



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Ana Paula Rocha Gomes

**Significado da ética e bioética ao cuidar da criança e sua família no
contexto ambulatorial: perspectiva do enfermeiro**

Rio de Janeiro

2014

Ana Paula Rocha Gomes

**Significado da ética e bioética ao cuidar da criança e sua família no contexto
ambulatorial: perspectiva do enfermeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

G633 Gomes, Ana Paula Rocha.
Significado da ética e bioética ao cuidar da criança e sua família no contexto ambulatorial : perspectiva do enfermeiro / Ana Paula Rocha Gomes. - 2014.
84 f.
Orientadora: Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Ética da enfermagem. 3. Bioética. 4. Assistência Ambulatorial. 5. Cuidados em enfermagem. I. Rodrigues, Benedita Maria Rêgo Deusdará. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Paula Rocha Gomes

**Significado da ética e bioética ao cuidar da criança e sua família no contexto
ambulatorial: perspectiva do enfermeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 19 de Fevereiro de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Thelma Spindola
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Emília Gallindo Cursino
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Dedico à minha família que tanto amo.

Dedico à minha orientadora, Professora Bené, por ser uma profissional de Enfermagem verdadeiramente comprometida com o cuidado ético, bioético e humano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, o pai que nunca me deixou abandonada nesta vida tão difícil de entender algumas situações.

Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso (Charles Chaplin).

Ou seja, ninguém nessa vida caminha só! O outro nos completa, nos possibilita o encontro com nós mesmos, funde contatos, nos ensina, nos dá suporte. Meu ingresso no mestrado, assim como o seu próprio trajeto não teria sido tão bom, talvez nem tivesse sido concluído se não tivesse tido ao meu lado companhias tão boas durante todo caminho. Talvez seja por isso que considero esse espaço o cantinho mais sublime de todos os capítulos que foram escritos, pois aqui podemos retornar toda a nossa gratidão àquilo que nos fez/faz tão bem. Um dia escutei de alguém que “a gratidão é a memória do coração” e é refletindo sobre essa definição que tentarei aqui trazer o meu mais sincero obrigado, um obrigado do coração.

Sendo assim, parece que apenas as palavras não me bastam. Gostaria que, portanto, todos aqui citados se sentissem abraçados, tamanha a intensidade de sentimentos envolvidos. Aos leitores que não me conhecem, aqui está uma boa oportunidade para isso, pois sinto este como um momento de intimidade, em que são explicitados não apenas sentimentos, mas experiências, formas de ser e agir.

Ao Celso Cardoso Cândido, amigo, companheiro, amor de todos os dias da minha vida vivida e ainda a viver, que esteve sempre ao meu lado desde o início desta trajetória, que não foi fácil, você sabe. Eu só tenho a dizer “eu te amo”.

Ao meu branquinho, Gustavo Rocha Cândido, agradeço todos os dias por você existir em minha vida e que tanta falta faz no meu dia a dia, pela ausência e muitas vezes pela falta de paciência, mas você sempre foi o responsável pela minha luta e é por você que eu luto todos os dias. Eu te amo, filho.

À querida professora Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, que desde a graduação vem acompanhando-me em minha trajetória de orientações e suporte em tantas ocasiões de minha vida. Obrigada pela oportunidade de conhecê-la melhor e ter um maior convívio com alguém que, para mim, serve de referência não apenas na pesquisa, mas na vida

por ter acreditado em meu projeto, pelas orientações e conversas sempre muito produtivas e agradáveis, pelo rigor nas diversas correções e construções de referências, pela sensibilidade e companheirismo despendidos, pelo prazer e comprometimento ético com que cumpre suas atividades profissionais, e pela sua sutileza e docilidade, mesmo em situações que a cobrança se fazia necessária.

À professora Sandra Teixeira de Araújo Pacheco, grande doutora, exemplo de enfermeira, professora, filha, esposa e mãe. Dedico meu muito obrigada pelas suas várias contribuições valiosas, que facilitaram o desenvolvimento deste trabalho, acreditando que eu era capaz, mesmo passando por aqueles dias tão difíceis.

Agradeço às professoras Thelma Spindola, Emília Gallindo Cursino, Sandra Teixeira de Araújo Pacheco e Juliana Rezende Montenegro Medeiros de Moraes, que enriqueceram com suas análises críticas como banca examinadora na qualificação dessa dissertação.

Aos meus queridos amigos do Mestrado em especial Mirian Carla Rosse Dionisio e Priscila Rodrigues. Sentirei falta dos bons momentos de convivência ao longo dessa jornada.

A minha amiga Lia Ciuffo que me encorajou a continuar e me apoiou em vários momentos difíceis.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em especial às Professores Norma Valéria Dantas, Lúcia Penna e Elias Barbosa de Oliveira pelo apoio em vários momentos vivenciados durante o mestrado.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Fabíola, Penha, Gláucia e Anderson, que sempre me atenderam prontamente com muito respeito, carinho e harmonia.

Aos enfermeiros e enfermeiras entrevistados, que gentilmente se disponibilizaram em apresentar nesta pesquisa suas reflexões e experiências sobre o cuidado ético e bioético ao cuidar da criança no ambulatório.

Agradeço às amigas Fernanda Lima, Mirian Gonçalves e Micheli Melo, pelo apoio desde sempre.

Agradeço a esta força espiritual que está comigo sempre, recarregando minhas energias e mostrando que tudo isso vale a pena.

Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar.

Nelson Mandela

RESUMO

GOMES, Ana Paula Rocha Gomes. **Significado da ética e bioética ao cuidar da criança e sua família no contexto ambulatorial**: perspectiva do enfermeiro. 2014. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O estudo propõe refletir e repensar acerca da adoção de postura profissional apoiada na ética e bioética para o cuidar do ser humano e, em especial, a criança e sua família no contexto ambulatorial. Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem pediátrica deve ter como alicerce um agir que considera as limitações reconhecendo as etapas do desenvolvimento e crescimento da criança, bem como o respeito à dignidade humana, sem infringir os princípios éticos e bioéticos. Nesse sentido, o objeto de estudo é a ética e a bioética no cuidar do enfermeiro a uma criança e sua família no contexto ambulatorial. Os objetivos são: Descrever como o enfermeiro relaciona os aspectos éticos e bioéticos ao cuidar da criança e sua família no contexto ambulatorial e discutir o cuidado do enfermeiro à criança e sua família no contexto ambulatorial à luz dos aspectos éticos e bioéticos. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. O cenário para sua realização foi o ambulatório de um hospital pediátrico da rede municipal de saúde e um ambulatório de um hospital universitário, ambos situados na cidade do Rio de Janeiro, com a participação de 13 enfermeiros. Para a interpretação do material empírico foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin na modalidade temática e interpretada à luz dos aspectos éticos e bioéticos. Como resultados emergiram duas categorias: Aspectos Éticos e Bioéticos que norteiam o cuidado à criança e sua família e A inserção dos aspectos éticos e bioéticos na prática assistencial do enfermeiro. No que se refere aos aspectos éticos e bioéticos, os enfermeiros, ao cuidarem da criança e sua família no contexto ambulatorial, procuram respeitar a individualidade, a privacidade, o sigilo e as decisões da família no tratamento da criança. Pautam-se nas legislações vigentes como o código de ética, o qual tem como princípios fundamentais: os direitos, as responsabilidades, os deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem. Quanto à inserção dos aspectos éticos e bioéticos, os enfermeiros avaliam, identificam e reconhecem as diferentes situações das crianças no momento em que chegam ao ambulatório, priorizando o atendimento com classificação de risco. Nesse sentido, ao acolher a criança e sua família, utilizam como estratégia a comunicação verbal e não verbal, além da importância de ouvir/escutar a criança durante o cuidado. O estudo aponta para a importância da atuação do enfermeiro no cuidado à criança e sua família no contexto ambulatorial pautada não apenas na legislação vigente, que respalda a conduta ética profissional, mas, sobretudo, na valorização e no reconhecimento da inserção dos princípios bioéticos como: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça na perspectiva da inclusão do ser humano como um cidadão de direitos. Desse modo, a assistência integral e individualizada, centrada na criança e sua família serão realizadas visando à garantia de seus direitos como cidadãos que devem ser contemplados em todo o processo de cuidar.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica. Ética. Bioética. Saúde da criança no ambulatório. Cuidado.

ABSTRACT

Gomes, Ana Paula Rocha. **Meaning of ethics and bioethics to take care of the child and its family in the outpatient setting: infirm' perspective.** 2014. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

The study proposes to reflect and rethink about the adoption of professional attitude supported on ethics and bioethics to take care of the human being and, in particular children and their families in the outpatient setting . In this perspective, the care of pediatric nursing must have a foundation in one act that considers the limitations in recognizing the stages of development and the growth of the child, as well as respect for human dignity, without violating the ethical and bioethical principles. Therefore, the object of study is the ethics and bioethics in nursing care to a child and its family in the outpatient setting. The objectives are: describing how nurses relate the ethical and bioethical issues to take care of children and their families in the outpatient setting and also to discuss the nursing care to children and their families in the outpatient setting in the light of ethical and bioethical issues. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. The scenario for its realization took place in the outpatient clinic of a pediatric hospital in the municipal health and outpatient clinic of a university hospital, both located in the city of Rio de Janeiro, attended by 13 nurses. For the interpretation of the empirical material content analysis of Bardin was used in thematic and interpreted in the light of ethical and bioethical issues. As results have emerged 02 categories: Ethical and Bioethical issues that guide the care of the child and his family. In addition to that, insertion of ethical and bioethical issues in nursing care practices. In referring to the ethical and bioethical aspects nurses to care for children and their families in the outpatient setting attempt to respect the individuality, privacy and confidentiality family decisions in treating children, are guided in laws in force as the code of ethics, which has as its fundamental principles: rights, responsibilities, and duties pertaining to the ethical conduct of nursing bans. Regarding the inclusion of ethical and bioethical aspects nurses assess, identify and recognize the different situations of the children when they arrive at the clinic prioritizing care with risk rating. In this sense, to accept the child and his family used as a strategy to verbal and nonverbal communication and the importance of the listening and also the hearing of the child during care. The study points to the importance of the work of nurses in caring for children and their families in the outpatient setting guided not merely the actual legislation that supports the professional ethical conduct, but especially in the appreciation and recognition on the integration of bioethical principles as: autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice in the view of the inclusion of human rights as a citizen. Thus, the full and individualized assistance, child-centered and family will be held aimed at guaranteeing their rights as citizens to be included throughout the care of the process.

Keywords: Pediatric nursing. Ethics. Bioethics. Child health clinic. Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Caracterização dos sujeitos do estudo	43
Quadro 2 –	Síntese das Unidades de Registro e Unidades de Significação na Análise de Conteúdo	80
Quadro 3 –	Síntese do número de Unidades de Registro de Categorias e Subcategorias na Análise de Conteúdo (Ética e Bioética)	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMADE	Associação Mundial dos Amigos das Crianças
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONANDA	Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MM	Memorando de Identificação
ONU	Organização das Nações Unidas
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SR2	Sub-reitoria de Pós Graduação e Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significação
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1	SITUANDO A PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO	16
1.1	Os direitos da criança: uma breve historicidade no Brasil e no Mundo	16
1.2	Justificativa do estudo	23
2	MARCO CONCEITUAL	28
2.1	O cuidar/cuidado da criança na perspectiva da inclusão da família	28
2.2	Algumas concepções teóricas acerca da ética e bioética no cuidar da criança e sua família	30
3	CAMINHO METODOLÓGICO	37
3.1	Abordagem qualitativa	37
3.2	O cenário	37
3.3	Os sujeitos	38
3.4	Período de realização das entrevistas	38
3.5	Aspectos éticos da pesquisa	39
3.6	Coleta de dados	40
3.7	Análise dos dados	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	43
4.1	Categoria 1 – Aspectos éticos e bioéticos que norteiam o cuidado a criança e sua família	44
4.1.1	<u>Subcategoria 1: Respeito à criança</u>	45
4.1.2	<u>Subcategoria 2: Privacidade da criança</u>	48
4.1.3	<u>Subcategoria 3: Respeito à família</u>	51
4.1.4	<u>Subcategoria 4: Aspectos legais</u>	54
4.2	Categoria 2 – A inserção dos aspectos éticos e bioéticos na prática assistencial do enfermeiro	56
4.2.1	<u>Subcategoria 1: Atender a criança</u>	56
4.2.2	<u>Subcategoria 2: Realizar o acolhimento</u>	58
4.2.3	<u>Subcategoria 3: Prestar cuidados educativos</u>	61
4.2.4	<u>Subcategoria 4: Ouvir/ escutar a criança</u>	63

CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados	79
APÊNDICE C – Quadros Demonstrativos das Construções de Categorias	80
ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética (CEP/SMSDC-RJ)	83
ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética (COEP/SR2)	84

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O meu interesse por questões relacionadas à criança vem desde o nascimento do meu filho, em 2005, antes mesmo do início de minha formação profissional, e intensificou-se com a oportunidade de cursar a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Mais tarde, ao participar das atividades do sexto período do curso de graduação, tive contato direto com a saúde da criança nas aulas da subárea “V – Atenção Integral à Saúde da Criança I”, quando me deparei com o programa da disciplina relacionado aos aspectos históricos, sociais, éticos e culturais acerca da atenção à criança. Isso me fez refletir sobre a importância da ética e bioética no contexto do cuidar de crianças em diferentes cenários da atuação profissional do enfermeiro.

Aliada nessa experiência da graduação, tive a oportunidade de participar/acompanhar a internação do meu filho num hospital da rede privada, na cidade do Rio de Janeiro. Na ocasião, pude constatar que a mãe, nesse momento, fica subordinada à equipe de saúde, considerando que durante a internação a criança deve se adequar às rotinas do hospital e a mãe assume ações do cuidar de seu filho, como: o banho, a alimentação, colocar para dormir, administrar as medicações, entre outras, sem ser questionada se sabe realizar tais procedimentos. Assim, a ela é determinada a realização de atividades para as quais, muitas vezes, perde o poder para questionar ou decidir se irá ou não cumprir, pois o que está em foco é a saúde do seu filho. Nesse sentido, ela passa a ser mais uma pessoa da equipe deixando de realizar o seu importante papel do ser mãe que precisa proteger seu filho em estado de adoecimento, que se encontra em plena fase de crescimento e desenvolvimento, estabelecendo relações de amor, afetividade, sendo uma pessoa para o qual o cuidar também deva ser direcionado.

