foram verbalizadas por quase todas as crianças as que seguem, no entanto, descrevemos apenas dois depoimentos:

- Estar em casa;
- Ficar com a mãe e ter a companhia da mesma;
- Ajuda dos profissionais;
- Chorar;

Queria estar em casa com minha mãe... ela mora longe e é difícil para vir me ver. Meu pai também...sei que vocês fazem tudo o que podem para me ajudar... (f 7 a)
O que eu mais queria era que minha mãe ficasse aqui comigo até eu melhorar, mas disseram que não pode ficar... sabe, as vezes eu sinto vontade de chorar...eu já chorei, depois que minha mãe foi embora,acho que ninguém viu... (m 8a)

Embora o acompanhamento da criança hospitalizada seja assegurado no Brasil pela legislação vigente, ainda existem unidades hospitalares que apresentam restrições com relação a esta conduta aliada a comodidade por parte de alguns profissionais da saúde. Salientamos que não basta estar assegurado por lei o direito de o acompanhante permanecer junto ao paciente durante a hospitalização; é preciso também garantir e proporcionar uma qualidade a este acompanhante, bem como conscientizar o cidadão sobre seus direitos, resgatando os aspectos éticos e de humanização da assistência. Convém ressaltar que nesta discussão trata-se da permanência de um acompanhante na UTI Pediátrica, situação esta, um tanto complicada, uma vez que o ambiente é propenso a infecção e portanto o fluxo de pessoal deve ser reduzido. Outro aspecto que deve ser mencionado está relacionado à estrutura física inapropriada da UTI para acomodar familiares diuturnamente.

As restrições ao acesso de familiares ultrapassam os limites do papel social da Instituição, e descaracterizam o papel da família nos cuidados a criança e na relação com os prestadores de serviços (ZANNON, 1994). Mettel e Lobo, citados por ZANNON (1994) relatam que a presença de familiares principalmente a mãe, modifica de forma favorável o comportamento da criança, dá segurança e tranquilidade.

A presença da família na internação da criança, além de colaborar no tratamento, também fornece um apoio sócio-afetivo e desenvolvimento de habilidades para cuidar da criança, bem como enfrentamento do estresse e da ansiedade. Ao cuidar dos aspectos sócio comportamental do lado materno, a assistência hospitalar pediátrica aproxima-se do caráter relacional e bidirecional do termo saúde materno infantil (ZANNON, 1994).

Também foram categorias mencionadas por muitas crianças e estão explicitadas na seguinte verbalização:

- Ficar em casa;
- Estudar;

Eu gostaria de estar em casa e não ter parado de estudar...eu sei que ainda vou ficar muitos dias aqui... foi um acidente... uma perna quebrada demora para melhorar. (m8a)

Toda relação humana pode ser considerada educativa assim como, o contato com a criança pode deixar marcas que definem posições e atitudes. Estas relações estabelecidas com a criança e mediadas pelo mundo dos objetos, das pessoas com seu cotidiano e rituais de vida, também são educativas.

O nível de motivação ou o esforço que a criança tem em relação à aprendizagem é determinado por fatores de conquista e realização, ou seja, o valor que a criança dá ao sucesso. São eles: padrões de desempenho, expectativas e convicções a respeito de suas capacidades, atribuições a respeito das razões para o sucesso ou o fracasso e as noções que a criança tem sobre o que é inteligência (NEWCOMBE, 1999).

Foram categorias que surgiram nas entrevistas e que podem causar muitos questionamentos nos profissionais principalmente quando a criança refere:

- O silêncio na UTI;
- O medo;
- Muitas máquinas.

Aqui é muito silêncio... sinto medo... são muitas máquinas ... eu queria mesmo estar em casa com minha família... (m 8a)

Este sentimento nos reporta a idéia de CABRAL (1998), em que o cuidar técnico leva a separação entre corpo biológico e o corpo social, ou ainda, o cuidar técnico do corpo biológico é a objetividade do fazer da enfermagem. Sob este aspecto, se estabelece o grande debate em torno do cuidar enquanto expressão objetiva ou subjetiva.

