

ARTIGO DE PESQUISA

MODELOS DE CUIDAR EM SAÚDE DA CRIANÇA: REFLEXOS NA PRODUÇÃO ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO, 1998-2002

Elisa da Conceição Rodrigues¹

Glória Regina Gomes da Silva²

Jacqueline Gomes de Oliveira³

Maria de Fátima Hasek Nogueira⁴

Rosângela Barbosa Teixeira⁵

Ivone Evangelista Cabral⁶

Resumo

Este estudo teve por objetivo identificar os modelos e estilos de cuidar em enfermagem na saúde da criança. Foram investigadas 40 teses e dissertações de 1998 a 2002, dos programas de pós-graduação de Enfermagem do Rio de Janeiro. A análise permitiu que se chegasse à conclusão que os enfermeiros pediatras estão buscando alicerçar a sua construção teórica sobre sua prática, fundamentando-se no desenvolvimento infantil e promovendo cuidados necessários à recuperação da doença e promoção da saúde da criança nos diferentes espaços de cuidado.

Descritores: Enfermagem, Saúde da criança, Cuidado

¹ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN.UFRJ. Membro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC).

² Enfermeira Chefe da Unidade Neonatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto HUPE.UERJ. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NUSCRIAD.UERJ).

³ Enfermeira da Unidade Neonatal do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães. Chefe de Enfermagem do Setor de Alojamento Conjunto do Hospital de Clínicas da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro.

⁴ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil FENF/UERJ. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NUSCRIAD.UERJ).

⁵ Enfermeira da Unidade Neonatal do HUPE.UERJ. Professora Auxiliar da Disciplina de Enfermagem Pediátrica da Faculdade de Enfermagem Bezerra de Araújo.

⁶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil EEAN.UFRJ. Pesquisadora do NUPESC e do CNPq.

Abstract

MODELS OF CARE IN CHILD HEALTH: RFLXES ON NURSING ACADEMIC PRODUCTION OF RIO DE JANEIRO, 1998-2002.

This study had the aim of identifying models and styles of nursing care in child health. It was analyzed 40 dissertations and thesis abstract from 1998-2002, of the Nursing Program of Post-graduation of Rio de Janeiro. The results showed that pediatric nurses problematized their research question on their professional practice, and based their interpretation on the theory of psychological child development. Moreover, they highlighted the necessity of providing nursing care in order to recover child from disease and promote child health in different settings of care intervention.

Keywords: Nursing, Child health, Care

Resumen

MODELOS DE CUIDAR EN SALUD DEL NINO: REFLEXOS EN LA PRODUCCIÓN ACADEMICA DE ENFERMERÍA DE RIO DE JANEIRO, 1998-2002.

Este estudio tuvo por objetivo identificar los modelos y estilos de cuidar en enfermería en la salud del niño. Fueron investigadas 40 tesis y disertaciones de 1998 a 2002, de los programas de Postgrado de Enfermería de Rio de Janeiro – Brasil. El análisis permito llegar a la conclusión de que los enfermeros pediatras buscan fundamenta su construcción teórica sobre su práctica basándose en el desarrollo infantil y promoviendo cuidados necesarios a la recuperación de la enfermedad y a la promoción de la salud del niño en los diferentes espacios de cuidado.

Descriptores: Enfermería, Salud del niño, Cuidado.

INTRODUÇÃO

De acordo com Ferreira (1986), modelo constitui-se em um objeto destinado a ser reproduzido por imitação, um elemento que serve de exemplo ou norma. Como, estilo representa uma maneira de tratar algo; modos de viver, de realizar um procedimento ou uma conduta; uma maneira ou traço pessoal de agir sobre algo de forma particular.

Com base nesses significados, pode-se inferir que modelo é um conjunto de princípios ou de normas, determinados por razões históricas, políticas e econômicas, que influenciam o cuidado à saúde da criança nos diferentes espaços profissionais. Os modelos pressupõem uma certa uniformização de conduta ou procedimento, porém não implica um mesmo modo de operacionalização. Quanto ao estilo, traduz-se por modo de operacionalização das condutas adotadas no cuidado à saúde da criança sob a influência dos modelos que norteiam esse cuidado. Por seu caráter pessoal, não há uniformidade no modo de implementá-lo. Ao contrário,

guarda características pessoais, sendo, porém, possível a identificação de padrões predominantes.

