

REFLETINDO SOBRE A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA

THE FAMILY'S ROLE IN THEIR CHILDREN'S HOSPITAL CARE

REFLEXIONANDO SOBRE LA INSERCIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO AL NIÑO HOSPITALIZADO

Giovana Calcagno Gomes^I
Alacoque Lorenzini Erdmann^{II}
Josefine Busanello^{III}

RESUMO: Trata-se de um estudo reflexivo que teve por objetivo apresentar uma discussão acerca da inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. Para discutir este tema, foram resgatados os principais acontecimentos históricos, políticas públicas e leis que contribuíram para a criação dos primeiros serviços voltados para a saúde pediátrica e a consolidação da presença da família no hospital. Verificou-se que as mudanças ocorridas na forma de organização das unidades pediátricas, a partir da inserção da família no cuidado, ainda não se encontram bem definidas, estando em um processo constante de construção e de debate das possibilidades de (re)organização da prática assistencial. A reciprocidade no cuidado pode favorecer uma melhor identificação das necessidades das crianças possibilitando, assim, o planejamento de uma assistência mais integral, holística e humana.

Palavras-Chave: Família; cuidado da criança; hospital; enfermagem.

ABSTRACT: This theoretical-reflective study discusses the family's role in hospital childcare. For this purpose, a survey was made of key historical events, policies and laws that contributed to establishing the first pediatric health services and validating the family's presence in the hospital. It was found that the changes that have occurred in how pediatric units are organized since the family's role in care was accepted are not yet well-defined, but rather are in a constant process of construction and of discussion of the possibilities for (re)organizing care. Reciprocity in care can help identify children's needs better, making it possible to plan more comprehensive, holistic and humane care.

Keywords: Family; childcare; hospital; nursing.

RESUMEN: Se trata de un estudio de reflexión que tuvo por objetivo presentar un debate sobre la inserción de la familia en el cuidado al niño hospitalizado. Para discutir este asunto, fueron rescatados los principales acontecimientos históricos, políticas públicas y leyes que contribuyeron para la creación de los primeros servicios dirigidos para la salud pediátrica y la consolidación de la presencia de la familia en el hospital. Se verificó que los cambios acaecidos en la forma de organización de las unidades pediátricas, a partir de la inserción de la familia en el cuidado, aún no están bien definidas, estando en un proceso constante de construcción y de debate de las posibilidades de (re)organización de la práctica de asistencia. La reciprocidad en el cuidado puede favorecer una mejor identificación de las necesidades de los niños posibilitando, así, el planeamiento de una asistencia más integral y holística.

Palabras Clave: Familia; cuidado al niño; hospital; enfermería.

INTRODUÇÃO

A questão que norteou este estudo foi: como se deu a inserção da família como cuidadora da criança no hospital? A partir deste questionamento, o presente artigo teve por objetivo apresentar uma reflexão

acerca da inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. Realizamos uma retrospectiva resgatando os principais acontecimentos históricos e as políticas públicas que contribuíram para a criação

^IEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: agomes@mikrus.com.br.

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração da Enfermagem e da Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br.

^{III}Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente e do Grupo de Pesquisa Viver Mulher da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: josefinebusanello@hotmail.com.

ção dos programas voltados para a saúde pediátrica e a consolidação da presença da família no hospital, além das implicações desse panorama na organização da assistência de enfermagem.

UM OLHAR PARA A HISTÓRIA

As sociedades ocidentais passaram a preocupar-se com a *conservação* das crianças a partir do século XVII, e mais especificamente ao final do século XVIII. Nessa época, os índices de mortalidade infantil aumentavam descontroladamente, em função da gravidade das doenças que assolavam a Europa, além do grande número de crianças que eram abandonadas pelos pais¹.

Conforme registros do século XVII, a cada quatro crianças nascidas pelo menos uma morria até completar o primeiro ano de vida. Uma das explicações para este assombroso fato estava vinculada ao costume popular da época de confiar as crianças às amas de leite ou nutrizas, que, geralmente, se encarregavam do cuidado de muitas crianças ao mesmo tempo, tornando, assim, o cuidado individualizado inadequado¹.