Desta forma, um cuidar que refuta a emoção no processo de interação com a criança, ocorre através de procedimentos técnicos, e o cuidar que inclui a afetividade demonstra o caráter humano de se relacionar com o mundo e com as pessoas. Portanto, a afetividade pode amenizar a ação tecnológica que desumaniza e que ao mesmo tempo isola a criança do mundo.

Embora BARBOSA (1999) menciona sobre a interferência do ruído no ambiente da UTI, percebe-se que algumas crianças também “queixam-se” do silêncio, estando este atrelado a ausência do som de rádio, televisão, conversas dos amigos e até mesmo a carência de brincadeiras.

Mediante os desejos de brincar manifestados pelas crianças, salienta-se a necessidade da existência de terapêuticas lúdicas no ambiente hospitalar, uma vez que este tipo de cuidado pode amenizar a dor das crianças enfermas. O lúdico pode manifestar-se através de uma enfermagem estimulante/provocadora, colorida, com brinquedos, quadros e fantoches e através destes os profissionais podem observar as ações e reações de cada criança e com certeza animar e melhorar o seu estado clínico.

De acordo com HUDAK & GALLO (1997), a ausência de atenção pode realmente trazer efeitos prejudiciais sobre a saúde e a recuperação das pessoas. O calor humano, o amor e a atenção compreensiva estão entre os elementos essenciais em qualquer recuperação. O enfermeiro parece ser o profissional mais propenso e capaz de proporcionar estes aspectos humanos do tratamento.

Nesta perspectiva, DIAS (2002), expressa que a humanização de assistência contempla, além do cuidado ao ser doente, a participação efetiva e/ou companheiro da família. Na ocasião em que uma criança está enferma, é essencial que a enfermagem proporcione o máximo de contato entre mãe e filho.

Klaus & Kennel, citados por NÓBREGA *et al* (2000) destacam que o laço original entre pais e bebê é a principal fonte para todas as ligações subseqüentes deste, e é o relacionamento formativo no decorrer do qual a criança desenvolve o sentimento de si mesma. A força e o caráter deste apego influenciarão na qualidade de todos os laços futuros.

Como escreve SILVA (2000), não podemos nos acostumar com o sofrimento, a dor, o silêncio do ambiente hospitalar, que muitas vezes é interrompido por gemidos, gritos, respirações estertorosas... assim como não podemos deixar de perceber o que há por trás de cada uma dessas manifestações e esquecer o motivo e o propósito de fazermos parte de toda

uma estrutura que existe dentro de um hospital e aqui nestas discussões, mais especificamente dentro de uma UTI pediátrica.

Desta forma, a flexibilidade e a inovação devem predominar em nossas atitudes para que consigamos modificar o ambiente aparentemente triste de uma UTI pediátrica. Será que pelo fato de ali ter crianças internadas não seria motivo suficiente para desmistificar uma rotina, SILVA (2000), o familiar é muito importante para que possamos entender o paciente, e para isso pode nos ajudar muito na tarefa de reequilibrar e rearmonizar o doente.

Para que este familiar não torne cada vez mais complicada a situação, este deve ser preparado para participar do cuidado emocional da criança. Na idéia de RIBEIRO (2001), a orientação efetiva dos pais e/ou familiares sobre as condições de saúde da criança, auxiliam para abrandar a ansiedade, o medo e a insegurança vivenciados por estes. Desta forma, as orientações deficitárias sobre as rotinas e normas da unidade de internação, podem interferir no cuidado prestado pela família à criança, como também interfere na interação da equipe de saúde com a família. Para CIANCIARULLO (2002), a atenção centrada na família, entendida, percebida, e situada a partir de seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores identificados, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde doença, num contexto de um território definido geográfico e administrativamente.