A evolução histórica do cuidado à criança nos mostra que ao longo do tempo o mesmo vem sendo focado conforme quatro abordagens ou modelos: centrado na doença, centrado na criança, centrado na família e centrado na família e na comunidade. Cada um deles envolve a adoção de diferentes estilos de cuidar.

a) Modelo Centrado na Doença

Na América Colonial, as inadequadas condições de vida das crianças estavam diretamente relacionadas aos elevados índices de mortalidade em decorrência das doenças epidêmicas, da disenteria, da epidemia de tuberculose, das doenças nutricionais e das lesões traumáticas. Outros aspectos contribuíram para a instalação desse quadro, tais como: desconhecimento acerca do tratamento, prevenção e controle das doenças epidêmicas; condições de higiene e habitação inadequadas; quantidade insuficiente de médicos

habilitados, concentrados em sua maioria nas grandes cidades, com pouca ou nenhuma abrangência na área rural; escassez de literatura sobre cuidados e alimentação das crianças (WONG, 1999).

Com o advento da revolução industrial, esse quadro começa a mudar, a partir da necessidade de mão-de-obra sadia determinada pelas novas demandas econômicas. Embora a revolução industrial tenha se iniciado no século XIX, é somente na primeira metade do século XX que o saber científico desenvolvido no continente europeu começa a ser aplicado no cuidado aos doentes na América.

Segundo Wong (1999), esse processo teve seu começo em meados de 1800, com as investigações científicas e clínicas realizadas por Abraham Jacob, considerado o “pai da pediatria” nos Estados Unidos. A partir daí, várias ações passam a ser aplicadas, como a melhoria das condições de saneamento e a criação de estações de leite, onde as mães recebiam orientações relacionadas ao tratamento de seus filhos doentes e o preparo adequado do leite puro. Como consequência direta, ocorre a queda da mortalidade infantil em menores de um ano de idade (WONG, 1999).

Contudo, as transformações dos conhecimentos científicos e tecnológicos tiveram outras consequências além da diminuição dos índices de mortalidade. O tratamento das crianças deixa de ser feito no espaço domiciliar, onde o foco do cuidado estava centrado no controle do ambiente, passando para o cenário hospitalar, com regras rígidas de isolamento. A assistência à criança passa a ser direcionada para a doença, o que se traduz num cuidado que incide sobre a patologia e os sinais e sintomas; pouca consideração é dada aos aspectos psicológicos (SOUZA, 1996). Em consequência disso, a criança hospitalizada é afastada do convívio com a mãe e familiares (LIMA, ROCHA, SCHOCHI, 1999). A preocupação com a diminuição dos elevados índices de mortalidade infantil, associada ao grande investimento nas pesquisas sobre as doenças da infância e a ênfase na necessidade de isolamento (consequência direta das pesquisas) marcou a assistência à saúde da criança desde o final do século IX até meados do século XX.

Segundo Wong (1999), no início do século XX, as visitas dos pais eram proibidas pelo risco de

contaminação. Pela mesma razão eram também proibidos, nas unidades de internação pediátrica, os objetos de uso pessoal das crianças.

A prática da pediatria baseava-se no diagnóstico e na cura, e os aspectos psicológicos da criança não eram considerados. A família era excluída do espaço hospitalar, sua presença era solicitada nos momentos de admissão e alta, e quando era necessário que se responsabilizasse pelas consequências do tratamento (SOUZA, 1996). Esse modelo assistencial fundamentou-se em uma filosofia biologicista, permanecendo predominante até meados do século XX quando a assistência à criança tomou novos rumos.

b) Modelo Centrado na Criança

A partir de 1940 surgiram os primeiros estudos sobre as consequências do isolamento e do afastamento materno no desenvolvimento das crianças. Os trabalhos de Spitz e Robertson, destacados por Wong (1999, p. 8), *despertaram o interesse acerca da saúde psicológica da criança e resultaram em mudanças no modo de assistir a criança hospitalizada, como o alojamento conjunto, a visitação de irmãos, programas recreativos, preparação para a hospitalização, educação dos pais e escolarização no hospital.*

