

# A Enfermagem em Pediatria e Puericultura

Edilza Maria Schmitz



 Atheneu

ENFERMAGEM ■ PEDIATRIA ■ PUERICULTURA ■ ENFERMAGEM ■ PEDIATRIA ■ PUERICULTURA ■ ENFERMAGEM

ENFERMAGEM ■ PEDIATRIA ■ PUERICULTURA ■ ENFERMAGEM ■ PEDIATRIA ■ PUERICULTURA ■ ENFERMAGEM

# Assistência à Criança Hospitalizada: Tipos de Abordagem e suas Implicações para a Enfermagem

Ingrid Elsen  
Zuleica Maria Patrício

As bases da assistência à criança hospitalizada têm se modificado nas últimas décadas em decorrência dos resultados de pesquisas nas áreas das ciências médicas, humanas e sociais. A partir dessas contribuições desenvolveram-se diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo saúde-doença e que vêm orientando a prática pediátrica. Essas perspectivas influenciam a visão dos profissionais sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade, tipos de problemas a serem identificados, objetivos, a abrangência da assistência, a composição e inter-relacionamento da equipe de saúde.

A seleção de uma determinada abordagem por uma instituição decorre dos valores e crenças pessoais e profissionais dos elementos que compõem a equipe de saúde e administrativa, da teoria explicativa sobre saúde e doença adotada no sistema de saúde vigente e dos recursos disponíveis.

Todo o hospital dispõe de uma abordagem de assistência à criança hospitalizada que mesmo não estando explicitada em seus regimentos e manuais pode ser facilmente identificada na rotina diária da unidade.

## TIPOS DE ABORDAGEM

A partir de estudos e sua vivência profissional as autoras identificaram três tipos diferentes de abordagem:

- 1) Centrada na patologia da criança
- 2) Centrada na criança
- 3) Centrada na criança e sua família.

Entretanto não se pretende afirmar que são estas as únicas existentes e que sempre são encontradas na sua forma pura, admitindo-se

que a conjugação dessas perspectivas talvez seja o mais comum.

Para satisfazer o conhecimento e a distinção de cada uma das abordagens referidas apresentaremos suas caracterizações no quadro 15.1.

### Abordagem centrada na patologia da criança

Esta abordagem caracteriza-se por ter como foco de assistência a criança portadora de uma determinada patologia, sinal ou sintoma, que necessita de cuidados profissionais (Quadro 15.1.). A equipe de saúde e a administração hospitalar que adotam este tipo de perspectiva costumam compartilhar as seguintes crenças e valores:

- a) A criança é um ser limitado, dependente, sem poder de decisão;
- b) A criança tem características físicas que diferem dos adultos, principalmente em relação aos seus órgãos e sistemas; e
- c) A prática pediátrica consiste fundamentalmente no diagnóstico e cura da doença.

Nesta abordagem todo o esforço da equipe de saúde é concentrado na obtenção de dados referentes aos problemas de saúde da criança, no diagnóstico acurado e na pronta instalação das medidas terapêuticas.

A unidade de internação é caracterizada pela sua funcionabilidade. As crianças são normalmente agrupadas nas enfermarias conforme o diagnóstico médico e, mais raramente, a partir do médico que trata a referida patologia. Os visores que compõem as paredes das enfermarias têm dupla finalidade: permitir que os familiares visualizem suas crianças quando o contato direto é impossível, e para que a

**Quadro 15.1**  
**Tipos de abordagem na assistência à criança hospitalizada**

	<i>Centrada na patologia da criança</i>	<i>Centrada na criança</i>	<i>Centrada na criança e sua família</i>
a) Foco da assistência	Doença da criança.	A criança em determinado estágio de desenvolvimento, doente e afastada do seu ambiente.	A criança, em determinado estágio do seu desenvolvimento, doente e membro de uma família, inserida em um determinado ambiente ecológico, socioeconômico e cultural.
b) Dimensões da saúde	Biológica.	Biopsicoespiritual.	Biopsicoespiritual, social, cultural e ecológica.
c) Teorias subjacentes ao modelo	Teorias desenvolvidas nas áreas físicas e biológicas.	Teorias desenvolvidas nas áreas das ciências humanas, além das anteriores.	Teorias desenvolvidas nas áreas das ciências sociais acrescidas das anteriores.
d) Objetivos da assistência	Recuperar a saúde da criança através de medidas terapêuticas.	Recuperar a saúde e minimizar as repercussões psicológicas provenientes da hospitalização. Atender às necessidades de crescimento e desenvolvimento, condições clínicas da criança. Incentivar a participação da criança e família nos cuidados.	Recuperar a saúde da criança, promovendo condições para evitar intercorrências hospitalares. Incentivar a integridade da família. Fortalecer a família como unidade básica de assistência, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças. Promover a reintegração da criança na família e na comunidade. Estimular a família a utilizar seus próprios recursos e os da comunidade. Estender as ações de saúde ao nível de comunidade.
e) Caracterização da unidade de internação	Ênfase na organização e funcionamento adequado. Área física que comporte as necessidades dos profissionais. Disciplina rígida. Ambiente com ausência ou pobreza de características infantis. Normas e rotinas generalizadas.	Considera os aspectos de organização e funcionamento com maior flexibilidade. Área física considerando locais para atendimento às necessidades de recreação e de bem-estar do acompanhante. Ambiente com caracterizações infantis. Distribuição dos leitos de acordo com a idade e necessidade da criança.	A organização e funcionamento da unidade são adequados à consecução das ações de equipe e família. Área física, considerando local para estimulação da criança e ambiente de convívio entre familiares-crianças-equipe. Ambiente com caracterizações infantis, mas considerando fundamentalmente o estado de espírito da equipe e família como mais importante que a decoração e os equipamentos.
f) Âmbito	Intra-hospitalar.	Intra-hospitalar.	Intra e extra-hospitalar.
g) Visão da hospitalização	Evento considerado obrigatório para o diagnóstico e tratamento.	Evento considerado estressante para a criança.	Evento onde ocorre ruptura no funcionamento da família, nas interações familiares e com seu meio ambiente.