No Brasil, até o século XIX, muitas crianças também não recebiam os cuidados necessários, muitas eram ignoradas e confiadas às escravas. Isso porque as mulheres, na sua maioria, não eram preparadas para amamentar e cuidar de seus filhos². Com o passar do tempo e em virtude de questões religiosas, políticas e sociais, a criança passou a ser mais valorizada como um ser humano e como um cidadão de direitos sociais. Outro fator que influenciou o interesse pela preservação das crianças na época foi o número reduzido de homens por toda Europa, comprometendo o trabalho e a economia das nações. Diante destas questões, a medicina oficial voltou-se, então, para a criança. Popularizaram-se os ensinamentos sobre o parto e combateram-se práticas populares, consideradas pelo governo como insalubres³.

O hospital ainda não era visto como um lugar de cura e sim como um local para a internação de pobres, loucos e prostitutas, servindo como uma instituição mista de assistência, exclusão e transformação psicossocial. Por volta de 1760, devido à industrialização e à necessidade de trabalhadores sadios, os hospitais passaram a oferecer tratamento para diversas enfermidades e atender pacientes de todas as faixas etárias⁴.

Pasteur, no século XIX, também contribuiu para os avanços da medicina curativa e preventiva, ao descobrir que muitas doenças eram causadas por agentes externos ao corpo e que, para evitá-las, era preciso eliminar estes agentes do organismo. Na mesma época, criava-se a puericultura e, paralelamente, desenvolveu-se a pediatria. Surgiram os movimentos higienistas, por volta de 1880, que impuseram às populações uma nova concepção para as questões

voltadas para a transmissão, fatores relacionados e prevenção de doenças. Diante de todas estas questões visando à preservação das crianças, as mulheres eram incentivadas a transmitir em suas famílias, sistematicamente, as regras da puericultura moderna. Desse modo, a mulher passou a acumular o dever de cuidar da saúde da criança².

Em 1802, foi fundado, em Paris, o primeiro hospital pediátrico, seguido por outro em Londres e, em 1850, nos Estados Unidos. Surgiu, assim, a necessidade de treinamento específico da equipe de saúde pediátrica. Só em 1888 surgiu a enfermagem pediátrica moderna⁵. Naquela época, as instituições hospitalares tinham, inicialmente, a função de prevenir a transmissão de infecções, mantendo, então, as crianças isoladas. Os antibióticos ainda não haviam sido descobertos e as doenças infectocontagiosas alastravam-se com muita facilidade, dizimando um grande número de crianças. Por isso, logo após o parto, a família era afastada de qualquer envolvimento com o recém-nascido, ficando este isolado no berçário até a alta hospitalar⁶.

Os pais eram proibidos de visitar os filhos internados, pois havia a crença de que poderiam transmitir-lhes doenças. A criança era assistida, apenas, pelos profissionais da equipe de saúde, e a enfermagem, apesar de deter o conhecimento sobre o cuidado à criança, estava preparada para cuidar da doença⁷.

Em 1930, preocupadas e insatisfeitas com a falta de preparo no atendimento aos aspectos emocionais e afetivos da criança, enfermeiras norte-americanas apontavam a abordagem assistencial adotada como ultrapassada e ineficiente⁴. Mas somente após a Segunda Guerra Mundial, com a descoberta dos antibióticos e da concepção da criança como um ser em crescimento e desenvolvimento que tem também necessidades psicossociais, que a questão do afastamento da criança de sua família, durante a hospitalização, começou a ser repensada⁶. A partir disso, muitos trabalhos passaram a ser desenvolvidos, apontando os efeitos desfavoráveis da hospitalização com isolamento da criança, tanto para ela como para sua família⁸.

Em 1943, começou a ser amplamente divulgado e discutido o alojamento conjunto. Inicialmente, foi chamado de *rooming-in*, visando facilitar a relação mãe-filho no pós-parto em um sistema de instalação da maternidade em que a mãe e o recém-nascido, e, muitas vezes, também o pai, coabitavam na mesma dependência, favorecendo, através desta aproximação, o contato físico prolongado dos pais com a criança⁹.