As mudanças descritas, que têm como base a filosofia psicossocial e que se apóiam nos conhecimentos teóricos acerca do desenvolvimento infantil, determinaram modificações no modelo de cuidar, interferindo diretamente sobre o estilo de cuidar dos profissionais de saúde. O foco central do cuidado à criança deixa de ser o diagnóstico e o tratamento das doenças, deslocando-se para as questões relacionadas ao seu desenvolvimento. Passam a ser incorporada, às práticas exercidas nas unidades pediátricas, estratégias para favorecimento da saúde psicológica das crianças e para diminuir as consequências negativas da hospitalização sobre o seu crescimento e desenvolvimento.

No Brasil, a preocupação com essas questões surge 20 anos depois, por volta da década de 60. Nessa época, encontra-se na produção das enfermeiras brasileiras particularidades relacionadas à criança e à família: *hábitos infantis, permanência da mãe ou responsável, em casos especiais (cirurgias, uso de gesso, estado grave*

(OLIVEIRA, 1999, p. 96). Atribui-se importância à recreação como uma necessidade básica da criança ... adequação do ambiente hospitalar à semelhança do lar da criança.

Porém, essas práticas foram sendo incorporadas de forma muito lenta, especialmente quanto à presença da mãe ou responsável nas unidades de internação, que permanece ainda como um aspecto polêmico da assistência à criança hospitalizada (OLIVEIRA, 1999).

c) Modelo Centrado na Família

A presença da mãe ou responsável pela criança durante o período de hospitalização não é suficiente para resolver toda a sua demanda em termos de atenção à saúde. É necessária uma mudança de modelo que inclua a família como participante ativa do processo de cuidar.

Para a adoção de uma filosofia de cuidados centrados na família, é necessário reconhecer que a família é *uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência da família* (JOHNSON, MCGONIGEL e KAUFMAM, 1994). Para Wong (1999), no modelo de cuidado à criança centrado na família, dois conceitos são fundamentais: capacitação e potencialização. Na capacitação, os profissionais de saúde devem criar oportunidades e fornecer meios para que a família reconheça as competências e habilidades que já possui e para que desenvolva aquelas que serão necessárias ao atendimento de suas próprias necessidades e as da criança sob seus cuidados. A potencialização refere-se à interação dos profissionais com as famílias na busca de mudanças que aumentem a capacidade de todos os seus membros para lidarem com diferentes situações envolvidas no processo saúde-doença.

Na década de 80, com o reconhecimento, pela Associação Americana de Enfermagem, da família como uma unidade de cuidado, tornou-se necessário um outro nível de compreensão da participação da família. Em decorrência disso, nos Estados Unidos e Canadá ocorrem enormes avanços no que se refere à participação direta da família nos processos de saúde-doença. No Brasil, o movimento de “desospitalização” tem proporcionado oportunidades para a prática de enfermagem centrada na

família. A prática de enfermagem centrada na família pode ser definida como o cuidado prestado às famílias e seus membros, em situações de saúde ou doença, através do processo de enfermagem, em qualquer local onde a família possa estar sendo atendida (NASCIMENTO, ROCHA, 2002).

d) Modelo Centrado na Família e na Comunidade

O modelo centrado na família e comunidade iniciou-se nos Estados Unidos a partir de um movimento em favor das altas hospitalares precoces, o que gerou aumento considerável no número de pacientes que passaram a necessitar de uma rede de apoio e recursos junto à comunidade (WONG, 1999).

No Brasil, esse movimento ainda é lento devido à falta de recursos disponíveis nos programas de saúde existentes. No entanto, é crescente o número de pessoas, inclusive crianças, portadoras de doenças crônico-degenerativas e/ou dependentes de tecnologia que necessitam de cuidados contínuos no domicílio.

Em função disso, começam a surgir na produção científica das enfermeiras brasileiras trabalhos e publicações abordando o cuidado à criança no domicílio envolvendo a participação da família e a rede de recursos disponíveis na comunidade na qual a família está inserida. Um exemplo dessa abordagem é o estudo de Cunha (2001) que se preocupou com a construção do conhecimento para o cuidado à criança dependente de tecnologia pela família na comunidade e como esse conhecimento era aplicado na prática, aliado aos recursos disponíveis na comunidade.