Vale ressaltar, também, que o meu envolvimento com a pesquisa utilizando a temática de ética ocorreu, ainda, durante a realização do quarto período do curso de graduação quando fui selecionada como bolsista de Iniciação Científica no projeto intitulado “A Dimensão Ética do Cuidar em Enfermagem: uma perspectiva de compreensão”, coordenado pela professora Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e no qual fui bolsista pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), no período de 2008 a 2010.

Esse estudo teve como objetivo apreender o típico da dimensão ética no cuidar em enfermagem entre sujeitos enfermeiros atuantes em diferentes contextos de adoecimento na rede hospitalar de atenção do SUS. Concluiu-se que o enfermeiro age muitas vezes de forma prescritiva, orientado pelo senso comum e sua visão de mundo, apontando a necessidade de novos estudos para aprofundar as reflexões sobre esse tema, que é de suma importância no cotidiano da prática profissional.

Ao terminar o projeto, publicamos um artigo científico na Revista Enfermagem da Uerj, com o título: “A Ética no Cuidar em Enfermagem: contribuições da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz” (RODRIGUES et al., 2011). A partir deste estudo, a aproximação com a ética no cuidar em enfermagem despertou-me para adquirir conhecimentos sobre essa temática e me permitiu refletir sobre a relação da ética no contexto do cuidar de crianças.

Na tentativa de compreender cada vez mais as questões éticas implícitas no cuidado de enfermagem à criança, elaborei o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem intitulado: “A ética no cuidado à criança hospitalizada: uma perspectiva para a enfermagem” (GOMES; RODRIGUES; CIUFFO, 2011).

Os resultados desse estudo evidenciaram que os enfermeiros, embora apresentem dificuldades em conceituar o que é ética, expressam o caráter ético no cuidar de crianças hospitalizadas com a preocupação em ter um olhar diferenciado no que diz respeito a elas. Entendem a infância como um período peculiar da vida do ser humano e que merece atenção específica e uma assistência direcionada às suas necessidades (GOMES; RODRIGUES; CIUFFO, 2011).

Neste estudo, o cuidar ético surgiu nas ações diárias ao lidar com a criança hospitalizada quando os enfermeiros relataram sobre o respeito à privacidade da criança e/ou família, considerando importante preservar a criança, evitando que ela fique exposta durante a realização de procedimentos, além de tratar o familiar com respeito, lançando mão de uma linguagem que o mesmo possa compreender (GOMES; RODRIGUES; CIUFFO, 2011).

A partir desse contexto, busquei aprofundar ainda mais as minhas reflexões sobre a prática da enfermagem, explicitando os princípios éticos e bioéticos que norteiam o cuidar da criança e seu familiar no cenário ambulatorial, considerando ser este muitas vezes a porta de entrada da criança e seu familiar no processo de hospitalização/internação.

Dessa forma, com a possibilidade de aprimorar meus conhecimentos sobre essa temática cursei logo após a conclusão do curso de graduação em enfermagem a disciplina de “Ética e bioética em saúde e enfermagem” no Mestrado da Faculdade de Enfermagem da

UERJ. A partir daí, submeti-me ao processo seletivo para o mestrado, propondo como projeto para ser desenvolvido: A ética e a bioética no cuidado à criança e sua família no contexto ambulatorial.

1 SITUANDO A PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

1.1 Os direitos da criança: uma breve historicidade no Brasil e no Mundo

Ao contextualizar a atenção à criança, faz-se necessário destacar alguns aspectos históricos da infância no Brasil e no mundo, e para tanto vale lembrar que nos séculos XIV, XV e XVI as crianças eram vistas como objetos da sociedade, sem direitos, como miniaturas das imagens adultas, ou seja, havia a preocupação em descrever a infância como uma mera fase de transição para chegar à idade do homem adulto (ARIÈS, 1981).

Com o final da Primeira Guerra Mundial, ocorrida de 1914 até 1918, marcou-se o início da preocupação com os direitos humanos nos quais alguma atenção foi direcionada aos direitos da criança. Destacando-se nesse período a preocupação com o trabalho infantil, que culminou com a criação, em 1919, da Convenção sobre o trabalho noturno dos adolescentes e o estabelecimento da idade mínima de 14 anos para a agricultura. No entanto, a legislação internacional não especificou de maneira explícita os direitos da criança como distintos dos direitos do homem (UNICEF, 2009).

Surgiu na Inglaterra, nessa época, a primeira entidade internacional cuja missão era proteger e cuidar das crianças vítimas da Primeira Guerra Mundial. A entidade, chamada *Save the Children* (que significa Salvem as Crianças), foi fundada pelas irmãs pacifistas inglesas Eglantyne e Dorothy Jebb com a finalidade de arrecadar dinheiro para o envio de alimento às famílias europeias desamparadas pela guerra e a defesa dos direitos das crianças. No ano seguinte, em 1920, foi criada em Genebra a *União Internacional Save the Children*, que foi o primeiro grande encontro da União, assistido em conjunto por pessoas de ambos os lados do conflito da Primeira Guerra Mundial com a mesma finalidade do *Save the Children* (UNICEF, 2009).

Eglantyne acreditava que cada país deveria fazer todos os esforços para ajudar os seus próprios cidadãos e não apenas contar com a chegada de ajuda. Como *Save the Children* tinha sido um sucesso em todo o Império Britânico e se espalhou para a Irlanda, o Estados Unidos, Escandinávia e muitos outros países, o foco principal foi não visar apenas ajudar as vítimas da guerra, mas também em apoio a crianças desfavorecidas em cada um dos países. No entanto, em 1923, na região do Volga, o "celeiro" da Rússia, Eglantyne e *Save the Children* teve que trabalhar com energia renovada, com a convicção de que a *Save the Children* tinha de se

tornar uma organização permanente e não poderia ser simplesmente dissolvida, uma vez que precisava com o trabalho de reparar o dano que tinha causado com o fim da guerra na Europa (UNICEF, 2009).

Eglantyne Jebb virou-se para uma outra questão – a dos direitos das crianças –na seguinte declaração:

Para mim, parece chegado o momento em que já não se pode mais esperar que grandes ações de alívio sejam realizadas. Se mesmo assim quisermos continuar trabalhando pela criança, aparentemente o único meio para fazê-lo é conclamar um esforço cooperativo das nações para proteger suas próprias crianças de maneira construtiva, e não como caridade. Acredito que devemos reclamar certos direitos para a criança e trabalhar para que sejam reconhecidos internacionalmente (UNICEF, 2009, p. 4).

O resultado foi um documento curto e claro – elaborado por Eglantyne –, que afirmava os direitos da criança e do dever da comunidade internacional para colocar os direitos das crianças na vanguarda do planejamento (UNICEF, 2009).

Mais tarde, em 1924, foi promulgada a Declaração de Genebra, também conhecida como a Declaração dos Direitos da Criança de 1924, que teve como objetivo elaborar a proposta preliminar de uma declaração sucinta, a qual reivindicava que a humanidade deveria dar para a criança o melhor que é capaz, declarar e aceitar como sua obrigação, acima de qualquer consideração de raça e nacionalidade, os seguintes princípios básicos:

o direito da criança aos meios para o desenvolvimento material e espiritual; ajuda em situação de fome, doença, incapacidade, orfandade ou delinquência; prioridade no alívio em situações de risco; proteção contra a exploração; além de uma formação orientada para a vida em sociedade (UNICEF, 2009, p.4).

A Declaração de Genebra, também conhecida como Carta da Liga sobre a Criança de 1924 como o primeiro documento de caráter amplo e genérico em relação à criança, pois contempla a proteção da infância em todos seus aspectos, que tinha os seguintes objetivos:

À criança devem ser concedidos os meios necessários para o seu desenvolvimento normal, tanto material como espiritual; a criança que tem fome deve ser alimentada, a criança que está doente deve receber os cuidados de saúde necessários, a criança que está atrasada deve ser ajudada, a criança delinquente deve ser recuperada, e o órfão e a criança abandonada deve ser protegida e abrigada; a criança deve ser a primeira a receber o socorro em tempos de crise ou emergência; à criança devem ser dadas todas as ferramentas para que ela se torne capaz de sustentar-se, e deve ser protegida contra toda forma de exploração; a criança deve ser criada na consciência de que seus talentos devem ser colocados a serviço de seus semelhantes (ROSSATO; CUNHA; LÉPORE, 2011, p. 59).

A partir das atrocidades ocorridas contra a humanidade e a criança em especial, após a Primeira e a Segunda Guerra Mundial (de 1939 a 1945) abriram-se espaços para acordos e cooperações internacionais para evitar novos conflitos, além da criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945. A Assembleia Geral da ONU estava empenhada em promulgar a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, na qual destaca a dignidade humana como inerente a todos os membros da família e dos direitos iguais e inalienáveis como fundamento da liberdade, da justiça e da paz, que no seu artigo 25 faz menção à criança como “detentora do direito a cuidados e assistência especiais” (UNICEF, 2009, p. 2).

No ano de 1946, em Bruxelas, ocorreu a fusão da União *Save the Children* Internacional com a Associação Internacional para o Bem-estar da Criança, criando, assim, a União Internacional para o Bem-estar da Criança, a qual pressionou a Organização das Nações Unidas a endossar a Declaração de Genebra (UNICEF, 2009).

Mais tarde, em 20 de novembro de 1959, ocorreu a promulgação da Declaração Universal dos Direitos da Criança que incorpora os princípios da Declaração de Genebra, ressaltando que todas as crianças gozarão de todos os direitos nela enunciados, quais sejam:

Proteção especial, oportunidades, facilidades para seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Toda criança tem direito a ter nome, nacionalidade, benefícios da previdência social, acompanhamento pré-natal, o direito à alimentação, à saúde, habitação, recreação, assistência, educação, prioridade de socorro e proteção contra formas de negligências, de crueldade e de exploração, Além disso, criança precisa de amor e compreensão e a sociedade e o Estado propiciarão cuidados especiais (UNICEF, 2009, p. 5).

No Brasil, a Constituição Federal Brasileira de 1988 reconhece que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos constitucionais, conforme o artigo 227, possibilitando a definição dos direitos da criança e do adolescente, baseados na referida Doutrina da proteção integral quando estabelece que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p.37).

Esse reconhecimento possibilita a compreensão de um novo paradigma para a atenção às crianças e os adolescentes, fortalecendo a visão do cidadão criança na sociedade. Esses

documentos indicam a necessidade de criação de legislação mais específica para atender a criança e o adolescente.

A Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989, aprovada pela ONU e ratificada pelo Brasil através do Decreto 99.710/90, destaca, em seu art. 3.1 que: “todas as ações relativas às crianças, levadas a efeitos por instituições públicas ou privadas de bem-estar social, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar, primordialmente, o interesse maior da criança” (UNICEF, 2004, p. 6).

Há de ressaltar que a Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989 inovou não só por sua extensão, mas porque reconhece à criança (menor de 18 anos) todos os direitos e todas as liberdades inscritas na Declaração dos Direitos Humanos. Ou seja, pela primeira vez, outorgaram-se às crianças e adolescentes direitos de liberdade, até então reservados aos adultos.

Porém, essa Convenção reconhece, também, a vulnerabilidade específica da criança, que tem direitos especiais. Ressalta que o fato de a criança ser uma pessoa em desenvolvimento leva ao reconhecimento de dois princípios básicos: o do tratamento especial e o dos interesses superiores da criança. Destaca, ainda, um outro princípio: o da participação, o qual consiste basicamente em dois direitos: o da liberdade de expressão e o do acesso à informação, adotando concepção próxima à do preâmbulo da Declaração dos Direitos da Criança de 1959. Em razão de sua falta de maturidade física e intelectual, a criança precisa de proteção e cuidados, especialmente no que se refere à proteção jurídica apropriada antes e depois do nascimento (UNICEF, 2004).

Segundo Pereira (2000), a proteção integral é o atendimento ao princípio do melhor interesse da criança e do adolescente, assegurando-lhes direitos à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária como deveres da família, da sociedade e do poder público.

Nesse sentido, em 13 de julho de 1990, dois anos depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, que já estabelecia os princípios básicos da garantia de direitos da criança e do adolescente, foi criado com a Lei Federal n. 8.069 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no qual a criança deve ser vista como um ser humano completo, como dispõe no artigo 7 que: “A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990, p. 8).

O ECA supera de vez o desgastado modelo da doutrina da situação irregular da criança substituindo-o pelo enfoque de proteção integral, concepção sustentadora da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 23 de Novembro de 1989 e visível no Artigo 4, Parágrafo Único do ECA:

A garantia de prioridade compreende: na primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; precedência do atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990, p.7).

Ainda, no artigo 12 do ECA: “aos estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescentes” (BRASIL, 1990, p. 9-10).

O compromisso do ECA é fazer com que suas normas legais sejam implementadas para que as crianças e os adolescentes possam se tornar sujeitos do seu próprio destino, como preconiza a Constituição Brasileira. Na prática, isso implica garantir o direito igual para todas as crianças: a um nome, à nacionalidade, a uma boa alimentação, a bons serviços de saúde, à educação básica e à igualdade em sua condição de seres humanos (SCHRAMM; BRAZ, 2005).

É importante ressaltar que, ainda, na década de 1990, foi instituída a Resolução n. 41 de outubro de 1995 do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que trata em vinte itens dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Nesta estão incluídos o direito a ter o conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário, incluindo também a permanência de um acompanhante durante sua hospitalização (BRASIL, 1995). Entretanto, observo, muitas vezes, que as instituições asseguram o direito da criança em ter um acompanhante no período de hospitalização, porém o mesmo deve ser maior de 18 anos e preferencialmente do sexo feminino.