Quadro 15.1 (continuação)  
Tipos de abordagem na assistência à criança hospitalizada

	<i>Centrada na patologia da criança</i>	<i>Centrada na criança</i>	<i>Centrada na criança e sua família</i>
h) Papel da família	Periférico. Passivo.	Intermediário. Colaborador na assistência planejada.	Central. Ativo. Compartilha do planejamento, da execução e da avaliação da assistência.
i) Equipe de saúde	Identificação dos problemas de saúde.	Identificação, com a participação da criança e família das necessidades biopsicoespirituais da criança.	Identificação, em conjunto com a família, das necessidades da criança e dos demais membros integrantes da família.
1) Funções	Planejamento, execução e avaliação do tratamento.	Estabelece o plano de assistência. Executa o plano e incentiva a participação da criança e família nos cuidados. Avalia a assistência prestada.	Elabora, juntamente com a família, o plano de assistência. Executa os cuidados que requerem competência profissional. Assessoria a família nos cuidados assumidos por ela. Avalia em conjunto com a família a assistência prestada.
2) Tomada de decisão	Vertical. Centrada no médico.	Horizontal. Centrada na equipe de saúde.	Horizontal. Compartilhada entre família e equipe de saúde.
3) Membros da equipe	Médico. Enfermeiro e equipe de enfermagem. Bioquímico.	Idem odontólogo psicólogo assistente social recreacionista fisioterapeuta agente espiritual.	Idem. sanitaria. terapeuta familiar.
j) Avaliação da assistência	Critérios objetivos - Desaparecimento dos sinais e sintomas. - Tempo de permanência hospitalar. - Associação com outras patologias - Número de óbitos	Critérios objetivos e subjetivos: - Participação da criança e família. - Alterações no crescimento e desenvolvimento. - Demais critérios do modelo anterior.	Critérios objetivos e subjetivos: - Indicadores de morbidade e mortalidade. - Nível de funcionamento e integração da família. - Nível e amplitude da participação da família em âmbito intra e extra-hospitalar. - Grau de satisfação demonstrado. - Utilização, pela família, dos seus recursos e aqueles da comunidade na resolução de seus problemas de saúde. - Demais critérios dos modelos anteriores.

equipe de enfermagem possa manter o controle e identificar alterações na criança.

As cores e a decoração dos leitos, paredes e tetos das enfermarias e corredores normalmente são desprovidos de características próprias para a estimulação da criança. Os

brinquedos, quando existem, são normalmente insuficientes e inadaptados ao estágio de desenvolvimento, como também, do seu estado clínico atual. A sala de recreação, quando existente, representa um local onde as crianças podem permanecer reunidas e sob controle de menor número de funcionários, deixando de

ser um local de lazer e de estimulação do desenvolvimento psicomotor e social da criança.

A família ocupa uma posição periférica nesta abordagem. A equipe de saúde, bem como a instituição, exige que um familiar se responsabilize pela criança (geralmente a mãe ou o pai), nas autorizações de internação, tratamento e retirada da criança do hospital no momento da alta.

É permitida, e normalmente estimulada, a visita de familiares, nos dias e horários determinados pelas normas da unidade. Em algumas oportunidades há exceção nas regras de visita, como nos casos de piora do estado geral da criança e quando familiares residem em outras regiões.

A comunicação entre equipe, criança e família tende a ser do tipo vertical. É formal, cabendo ao profissional de saúde informar à família quando e o que julgar necessário.