O reconhecimento de um conceito amplo de família, a valorização de suas experiências de vida e a visão da família como um sistema, cujos membros interagem entre si e com o ambiente, devem ser os princípios básicos para a adoção desse modelo na assistência à criança. Também é importante, para o planejamento do cuidado, o conhecimento da estrutura familiar, sua composição, função, papéis e organização, conforme apontam Rocha, Nascimento e Lima (2002).

A experiência de vida, os valores culturais, a condição socioeconômica, a estrutura e as relações/interações da família com o ambiente/comunidade são a base para o estabelecimento de um diálogo no qual haja valorização e

respeito ao senso comum, como defende Cabral (1998), e para o entendimento de que a prática do cuidado familiar sustenta-se sobre todos esses aspectos (ALTHOFF, ELSENE e LAURINDO, 1998).

É importante destacar que o modelo centrado na família e comunidade é pouco reconhecido na prática de saúde brasileira. Nesse contexto, cabe à enfermagem rever seus paradigmas e vincular a família ao cuidado da criança, através de práticas cuidativas e educativas com a finalidade de potencializar essa família para o cuidado, numa perspectiva holística, sistêmica e interacional (NASCIMENTO, ROCHA, 2002).

Ao pensarmos sobre os diferentes modelos e estilos de cuidar em saúde da criança e considerando que a produção científica é um dos termômetros da enfermagem pediátrica, pois reflete o interesse dos enfermeiros pela cientificidade da prática (SILVA, CABRAL, 2001), propusemos-nos a desenvolver um estudo sobre o reflexo dos modelos apresentados anteriormente e o estilo de cuidar em saúde da criança presentes na produção acadêmica de enfermagem do Município do Rio de Janeiro, no período de 1998 a 2002. Delinearam-se como objetivos identificar os modelos de cuidar de enfermagem em saúde da criança refletidos na produção acadêmica dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Município do Rio de Janeiro, no período de 1998 a 2002 e relacionar esses

modelos com os estilos de cuidar cuidativo, educativo e transcultural.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Um estudo quantitativo e documental foi implementado. O levantamento de teses e dissertações produzidas no período de 1998 a 2002 foi realizado no acervo da biblioteca de três instituições de ensino superior do Município do Rio de Janeiro. Foram selecionadas as produções acadêmicas, cuja temática envolvesse a atenção à saúde da criança.

Para orientar a investigação e permitir a coleta de informações, foi elaborada uma ficha de análise documental (Anexo I), contendo as variáveis selecionadas para o estudo e que permitiram o alcance dos objetivos propostos. Nesse levantamento, identificou-se 40 produções, sendo cinco teses de doutorado e 35 dissertações de mestrado. Aplicamos a análise temática para tratamento dos dados obtidos dessas fontes primárias.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O modelo de cuidado predominante nas produções analisadas foi o Centrado na Criança (42,5%), seguido pelo Centrado na Família (30 %). As tendências futuras, representadas pelos modelos “híbridos”, destacaram-se em 20 % das produções. Os modelos Centrados na Doença e o Centrado na Família e na Comunidade foram os menos encontrados (2,5%).

Tabela 1. Modelos de Cuidado à Criança na Produção de teses e dissertações produzidas no Município do Rio de Janeiro. 1998-2002.

Tipo de produção	Modelos											
	Doença		Criança		Família		Família e comunidade		Tendências futuras*		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Teses	-	-	-	-	1	2,5	1	2,5	03 (P)	7,5	5	12,5
Dissertações	2	5	17	42,5	11	27,5	-	-	05 01 (P) 04 (H)	12,5	35	87,5
TOTAL	2	5	17	42,5	12	30	1	2,5	08	20	40	100

Na Tabela 2, o estilo de cuidar refere-se à prática cuidativa com 55% das produções, seguido pelo educativo com 27,5% e pelo transcultural com 6%.

Tabela 2. Estilos de Cuidar em Saúde da Criança na Produção de Teses e Dissertações produzidas no Município do Rio de Janeiro. 1998-2002.