Outro evento importante foi o Simpósio Internacional sobre a bioética e os direitos da criança, que ocorreu em Mônaco, no período de 28 a 30 de abril de 2000, organizado pela Associação Mundial dos Amigos das Crianças (AMADE) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), dando origem à Declaração de Mônaco. Esse documento reforça a proteção dos direitos da criança face ao progresso da biologia e da medicina. Reconhece a infância como complexa, mas em evolução e que a criança merece

uma atenção especial. Destaca que as crianças são seres frágeis e sua autonomia não deve ser mal compreendida. Portanto, seus direitos, em especial à sobrevivência, ao desenvolvimento e à participação, bem como a proteção de que necessitam encontram-se refletidos efetivamente em numerosos textos nacionais e internacionais, aos quais são acrescentados dispositivos específicos relativos às crianças, especialmente na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A BIOÉTICA E OS DIREITOS DAS CRIANÇAS, 2000).

Desse modo, destaco a seguir alguns aspectos tratados nesse evento:

Toda criança é um ser novo e singular e as medidas tomadas para assegurar a proteção dos direitos das crianças devem ser adequadas a seu grau de autonomia. Os interesses da criança, dos pais ou dos responsáveis legais devem orientar o volume de informação a ser compartilhada com a criança. A criança deve participar na tomada de decisões relativas tanto a sua saúde quanto a sua educação, de maneira crescente e mais qualificada, à medida que sua autonomia se afirmar, cabendo aos pais aceitar essa necessidade e quando houver diferença de interesses, o interesse da criança deve, em princípio, prevalecer sobre o do adulto. A atenção à saúde da criança deve incluir a devida consideração pelo esclarecimento, pelo consentimento e, conforme o caso, pela recusa do consentimento por parte da criança, conforme seu grau crescente de autonomia. Esse princípio deve ser reforçado, em especial, em relação a exames e/ou tomada de espécimes realizados na criança, os quais só devem visar o interesse imperativo de saúde da criança que não possa ser atendida de outra maneira (SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A BIOÉTICA E OS DIREITOS DAS CRIANÇAS, 2000, p.1-2).

Vale destacar que, em 2004, houve a criação da Cartilha do HumanizaSUS, o qual garante a visita aberta, por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, que são as pessoas de seu convívio social, por afinidades ou objetivos comuns, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante. Além disso, inclui, sob a ótica dos direitos individuais e coletivos, os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Destaca, ainda, o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana: olhar cada sujeito com sua história de vida e – como sujeito de um coletivo – sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004).

Na definição de humanização proposta por esse documento existe a preocupação quanto ao princípio do respeito pela dignidade humana, que se destaca pelo “fomento à autonomia” e nos princípios básicos está explícito o compromisso com os direitos dos cidadãos, o respeito às questões de gênero, etnia e a construção da autonomia. Dentre outros aspectos, constam, também, a atenção básica hospitalar e especializada como o respeito à individualidade do sujeito (BRASIL, 2004).

O fato de as crianças e os adolescentes serem cidadãos em pleno crescimento e desenvolvimento leva à exigência de um maior rigor quanto à atenção integral. Isso porque muitas vezes não contam com meios próprios para arcar com a satisfação das suas necessidades básicas e ainda não têm pleno discernimento dos seus direitos, bem como condições para se defenderem ou se fazerem ouvir.

Nesse sentido, o estudo de Coelho e Rodrigues (2009) nos mostra que nem sempre os direitos da criança são assegurados, enfatizam que na assistência de enfermagem pediátrica o enfermeiro necessita inserir na sua prática o respeito aos direitos da criança e de seus representantes legais.

Estudo de Coa e Pettengil (2006) destaca que a criança tem o direito de participar das tomadas de decisão que lhes dizem respeito, quando a enfermagem sente empatia pela situação da criança, aceitando suas limitações e compreendendo as razões de sua recusa a um procedimento invasivo, como a punção venosa ou a injeção intramuscular, quando ouve a criança e age para ajudá-la no enfrentamento da situação. Porém, quando a enfermeira acredita que a criança é imatura e, portanto, incapaz para tomar qualquer decisão, agindo de maneira coercitiva, não interativa, não ouvindo os motivos e opiniões dela, age baseada em crenças limitadoras, que não facilitam a participação da criança nas tomadas de decisões.

Para estas autoras tem sido dada pouca oportunidade à criança hospitalizada para desenvolver sua autonomia em relação aos procedimentos realizados tendo em vista que o profissional, muitas vezes, não permite a participação da criança durante procedimentos terapêuticos. Os profissionais a consideram incapaz e, desta forma, não incentivam o desenvolvimento da sua autonomia, apesar de a enfermeira afirmar que acredita na importância da participação da criança, revelando crenças facilitadoras para o desenvolvimento da sua autonomia. Permanece, assim, uma distância entre o discurso e a prática do profissional, ao deparar-se com situações de conflito, o profissional age de maneira impositiva, não permitindo a participação da criança.

Nesta perspectiva, entendo que o enfermeiro, ao cuidar de uma criança no contexto ambulatorial, busque apoio nas políticas públicas e programas de atenção à criança, mas, sobretudo, no agir pautado nos princípios éticos e bioéticos, considerando a sua condição de ser um cidadão de direitos constitucionais e que se encontra em plena fase de crescimento e desenvolvimento.

Assim, a partir do exposto, elaborei as seguintes questões norteadoras do estudo:

- a) Como o enfermeiro relaciona a ética e a bioética ao cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial?
- b) Quais os aspectos éticos e bioéticos que norteiam o cuidar da criança e sua família no contexto ambulatorial?

Neste sentido, o objeto deste estudo é a ética e a bioética no cuidar do enfermeiro a uma criança e sua família no contexto ambulatorial.

E como objetivos:

- a) descrever como o enfermeiro relaciona os aspectos éticos e bioéticos ao cuidar da criança e sua família no contexto ambulatorial;
- b) discutir o cuidado do enfermeiro à criança e sua família no contexto ambulatorial à luz dos aspectos éticos e bioéticos.

1.2 Justificativa do estudo

Ao realizar um levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) com o objetivo de buscar publicações referentes à temática do estudo, utilizando os seguintes descritores: ética, bioética, direitos da criança, família, criança e ambulatório hospitalar, foram encontradas 38.379 publicações.

Posteriormente, realizei o refinamento agrupando os descritores na sequência a seguir: Ética e Bioética, Ética e Direitos da Criança, Ética e Família, Ética e Criança, Ética e Ambulatório Hospitalar, Bioética e Direitos da Criança, Bioética e Família, Bioética e Criança, Bioética e Ambulatório Hospitalar, Ética e Bioética e Direitos da Criança, Ética e Bioética e Família, Ética e Bioética e Criança, Ética e Bioética e Ambulatório Hospitalar, Ética e Bioética e Família e Direitos da Criança, Ética e Bioética e Família e Criança, Ética e Bioética e Família e Ambulatório Hospitalar, Ética e Bioética e Criança e Direitos da Criança, Ética e Bioética e Criança e Ambulatório Hospitalar, sendo, então selecionados, apenas quatro artigos encontrados na LILACS, um artigo na BDENF, três teses e quatro dissertações na CAPES pela aderência ao objeto de estudo.

Para tanto, utilizei como critério de inclusão os artigos que abordassem a temática da ética e bioética no cuidar de uma criança e sua família e tendo por marco temporal o ano de 1990, devido à promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Foram excluídos os estudos de revisão, relatos de experiências, relatos de caso ou comunicação, os estudos que se repetiram entre as bases de dados, considerando apenas um.

Todas as publicações selecionadas foram lidas na íntegra e apresentadas a seguir, enfatizando os resultados relacionados ao objeto de estudo.

Assim, Pettengill e Angelo (2006), ao desenvolver o relato de uma situação clínica, identificaram a vulnerabilidade da família, propiciando ao enfermeiro pediatra a utilização do conceito da vulnerabilidade da família com o objetivo de identificá-lo na sua prática e na intervenção com famílias. O estudo foi realizado com família que experienciava uma situação de doença e hospitalização de um filho. A vulnerabilidade foi identificada nas interações da família com a doença, a própria família e com a equipe de saúde. A família apresentava uma resposta de fortalecimento ou enfraquecimento, que exigiram o acompanhamento contínuo. Isto as fez refletir acerca da importância de o enfermeiro reconhecer as manifestações da vulnerabilidade para se antecipar a elas propondo intervenções adequadas que permitam à família manter-se fortalecida na situação. Trata-se de um compromisso com o cuidado que envolve as três dimensões éticas: justiça, autonomia e beneficência. Nesta situação, a interação entre a equipe de saúde e a família se apresentava como desigual, com a família em uma posição secundária e os critérios éticos não sendo respeitados. A mudança ocorreu justamente por meio de intervenções que permitiram elevar a posição da família na interação com a equipe, compartilhando o poder e caminhando em direção oposta ao sentimento de vulnerabilidade.

Coelho e Rodrigues (2009), com o objetivo de apreender o típico da ação do enfermeiro frente à participação da criança na realização de cuidados, compreenderam que na assistência de enfermagem pediátrica o enfermeiro necessita inserir na sua prática o respeito aos direitos da criança e de seus representantes legais, (re)pensando conceitos, abolindo (pré)conceitos. O direito ao exercício da autonomia face aos cuidados de enfermagem deve ser conduzido para a liberdade na tomada de decisão que está relacionada à informação adequada e compreendida por todos.

O estudo de Paula e Crossetti (2005) teve por objetivo a discussão no que se refere ao experienciar a facticidade do ser humano sob a ótica da finitude e da ética, por meio da compreensão do significado para a equipe de Enfermagem de uma Unidade de Internação Pediátrica, no estar-com o ser-criança que convive com a Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida (AIDS). Desvelou-se deste encontro com a equipe de enfermagem a percepção referente ao cuidado no experimentar a facticidade do ser humano, e neste, o conviver com a finitude do ser e a ética compreendeu-se que a ética, no encontro genuíno de cuidado em enfermagem, faz-se essencial à sua autenticidade, visto a reciprocidade existente na busca de escolhas responsáveis ao estar-melhor na presença do respeito que permeia a relação.

Em seu estudo, Hayakawa, Marcon e Higarashi (2009) objetivaram compreender as alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), onde evidenciaram como resultados que os profissionais de saúde em geral focalizam a assistência nas necessidades do paciente, mesmo quando se trata de uma criança. Esquecem, assim, de oferecer o suporte necessário aos pais, que, tal como a criança, passam por um dos períodos mais difíceis e turbulentos de suas vidas: convivendo com as dificuldades financeiras e sociais, as dúvidas e incertezas que cercam o limiar de vida e morte de seus filhos. Destacam que o cuidado centrado na família é imprescindível no processo de assistência integral e humanizada em saúde e deve considerar cada núcleo, membro e dinâmica familiar em sua singularidade. Ao profissional cabe, portanto, promover a maior conscientização do acompanhante diante da realidade vivida na hospitalização e a conservação do vínculo família-criança.

Dentre os aspectos que envolvem o cuidado na díade mãe-filho sob o olhar da enfermagem, Assunção (2010) compreende que o cuidado é visto por alguns como uma tarefa, representa algo árduo, pesado, remetendo ao modelo positivista. A enfermagem deve estar mobilizada para atuar nesse processo tão especial da vida da mulher e da criança e a ação do cuidado deve ser norteadada pelo comprometimento, responsabilidade e ética.

Morais (2009), com o objetivo de compreender a relação dialógica entre profissionais de enfermagem e mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), constatou que o cuidado genuíno, centrado na criança e na mãe, encontra respaldo na teoria humanística de enfermagem. Esta possibilita o conhecimento do fenômeno, apreendendo o verdadeiro significado da existência de cada genitora enquanto mãe acompanhante e serve para redirecionar a prática assistencial de enfermagem a este ser especial.

Silva (2007), buscando compreender o significado para a enfermeira do cuidar de uma criança hospitalizada portadora de doença crônica acompanhada por um familiar, obteve como resultados que as enfermeiras, quando participam da produção de cuidados à criança doente crônica hospitalizada focando a doença, revelam uma prática voltada para a realização de técnicas de enfermagem e cumprimento de prescrições médicas. O familiar acompanhante,

dentro dessa produção de cuidados, cumpre o que lhe é determinado pelas enfermeiras, ou seja, ele é considerado um agente nesse processo de trabalho. Entretanto, nessa mesma realidade, as enfermeiras expressaram ações dirigidas à criança, focando-a como pessoa passando a reconhecer suas necessidades importantes como a de ser estimulada, ser confortada, além de estabelecer relações de confiança com o seu cuidador.

Motta (1997), na busca da compreensão dos significados dos conteúdos vividos e percebidos pela criança doente e sua família ao experimentar a doença, evidenciou que a criança surge, emerge, como um ser em construção no mundo, e a doença desarticula sua existência, abala e desestrutura a ordem familiar. O modo de ser criança doente é desvelado na relação com a família e com o mundo do hospital. A criança e a família reorganizam-se como ser-no-mundo e enfrentam esta dimensão existencial que os caracteriza como seres autênticos, que manifestam seus sentimentos, angústias e sofrimento ao perceber as mudanças no mundo da vida e sua finitude.

Collet e Rocha (2004), em estudo cujos objetivos foram verificar em que momento, em quais cuidados e de que forma as mães são incluídas na assistência à criança hospitalizada e verificar como acontece a negociação dos cuidados entre a equipe de enfermagem e mães, identificaram que as relações estabelecidas por estas e a equipe de enfermagem mostram-se complexas e permeadas pelo exercício do poder. Nesse sentido, é necessária a busca da construção do cuidado compartilhado, indicando ainda que há falta de um projeto terapêutico coletivo sob a perspectiva do cuidado centrado na família, que é um dos óbices ao envolvimento da mãe na assistência.