Os momentos de interação resumem-se àqueles da admissão, das comunicações de mudança básica no tratamento, agravamento do estado geral e da alta hospitalar. Nestas oportunidades e durante a hospitalização, a família mantém uma postura passiva, de aceitação das ações da equipe, principalmente da conduta médica, interferindo somente quando necessita informações durante as visitas à criança.

Dentro deste contexto interativo a tomada de decisão é realmente centrada na equipe de saúde, e mais especificamente, na figura do médico. Isto é bastante compreensível, uma vez que a razão de ser neste modelo é o tratamento da doença, cabendo ao médico, por direito, o conhecimento maior e definitivo sobre as patologias e medidas terapêuticas e consequentemente assumir a maior responsabilidade sobre o paciente. Além disso, nesse modelo a assistência está fundamentada em teorias predominantemente da física, química e da biologia, dispensando a participação de profissionais de outras áreas na composição da equipe.

Do ponto de vista dos defensores desta abordagem as suas principais vantagens são:

- Menor tempo necessário à assistência, tarefas cumpridas em tempo hábil.
- Economia de pessoal, material permanente e de consumo.
- Maior aproveitamento do espaço físico da Unidade.
- Organização mantida.
- Objetivos de fácil mensuração.
- Provocar menor estresse na equipe pelo menor envolvimento com o paciente.

Entre os problemas mais comumente identificados se encontram:

- Relacionamento difícil com a família.
- Desconfiança dos familiares com relação aos cuidados prestados.
- Familiares ansiosos.
- Desinteresse de familiares, abandono das crianças no hospital.

### Abordagem centrada na criança

Este modelo tem sido adotado por um número crescente de instituições pediátricas.

Ela evoluiu a partir das seguintes crenças e valores:

a) A criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, com necessidades e vulnerabilidades decorrentes dessa situação.

b) A criança necessita manter vínculo afetivo contínuo com pessoas, ambiente e objetos.

c) O profissional deve ter sentimento de amor à criança e demonstrá-lo na prática diária através da manutenção de relações afetivas.

O foco de assistência nesta segunda abordagem (Quadro 15.1) passa a ser a criança em sua unidade biopsicoespiritual. Há ênfase na identificação de suas características individuais e no seu atual estágio de crescimento e desenvolvimento, e seus hábitos e costumes. A família, geralmente a mãe, ou a pessoa mais chegada à criança, é solicitada a fornecer todos os dados que auxiliam no melhor conhecimento desses aspectos.

A internação, considerada como evento estressante, leva a equipe a incentivar a permanência de acompanhantes na Unidade e sua participação nos cuidados. A Unidade, por sua vez, passa a ser mais sonorizada, com músicas infantis, presença de brinquedos apropriados trazidos de casa ou da própria instituição. Nos corredores e enfermarias, acompanhantes, crianças, recreacionistas e demais profissionais transitam e interagem, todos com o objetivo comum de melhor assistir à criança.

A posição da família nesta segunda abordagem difere essencialmente da anterior.

Aqui um elemento da família é incentivado a permanecer na Unidade, a trazer parte do lar para dentro do hospital. Por outro lado, a equipe procura em todas as ocasiões transmitir conhecimentos para que a família possa melhor cuidar da criança no lar.

A tomada de decisões passa a ser mais democrática em termos da equipe de saúde, onde cada profissional é visto como autoridade em sua própria área e seu conhecimento

necessário é importante para o bem-estar da criança. Como consequência, a responsabilidade nas decisões é compartilhada entre os membros da equipe. Embora a família geralmente não participe nas tomadas de decisões, os profissionais nesta abordagem procuram mantê-la atualizada e discutir com a mesma os resultados esperados.

As teorias que orientam a prática profissional vão, além das físicas e biológicas, abranger também aquelas que dizem respeito ao seu desenvolvimento psíquico, espiritual e de relações humanas. Desta forma a equipe de saúde, nesta abordagem, é acrescida de elementos das áreas que permitam essa abrangência.

Entre as principais vantagens dessa abordagem são citadas:

- Ambiente mais descontraído.
- Relacionamento entre a criança, família e equipe de saúde permite que haja integração.
- Participação ativa da criança e família na assistência.
- Maior número de informações que podem colaborar na assistência.
- Menor possibilidade de haver agravos psíquicos e distúrbios no crescimento e desenvolvimento.
- Menor alteração na vida da criança.
- Favorecer a prevenção das reinternações.
- Decisões compartilhadas entre os membros da equipe.

Entre as principais dificuldades encontradas pelos proponentes desse modelo estão:

- Maior custo: áreas mais amplas e específicas; materiais apropriados, brinquedos mais gasto de material de consumo pela criança e família.
- Provoca maior estresse à equipe devido os envolvimento com a criança e família.
- Exige maior preparo da equipe de enfermagem.
- Familiares que não se adaptam ao modelo: falta de interesse em participar da hospitalização; problemas individuais que dificultam (filhos menores em casa, condições econômicas insuficientes para transporte e alimentação, residir em localidade distante do hospital, doença).
- Equipe com dificuldade de se adaptar ao modelo: orientar, auxiliar e supervisionar ou mesmo dividir os cuidados.