Estilo	Prática cuidativa		Transcultural		Educativo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Teses	02	5	01	2,5	02	5	05	12,5
Dissertações	20	50	05	12,5	09	22,5	34	87,5
TOTAL	22	55	6	15	11	27,5	39	100

Os resultados apresentados na Tabela 1 evidenciam que nos cenários de prática dos enfermeiros pediatras o modelo de cuidado centrado na criança, com abordagem psicossocial, representa uma ruptura com o modelo centrado na doença, predominante na prática clínica do início do século XX. Entretanto, os modelos híbridos (na criança e na doença) representam uma prática ainda marcada pelo modelo biomédico de assistir e cuidar da criança.

Esses resultados adquirem mais consistência quando os achados são comparados com o investigado por Silva e Cabral (2001). Ao analisarem a produção científica nacional de Enfermagem Pediátrica na década de 90, esses autores constataram que as pesquisas de enfermagem pediátrica são marcadas pelos mesmos modelos que prevaleceram neste estudo e concluíram que é premente a preocupação dos enfermeiros com um cuidar menos técnico e mais humano, privilegiando o abarcamento da família na construção de uma nova concepção assistencial.

Ao adotarem o Modelo Centrado na Criança os enfermeiros incorporam à sua prática um conjunto de estratégias que visam, no atendimento à criança, dar suporte aos aspectos que podem interferir no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Toda situação de doença na infância possui enorme potencial para interferir negativamente nesse processo, bem como trazer consequências para as suas condições psicológicas. Por outro lado, a hospitalização retira a criança do seu espaço domiciliar, com o qual está familiarizada, colocando-a em

um ambiente estranho muitas vezes carregado de tensões e conflitos. Para Oliveira (1999), no cuidado à criança, além do bem-estar físico, devem ser considerados os aspectos psicológicos e ambientais. Complementando, Ciampone *et al.* (1999) afirmam que a permanência da criança em ambientes marcados por conflito e instabilidade pode afetar negativamente a sua saúde. Afirmam também *que a criança necessita de um ambiente de acolhimento e afeto para que suas necessidades básicas de cuidado, alimentação e carinho sejam atendidas (p.24).*

A partir dessa constatação, pode-se inferir também que o cuidado centrado na criança com abordagem psicossocial é uma filosofia de cuidar que orienta o estilo de cuidar dos enfermeiros em suas práticas cuidativas na promoção do conforto, segurança e bem-estar da criança, demarcando um estilo de cuidar mais afinado com os preceitos da humanização.

O segundo modelo predominante foi o centrado na família, mostrando que os enfermeiros consideram a família como sua clientela, bem como parte essencial da terapêutica necessária ao atendimento da criança. Silva e Cabral (2001) afirmam que nesse modelo de cuidado privilegia-se o atendimento das necessidades da criança pela inclusão da família na proposta de intervenção terapêutica.

Ao considerar a família como cliente, a avaliação e o cuidado de enfermagem direcionam-se a todos os seus membros, ela é vista como um sistema em permanente interação no qual influem a *dinâmica familiar interna*,

estrutura e funções, assim como a relação dos subsistemas familiares com o todo da família e com o seu ambiente externo (NASCIMENTO e ROCHA, 2002, p.110).

Nesse modelo, ... *as famílias são, portanto o sistema receptor da intervenção de enfermagem e se constituem clientes e meio, no qual se efetuará o cuidado de enfermagem à criança* (CAVALCANTE, 1999, p.4).

A adoção do Modelo Centrado na Família engloba outro aspecto importante, além dos até aqui expostos. Uma atenção especializada, cujo propósito é auxiliar as famílias a desenvolverem sua capacidade de lidar e superar os conflitos e situações adversas impostas pela doença da criança, pode reduzir a frequência das reinternações hospitalares (SILVA e CABRAL, 2001).

Como outras tendências encontram-se classificados os trabalhos que abordaram aspectos relacionados aos profissionais da equipe de enfermagem, que abrem possibilidades de discussão e desenvolvimentos de estudos articulados aos campos do exercício profissional e da educação permanente. Foram encontrados também trabalhos que podem ser agrupados em um conceito emergente, o de cuidado atraumático, que, embora não podendo ainda ser considerado como um modelo, representa uma tendência promissora na atenção à saúde da criança.