Gomes (2005), em seu estudo, objetivou compreender como se processa o respeito aos direitos da criança hospitalizada e sua família, pelo hospital e pelos profissionais de saúde. Os resultados evidenciaram os múltiplos projetos de humanização existentes no hospital; a preocupação em manter um espaço destinado para a criança brincar; a criação de um espaço de higiene e alimentação para o acompanhante; o ambulatório da Cirurgia sem Medo, preparando a criança e família para a cirurgia, bem como a criação da fila única; a ampliação do horário de visita; a comunicação, muitas vezes deficiente, entre profissionais e acompanhantes; a pouca ou nenhuma orientação sobre normas e rotinas do hospital e sobre os direitos da criança e família no meio hospitalar; o limitado conhecimento sobre os direitos da criança hospitalizada, por alguns profissionais, desconhecendo os documentos importantes na área; e, finalmente, a falta de materiais de trabalho essenciais para a recuperação e bem-estar da criança hospitalizada como empecilhos a um cuidado pleno e de boa qualidade.

Souza (2007), ao realizar estudo com os objetivos de descrever os cuidados prestados pelo familiar/acompanhante e pela equipe de enfermagem à criança durante a internação; analisar as estratégias estabelecidas entre o familiar/acompanhante e a equipe de enfermagem para prestar os cuidados à criança e discutir a interação do familiar/acompanhante e equipe de enfermagem quanto ao cuidado à criança hospitalizada, constatou que os cuidados prestados pelo familiar/acompanhante restringem-se à higiene corporal e oral, troca de fraldas, limpeza da unidade; alimentação e administração de medicamentos por via oral. Os cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem são administração de medicamentos, que abrange a manipulação dos dispositivos endovenosos, punção venosa, administração, preparo e aprazamento das medicações; administração de alimentos por sonda enteral; orientação à criança e aos familiares/acompanhantes; higiene corporal; verificação dos sinais vitais; peso e estatura; inspeção do couro cabeludo; e curativo. As interações entre a equipe de enfermagem e os familiares/acompanhantes, no primeiro momento da internação, sofrem interferências como: reações de medo, ansiedade e angústia; desconhecimento dos procedimentos feitos com a criança; falta de confiança por parte dos familiares. Ao longo da internação, o relacionamento entre os sujeitos é considerado positivo.

Segundo Circuncizão (2007), em seu trabalho com o objetivo de conhecer os aspectos éticos que permeiam a participação dos pais no cuidar/cuidados de enfermagem em UTIN, concluiu que a responsabilidade da enfermeira na participação dos pais nos cuidados ao filho em UTIN vai além do seu preparo técnico, é uma questão de consciência e comportamento ético, de abertura para o novo e respeito às diferenças.

Com base na literatura científica, ficou evidenciado que nenhum dos estudos encontrados se referiu à atenção à criança no contexto do ambulatório. O foco central desses estudos é a permanência do familiar junto à criança hospitalizada que ainda é um desafio para a equipe de enfermagem, já que a mesma tem dificuldades em conviver com essa família. Porém, insere a família na assistência prestada a essa criança hospitalizada, tornando-se mais uma cuidadora desta, ou seja, como se fosse um componente da equipe. Todavia, o cuidado da criança hospitalizada deve ser compartilhado entre a equipe e os pais, pois vai além dos procedimentos técnicos realizados pela enfermagem, sendo uma questão que envolve afetividade, respeito e, sobretudo, princípios éticos e bioéticos na perspectiva da garantia de direitos do cidadão criança.

Diante do exposto, torna-se relevante a realização deste estudo, com o enfoque nos aspectos éticos e bioéticos que norteiam o cuidado realizado pelo enfermeiro a uma criança e sua família no contexto ambulatorial.

2 MARCO CONCEITUAL

2.1 O cuidar/cuidado da criança na perspectiva da inclusão da família

O cuidar existe desde que surgiu a vida, pois é necessário “tomar conta” da vida para que ela possa continuar desenvolver-se, e assim lutar contra a morte do indivíduo, do grupo e da espécie, tendo em conta tudo que é indispensável para garantir as funções vitais (COLLIÈRE, 1999).

O cuidado é o *ethos* do humano, está na origem da existência do homem, ele se encontra antes, e *a priori* significa dizer que o cuidado faz parte da constituição do ser e de seu modo de ser cuidado, pois sem o mesmo não há o humano. Para Boff (2003), o cuidado tem duas significações básicas: a primeira é ter uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção com o outro; a segunda, de preocupação e de inquietação, que é o envolvimento, a ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida.

Waldow (2004) acredita que o cuidado é um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser; relacional porque ocorre em relação com o outro ser e contextual porque assume variações, intensidades e diferenças nas maneiras de cuidar, conforme o meio em que ocorre. Nessa mesma perspectiva, ficou evidente que o cuidado é uma forma de ser, de expressar e de relacionar-se consigo mesmo, com o outro ser e é claro com o mundo em que vivemos, ou seja, o cuidado é fundamental para a manutenção da vida.

Assim, Waldow e Borges (2011) afirmam que o cuidado é um ideal ético, o qual, visto de dentro, é o deslocamento de interesse de nossa realidade para a do outro. O cuidado vai além da existência do ser humano, é também o relacionamento com o outro, o qual envolve nossos atos, comportamentos e atitudes.

Para Watson (2002, p.55) “o cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências”. O cuidado está relacionado com as condições de saúde e doença, nas interações entre as pessoas e o meio ambiente. O cuidar ideal da enfermagem tem por objetivo principal a proteção, a melhora e preservação da dignidade humana. O cuidar tem o envolvimento de ambas as partes, de quem é cuidado e de quem cuida.

Watson (2003) acredita que o cuidar depende do envolvimento do outro, no qual a capacidade do enfermeiro de compreender a condição humana e de ter um relacionamento com a mesma permite que construa valores humanísticos, em que o indivíduo considera experiências prévias e bagagem cultural, e o enfermeiro desenvolve uma relação de confiança e uma sensação de bem estar com o outro.

A mesma autora fala do cuidado transpessoal, que é estar livre para o outro e ter o compromisso moral para proteger e promover a dignidade humana. Neste, uma pessoa pode determinar o seu próprio significado, a intenção e a vontade do enfermeiro em afirmar a significação subjetiva da pessoa (WATSON, 2002).

Vale ressaltar que os profissionais de enfermagem têm na sua formação o privilégio de estudar e exercitar o cuidado em sua plenitude com uma visão humanista, com bases em seus princípios éticos, morais e, sobretudo, respeitando e consolidando o ser humano em sua totalidade (WALDOW, 2004).

No que se refere ao cuidar de crianças e suas famílias, segundo Wong (2009), as enfermeiras devem demonstrar afeto, compaixão e empatia. Em relação aos aspectos afetivos, são os cuidados atraumáticos e o desenvolvimento de uma relação terapêutica. Por sua vez, os pais identificam o afeto como um sinal da qualidade dos cuidados de enfermagem, os quais estão voltados para as necessidades não técnicas da criança e da família. Ainda para este autor, os pais descrevem os cuidados como ações da enfermagem, que deve incluir e reconhecer a presença dos mesmos, ouvi-los, envolvê-los nos cuidados e mostrar o interesse e preocupação com o bem-estar da criança e da família.

Segundo Collière (1999), as práticas de cuidados têm sua origem nas mulheres, por isso as mães são cuidadoras. Neste caso, temos a necessidade de cuidar dos acompanhantes das crianças. Os cuidados prestados pelas enfermeiras pediátricas devem estar voltados tanto para a criança quanto seu familiar em situações diferentes. Porém esse cuidado deve ter algo em comum, estabelecer a saúde da criança. A mesma autora traz um importante conceito da mulher cuidadora: “Às mulheres competem todos os cuidados que se realizam à volta de tudo o que cresce e se desenvolve, e isto até à morte: tomar conta das crianças, mas também dos doentes e dos moribundos” (COLLIÈRE, 1999, p.33).

Nesse sentido, entendo que a enfermeira pediátrica, na sua prática diária, deve planejar um cuidado mais amplo e individual, tanto para a criança como para a sua família, pois ambas sofrem medos, limites, fraquezas, conflitos e sentimentos comuns diante das situações que envolvem o processo saúde e doença. Nessa perspectiva, o cuidado não deve se restringir apenas a técnicas e normas, mas sim a respeito, confiança, dedicação, sensibilidade, ética e

ajuda mútua para promover, recuperar e acompanhar a saúde da criança e sua família. O cuidado deve ser compartilhado pelos profissionais de saúde e pela própria família da criança, que desenvolve o cuidar no sentido de zelo, afeto e apego, pois o cuidado não é apenas de uma profissão, é uma prática que pertence a qualquer indivíduo (COLLIÈRE, 1999).

Desse modo, compreendo que o cuidado de enfermagem à criança e sua família deve resgatar a dignidade humana, em que cada pessoa é única e no qual se deve respeitar suas necessidades biopsicossocial e espiritual. Assim, o cuidado deixa de ser mecânico para ser relacional, pois se realiza numa condição existencial, na qual a enfermagem necessita avançar com base na compreensão da totalidade do ser humano, na sua singularidade e, sobretudo, nas relações humanas.

Para os enfermeiros pediatras o cuidar de uma criança e sua família deve ser valorizado como a ferramenta fundamental para uma assistência mais humanizada, que inclui os princípios éticos e bioéticos que sustentam a condição humana dessa ação profissional. Além disso, entendo que o cuidar de crianças e sua família precisa articular aspectos teóricos e conceituais da profissão, tendo em vista a perspectiva do saber científico e alicerçada, sobretudo, nos desafios atuais.

2.2 Algumas concepções teóricas acerca da ética e bioética no cuidar da criança e sua família

No meu entendimento, a ética está presente nas relações entre os seres humanos e nas suas diversas maneiras de agir no mundo. Neste sentido, ao pensar sobre a ética no cotidiano das atividades profissionais na área da saúde da criança, torna-se necessário partir da compreensão das necessidades da criança e sua família levando em conta a subjetividade do outro, suas crenças e visões de mundo.

Desta maneira, o estudo da ética e bioética na saúde da criança requer aprofundamento teórico que dê subsídios para avançar em pesquisas que possam contribuir para a enfermagem pediátrica, como é o caso, em especial, deste estudo que aborda o significado da ética e da bioética no cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial. Nesse sentido, conforme Pegoraro (2006, p.15), “a ética parte de um ponto que abrange todas as dimensões da vida humana. A ética não nasce da doutrina de um sábio, de um filósofo ou de um santo; mas emerge da experiência da vida”.

Para Capalbo (2008), a palavra ética (do grego *ethos*) indicava o modo de ser do homem no mundo, ou seja, a maneira que ele se sente à vontade. Ethos era a pátria do homem, sua família e sua cidade. Enfim, pouco a pouco foi significando o modo de o homem se situar em família, na cidade e no mundo.

No entender de Boff (2003, p.37), ética é um conjunto de valores e princípios, de inspirações e indicações que valem para todos, pois estão ancorados na nossa própria humanidade. O mesmo autor afirma que “a moral é parte da vida concreta. Trata-se da prática real das pessoas que se expressam por costumes, hábitos e valores culturalmente estabelecidos. Uma pessoa é moral quando age em conformidade com os costumes e valores consagrados”.

A ética preocupa-se com a justificativa das ações humanas, ao passo que a moral e o direito estabelecem as regras para a ação, visando tornar o comportamento humano previsível. Desta forma, a Ética e a Moral estão em planos diferentes. Tanto a Moral como o Direito baseiam-se em regras que visam a estabelecer uma certa previsibilidade para as ações humanas. Ambas, porém, se diferenciam. A moral estabelece regras que são assumidas pela pessoa, como uma forma de garantir o seu bem-viver. O direito busca estabelecer o regramento de uma sociedade delimitada pelas fronteiras do Estado (GOLDIM, 2004).

Na concepção de Vásquez (2003), a ética é a teoria ou ciência do comportamento moral do homem em sociedade. Seu objeto de estudo é constituído de atos humanos: os atos conscientes e voluntários dos indivíduos, determinados por grupos sociais ou a sociedade em seu conjunto. Enquanto a moral se refere ao comportamento adquirido ou modo de ser conquistado pelo homem.

Para Valls (1994), falar de ética significa falar da liberdade. O autor afirma que num primeiro momento a ética nos faz lembrar das normas e da responsabilidade. Mas não tem sentido falar de norma ou de responsabilidade se não partirmos da suposição de que o homem é realmente livre, ou pode sê-lo, pois a norma nos diz como devemos agir. E se devemos agir de tal modo, é porque (ao menos teoricamente) também podemos não agir deste modo. Isto é: se devemos obedecer é porque podemos desobedecer, somos capazes de desobedecer à norma ou ao preceito. Também não tem sentido falar de responsabilidade, palavra que deriva de resposta, se o condicionamento ou o determinismo é tão completo que a resposta aparece como mecânica ou automática.

A ética está diretamente relacionada às ações que se dão nos espaços político, público e social. Essas questões trazem à tona os conceitos éticos que envolvem a busca por melhores ações, tanto na vida pessoal como na vida pública, pois a ética é pautada na conduta das

pessoas, é o pensar na política e na sua formação como um sujeito de direitos e deveres com a sociedade (SCHRAMM; BRAZ, 2005).

No que tange à bioética, para Durand (2003, p. 101) ela “é a busca de soluções para conflitos de valores no mundo da intervenção biomédica”. O que implica dizer que ao se pensar em respostas aos diferentes conflitos morais na área de saúde da criança os profissionais precisam se remeter a uma hierarquia de valores e, portanto, à visão de mundo dos sujeitos envolvidos para que se possa dar conta das soluções na perspectiva da dignidade humana.

A bioética surgiu da ética aplicada ao buscar normas de conduta do que é certo em relação a pesquisas, práticas e teorias visando a interpretar os problemas levantados pela biotecnociência e pela biomedicina. Ela se constitui na singularidade ou na originalidade, em que os problemas éticos são discutidos pela tecnociência, pelas crenças religiosas e concepções filosóficas. Enfim, a bioética se consolida no saber tecnocientífico, biológico, nas ciências humanas, como a sociologia, a política e a ética (PEGORARO, 2002).

Assim, a bioética é parte da ética aplicada ou ética prática, que se pauta no diálogo multiprofissional e na dinâmica sobre todos os assuntos da vida, particularmente os da vida humana, decorrentes da intensa aceleração das descobertas tecnocientíficas, ou bioética de fronteira e das situações do cotidiano, ou bioética do cotidiano (BERLINGUER, 2004).