CONCLUSÕES

Este estudo pode oferecer subsídios que flexibilizem a rotina de atividades técnicas e de cuidados nas UTIs pediátricas. Também pode ser viabilizado um treinamento dos profissionais com participação de crianças que já estiveram internadas em UTI e que se dispusessem a participar e relatar suas experiências, fortificando com solidariedade, ternura e muito amor os cuidados de enfermagem prestados, salientando as condições de relações bem sucedidas que ocorrem nos momentos em que a criança está vulnerável por ocasião do surgimento de doenças. São estas condições que devem ser levadas em conta e admiradas quando a criança solicita a presença da mãe, do pai e/ou dos irmãos.

Acredita-se que o enfermeiro tem muito a conquistar e explorar através de suas capacidades e que não deve limitar-se apenas a atividades assistenciais e administrativas, ou técnicas burocráticas, mas deve sim buscar novos desafios, enfatizando uma nova abordagem para a enfermagem.

Neste sentido, a presença do enfermeiro, não como um mero profissional da saúde, mas como um ser humano que é capaz de perceber e entender o que significa bem estar para o seu cliente, vem se tornando cada

vez mais indispensável para a garantia da qualidade na prestação de cuidados intensivos infantis. Cuidados estes, que mais tarde poderão se refletir nas relações interpessoais da criança que os recebeu.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, S.F.F. 1999. **A Transcendência do Emaranhado Tecnológico em Cuidados Intensivos – A (Re) invenção possível**. Blumenau: Nova Letra.

BRASIL. 1996. Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987. **Revista de Bioética**, v. 4, p. 15-25.

CABRAL, I.E. 1998. **Aliança de Saberes no Cuidado e Estimulação da Criança – Bebê**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery.

CHAUD, M.N.; *et al.* 1999. **O Cotidiano da Prática de Enfermagem Pediátrica**. São Paulo: Atheneu.

CIANCIARULLO, T.I. 2000. **Instrumentos Básicos para o Cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu.

CIANCIARULLO, T.I. 2002. Compreendendo a Família no Cenário de uma nova Estratégia de Saúde. In: CIANCIARULLO, T.I. *et al.* 2002. **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Robe.

DIAS, C.C. 2002. **Humanização da Assistência ao Recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: sensibilizando pais e equipe para o ato de cuidar e para a problemática da AIDS**. Relatório de estágio supervisionado em enfermagem: UFSM.

ECO, U. 1988. **Como se Faz Uma Tese em Ciências Humanas**. Lisboa: Presença.

HIRSCHHEIMER, M.R.; MATSUMOTO, T.; CARVALHO, W.B. 1989. **Terapia Intensiva Pediátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu.

HUDAK, C.M.; GALLO, B.M. 1997. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. 2001. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara.

NEWCOMBE, N. 1999. **Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen**. 8.ed. Porto Alegre: Artmed.

NÓBREGA, F.J. *et al.* 2000. **Distúrbios Nutricionais e Fraco Vínculo Mãe/Filho**. Rio de Janeiro: Revinter.

OLIVEIRA, V.B. *et al.* 2000. **O brincar e a Criança do Nascimento aos Seis anos**. Petrópolis: Vozes.

PITREZ, J.L. 1983. **Tratamento Intensivo em Pediatria**. São Paulo: Fundo Editorial BYK – Prociencx.

PIVA, J.P.; CARVALHO, P.; GARCIA, P.C. 1997. **Terapia Intensiva em Pediatria**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI.

REZENDE, A.L.M. 1998. O cotidiano da enfermagem no trabalho em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 49. Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 7 a 12 dez/1997. Ed. ABEn/MG.

RIBEIRO, N.R.R. 2001. **Famílias Vivenciando o Risco de Vida do Filho**. Florianópolis: UFSC.

SILVA, M.J.P. 2000. **O Amor é o Caminho**. São Paulo: Gente.

TRIVINUS, A.N.S. 1995. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.

ZANNON, C.M.L.C. 1994. A importância da Hospitalização Conjunta: da prescrição ao ponto de vista da família. **Revista de Pediatria Moderna**. V. XXX. N7 – dez.