O enorme avanço tecnológico no cuidado à criança tem sido acompanhado de procedimentos, que, apesar de curar e prolongar a vida, são muitas vezes traumáticos para essa clientela e sua família, tanto do ponto de vista físico quanto psicológico. Por outro lado, as ações no sentido de minimizar os danos causados por tais intervenções não têm avançado na mesma velocidade (WONG, 1999).

Para minimizar esses danos, Wong (1999) aponta a necessidade de se adotar um tipo de cuidado classificado como atraumático, que é definido como um cuidado terapêutico, prestado pelos profissionais, nos diferentes cenários, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o estresse físico ou psicológico da criança e da família.

Segundo a mesma autora, o objetivo primeiro do cuidado atraumático é não causar dano e a base para o alcance do mesmo é constituída por três princípios:

prevenir ou minimizar a separação dos pais, promover o senso de controle e prevenir ou minimizar os danos físicos e a dor (1999 p.10).

As ações que visam favorecer a relação família-criança durante a hospitalização, preparar a criança para a realização de procedimentos, controlar e prevenir a dor, promover atividades lúdicas que permitam à criança exteriorizar seu medo e sua agressividade, respeitar a privacidade da criança e as diferenças culturais são exemplos de ações que objetivam a prestação de cuidados atraumáticos (WONG, 1999).

O modelo centrado na família e comunidade, que foi encontrado com menor frequência, começa a ser explorado na produção acadêmica da enfermagem, com destaque para os trabalhos de Cabral (1998) e Cunha (2001) que enfatizam a importância da valorização das experiências de vida, das condições socioeconômicas e da necessidade de interação com o ambiente para a construção do conhecimento para o cuidado da criança pela família, tendo como ponto de partida os saberes do senso comum no encontro com o conhecimento científico.

Por outro lado, a realidade social e econômica brasileira impõe inúmeras adversidades às famílias para que ofereça condições adequadas ao desenvolvimento das suas crianças, o que contribui para as situações de doença, e ao surgimento de necessidades especiais de cuidados no domicílio. O número crescente de crianças dependentes de tecnologia em nosso meio associado à nossa realidade socioeconômica leva as famílias a necessitarem de uma rede de apoio e recursos junto à comunidade onde vivem. Essa é a temática central dos estudos que retratam o modelo de cuidado centrado na família e na comunidade.

Sob esse prisma, Althoff, Else e Laurindo (1998) apontam para a importância do levantamento de informações e observação da família e comunidade no seu cotidiano, enfatizando que esse levantamento deve ser realizado junto às bases de apoio comunitárias, como escolas, creches, postos de saúde, associações, entre outros recursos disponíveis que a família seja capaz de buscar para realizar o cuidado.

A fim de facilitar o planejamento das ações de enfermagem na abordagem à família e comunidade, Rocha, Nascimento e Lima (2002) apresentam alguns instrumentos

para observação e coleta de informações que orientam o cuidado. Entre eles, o ECOMAPA, que se apresenta como um diagrama para avaliação das relações da família com as bases de apoio encontradas na comunidade e da influência dessas relações sobre a saúde de seus membros.

A análise dos dados obtidos com relação aos estilos de cuidar que se refletem na produção acadêmica evidenciou a predominância do estilo que denominamos prática cuidativa (55%), que pode ser caracterizada como um estilo de cuidar que vai além do desenvolvimento de técnicas e realização de procedimentos, cujo único objetivo seria o tratamento de doenças e dos sintomas associados às mesmas. Na prática cuidativa, a prioridade das ações envolve o indivíduo e o meio ambiente e não apenas os procedimentos ou patologias, resgatando assim um conceito mais amplo de cuidado.

Para Waldow (1998), *o resgate do cuidado não é uma rejeição aos aspectos técnicos, tampouco aos aspectos científicos. O que se pretende ao relevar o cuidar é enfatizar a característica de processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva* (p.62).

Podemos afirmar que os enfermeiros pediatras, ao optarem pelo desenvolvimento da prática cuidativa, entendem *o cuidar como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer*. (WALDOW, 1998, p. 127).