Vale destacar que o marco inicial sobre as discussões éticas em pesquisa com seres humanos deu-se em virtude das atrocidades praticadas pelos médicos nazistas nos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial relatadas em seus julgamentos, dando origem, então, ao Código de Nuremberg (1947) e posteriormente à Declaração de Helsinque (1964), entre outros. Porém, somente em 1978 foi promulgado o Relatório Belmont, que se tornou a declaração principialista clássica, não somente para a ética ligada à pesquisa com seres humanos, mas também para a reflexão bioética em geral (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Segundo estes autores, a bioética foi utilizada primeiramente em Wisconsin, nos Estados Unidos da América, pelo oncologista e biólogo norte americano Van Rensselaer Potter em seu livro *Bioethics: bridge to the future* (Bioética: ponte para o futuro), publicado em 1970, baseado em seus artigos da década de 1950 e 1960. Para Potter, a bioética deveria ser uma disciplina capaz de acompanhar o desenvolvimento científico (abraçando a biologia, ecologia e meio ambiente junto com a ética), com uma vigilância ética que ele supunha poder estar isenta de interesses morais. No entanto, o autor propunha a democratização contínua do conhecimento científico como única maneira de difundir esse olhar zeloso da ética. A

proposta futurista de Potter era a ideia de que a constituição de uma ética aplicada às diversas situações da vida seria o caminho para a sobrevivência da espécie humana e os valores humanos. Segundo Potter, a proposição do termo bioética enfatizava os dois ingredientes considerados os mais importantes para alcançar uma prudência que ele julgava necessária: o conhecimento biológico associado aos valores humanos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

O Relatório Belmont referia-se somente às questões éticas relacionadas às pesquisas com seres humanos, no qual foram identificados três princípios. São eles: respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência e justiça. O respeito pelas pessoas incorporava duas convicções éticas: as pessoas deveriam ser tratadas com autonomia; as pessoas cuja autonomia está diminuída devem ser protegidas. Por pessoa autônoma o Relatório entendia o indivíduo capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e agir sob a orientação dessa deliberação. A autonomia é entendida num sentido concreto, como a capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem coação externa. Desse princípio derivam procedimentos práticos: um é a exigência do consentimento informado e o outro é o de como tomar decisões de substituição quando uma pessoa é incompetente ou incapaz, isto é, quando não tem autonomia suficiente para realizar a ação de que se trate (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005). As teorias da autonomia consideram essencial a existência de duas condições: a liberdade e a capacidade de agir intencionalmente de acordo com a própria consciência.

A incorporação do conceito de consentimento informado em bioética está relacionada ao respeito à autonomia do paciente, seja nas medidas terapêuticas ou na participação em pesquisas científicas (AZEVEDO, 2002).

Já o princípio da beneficência se caracteriza como caridade e considera de uma forma mais radical, uma obrigação, com base na qual são formuladas duas regras: não causar danos e maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos, ou seja, implica, sobretudo em fazer o bem e prevenir o mal, porém o Relatório Belmont não distingue o princípio da beneficência e o de não maleficência, o que só foi desenvolvido mais tarde por Beauchamp e Childress (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

O terceiro princípio é o da justiça, que pode ser entendido como a garantia de igualdade de direitos, liberdade de expressão, equidade na distribuição de bens e benefícios, respeito às diferenças individuais e a busca de alternativas para atendê-las, no qual, não pode ser negado qualquer tipo de tratamento ou assistência em função de discriminação oriunda de seu status social, raça ou qualquer outro fator. Entre os homens existem diferenças de todo tipo e muitas delas devem ser respeitadas em virtude do princípio de justiça, por exemplo,

ideal de vida, sistema de valores, crenças religiosas etc. Enfim, todos devemos ser considerados iguais, de tal modo que as diferenças são consideradas injustiças (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Um ano depois do Relatório Belmont, Beauchamp e Childress lançaram em 1979 o livro *Principles of Biomedical Ethics* (Princípios da Ética Biomédica), no qual expressavam o conceito de que a vida moral estava fundamentada em alguns princípios básicos, evidentes e incontestáveis, que todos os seres humanos consideram obrigatórios. Eles também avançaram em relação ao Relatório Belmont, acrescentando o quarto princípio, o da não maleficência. Tendo em vista os quatro princípios, desencadearam uma discussão que passa a ser denominada de corrente principialista da Bioética (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2009). Para estes autores, o princípio da autonomia, antes visto como o respeito pelas pessoas no Relatório de Belmont, estendeu-se aos indivíduos na capacidade de suas decisões, o que é melhor para si sem interferência de um agente externo. As teorias sobre autonomia têm três condições. São elas: “intencionalmente, com entendimento e sem influências controladoras que determinem sua ação” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009, p. 140).

Pelo princípio da Autonomia, tem-se que o profissional da saúde deve respeitar a vontade do paciente ou de seu representante legal. Com isto, é necessário levar em consideração, em certa medida, os valores morais e as crenças religiosas do sujeito. A autonomia reflete a capacidade que o indivíduo tem de autogovernar-se, ou seja, de fazer as suas próprias opções, agindo em conformidade com as suas deliberações. É deste princípio que decorre a exigência do consentimento livre e informado da pessoa, não se admitindo qualquer tipo de coação ou pressão externa (DINIZ, 2007).

Segundo Schramm e Braz (2005), em se tratando de criança ou adolescente, o consentimento será dado por seus representantes legais, contudo, o ECA determina e assegura a todos vários dispositivos e que sejam ouvidos nas ações de seu interesse. As crianças e adolescentes têm assegurados os direitos humanos, como têm o direito de serem responsáveis por seus atos, de exercer seu direito de escolha, o que seria o bastante para tornar necessária sua manifestação de vontade, valores e crenças e o respeito à sua intimidade, desde que não agrave seu estado ou ponha sua vida em perigo. Ou seja, a autonomia das crianças e dos adolescentes está assegurada no ECA, tornando-as capazes de tomar decisões e desta forma de exercer sua autonomia, de acordo com a faixa etária e o desenvolvimento cognitivo, desde que suas escolhas não ponham em risco sua vida.

O princípio da beneficência exige algumas regras como: proteger e defender os direitos dos pacientes, evitar que outros sofram danos, eliminar as condições que causarão

danos a outros, ajudar pessoas inaptas, socorrer pessoas que estão em perigo. Além disso, existem dois princípios da beneficência: a positiva, que requer a propiciação da beneficência e a utilitária, que requer que os benefícios e as desvantagens sejam ponderados (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

Desse modo, para Koerich, Machado e Costa (2005, p. 108) “significa que como profissionais da saúde precisamos fazer o que é benéfico do ponto de vista da saúde e o que é benéfico para os seres humanos em geral”.

O princípio da não maleficência está ligado à máxima “*Primum non nocere*”: “em primeiro lugar, não causar dano”, no qual o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu cliente. Tem na tradição hipocrática suas raízes em uma máxima que preconiza: “cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos” (KIPPER; CLOTET, 1998, p. 47). Refere-se à obrigação de não se infringir, intencionalmente, dano a alguém e decompõe-se em quatro obrigações gerais: não devemos infringir mal ou dano, devemos impedir que ocorram males ou danos, devemos sanar males ou danos, devemos fazer ou prover o bem (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

No princípio da não maleficência existem duas correntes: uma positiva e outra negativa. Porém a corrente negativa é predominante, pois o dever de não causar dano parece ter maior peso moral do que um imperativo de beneficência: deve-se primeiro prevenir um dano para, depois, promover um bem. Entretanto, isso não significa que o princípio da não maleficência tenha mais valor que o da beneficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

Em sua obra, Beauchamp e Childress procuram analisar os princípios morais que devem ser aplicados na biomedicina, ou seja, tratava-se de um enfoque claramente principialista; entendem a ética biomédica como uma ética aplicada e produtiva. Para eles os conflitos morais poderiam ser mediados pela referência a algumas ferramentas morais, os chamados princípios éticos gerais aos problemas da prática assistencial (DINIZ; GUILHEM, 2002; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Beauchamp e Childress (2009) fizeram modificações no princípio da autonomia em relação às crianças, presos, pessoas senis ou doentes mentais, considerados sujeitos com autonomia debilitada. Esta ressalva serviria para reforçar o valor da autonomia como algo intrínseco ao ser humano (DINIZ; GUILHEM, 2002).

A corrente do principialismo direciona o profissional para uma assistência mais humanizada e reflexiva, pautada nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça ao cuidar de ser humano.

Diniz e Guilhem (2002) afirmam que o papel fundamental da bioética é reconhecer e ir ao encontro das estratégias para a solução do conflito moral considerando o pluralismo e a diferença moral das sociedades, e não apenas as crenças e valores de determinados grupos.

Para Camargo (2003, p. 65-66), “a bioética tem um grande futuro pela frente por oferecer uma contribuição decisiva na construção de uma vida mais digna para todos, na discussão de questões e problemas morais concretos”. Para Krell (2006, p. 28), a bioética se consolida “como uma metodologia de confronto interdisciplinar entre ciências médicas e ciências humanas”.

Tendo em vista essas reflexões, vale dizer que a bioética se respalda na abordagem interdisciplinar, preocupando-se com as condições exigidas para um compromisso responsável com a vida, particularmente com a vida humana, face aos rápidos e complexos progressos da biotecnociência. Procura dar conta de modo sistemático das questões que envolvem a tomada de decisões visando ao desenvolvimento harmonioso dos indivíduos e da coletividade (ROY, 1979 apud DURAND, 2003).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Abordagem qualitativa

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que, segundo Polit e Beck (2011), preocupa-se com o indivíduo e seu ambiente, levando em consideração toda a sua complexidade.

Para Minayo (2007), na pesquisa qualitativa verifica-se uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números.

Figueiredo (2007, p. 95) acrescenta que “este tipo de pesquisa trabalha com dados não quantificáveis, coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos, que não necessitam tanto de uma estrutura, mas em compensação, requerem o máximo envolvimento por parte do pesquisador”.

3.2 O cenário

Este estudo foi realizado no ambulatório de um hospital pediátrico da rede municipal de saúde e no ambulatório de um hospital universitário, ambos situados na cidade do Rio de Janeiro, que tem como uma de suas características o atendimento de crianças em diferentes graus de complexidade.

No ambulatório do hospital pediátrico da rede municipal são realizadas atividades de atendimento em diversas especialidades médicas, incluindo os programas de referência para o município, tais como: DST-AIDS, Programa destinado ao atendimento e acompanhamento de crianças com diarreia prolongada, as quais necessitam de leites especiais e atendimentos diferenciados (Prodiape), Núcleo de atendimento à vítima de violência sexual, Grupo de atendimento multiprofissional à criança portadora de disrafismo e O Projeto Bem Receber, destinado à porta de entrada do hospital com o objetivo de receber a população, organizando a demanda diária ao ambulatório, pautado em rotinas e critérios definidos de acordo com o perfil de oferta de serviços da unidade e na identificação da classificação de risco.

No ambulatório de pediatria do Hospital Universitário são realizadas as seguintes atividades: serviço de pronto atendimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização e o Projeto Amar, que consiste em um atendimento em puericultura. Este se caracteriza pelo atendimento às crianças desde a alta da maternidade até os cinco anos de idade, com a implementação de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e identificação de necessidades especiais. Na assistência a estas crianças, além das consultas conjuntas com os diversos profissionais da equipe de saúde, são realizadas atividades de educação em saúde como a Sala de Espera e estratégias para a melhoria da qualidade do atendimento às crianças e suas famílias.

As atividades são desenvolvidas por meio da abordagem multiprofissional tendo por base as ações integrais de saúde propostas pelo Ministério da Saúde, ou seja, seguimento do recém-nascido de alto risco, ambulatório da família, quimioterapia, ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias, ambulatório de bexiga neurogênica, educação em saúde (sala de espera) e brinquedoteca.

3.3 Os sujeitos

Os sujeitos deste estudo foram todos os enfermeiros que trabalham no atendimento à criança e sua família no contexto ambulatorial, no total de 13 enfermeiros. Como critério de inclusão participaram do estudo aqueles enfermeiros que realizam o cuidado direto à criança e sua família, tais como: recepção/acolhimento; classificação de risco; mensuração de sinais vitais, dentre outras atividades próprias deste contexto. Os enfermeiros que não participam diretamente do cuidado à criança e sua família, ou seja, aqueles que somente estão ligados aos procedimentos administrativos, na gerência e os que estão afastados por algum motivo como férias, licença médica, dentre outros, foram excluídos do estudo.

3.4 Período de realização das entrevistas

As entrevistas foram realizadas no período de março a junho de 2013 em datas e horários previamente agendados a partir da disponibilidade dos entrevistados e do

pesquisador. As entrevistas ocorreram em uma sala reservada nos respectivos cenários do estudo. Busquei na unidade um ambiente tranquilo e que não fosse alvo de movimentação de funcionários, com o intuito de que não houvesse interferência por ocasião da coleta dos depoimentos e, conseqüentemente, interrupção e/ou alteração no contexto dos discursos.

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC), sendo aprovado pelo Parecer n. 12A/2013 e Protocolo n.171/2012 (ANEXO A), e à Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Sub-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa/SR2/ UERJ, aprovado com o Memorando de Identificação MM-006 COEP/SR-2/2013 (ANEXO B), para atender aos preceitos éticos da legislação em pesquisa envolvendo seres humanos por meio da Resolução 196/96 vigente por ocasião do trabalho de campo, que continha as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO DE SAÚDE, 1996), sendo substituída pela Resolução 446/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Além disso, a autorização das instituições que compõem os cenários do estudo são os documentos que, juntamente com o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos de pesquisa, farão parte do acervo que resguarda o caráter ético da pesquisa.

No TCLE, aprovado pelo CEP, os sujeitos do estudo foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, a aplicação do instrumento de coleta de dado, dos benefícios que poderão advir com os seus resultados, da sua utilização na divulgação em eventos e publicação em periódicos com o devido respeito ao anonimato dos participantes (CNS, 1996). Após consentirem em participar do estudo, formalizaram o seu aceite assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando cada um dos entrevistados com uma cópia (APÊNDICE A).