### **Abordagem centrada na criança e sua família**

Esta abordagem provavelmente é a mais recente e a menos encontrada nas instituições hospitalares. Os profissionais que a adotam vêem a saúde como complexa, resultante da interação de fatores biopsíquicos, socioculturais, econômicos e ecológicos. Suas crenças e valores podem ser sintetizados em:

- a) Visão da criança de forma holística.
- b) A família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros.
- c) As crianças e familiares possuem potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atenderem suas necessidades de saúde.
- d) As crianças e familiares devem ser vistas no contexto físico, sociocultural e econômico. A execução dos cuidados é assumida por profissionais e familiares, conforme necessidade específica.

A internação é vista não apenas como um agravo psicológico à criança, mas também como possível trauma para a família que necessita de apoio da equipe de saúde. É por esta razão que sua indicação deve se restringir a casos extremos, que requeiram equipamento material e profissionais altamente sofisticados, somente disponíveis nos hospitais.

Uma outra característica que faz esta abordagem diferir das demais é a ênfase dada à continuidade da assistência a nível domiciliar, o que requer a inclusão na equipe de profissionais com visão e treinados em saúde comunitária.

As bases teóricas para este modelo incluem as áreas já citadas anteriormente, acrescidas da ecologia, epidemiologia e das ciências sociais.

As informações necessárias ao planejamento assistencial, além daquelas do membro da família internado, referem-se à vida e composição familiar, seus recursos e dificuldades, bem como aos aspectos relacionados com as dimensões socioculturais e econômicas da comunidade em que vive a família.

A família ocupa uma posição central nesta abordagem. Ela, ao mesmo tempo que é o foco da assistência, é estimulada a ser a unidade básica dos cuidados à saúde de seus membros.

Os profissionais compartilham pois, com ela, a identificação dos problemas e recursos

disponíveis e elaboram o plano de ação a partir de objetos definidos em conjunto.

Diferente das primeiras abordagens, este modelo é extremamente dinâmico, participativo e democrático. As decisões são tomadas por todos os membros e a responsabilidade é assumida igualmente pela equipe e família.

As vantagens decorrentes desse modelo incluem:

- Envolvimento da criança e família nas questões de saúde.
- Aprendizagem continuada, a partir das expectativas da família.
- Maior compromisso da família.
- Relacionamento mais democrático entre família e equipe.
- Divisão de responsabilidades entre os profissionais da equipe e família.
- Ampliação de assistência intra-hospitalar para a comunidade.
- Maior probabilidade de diminuir a necessidade de cuidados institucionalizados.

Os principais problemas enfrentados nesse tipo de abordagem são:

- Famílias que não desejam assumir o seu próprio cuidado à saúde.
- Insuficiência de recursos da família e/ou de comunidade para o desenvolvimento do plano assistencial.
- Famílias com dificuldade de discernir suas limitações na assistência.
- Maior custo para a instituição: material permanente e de consumo, pessoal.
- Necessidade de pessoal treinado para trabalhar com família a nível intra e extra-hospitalar.

### MARCO TEÓRICO E A METODOLOGIA DE ENFERMAGEM NAS DIFERENTES ABORDAGENS ASSISTENCIAIS À CRIANÇA HOSPITALIZADA

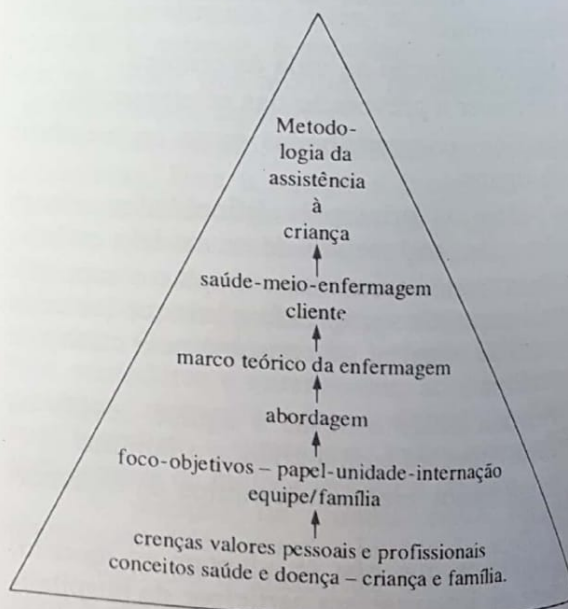
A necessidade da definição de um marco teórico específico para orientar a assistência de enfermagem tem sido objeto de crescente concordância entre os enfermeiros. Entende-se por marco, o esquema teórico que proporciona direção à prática assistencial, apontando as funções do enfermeiro, a metodologia a ser empregada e os critérios a serem selecionados para avaliação dessa assistência pelo profissional, a partir de conceitos selecionados de teorias de enfermagem, e demais áreas do conhecimento humano, bem como de sua própria experiência no exercício da profissão.