Os pesquisadores, naquela época, apontavam a presença dos pais durante a internação das crianças no hospital como um fator positivo para sua recuperação, capaz de proporcionar um relacionamento favorável entre a criança e a família. Além disso, este

momento era aproveitado para ensinar e promover o desenvolvimento de habilidades dos pais para o cuidado da criança⁹.

Assim, nas décadas de 1940 e 1950, passou a ser difundida a ideia de que a hospitalização com a presença de acompanhante não contribuía para o aumento do risco infeccioso. Ao mesmo tempo, diversos autores publicavam estudos que comprovavam a diminuição dos índices de infecção, redução dos custos e dos dias de internação, resultado da presença da família durante a hospitalização da criança⁹.

Em 1951, a Organização Mundial da Saúde publicou um relatório apontando a privação da presença materna como um fator perturbador da saúde mental da criança. Este documento desencadeou importantes transformações na assistência de enfermagem à criança e também aos pais, passando a ser aceita, parcialmente, a ideia de alojamento conjunto, com a liberação de visitas de familiares à criança, por um tempo limitado¹⁰.

Em 1959, na Inglaterra, foi publicado o Relatório Platt - *O bem-estar da criança hospitalizada* que, entre outras coisas, recomendava a internação das crianças em unidades próprias e não mais junto com os adultos, como ocorria até então, bem como a visita dos pais a seus filhos internados em qualquer horário do dia ou a sua permanência como residentes. Com isso, esse relatório desencadeou um processo de discussão entre pais e profissionais da saúde, em busca da humanização desta experiência⁶.

No entanto, a inserção destas recomendações foi lenta. Havia grande dificuldade de implementá-las, pois, além da falta de acomodações nos hospitais para a permanência do acompanhante, a equipe de saúde permanecia muito resistente em aceitar e dividir o espaço hospitalar com a família. As ações governamentais, por sua vez, limitaram-se à emissão de circulares sucessivas, apenas advertindo às instituições que não aderissem às recomendações do relatório¹¹.

A permanência da família e da criança na *unidade de internação conjunta* alterou o processo de trabalho da enfermagem, na medida em que o acompanhante passou a realizar alguns cuidados que antes eram de competência da equipe de enfermagem. Entretanto, na década de 1970, a assistência de enfermagem à criança ainda permanecia centrada na patologia¹².

Em 1975, a ênfase passou a ser dada à assistência global à criança com atenção para os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A *unidade de internação conjunta* tinha uma forte aderência com esta filosofia de assistência. Favorecia o atendimento das necessidades psicomotoras da criança e das necessidades afetivas tanto da mãe quanto do filho; permitia à equipe de saúde um maior contato com as famílias, identificando sua situação socioeconômica

e cultural para melhor promover a assistência às necessidades individuais e a educação em saúde, pois o momento de internação da criança também ensinava que se ensinassem às mães e aos demais familiares formas mais efetivas de cuidados à criança e propiciava uma assistência mais holística e humanizada à família¹².

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA NO BRASIL

Iniciou-se, no Brasil, na década de 1980, um forte movimento com vistas a garantir os direitos das crianças. Com a mudança no modelo de saúde vigente que buscava uma assistência mais integral foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984¹³. Esta política de atenção envolvia ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas, controle das doenças diarreicas e daquelas prevenidas por imunizações. Apesar de priorizar a assistência à criança na rede básica de saúde, em nível hospitalar, foram implementadas estratégias com vistas a humanizar o pré-natal e o parto, dando mais espaço para a participação da família no cuidado ao bebê.

O primeiro Estado brasileiro a assegurar este direito à família foi São Paulo, através da Resolução nº SS 165, que propôs o Programa Mãe-Participante a todas as instituições hospitalares¹³. Este programa incorporou para a *unidade de internação pediátrica* a mesma filosofia do *sistema de alojamento conjunto* adotado nas maternidades, com a presença constante da mãe ou outro familiar cuidador em tempo integral junto à criança, durante a sua hospitalização. A partir desta experiência, aos poucos, outros hospitais foram incorporando esta metodologia de trabalho.