Em menor escala, encontramos o estilo educativo (27,5 %), o que reflete a preocupação de uma parcela dos enfermeiros pediatras em incorporarem à sua prática ações voltadas para a educação em saúde, campo no qual, de acordo com Cabral (1998), a enfermagem exerce um

importante papel contribuindo na transformação da realidade das pessoas que estão no senso comum (p. 21). Com base em Freire, Cabral (1998, p.21) afirma que o enfermeiro-educador é aquele que faz da educação um ato político, libertador e que contribui com a transformação da realidade opressiva, especialmente por estar enredado nas teias do não saber.

Contudo, consideramos primordial a ampliação da adoção do estilo educativo na prática dos enfermeiros pediatras, pois para esses profissionais ainda não se tornou evidente que a ação educativa associada à ação cuidativa são fatores contribuintes para a redução nas taxas de ocupação hospitalar, tanto por crianças quanto por adultos dependentes ou não de cuidados especiais, refletindo, sobretudo uma melhoria na assistência em âmbito hospitalar, bem como a abertura de um novo campo de atuação no cuidado domiciliar (SILVA e CABRAL, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados mostrou uma mudança de paradigma na atenção de enfermagem à saúde da criança, evidenciada pelas modificações das ações dos enfermeiros pediatras, a partir da incorporação dos princípios norteadores dos modelos centrado na criança e centrado na família.

Porém, diante das condições de saúde e doença da criança brasileira, é necessária e urgente a ampliação da aplicação do modelo centrado na família e comunidade. Cabe ressaltar que, para o alcance desse objetivo, os programas de pós-graduação podem desempenhar um importante papel, contribuindo através da produção acadêmica e contribuição eficaz para a transformação das condições de saúde desse grupo social.

REFERÊNCIAS

- AHMANN E., Family-centered care: the time has come. **Pediatr Nurs**, n. 20, v.1, p. 52-3, 1994.
- ALTHOFF, C. R; ELSSEN, I.; LAURINDO, A.C. Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 7, n.2, p. 320-327. 1998.
- CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança – bebê. Concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery.UFRJ, 1998, 300p.
- CAVALCANTE, T.L.B. **Interação mãe e equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o caso do Hospital Infantil Lucídio Portela da Cidade de Teresina – Piauí**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.
- CIAMPONE, M.H.; TONETE, V.L.P.; PETTENGILL, M.A.M.; CHUBACI, R.Y.S. Representações Sociais da Equipe de Enfermagem sobre a Criança Desnutrida e sua Família. **Rev Latino-americana Enferm**, v.7., n.3., p.17-24. 1999.
- CUNHA, S. R. **A enfermeira educadora, as Marias e o José: tecendo a rede de saberes e práticas sobre o cuidado à criança dependente de tecnologia na comunidade**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001. 152p.
- JOHNSON, B.H., MCGONIGEL, M., KAUFMANN R. **Guidelines and recommended practices for the individualized family service Plan**. Washington C., 1989, Association for the Care of children's Health.
- LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCHOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev Latino-americana Enferm**, v.7, n.2., p.33-9. 1999.
- NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. O cuidado à criança centrado na família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.6, suplemento n.1, p. 107-114. 2002.
- OLIVEIRA, I. C. S. **Da mãe substituta à enfermeira pediátrica**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery.UFRJ, 1999. 120 p.
- ROCHA, S.M.M; NASCIMENTO, L.C. e LIMA, R.A G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-americana Enferm**, v.10, n.5, p.709-14. 2002.
- SILVA, F.D.; CABRAL, I. E. O Cuidado de Enfermagem ao Egresso da Terapia Intensiva: reflexos na produção científica nacional de enfermagem na década de 90. **Rev Eletrônica Enferm**, v.3, n.2, 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 20/09/2004.
- SOUZA, T. V. **O Familiar Acompanhante e a Enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica: A dimensão do cuidado e a assistência à criança**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.
- WALDOW, V.R. **Cuidado Humano**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.
- WONG, D. Perspectivas da Enfermagem Pediátrica . In: **Whaley & Wong. Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.