Segundo os autores, um marco teórico para enfermagem deve contemplar pelo menos quatro conceitos básicos: saúde, meio, cliente e enfermagem e a forma como os mesmos estão inter-relacionados.

A definição desse referencial teórico de enfermagem para a criança hospitalizada não ocorre desvinculada da abordagem assumida pela administração e equipe de saúde da unidade pediátrica. Assim é que, normalmente, os conceitos de saúde, meio e cliente constantes da abordagem assistencial passam a integrar o marco teórico da enfermagem, cabendo à mesma apenas adaptá-los a sua área de competência. Fica, porém, a necessidade da definição do que seja enfermagem e como os conceitos se integram para guiar a assistência de enfermagem na prática.

Assim como o marco teórico é decorrente da abordagem assistencial mais ampla, assim também a metodologia adotada para a assistência de enfermagem necessariamente deverá incorporá-lo em suas diferentes etapas. Na realidade, esse marco se concretiza na prática, através da metodologia.

A inter-relação entre abordagem assistencial, marco teórico de enfermagem e a metodologia para a assistência à criança hospitalizada pode ser esquematizada da seguinte forma:



Assim como o marco teórico da enfermagem é desenvolvido a partir da abordagem da instituição, a metodologia de trabalho a ser adotada pela enfermagem necessariamente o incorporará, através dos instrumentos, técnicos, conteúdos e estratégias de trabalho que seleciona para a prática.

## A enfermagem na abordagem centrada na patologia da criança

O marco teórico de enfermagem nesta abordagem é bastante restrito. O cliente, no caso, a criança, é vista como um ser portador de uma patologia que afeta suas capacidades físicas, necessitando de cuidados profissionais, incluindo a enfermagem, para recuperação da sua saúde.

A assistência de enfermagem tem por objetivos principais levantar os problemas físicos, planejar, executar e avaliar as ações que visam a cura, sem intercorrências clínicas do cliente. Os temas de interesse central para a

enfermagem referem-se às patologias e princípios científicos. Assim, as teorias que fundamentam este marco de assistência são aquelas referentes à biologia, física e medicina.

Os aspectos relativos à interação enfermeiro-criança, enfermeiro-família, embora presentes, são abordados sem profundidade. A família, em geral, identifica o enfermeiro como o profissional que domina as técnicas e procedimentos na assistência e sua posição, em relação ao médico, como intermediária nas comunicações referentes à criança. O método de trabalho de enfermeiro, dentro deste marco teórico, contempla etapas e caracterizações constantes no quadro 15.2.

**Quadro 15.2**

### Metodologia da assistência de enfermagem centrada na patologia da criança

<i>Etapas do método</i>	<i>Caracterização</i>
a) Levantamento da situação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Histórico e exame físico.</li> <li>- Prioriza a identificação de alterações referentes ao sistema ou necessidades físicas. Pouca ênfase no crescimento, desenvolvimento e relação familiar da criança no momento.</li> <li>- Instrumento de registro de caráter objetivo, com questões preestabelecidas com reduzido espaço para as características individuais da criança e expectativas da família.</li> <li>- Desenvolvido no momento da internação e no decorrer da hospitalização, quando houver anormalidades físicas.</li> <li>- A forma de abordagem é objetiva, sucinta, formal, unilateral, com predominância do elemento da enfermagem.</li> </ul>
b) Identificação de problemas e recursos do indivíduo, da família e da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações referenciadas e observadas relativas ao sistema físico.</li> </ul>
c) Plano global da assistência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborado pelo enfermeiro.</li> <li>- Visa atender às necessidades físicas e terapêuticas, ao nível hospitalar.</li> <li>- As orientações à criança e família têm como finalidade o tratamento e a prevenção de recidivas. A necessidade de orientação e o conteúdo das mesmas são ditados pelo profissional.</li> <li>- O plano de cuidados específico ou complementar às prescrições médicas apresenta cuidados visando a prevenção da intercorrência física no hospital.</li> </ul>
d) Implementação da assistência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados diretos à criança pelo enfermeiro.</li> <li>- Delegação de cuidados à equipe, enfermagem, de forma funcional.</li> <li>- Os cuidados são executados de forma unipessoal ("a criança no leito nº...").</li> <li>- Ênfase na execução das técnicas e procedimentos e prevenção de infecções em detrimento das necessidades emocionais da criança (impedimento da presença de familiares e liberdade para relacionar-se com outras crianças).</li> </ul>
e) Evolução (registro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baseada em informações de caráter físico, nos sinais e sintomas da doença.</li> <li>- Relato de cuidados prestados.</li> <li>- A análise é fundamentada na regressão dos sinais e sintomas.</li> </ul>
f) Interação Enfermagem e família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ênfase na comunicação de normas e rotinas hospitalares, principalmente àquelas referentes às obrigações da família: horários de visita, local de permanência, horário para informações por telefone.</li> <li>- A comunicação baseia-se em informações referentes ao atendimento das necessidades fisiológicas, regras, rotinas e recados médicos.</li> </ul>