Na década de 1990, foi regulamentada a Lei nº 8069, que disciplina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tornando universais os direitos das crianças e dos adolescentes em usufruírem do *sistema de alojamento conjunto pediátrico*¹⁴. Em 1993, buscando humanizar o cuidado aos recém-nascidos de baixo peso e promover a saúde integral de pais-bebê, foi implantada a norma relativa ao Método Mãe-Canguru. Nesse ano, também foi criada a Portaria Ministerial nº 1.016, de 26 de agosto, regulando as normas básicas para implementação do *sistema de alojamento conjunto* em todo território nacional¹⁵.

Conforme essa Portaria, a internação conjunta da criança com a família deve ser obrigatória, com o objetivo de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe/filho e o desenvolvimento de programas educacionais. Estas recomenda-

ções são, também, preconizadas pelo ECA, que estabelece a obrigatoriedade do *alojamento conjunto*, tendo em vista a necessidade de estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diferentes níveis de atendimento. Apesar do ECA e da Portaria nº 1016, apenas em 1997 o Ministério da Saúde recomendou que, nos casos em que não havia risco, nem contraindicação para o bem-estar da criança, a permanência das mães e familiares durante a hospitalização era relevante para a evolução clínica da criança⁷.

CUIDADO COMPARTILHADO

A inserção da família em período integral no ambiente hospitalar, sua participação no cuidado e a natureza das relações entre crianças, pais e profissionais tem desencadeado novas formas de organização da assistência à criança hospitalizada¹⁶. Essas alterações não se restringem apenas em mudanças nas rotinas hospitalares e em aspectos referentes à estrutura física, mas, de igual forma, interferem na trama de relações sociais complexas e cristalizadas presentes nas instituições nas quais a burocracia, o poder, a hierarquização, a rigidez e a administração não participativa, geralmente, ainda prevalecem¹⁷.

Nesse sentido, torna imprescindível a ampliação do foco assistencial restrito à criança, expandindo a atenção dos enfermeiros à família e aos demais cuidadores¹⁸. A enfermagem vem desencadeando inúmeros estudos e pesquisas que revelam a importância da presença da família como fator crucial para a recuperação da criança hospitalizada. Essa questão é enfatizada em uma pesquisa desenvolvida em São Paulo, com cuidadores de crianças internadas em um hospital referência para tratamento de doenças onco-hematológicas, na qual foi destacada a dependência das crianças em relação aos seus cuidadores, enfatizando o vínculo familiar como fator transmissor de segurança, proteção e bem-estar ao ser cuidado¹⁹.

Autores, ao abordarem essa temática, revelaram que a família pode ser considerada um dos principais precursores da amenização dos efeitos negativos acarretados pela dor, pelo medo e insegurança advindos da experiência da internação hospitalar. O meio social no qual está inserido a criança poderá proporcionar experiências significativas para ela, tornando-se principal fonte de estimulação e responsável pela transmissão de experiências positivas para o desenvolvimento da criança²⁰.

Outro estudo dedicado à compreensão das vivências do familiar da criança portadora de doenças crônicas em face da hospitalização, desenvolvido em uma *unidade pediátrica universitária*, revelou que é fundamental a participação da família no cuidado. A presença do cuidador possibilita uma relação de estí-

mulos agradáveis, tornando o ambiente menos agressivo, além de contribuir para o fortalecimento dos laços afetivos, de compreensão, amor e cuidado²¹.

A consagração da participação da família no cuidado à criança enferma também é referenciada em uma pesquisa que apresentou uma revisão de literatura voltada para a família da criança hospitalizada. Este estudo destaca a importância do enfermeiro considerar as necessidades da criança hospitalizada, bem como da família cuidadora, destinando sua atenção à opinião, aos sentimentos e questionamentos da mesma, criando, dessa maneira, possibilidades de estabelecer interações efetivas, de compartilhar os cuidados e de elevar a qualidade e a satisfação da assistência prestada²².

Portanto, o desenvolvimento de práticas assistenciais em pediatria requer que o enfermeiro envolva não somente a criança nas ações e cuidados, mas abarque também neste processo o seu universo relacional e social, de tal modo a considerar criança e família como um só cliente²³. Nesse sentido, a aproximação com a família que vivencia a situação de hospitalização da criança viabiliza ao enfermeiro o planejamento de intervenções sensíveis tanto às particularidades como ao potencial de cada família²⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção de um acompanhante e seu envolvimento no processo terapêutico torna fundamental a compreensão da dinâmica das relações entre os agentes que prestam o cuidado. É importante que o enfermeiro tenha a sensibilidade de compreender os sentimentos vivenciados na situação de doença e internação da criança, favorecendo a adaptação dos cuidadores ao processo hospitalização²⁵, bem como estar alerta às novas necessidades que estão sendo criadas nesse espaço e que envolvem a forma de organização das unidades pediátricas⁷.