3.6 Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado foi uma entrevista semiestruturada. Esta técnica, conforme Polit e Beck e Hungler (2004), é usada quando o pesquisador possui diversos tópicos a serem explorados. Assim, a função do entrevistador é estimular os participantes a falarem livremente sobre os tópicos abordados.

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, solicitei a cada enfermeiro que assinasse o TCLE em duas vias para que uma ficasse com ele e a outra fará parte do acervo documental da pesquisa. As entrevistas foram gravadas, em gravador digital, com autorização dos entrevistados e transcritas de forma fidedigna e só terão acesso à pesquisadora e à orientadora e após cinco anos este material será destruído.

O roteiro da entrevista (APÊNDICE B) foi composto por duas partes. A primeira consta da caracterização dos sujeitos, formação acadêmica, tempo de atuação em pediatria, qualificação profissional, cursos de atualização e participação em eventos. A segunda constituída por questões relacionadas ao objeto de estudo, são elas: “O que você entende por Ética? E a Bioética?”, “No seu entender quais os aspectos da Ética que norteiam o cuidado à criança e sua família no contexto ambulatorial? E da Bioética?” e “Como você insere a Ética no cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial? E a Bioética?”

3.7 Análise dos dados

Neste estudo, optei pela técnica de análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Bardin (2010) e sistematizada por Oliveira (2008). De acordo com Oliveira (2008, p.570):

Em termos de aplicação, a análise de conteúdo permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita, entre outros.

Segundo Bardin (2010, p.199), a análise de conteúdo é definida por:

No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, é de citar em primeiro lugar a análise por categorias; cronologicamente é a mais antiga; na prática é a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significação manifesta) e simples.

Os principais conceitos pertinentes a esse tipo de análise são os seguintes: Unidades de Registro (UR), Construção de Categorias e Análise Categorical. De acordo com Bardin (2010), uma UR expressa uma unidade de segmentação ou de recorte, por meio desta se constrói o conjunto do texto para análise. Tal unidade pode ser caracterizada por uma palavra, uma frase ou um parágrafo do texto, ou por um segmento de texto que contém uma assertiva completa sobre o objeto em estudo (OLIVEIRA, 2008). A construção de categorias diz respeito a uma operação de classificação dos elementos constituintes de um conjunto, sendo rubricas ou classes que unem um conjunto de elementos sob um título genérico, agrupamento esse construído com base em caracteres comuns destes elementos. Ao final, a análise categorial representa a totalidade do texto em análise, submetendo-o por um universo de quantificação e de qualificação, de acordo com a frequência de ausência ou de presença de itens de sentido.

As estratégias norteadoras para o desenvolvimento da análise estão de acordo com Oliveira (2008), que hierarquizou os procedimentos requisitados para a análise de conteúdo temática-categorial, que compreende as seguintes etapas:

- a) leitura flutuante: exige a leitura exaustiva dos textos a serem abordados, de maneira que o pesquisador se permita impressionar pelas temáticas presentes, tal como flutuasse sobre o texto, melhor dizendo, eximindo-se da intenção de perceber os elementos específicos;
- b) definição de hipóteses provisórias acerca do objeto e o texto analisados;
- c) determinação das UR: compreende a escolha do tipo de unidade de registro que será contemplada pelo pesquisador, acarretando a utilização de somente um tipo de unidade no decorrer de uma mesma análise, de maneira a viabilizar a utilização de regras de quantificação. Assim, as UR podem ser palavras, frases, parágrafos, temas, objetos, personagem, acontecimento ou documento;
- d) marcação no material dos limites de cada UR observada, salientando que a maior parte do mesmo deve ser transformada em UR;

- e) definição das unidades de significação ou temas: criação de elo entre as URs e as unidades de significação ou temas, ou seja, cada tema terá em sua composição um conjunto de URs;
- f) análise temática das URs: quantificação dos temas em número de UR para cada entrevista;
- g) análise categorial do texto: por meio dos temas especificados e da sua quantificação, necessita serem definidas as dimensões nas quais os temas aparecem, articulando-os segundo critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise;
- h) tratamento e apresentação dos resultados: os resultados terão a possibilidade de serem expostos na forma de descrições cursivas, adjuntas de exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria, ou também, na forma de gráficos e tabelas, quadros acompanhados de descrições cursivas e outros;
- i) discussão dos resultados e retrospectiva ao objeto de estudo: as categorias expressam a reconstrução do discurso através de uma lógica determinada pelo pesquisador. Logo, representam uma intencionalidade ao representar o objeto de estudo, por meio de uma visão teórica específica.

Portanto, foram elaboradas as categorias empíricas, atentando-se ao que foi construído tendo em vista as falas dos sujeitos. Após a categorização foi procedida a interpretação teórica do material.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo

Nº da entrevista	Sexo	Anos de formados	Tempo de atuação na Pediatria	Especialização	Cursos de atualização	Participação em Eventos	Apresentação de Trabalhos	Residência	Mestrado
1	F	17 anos	14 anos	Pediatria/ Clínica Cirúrgica	Sim	Sim	Não	-	-
2	F	2 anos e meio	3 meses	-	Sim	Sim	Sim	-	-
3	F	2 anos	3 meses	-	Sim	Sim	Sim	Saúde Pública/ Multiprofissional em Cardiologia	-
4	F	1 ano e 4 meses	1 ano	-	Sim	Sim	Sim	-	-
5	F	29 anos	29 anos	Pediatria	Sim	Sim	Sim	-	Sim
6	F	6 anos	3 meses	-	Não	Sim	Sim	Multiprofissional UNIRIO/ Enf. Neonatal	-
7	F	3 meses	3 meses	-	Sim	Sim	Sim	-	-
8	F	19 anos	08 anos	-	Não	Sim	Sim	-	Sim
9	F	1 ano e 5 meses	3 meses	Saúde Pública	Sim	Sim	Sim	-	-
10	F	11 anos	7 anos	Pediatria	Sim	Não	Não	-	-
11	M	20 anos	5 anos	Cardiologia	Sim	Não	Não	-	-
12	F	30 anos	30 anos	Administração hospitalar e Metodologia do Ensino Superior	Sim	Sim	Sim	-	-
13	F	22 anos	19 anos	Habilitação Médico- Cirúrgico	Sim	Sim	Sim	-	-

Fonte: Dados obtidos das entrevistas realizadas entre os meses de março a junho de 2013 com os sujeitos da pesquisa.

Participaram deste estudo 13 enfermeiros que desempenham suas atividades no ambulatório de pediatria em instituições localizadas na cidade do Rio de Janeiro, dos quais 10 enfermeiros atuam num hospital universitário e três enfermeiros em hospital da rede municipal de saúde.

Em relação ao sexo, observou-se que a predominância é do sexo feminino com 92,30% e 7,7% do sexo masculino. Em relação à faixa etária situam-se entre 24 e 52 anos de idade, cujo tempo de formação varia entre três meses e 30 anos. A atuação profissional em pediatria encontra-se entre 3 meses e 30 anos. Embora 10 dos 13 enfermeiros tenham cursado alguma pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, somente três cursaram especialização em pediatria, porém mais de 84,60% fizeram cursos de atualização e participaram de eventos e 76,92% apresentaram trabalhos em eventos. Entre os entrevistados, 53,80% desses enfermeiros possuem uma larga experiência na pediatria, embora com a sua qualificação desenvolvida fora da área de atuação, o que nos mostra um modo de ser que se baseia nas suas próprias vivências práticas para desenvolver suas atividades.

Mais de 84.61% desses enfermeiros procuram fazer cursos de atualização e participam de eventos referentes à criança, ou seja, buscam aprimorar seus conhecimentos tomando por base o cuidado à criança no contexto ambulatorial. E 76.92% apresentaram trabalhos em eventos, o que demonstra que há uma preocupação em melhorar o cuidado frente à criança, pois os estudos apresentados proporcionam ao profissional de enfermagem uma reflexão sobre o ato de cuidar para priorizar uma assistência mais humanizada que valorize a atenção à criança na perspectiva ética e bioética.

A partir do desenvolvimento das etapas preconizadas para a análise de conteúdo (APÊNDICES A e B), foram elaboradas duas categorias denominadas:

- a) aspectos éticos e bioéticos que norteiam o cuidado à criança e sua família;
- b) a inserção dos aspectos éticos e bioéticos na prática assistencial do enfermeiro.

As categorias serão apresentadas abaixo, com base na descrição dos conteúdos que abrangem e das URs que as compõem.

4.1 Categoria 1 – Aspectos éticos e bioéticos que norteiam o cuidado à criança e sua família

Esta categoria é constituída por quatro subcategorias, que são: Respeito à criança, Privacidade da criança, Respeito à família e Aspectos éticos legais.

Nesta categoria os enfermeiros expressam quais são os aspectos éticos e bioéticos que norteiam o cuidado à criança e sua família que buscam um serviço de pronto atendimento, no contexto ambulatorial das unidades de saúde.

4.1.1 Subcategoria 1: Respeito à criança

As falas dos enfermeiros evidenciaram o respeito à criança como um ser humano que tem limitações de acordo com a fase do crescimento e desenvolvimento em que se encontra. Além disso, respeitam sua individualidade e seus direitos enquanto criança, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sem fazer intervenções desnecessárias, ou seja, respeitar o momento dela.

[...] eu respeito muito a criança [...] a criança está em pleno desenvolvimento, eu tenho que respeitá-la [...]. (Entrevista 1)

[...] você está respeitando as limitações (da criança) de quem você está cuidando e as limitações também em relação a sua condição física, a sua condição social, ou se ela tiver limitação em relação à questão cognitiva, em relação à questão de educação, [...] Eu acho que a ética é [...] sempre estar respeitando a criança [...]. (Entrevista 5)

O enfermeiro, ao cuidar da criança no contexto ambulatorial procura respeitar suas limitações, pois entende que ela está em pleno desenvolvimento e crescimento e reconhece sua condição de ser criança, ou seja, sua condição física, social e cognitiva que ainda está em construção.

Nesse sentido, Coelho (2009) chama a atenção para a importância na prática do cuidar em enfermagem pediátrica, que o enfermeiro atente para o desenvolvimento cognitivo e as limitações relacionadas ao estado de saúde da criança para que ela seja compreendida como um ser em desenvolvimento.

Ao cuidar da criança o enfermeiro deve planejar todas as suas ações baseado nos aspectos do crescimento e desenvolvimento dela, uma vez que o eixo norteador do cuidado fornece os subsídios necessários à avaliação das condições de saúde e redução da morbimortalidade, em consonância com a “Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil”, instituída pelo Ministério da Saúde. Para suprir as necessidades de saúde da população infantil é essencial considerar cada criança como um ser histórico, social e familiar, exigindo um olhar além da clínica dos profissionais

de saúde, no qual os usuários busquem a integralidade e a qualidade no atendimento em busca da integralidade e da qualidade no atendimento (BRASIL, 2005; MONTEIRO et al., 2011; OLIVEIRA; CADETTE, 2009).

Em se tratando da realização de ações corretas, a Entrevista 2 relata:

[...] então se eu faço isso eu vou respeitar, eu vou manter a ética de fazer somente as coisas corretas com a criança [...] tendo no caso um olhar diferente, um olhar com respeito (da criança) [...] com a bioética, acho que é [...] é respeitar (criança), [...]. (Entrevista 2)

O enfermeiro desenvolve suas atividades com um olhar diferenciado no momento do atendimento, pois ao cuidar da criança necessita manter a ética e a bioética para realizar alguns procedimentos sem infringir os princípios éticos e bioéticos.

Neste caso, Gaiva (2006) afirma que os profissionais de saúde não devem ter somente a competência técnica, mas a vivência da ética e da bioética para que ambas possam fornecer novos olhares, tornar inteligíveis determinadas situações, contribuindo para que o profissional tenha um olhar diferente daquele que a prática lhe impõe.

Os entrevistados, ao dizerem que procuram fazer “as coisas corretas”, buscam atender ao princípio da beneficência. Dessa forma, Ligeira (2005) aponta que é dever profissional promover o bem ao paciente por meio de suas ações em saúde, otimizando os benefícios e reduzindo os riscos e danos, cabendo ao profissional desenvolver sua competência para avaliar qual a conduta mais adequada para que o paciente seja assistido com excelência, minimizando os riscos em potencial. Beneficência está além da não maleficência, ou seja, não basta, apenas, não causar danos ao paciente, tem de se prover atitudes, práticas e procedimentos em benefício do outro.

Para as integrantes do estudo, o respeito está relacionado ao individualismo e à importância da identificação da criança com o seu nome e não pelo prontuário, como as falas descrevem abaixo:

[...] Seria aquela questão de respeitar no caso o individualismo dela, o momento dela (a criança) [...] A gente tenta respeitar [...] sempre (a criança) [...]. (Entrevista 4)

[...] É respeitar a criança [...] E isso acho também que elas gostam muito, porque a gente sempre fala que não é o nome que identifica o paciente no hospital, e sim o número do prontuário. Nesse caso, ele não é um número, é uma pessoa e tem nome. (Entrevista 10)

As falas dos enfermeiros demonstram a preocupação em respeitar a criança na sua individualidade e no momento dela, identificando-a com seu nome e não como um simples número de prontuário.

Ao trazer a ética e a bioética para a aplicação prática no campo da enfermagem pediátrica, é importante destacar a necessidade do respeito à individualidade da criança na perspectiva do cidadão, conforme o ECA, que ela dispõe de um nome que a identifica socialmente e lhe confere esse direito. O nome é a forma como as pessoas se dirigem umas às outras, uma das características que a identifica, e, que, portanto, ao chamar a criança pelo seu nome o profissional expressa um modo de ser que privilegia a relação humana e respeito a sua autonomia, reconhecendo-a como cidadã de direitos.