## A enfermagem na abordagem centrada na criança

O marco teórico da enfermagem neste modelo difere marcadamente do anterior. O cliente da enfermagem é a criança em um determinado estágio de seu crescimento e desenvolvimento, com características biopsíquicas próprias e sua história pregressa.

Embora o foco da assistência de enfermagem seja a criança hospitalizada, suas relações afetivas com a família são reconhecidas como essenciais para a sua saúde, portanto, a família é incluída na assistência e cuidados de cunho afetivo são executados, pela enfermeira, à criança.

A assistência de enfermagem passa a ser mais abrangente, na medida em que além de colaborar no plano terapêutico a enfermagem preocupa-se com a satisfação das necessidades, evitando maior sofrimento psíquico.

A implementação da assistência é através de cuidados diretos, delegados e compartilhados com a equipe e acompanhante da criança.

Integram este tipo de assistência os programas de orientação continuada à criança e família, iniciando na admissão até o momento da alta hospitalar, visando à aprendizagem de cuidados básicos de saúde.

A metodologia de enfermagem decorrente deste marco consiste nas seguintes etapas e caracterização:

**Quadro 15.3**  
**Metodologia da assistência de enfermagem centrada na criança**

<i>Etapas do método</i>	<i>Caracterização</i>
a) Levantamento da situação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Histórico e exame físico</li><li>- Prioriza o levantamento das condições biopsíquicas, crescimento e desenvolvimento, no momento e no passado, além das alterações provenientes da patologia.</li><li>- As características individuais da criança são consideradas para a implementação de cuidados (hábitos e costumes).</li><li>- As relações afetivas da criança com família e amigos são relevantes.</li><li>- Levantamento de dados básicos sobre habitação.</li><li>- Os instrumentos permitem coleta de dados objetivos e subjetivos e dão ênfase às expectativas da criança e família.</li><li>- As informações são colhidas continuamente durante toda a hospitalização.</li><li>- A forma de abordagem é mais informal, incentivando a criança e família a exporem dúvidas e problemas.</li></ul>
b) Identificação de problemas e recursos do indivíduo, da família e da comunidade	<ul style="list-style-type: none"><li>- Problemas referentes às necessidades biopsíquicas e ao crescimento e desenvolvimento.</li><li>- Reações que indiquem problemas referentes à hospitalização.</li><li>- Problemas referentes à interação acompanhante/criança e ao papel do familiar no cuidado à criança.</li><li>- Problemas da família e da habitação que estejam interferindo na saúde da criança.</li><li>- Potencialidades físicas e psíquicas da criança e família.</li></ul>
c) Plano global da assistência	<ul style="list-style-type: none"><li>- Elaborado pelo enfermeiro.</li><li>- Visa atender às necessidades levantadas referentes aos aspectos biopsíquicos e de crescimento e desenvolvimento ao nível hospitalar.</li><li>- As orientações fornecidas visam a participação da criança e acompanhante nos cuidados. O conteúdo das orientações refere-se aos cuidados com terapêutica, prevenção, recuperação da doença e a continuidade do desenvolvimento neuropsicomotor.</li><li>- A abrangência das orientações inclui cuidados no domicílio.</li><li>- As prescrições são individualizadas e são dirigidas a crianças e seu acompanhante.</li></ul>

**Quadro 15.3 (continuação)**  
**Metodologia da assistência de enfermagem centrada na criança**

	<i>Etapas do método</i> <i>Caracterização</i>
d) Implementação da assistência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados individualizados (utiliza o nome da criança).</li> <li>- Cuidados prestados pelo enfermeiro e sua equipe e o acompanhante da criança.</li> <li>- A criança é assistida de maneira integral pelo elemento da equipe de enfermagem.</li> <li>- Enfatiza a prevenção de traumas decorrentes das técnicas e procedimentos.</li> <li>- Adapta ao estágio de desenvolvimento da criança.</li> <li>- Requer a aprendizagem contínua do acompanhante.</li> </ul>
e) Evolução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborada a partir de referências e observações relacionadas aos aspectos biopsicoespirituais, das respostas do tratamento e a hospitalização e ao desenvolvimento NPM.</li> <li>- Referencia dados sobre a participação do acompanhante no cuidado.</li> <li>- A análise é fundamentada na satisfação dos níveis globais da criança ao nível hospitalar.</li> </ul>
f) Interação Enfermagem e família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A equipe de enfermagem incentiva a permanência e o envolvimento da família na assistência.</li> <li>- Ênfase nos cuidados e na interação afetiva com a criança.</li> <li>- A comunicação inclui informações que se referem às necessidades biopsicoespirituais e de desenvolvimento da criança e de aspectos voltados às visitas e permanência do acompanhante, procurando facilitar a integração com a criança e a unidade.</li> <li>- Mais informal, favorecendo a discussão entre a equipe de enfermagem, criança e família dos diferentes aspectos da assistência.</li> </ul>