Essas não consistem apenas em simples alterações no projeto e na caracterização da unidade, ou no tipo de facilidades dadas à família. Podem também ser observadas nas atitudes dos profissionais de saúde quanto ao envolvimento dos pais no cuidado à criança hospitalizada, na relação que esses estabelecem com os pais, na qualidade da assistência, enfim, alterações que envolvem a dinâmica do trabalho de uma forma geral¹⁶.

A presença dos pais e parentes próximos requer que os profissionais de enfermagem realizem uma avaliação da unidade familiar com dados sobre seu ciclo vital, sua composição, uso dos recursos sociais, econômicos e pessoais, suas crenças e cultura²⁶. Esta estratégia poderá facilitar a relação entre a equipe de enfermagem e a família, e assim garantir um cuidado efetivo e de qualidade à criança.

REFERÊNCIAS

1. Morel MF. L'enfant malade aux XVII et XIX siècles. In: Cook J, Domergues, JP. L'enfant malades et le monde médical: dialogue entre famille et soignants. Paris (Fr): Syros; 1993. p.11-36.
2. Crepaldi MA. Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. São Paulo: Editora Universitária; 1999.
3. Ariés P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.
4. Lima RAG. Criança hospitalizada: a construção da assistência integral [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1996.
5. Rocha SM. A criança na sociedade brasileira: educar, prevenir, cuidar. In: Anais do I Congresso Paulista de Enfermagem Pediátrica; 1995 out; São Paulo; Brasil. São Paulo, 1995. p.3-7.
6. Darbishire P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *Journal Advance Nurse*. 1993; 18:1670-80.
7. Gomes GC. Compartilhando o cuidado: construindo, através da vivência da internação hospitalar da criança, um novo modo de cuidar [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
8. Coyne IT. Parental participation in care: a critical review of the literature. *Journal Advance Nurse*. 1995; 21:716-22.
9. Cypriano MS, Fisberg M. Mãe-participante: benefícios e barreiras. *Jornal de Pediatria*. 1990; 66(4/5):92-7.
10. Collet N, Oliveira BRG. Criança hospitalizada sem acompanhante: experimentando o sofrimento. *Texto Contexto Enferm*. 1998; 7:255-67.
11. Thorne R. Parental access and family facilities in children's ward in England. *British Medical Journal*. 1983; 287:190-2.
12. Collet N. Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1995.
13. Ministério da Saúde (Br). Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Brasília (DF): PAISC; 1984.
14. Ministério da Saúde (Br). Estatuto da Criança e do Adolescente. 3ª ed. Brasília (DF); Editora do Ministério da Saúde; 2008.
15. Ministério da Saúde (Br). Normas básicas para alojamento conjunto. Brasília (DF); Departamento de Saúde Materno-Infantil; 1993.
16. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12:191-7.
17. Gomes GC, Erdmann AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005; 26(1):20-30.
18. Coelho LP, Rodrigues BMRD. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:188-93.
19. Beck ARM, Lopes MHB. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:670-5.
20. Bortolote GS, Bretãs JRS. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Rev Esc Enf USP*. 2008; 42(3):422-9.
21. Silva FM, Correa I. Doença crônica na infância: vivências do familiar na hospitalização da criança. *REME - Rev Min Enferm*. 2006; 10(1):18-23.
22. Andraus LMS, Minamisava R, Munari DB. Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2004; 3(2):203-8.
23. Faquinello P, Higarash IH, Marcon SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16:609-16.
24. Silveira AO, Ângelo M, Martins SR. Doenças e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:212-7.
25. Monteiro MAA, Pinheiro AKB, Souza AMA. Vivências de puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007; 11:276-82.
26. Wernet M, Angelo M. A enfermagem diante das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev enferm UERJ*. 2007; 15:229-35.