Como demonstram em algumas falas, os enfermeiros respeitam a criança como um ser humano e indivíduo e ao cuidar dessa criança fazem o máximo que podem, mas com o mínimo de intervenções e invasões possíveis, conforme suas falas abaixo:

[...] É você respeitar aquele ser humano, aquela criança [...]. (Entrevista 6)

Respeitando a criança, falando tudo o que eu vou fazer o tempo todo, levando ela, a criança [...] de forma que a gente respeite ela como ser humano, como indivíduo que ela é [...] fazer o máximo possível que eu puder por aquela criança, o mínimo de intervenção, o mínimo de invasões [...]. (Entrevista 7)

Os enfermeiros respeitam e valorizam a criança enquanto ser humano, fazendo o possível para a sua melhoria, assegurando o mínimo de intervenções e procedimentos invasivos. Nesse sentido, o ECA, tendo por suporte a Constituição de 1988, procura promover a proteção integral da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento, em respeito ao princípio da dignidade humana aos menores como seres em fase de desenvolvimento, resguardando a sua integridade física, moral e psíquica.

Assim, o enfermeiro deve pautar suas ações de cuidar da criança e sua família tendo em vista um processo de interação e reciprocidade, considerando o ser cuidado como um sujeito que deve ter sua dignidade respeitada. A criança deve ser vista como uma pessoa em constante processo de formação, ou seja, deve ser protegida contra qualquer violação de seus direitos, em que os princípios éticos e a bioética devam ser norteadores de suas ações (COELHO; RODRIGUES, 2009).

O profissional de enfermagem deve respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões, ou seja, o cuidado depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, conforme o Conselho Federal de Enfermagem de 311/2007 (COFEN, 2007; WALDOW, 2006).

Além disso, para o entrevistado 11 o respeito à criança significa garantir o seu direito pautado no “código da criança e do adolescente”:

[...] É o respeito, pra mim o que norteia a ética isso ai, [...] é assim, eu respeito ao Código da Criança e Adolescente, você respeitar esse Código [...] no que diz respeito à criança, ao paciente propriamente dito [...] eu tenho que respeitar primeiramente o direito dessa criança enquanto paciente, todos os direitos que ela tem como paciente, o que a Constituição garante a ela, o direito da criança e do adolescente [...]sem desrespeitar, sem agredir, sem ferir nenhum princípio de direito dessa criança [...]. (Entrevista 11)

Ao se pautarem no ECA como um norteador de suas ações éticas, eles reconhecem os direitos da criança, bem como a importância do Estatuto da Criança e do Adolescente ao cuidar da mesma, sem desrespeitá-lo, agredi-lo ou até mesmo ferir algum dos seus princípios.

A esse respeito, no artigo 3 do ECA fica evidenciado que a criança precisa ter uma proteção integral, ou seja, que:

A criança e o adolescente gozem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990, p.6).

Os enfermeiros, ao desenvolverem suas atividades de cuidar de crianças e suas famílias pautados no ECA, indicam a perspectiva ética e bioética de valorização da sua autonomia, enfatizando a necessidade de respeitá-la sempre e em todas as circunstâncias. Desse modo, a criança é vista como pessoa e sujeito moral que é, respeitando seu grau de maturidade naquele momento e contexto, imbuída de sua dignidade inerente e merecedora de seus direitos individuais, humanos, sociais e legais (BRASIL, 1990; COUTINHO, 2005).

4.1.2 Subcategoria 2: Privacidade da criança

Essa subcategoria aponta para a questão da privacidade da criança e do sigilo do profissional como um princípio ou conceito ético e bioético a ser observado pelos enfermeiros. Expressando ser importante preservar a identidade, a individualidade, a intimidade da criança, evitando a sua exposição durante os procedimentos e sua condição de doença.

[...] porque tipo assim às vezes você vai avaliar a pessoa você não pode expor a criança. Até mesmo quando a gente pode até mesmo despir. Cuidados como usar o biombo quando vai fazer um procedimento mais invasivo que tenha que expor a criança, tirar a roupinha, então, usar sempre isso acho que é ética também [...] mas quando a gente pode atender numa salinha separada. Acho que tudo isso é ética [...]. (Entrevista 3)

Nas falas dos enfermeiros, identifica-se a preocupação em preservar a integridade da criança ao expor seu corpo para realizar um procedimento invasivo, um exame físico ou até mesmo tratar de determinados assuntos particulares inerentes à criança e sua família, usando uma sala reservada ou utilizando biombo para tais finalidades.

Ao se realizar o cuidado, a exposição do corpo é uma condição única para o paciente e uma experiência múltipla para os profissionais de enfermagem (BAGGIO et al., 2011). Com base nessa premissa, a maioria dos profissionais manifesta agir naturalmente, tendo preocupação e empatia com o paciente. Por isso, utilizam recursos materiais e humanos para proporcionar um ambiente reservado e exposição mínima do corpo do paciente (quando necessária), como o biombo.

No que se refere ao sigilo profissional, na entrevista 4 fala:

[...] me contou e nem por isso eu tenho que espalhar por aí o que acontece com a criança, a não ser que a própria mãe comente, enfim, me peça a opinião, eu tento manter, principalmente, a privacidade da criança, manter a privacidade da criança [...]. (Entrevista 4)

Assim, é preciso ressaltar que o enfermeiro deve ter o discernimento de não comentar, julgar ou opinar sobre determinados assuntos inerentes à criança.

É comum, às vezes, os familiares das crianças revelarem informações pessoais durante algum atendimento, porém o profissional de saúde tem o dever de ter consciência da importância do sigilo profissional em todas as informações fornecidas durante o atendimento ambulatorial.

O sigilo profissional é extremamente importante e é requisito essencial na conduta dos enfermeiros, principalmente no contexto pediátrico. O dever de respeitar a confidencialidade que é a garantia da preservação das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação. Na relação profissional de enfermagem com a criança gira o princípio do respeito e da autonomia da criança, ainda que esta autonomia seja limitada pela maturidade desta, pois depende do seu estágio de desenvolvimento (NUNES, 2011).

Na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem de 311/2007 (COFEN, 2007) possui cinco artigos que tratam do sigilo profissional. O artigo 82 traz como dever dos profissionais “manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal” (COFEN, 2007, p. 9).

Nas falas das entrevistas dos enfermeiros fica visível que ao cuidar da criança precisam de um lugar reservado para não expô-la e preservar, enquanto menino e menina, a sua sexualidade, mesmo que sejam crianças.

[...] isso também é em relação ao respeito, é não expor o paciente, as questões [...] Então é ter o cuidado de quando ela começa a falar, a gente trazer, ir mais pra perto, não deixar ela se expor, através da recepção ali, que têm outros pacientes ou então um monte de profissionais é difícil falar sobre determinado assunto com uma pessoa estranha, imagina assim com várias assim ao redor ouvindo e também falar para várias profissionais ao mesmo tempo [...] tendo o cuidado de ouvir em particular para não estar expondo esse paciente (a criança). (Entrevista 5)

[...] Acho que quando você pega essa criança e leva ela para um lugar reservado, um lugar onde você vai ter privacidade com essa criança, onde você vai poder entender tudo que a mãe vai te dizer, tudo o que ela vai falar [...]. (Entrevista 7)

Apesar de ser criança, então, por exemplo, entra primeiro um grupo de meninas, ai sai, agora é o grupo de meninos, a gente tenta fazer isso por respeito, tem um pai que trouxe uma menina, o senhor vai aguardar pra entrar sozinho em respeito às outras crianças [...]. (Entrevista 12)

Identifica-se nas falas dos enfermeiros a preocupação em preservar a integridade da criança, fazendo com que haja uma certa privacidade, onde a mãe possa falar sobre tudo mais reservadamente. Além disso, à separação das crianças em grupos de meninos e meninas ao pesar, procuram não expor sua intimidade, preservando sua privacidade.

A privacidade é considerada um componente fundamental e indispensável ao desenvolvimento e à manutenção do sentido da vida do ser humano. Do mesmo modo, permite ao paciente um sentimento de expressão da autonomia, liberdade de escolha, de controle pessoal sobre a sua saúde e seu corpo, propiciando a reflexão e autoavaliação do exercício de cidadania como ser humano, sujeito e responsável por suas decisões. Ao contrário, a perda da privacidade e a exposição corporal podem ter sérias consequências para o indivíduo, podendo gerar possível perda de sua identidade e individualidade (BETTINELLI; POMATTI; BROCK, 2010).

A privacidade da criança perpassa a relação de confiança entre o enfermeiro e ela. A privacidade tem três significados diferentes. São eles: privacidade física, de informação e familiar. Para Nunes (2011), é essencial manter a privacidade em todas as suas diversidades,

assim como manter confidencial qualquer dado subjacente à vida das pessoas e aos tratamentos prestados.

Segundo Soares e Dall’agnol (2011), diversos fatores contribuem para a violação da privacidade do paciente no cenário hospitalar, como a falha de biombos, de cortinas divisórias, as portas entreabertas, a circulação excessiva de pessoas, o “abre-e-fecha” das portas nos momentos de realização de procedimentos, a presença de pessoas curiosas que, por vezes, abrem as portas e espiam para dentro do quarto.

De acordo com Santos et al. (2010), assim como homem e ser social, o paciente precisa sentir que nós, como profissionais, o consideramos como ser integral e ao mesmo tempo singular em suas necessidades, ou seja, compreendendo que cada paciente é diferente do outro ou produto do cotidiano social específico.

4.1.3 Subcategoria 3: Respeito à família

Nesta categoria, as falas demonstram que os enfermeiros respeitam o espaço, o momento, a individualidade, os direitos e as decisões daquela família em relação ao tratamento da criança desde que não coloque em risco a vida da criança.

[...] [A gente tenta respeitar o espaço e a individualidade da família também] [...] já aconteceu aqui de precisar colher uma urina por cateter e aí foi passado a primeira vez e não veio nada, esperou um tempo e passou a segunda vez e não veio nada, na terceira vez o pai não queria que fosse feito mais o cateterismo, [...] então assim, a gente não obrigou, falei assim o pai [...] a gente vai respeitar é a filha dele que está ali, [...] mas, vamos ver um outro jeito, [...] vamos arrumar uma outra forma [...] se não conseguir, no outro dia volta, vamos fazer novamente, porque hoje a gente não vai insistir [...]. (Entrevista 4)

[...] [mas sempre estar respeitando a criança] e sua família [...]. (Entrevista 5)

[...] de respeitar os direitos, as decisões da família com relação ao tratamento desde que isso não venha a interferir diretamente na saúde dessa criança e expo-la ao um risco de vida [...]. (Entrevista 11)

Nos discursos dos enfermeiros ficam evidenciados que eles respeitam a família nas decisões quanto ao tratamento da criança, como também o espaço e a sua individualidade. Percebe-se a importância na participação da família, pois ela faz parte da vida da criança e que necessita ser cuidada pelos profissionais de saúde.

De acordo com o COFEN (2007, p. 4), o artigo 17 destaca como Responsabilidades e Deveres da Enfermagem “prestar adequadas informações à pessoa, à família [...]” e no artigo 18: “respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar”.

Vale destacar a importância do cuidar de criança e sua família tendo por respaldo Código de Ética profissional. Entretanto, ele por si só não dá conta da dimensão humana presente nas relações entre o cliente e o profissional, o que aponta a necessidade de romper com o tradicionalmente proposto e avançar na busca do apoio da bioética para atender na perspectiva da singularidade de cada situação.

Além disso, o respeito pela família implica em agir corretamente.

[...] [então se eu faço isso eu vou respeitar, eu vou manter a ética de fazer somente as coisas corretas com a família [...]. (Entrevista 2)

Foi possível evidenciar na fala do entrevistado 2 que, ao se preocupar em fazer o bem, sem trazer qualquer dano à criança e sua família, resguarda os princípios éticos e bioéticos ao cuidar daquela família.

Para Beauchamp e Childress (2009), o profissional de saúde tem o compromisso primordial da promoção do bem-estar dos pacientes e a segurança do paciente e não meramente evitar danos. Um profissional deve, acima de tudo, desejar o melhor para que o seu paciente possa restabelecer sua saúde, para prevenir um agravamento, ou para promover sua saúde.

As enfermeiras também relatam sobre os deveres do profissional baseados em princípios éticos e bioéticos, que para eles são o respeito à criança e sua família em diferentes momentos, conforme as falas abaixo:

[...] nos deveres que eu tenho para aquela pessoa nas coisas que eu falei que ia fazer no meu juramento de enfermeira, de estar o tempo todo ali, o tempo todo respeitando, de estar o tempo todo não deixando ninguém desrespeitar aquela mãe [...] ficando de olho o tempo todo nos outros profissionais, se eles não vão ferir a ética, gritar com aquela mãe, desrespeitar aquela mãe [...]. (Entrevista 7)

[...] Respeitando, Respeitando a família [...] Respeitando (mãe) talvez foi aquele momento, o tempo de espera, [...] a questão da ética assim sou eu e você com a sua verdade, eu com a minha verdade [...]. (Entrevista 9)

Ao respeitar a família, o enfermeiro deve honrar o seu código de ética, proporcionando o bem-estar para esta e não deixar que outros profissionais venham a ferir os princípios éticos e bioéticos, desrespeitando-a.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ao tratar de suas Responsabilidades e Deveres em seu artigo 12, define: “assegurar à pessoa, família e coletividade, assistência de Enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência” (COFEN, 2007, p. 4).

Ainda no capítulo IV de deveres do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN-160/93, os artigos 24 e 33 relatam: “prestar à clientela uma assistência de enfermagem livre dos riscos decorrentes destes fatores e proteger o cliente contra danos decorrentes da imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde” (COFEN, 1996, p. 6).

Respeitar a família leva o enfermeiro a reconhecê-la como um ser humano de direitos bioéticos de autonomia e beneficência e justiça (PEGORARO, 2002).

Em se tratando em princípio o da autonomia retrata o respeito da família nas convicções e decisões morais da família, no que diz respeito à criança ao realizar algum procedimento. O princípio da beneficência determina as ações do cuidado ao realizar benefício à criança, o que não se caracteriza como um favor, mas como um direito enquanto ser humano. E a justiça direciona para que todas as crianças e suas famílias sejam tratadas com respeito, sem distinção, ou seja, com equidade, para que todos possam receber cuidados médicos (PEGORARO, 2002).