**A enfermagem centrada na abordagem à criança e sua família**

A enfermagem que atua em instituições onde esta abordagem é vigente seleciona um marco teórico para sua prática que compartilhe com as características do modelo anterior, porém, ampliando-a, acrescentando as dimensões socioeconômicas, culturais e ecológicas, na sua visão de saúde e doença.

O cliente, segundo este referencial, é constituído pela criança hospitalizada, com suas características individuais e sua família.

A família é considerada uma unidade básica de saúde, ou seja, o núcleo primário, onde a criança recebe e aprende os cuidados de promoção de saúde, prevenção de doenças e primeiros atendimentos curativos.

A criança é considerada como um ser cujas condições de saúde física, mental e social estão diretamente relacionadas com as características da família e da comunidade onde vive, portanto a família é, neste marco, vista em suas relações com seu contexto físico, socioeconômico, cultural e espiritual.

Em decorrência dessas definições, a assistência de enfermagem à criança assume ca-

racterísticas específicas e diferenciadas dos demais modelos. Além de atender o indivíduo hospitalizado a enfermagem considera os problemas, interesses, potencialidades e expectativas de toda a família no cuidado à saúde.

O papel da enfermagem, além daquele de executar procedimentos e técnicas que colaboram para a recuperação da criança, inclui assessoramento às famílias em suas dúvidas, apoio às suas iniciativas e constante estímulo na sua prática como unidade básica de saúde.

A metodologia da assistência de enfermagem adotada a partir deste marco teórico está apresentada de forma sucinta no quadro 15.4.

**Considerações finais**

Algumas questões problemáticas que envolvem o tema acima apresentado necessitam ser apontadas, tais como:

- 1) Os tipos de abordagens, bem como os marcos teóricos descritos, não esgotam o assunto. Acredita-se que não apenas existam outros modelos, mas também que formas intermediárias possam ser utilizadas na prática.

**Quadro 15.4**  
**Metodologia da assistência de enfermagem centrada na criança e sua família**

<i>Etapas do método</i>	<i>Caracterização</i>
a) Levantamento da situação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Histórico e exame físico</li> <li>- Referem-se às características biopsicossociais e espirituais da criança, crescimento e desenvolvimento, no momento e no passado e as alterações devido à patologia. São investigados hábitos, crenças e valores sobre saúde e doença, composição e organização familiar, condições de saúde de seus membros, como atender suas necessidades de saúde, bem como dados sobre o ambiente ecológico, social, cultural e espiritual onde vive a família.</li> <li>- Os hábitos e costumes da criança no lar são considerados para a implementação da assistência no hospital.</li> <li>- Os instrumentos contêm dados objetivos e subjetivos, adaptados conforme características da família.</li> <li>- As informações são colhidas de maneira mais informal possível, gradativa e continuamente, no hospital e no domicílio, incentivando a participação dos diferentes membros da família.</li> <li>- Observações feitas no domicílio e na comunidade.</li> </ul>
b) Identificação de problemas e recursos do indivíduo, da família e da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas referentes ao aspecto biopsicossocial, cultural e espiritual, crescimento e desenvolvimento da criança no lar e no hospital.</li> <li>- Problemas decorrentes das ações de saúde desempenhadas pela família à criança e demais membros.</li> <li>- Problemas de saúde nos demais membros da família.</li> <li>- Problemas decorrentes da inserção da família no seu ambiente ecológico, social, econômico, cultural e espiritual.</li> <li>- Potencialidades físicas, psíquicas, econômicas, sociais e culturais e espirituais da família.</li> </ul>
c) Plano global da assistência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborado em conjunto, enfermeiro e família.</li> <li>- Visa atender aos problemas identificados ao nível individual e de família e sua abrangência inclui além do hospital, o domicílio e a comunidade.</li> <li>- As orientações visam principalmente atender à expectativa da família e referem-se aos aspectos de promoção, prevenção, recuperação da doença, intercorrências hospitalares e fortalecimento da família como unidade básica de assistência à saúde de seus membros.</li> <li>- As prescrições são elaboradas a partir das necessidades individuais e familiares.</li> </ul>
d) Implementação da assistência	<p>Cuidados individualizados à criança e família, pelo enfermeiro e sua equipe e criança e familiares em âmbito intra e extra-hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfatiza a continuidade da assistência após a alta hospitalar.</li> <li>- Adaptando as características individuais de cada elemento da família, reforçando suas potencialidades.</li> <li>- Demais critérios do modelo anterior.</li> </ul>
e) Evolução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborada a partir da referência e observações relacionadas aos aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais da criança; das respostas ao tratamento, à hospitalização e reintegração no domicílio.</li> <li>- Referencia dados sobre a evolução das condições de saúde de seus membros e aspectos do ambiente familiar.</li> <li>- A análise é fundamentada na satisfação das necessidades da criança e dos demais membros e no desempenho da família como unidade de assistência à saúde, de acordo com as percepções da equipe de enfermagem e da própria família.</li> </ul>
f) Interação enfermagem e família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais informal, contínua, igualitária a todos os membros.</li> <li>- A equipe de enfermagem reconhece a responsabilidade, deveres e limitações da família, valorizando seus direitos e experiências.</li> <li>- Demais características do modelo anterior.</li> </ul>

2) A opção por uma determinada abordagem não é apenas uma questão de crenças, valores, teorias e métodos de trabalho. É preciso reconhecer que os resultados serão diversos em cada uma das abordagens, no que diz respeito à instituição, aos profissionais de saúde nela envolvidos e principalmente ao impacto sobre a saúde da criança e demais membros da comunidade.

3) Suspeita-se que o grau de interesse e participação do cliente, das famílias e grupos da comunidade aos programas de saúde desenvolvidos pela unidade hospitalar variará segundo a abordagem por ele adotado.

4) A coerência entre a abordagem assistencial e o marco para a prática da enfermagem, descrita no texto, nem sempre é encontrada.

talvez o mais comum seja a inconsistência entre ambos, acarretando, em consequência, uma série de conflitos entre enfermagem, administração do hospital e a equipe de saúde.

5) Estudos sobre as diferentes abordagens, suas indicações, formas de avaliá-las, métodos e técnicas de trabalho, assim como aqueles referentes aos marcos teóricos e à assistência de enfermagem à criança hospitalizada, necessitam ser desenvolvidos.

O papel da família na promoção e manutenção da saúde tem sido pouco explorado. Suas reações e potencialidades na assistência da criança hospitalizada merecem ser consideradas nos estudos futuros.

### Referências Bibliográficas

1. ALCÂNTARA, P. de. – Introdução ao Estudo da Pediatria. In *Pediatria Básica*, 6. ed. São Paulo, Sarvier, v. 1, 1978.
2. COSTA, Z.S. e cols. – A participação do enfermeiro de Saúde Pública na saúde familiar. *Rev. Bras. Enf.*, 39 (2/3), abr/set., 1986.
3. EIDT, O.R. & ISSI, H.B. – Participação da mãe e da família na assistência à criança hospitalizada. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, 212 (3,4): 83-90, jun-set-dez, 1980.
4. DANIEL, L.F. – *A enfermagem planejada*. 3. ed. São Paulo, EPU, 1981.
5. ELSEN, P. – Concept of health and illness and then related behaviors among brazilian families living in a fishing village, California, University of California, set., 1984. Tese de Doutorado.
6. ENGEL, G.L. – The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286): 129-136, 1977.
7. FERNANDES, J.D. – A Enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. *Rev. Bras. Enf.*; 38 (1), jan/mar/1985.
8. LITMAN, T.J. – The family as basic unit in health and medical care: a social behavioral overview. *Social Science an Medicine*, 8 (9/10): 495-519, 1974.
9. LORENZO, E. G.E. – Nuevas tendencias y responsabilidades de los especialistas de desarrollo infantil que trabajan con niños em alto riesgo biológico y sus familias. *Instituto Interamericano del niño. Boletim*, jul-dec., 1981.
10. MACAGBA, R.L. – Los hospitales y la atención primária de salud. *Foro Mundial de la salud*, v.6, 1985.
11. NASCIMENTO, M. A. A. – A família como unidade de serviço para a assistência de enfermagem à saúde. *Rev. Bras. Enf.*; 38 (3/4), jul/dez, 1985.
12. NEVES, E.P. & GONÇALVES, L.T. – As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem ANAIS, Florianópolis, 1984.
13. PATRÍCIO, Z. Mº – Hospitalização infantil. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Mimeo., 1983.
14. QUEIROZ, M. de S. – Antropologia da Medicina; uma revisão teórica. *Rev. Saúde Púb.*, 20 (2): 152-64, 1984.
15. RANNA, W. & OKAY, Y – Grupos de pais de crianças e de equipe multiprofissional e sua influência nas diretrizes da enfermagem geral de um hospital infantil *Pediat*, 2: 184-190, 1980.
16. SCHAEFER, E.S. – Professional Paradigms in Child an Family Health Programs. *American Journal of Public. Health*, 69 (9): 849-850, Sept., 1979.