Desse modo, a entrevista 11 demonstra como o “código” deve atender tanto a criança quanto seu responsável:

[...] você respeitar esse Código, atender é dentro desses códigos do que diz, dentro da diretriz desse código e seu acompanhante [...] no que diz respeito à criança, ao paciente propriamente dito e seu acompanhante responsável [...] E da família também, respeitando o direito do responsável, da mãe, do pai, ou seja, quem for o responsável naquele momento. (Entrevista 11)

No que se refere ao respeito à criança e seu acompanhante cabe ressaltar a importância de respeitar o direito do seu responsável tomando sempre por base o Estatuto da Criança e do Adolescente. Nesse sentido, destaca-se que o ECA, no artigo 12 faz menção ao direito da família, enquanto a criança estiver internada, ao dizer que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança e do adolescente” (BRASIL,1990, p.11). E no artigo 4 da Resolução n. 41/95, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) reforça ainda o direito à criança de ser acompanhada por sua mãe, pai ou responsável durante todo o período de sua hospitalização,

bem como receber visitas. Porém, em nenhum momento, o ECA refere-se à criança no contexto ambulatorial (BRASIL, 1995).

Para a entrevistada 12, o respeito pela família perpassa a contextualização de diversos aspectos:

[...] eu acho que o respeito é o início de tudo da relação com a mãe [...] Às vezes elas vem fora do dia da consulta e como é que você vai dizer que às vezes você diz sim, às vezes você diz não, você diz muito não, o dizer o não é que é difícil, como dizer o não com respeito, explicando [...] Não Falei “tudo bem eu respeito”, (a mãe) [...] Geralmente essa mãe que trabalha fora pela experiência [...] elas param de ser fonte de renda em casa pra poder ficar fazendo o cuidado. Ai vem uma fase de questões financeiras, às vezes a família se desestrutura, o pai abandona, então é você que lida você não tem que ter todo um olhar especial pra ela? (Entrevista 12)

Nesta perspectiva, lidar com a família requer um olhar especial para com ela, pois cada uma tem suas próprias limitações, como, por exemplo, muitas mães param de trabalhar para cuidar da criança, ou seja, deixam de ser uma fonte de renda e com isso desestruturam a família, podendo levar a dificuldades na sua própria organização familiar.

Conforme Schutz (2007), quando um membro da família assume integralmente o cuidado, percebe a sua vida envolvida pela doença, necessitando de uma dedicação especial à criança e modificando todo o ritmo de trabalho, porque a família não consegue dividir o seu tempo entre suas atividades, cuidar e trabalhar, priorizando a criança. A família corre risco financeiro, para poder permanecer com a criança acompanhamento todo o tratamento.

A ação de cuidar é premissa da assistência de enfermagem no contexto do ambulatório e requer dedicação, paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem. Assim, significa que, para cuidar de alguém, é necessário conhecer quem é este alguém, seus poderes, suas limitações e também como responder às suas necessidades (PEGORARO, 2002; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2003).

4.1.4 Subcategoria 4: Aspectos legais

Os enfermeiros citaram legislações importantes para o cuidado da criança, como o que é preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através do seu Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o que nos permite supor que existe uma preocupação em conhecer as leis, revelando prudência e responsabilidade da enfermagem como categoria profissional da área da saúde.

[...] eu tenho que fazer isso estar de uma forma pautada legalmente [...]. (Entrevista 1)

[...] ética e eu acho que eu trabalho o tempo inteiro é dentro dela [...] [bioética está] ela vai pautar no meu trabalho o tempo inteiro [...] quando em relação aos pacientes ela tem que estar pautada na bioética, pra mim não tem como você trabalhar sem estar pautado em bioética [...]. (Entrevista 5)

[...] Porque assim, se eu não tenho condições assim de talvez, assim, não tenha materiais, recurso, no caso da tecnologia pra fazer, então não vou improvisar, porque assim, infelizmente nós temos aquela questão assim, ah, tem que fazer, tem que fazer, mas poxa, às vezes não tenho um jaleco apropriado [...]. (Entrevista 9)

[...] e respeitar também o Código de Ética de deontologia, o código de ética da minha profissão enquanto profissional de enfermagem no caso [...] Realizar o seu trabalho baseado no seu código de deontologia de sua profissão [...]. (Entrevista 11)

Na fala dos enfermeiros fica evidenciada a preocupação em não causar danos ao realizar uma ação, um procedimento, mesmo numa simples coleta de sangue para exame. O que remete para a bioética com o princípio da não maleficência, tendo em vista que o enfermeiro tem a intenção de não causar danos à criança e sua família. Ao refletir sobre os dilemas presentes no cotidiano, os profissionais de saúde têm como missão sempre fazer o melhor para a criança, agindo da melhor maneira, visando à qualidade do atendimento.

Desse modo, para Beauchamp e Childress (2009, p. 209):

O princípio da não-maleficência determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. [...] associada com a máxima *Primum non nocere* [...] frequentemente invocada pelos profissionais da área de saúde.

Nesse sentido, o COFEN (2007) é um importante documento que apresenta princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem, constituindo-se num instrumento norteador neste processo.

Conforme o COFEN (2007), é dever do profissional de enfermagem exercer a profissão com responsabilidade, bem como proteger a pessoa sob seus cuidados de danos causados por imperícia, negligência e imprudência. A negligência consiste na falta de atenção; a imperícia, na falta de conhecimento, habilidade ou destreza; e a imprudência, na atitude precipitada ou destreza, tomada sem reflexão acerca das consequências (COFEN, 2007).

O COFEN (2007) apresenta como princípios fundamentais o respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos, e todas as suas decisões e a competência para a promoção da integridade do ser humano de acordo com os princípios da ética e bioética, tais como:

respeito, liberdade, autonomia, justiça, compromisso, equidade, dignidade, responsabilidade, honestidade, lealdade e prudência.

No exercício profissional, os enfermeiros deparam-se cotidianamente com problemas bioéticos, concebidos como situações dilemáticas, circunstâncias nas quais necessitam realizar um julgamento acerca da melhor conduta a ser tomada com base nos valores éticos. (LUNARDI et al., 2004).

4.2 Categoria 2 – A inserção dos aspectos éticos e bioéticos na prática assistencial do enfermeiro

Esta categoria é composta por quatro subcategorias. São elas: Atender a criança, Realizar acolhimento, Prestar cuidados educativos e Ouvir/escutar a criança.

4.2.1 Subcategoria 1: Atender a criança

Esta subcategoria retrata a importância de priorizar o atendimento da criança, expressa pelos enfermeiros, fazendo uma avaliação rigorosa dela no SPA (Serviço de pronto atendimento), com relação à gravidade do seu estado de saúde. O que significa a necessidade de reconhecer as situações de risco e de priorizar o atendimento a crianças, nos serviços de saúde.

[...] porque quando ela (criança) chega a minha primeira observação é saber se ela realmente necessita deste atendimento [...] eu preciso saber qual a criança que talvez seja a situação mais urgente que tenha que atender prontamente [...] porque eu sei, qual o problema dela, porque eu me aproximei, conversei, interagi, e de forma que ela pode ser atendida da melhor forma possível [...]. (Entrevista 1)

[...], por exemplo, para o serviço de SPA, que é o serviço de pronto atendimento, a criança já é paciente e todas nós, enfermeiras, vamos avaliar e tudo mais. Às vezes a criança não está com nenhuma situação que realmente necessite do serviço, então, a gente tem que saber também separar [...]. (Entrevista 3)

[...] A bioética está presente constantemente no ambulatório. Assim, desde o momento que recebemos uma criança com um quadro para atendimento ambulatorial que não estava marcada a consulta, [...] como se trata de uma vida [...] nós também recebemos essa criança vemos as condições baseadas nisso [...]. (Entrevista 2)

[...] vê se realmente a criança precisa daquele atendimento aqui no ambulatório, no caso do SPA, que é onde eu trabalho, às vezes [...] uma queixa que já está acontecendo há dias e a criança não tem vindo regularmente às consultas [...].
(Entrevista 10)

O enfermeiro, ao atender a criança, precisa avaliar o momento em que ela chega no ambulatório, e para isso ele precisa interagir, conversar com ela e sua família, avaliando os sinais e sintomas da criança naquele momento. Só assim saberá se há a necessidade do atendimento imediato. Portanto, deve-se destacar que toda criança, ao buscar um serviço de pronto atendimento, tem o direito de ser atendida da melhor forma possível na perspectiva do cidadão-criança, independente ou não de estar vindo regularmente à consulta. Desse modo, o princípio da justiça deve nortear as ações de enfermagem no atendimento a todas as crianças no ambulatório garantindo, assim, a equidade, ou seja, sem diferenças, a não ser que naquele momento alguma criança necessite de um tratamento diferenciado. Porém, não significa que na realização de cuidados e procedimentos em saúde a justiça esteja em oferecer tudo para todos, e sim em aplicá-la oferecendo o que atenda melhor aos anseios do ser cuidado, levando em consideração condições clínicas e também sociais (COELHO; RODRIGUES, 2009).

Ao falar da gravidade da situação da criança, a Entrevistada 4 diz o seguinte:

Eu avalio com base na gravidade da situação dela (criança) no momento que ela está [...] conforme a gente vai fazendo a avaliação de enfermagem, a consulta de enfermagem [...] seria basicamente a mesma coisa do aspecto ético que no caso é aquilo do conhecimento, a gente recebe a criança, a gente tem noção do que é grave, do que pode causar riscos, males à criança, ou não [...] avaliar de acordo com o momento [...]. (Entrevista 4)

O enfermeiro, ao atender as crianças e suas famílias no contexto ambulatorial, pauta-se em alguns conceitos éticos e bioéticos implícitos no seu modo de cuidar ao avaliar a gravidade da situação de cada uma delas, preocupando-se em identificar o que pode causar riscos, “males” ou não para a criança, no momento da sua chegada no ambulatório, visando à resolutividade das diferentes situações. Assim, deve-se ressaltar que nesse caso o princípio da não maleficência respalda a atuação do enfermeiro ao cuidar da criança e sua família, caracterizando-se por não cometer um dano intencionalmente. A não maleficência constitui-se no princípio de não prejudicar e de não impor riscos e danos, não infringir males ou danos – o que é nocivo –, impedir que ocorram males ou danos; eliminar males ou danos e fazer ou promover o bem (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

O profissional de saúde precisa ter boas intenções de não prejudicar o cliente, evitando qualquer situação que signifique riscos para o mesmo, verificando se o modo de agir não o

está prejudicando, se determinada técnica não oferece riscos, e ainda, se existe outro modo de executar com menos riscos (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

4.2.2 Subcategoria 2: Realizar acolhimento

Esta subcategoria está relacionada com as atitudes dos enfermeiros ao acolher a criança e sua importância ao fazer consciente e com qualidade. Ao realizar o acolhimento, os enfermeiros desenvolvem estratégias para atender a criança e sua família respeitando cada um daqueles que buscam o serviço de pronto atendimento.

[...] a criança chegou, então todas elas passam por mim, então eu faço esse acolhimento [...] observo essa questão da mãe como é que ela cuida até os aspectos higiênicos. Quando a gente faz o acolhimento a gente observa tudo [...]. (Entrevista 1)

[...] Então eu acho que isso é trabalhar na ética aqui uma coisa que eu observo e também tentar não, [...] ficar fazendo muitas perguntas. Quando a gente faz acolhimento ali na recepção tentar ser mais cuidadoso com algumas coisas. [...] Como todo mundo quando a gente atende ali na recepção, a primeira coisa quando os pais entram é procurar [...] acolher. Então, tudo isso é ética, é acolher aquela família que está chegando. E às vezes as mães têm umas que chegam mais nervosas, a gente tem que saber lidar, meio que se precisar chamar, vamos a outro canto pra gente poder conversar, ouvir. (Entrevista 3)

[...] eu acho que aqui quando recebemos as crianças a primeira coisa que fazemos é o acolhimento. [...] E o acolhimento é um acolhimento que você senta com a mãe, ouve o que ela tem a dizer em relação ao que está acontecendo com a criança [...]. (Entrevista 10)

[...] A primeira coisa que faço é o acolhimento, ela tem todo um fluxo de chegada, em que a gente tenta não deixar essa pessoa perdida. [...] Por isso que dentro da unidade a gente tem uma preocupação com o acolhimento dele como um todo [...] É, mas o fluxo de chegada dele, o tentar abordar, a abordagem que é feita [...] é o acolhimento [...]. (Entrevista 12)

Ao falar de acolhimento, torna-se importante que o enfermeiro resgate a humanização na assistência à criança e sua família, como um modo de cuidar que valoriza o ser criança em sua totalidade, através do respeito, promovendo não só o acesso e a qualidade da assistência à saúde, mas, também, fornecendo subsídios para o empoderamento deles para que possam desenvolver sua própria cidadania.

Na opinião de Nussbaum (2006, p. 487), uma sociedade justa deveria garantir a dignidade dos seus membros, oferecendo a todas as pessoas as condições para o desenvolvimento de suas capacidades, o que resultaria numa vida digna. Cada indivíduo

deveria possuir “as bases sociais do respeito de si e da não-humilhação a ponto de ser tratado como um ser digno, cujo valor é igual ao dos outros”.

Dentre os princípios bioéticos, destaca-se, nesse caso, o da justiça, entendido como tratar os seres humanos como iguais, de acordo com suas necessidades e suas capacidades. Nessa linha de raciocínio, o enfermeiro deve desempenhar suas atividades com foco na equidade, ou seja, suas atribuições devem ser realizadas com a preocupação em distribuir os bens e recursos considerados comuns a todos os usuários, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens a toda a população da área atendida (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

Ao discutir a humanização, o princípio de justiça dá o destaque necessário para o acolhimento na perspectiva da inclusão de todos os indivíduos como parte do respeito incondicional à valorização da pessoa. Assim, de acordo com a Entrevistada 8, o acolhimento precisa ser valorizado na questão da comunicação verbal e não verbal do paciente naquele momento:

[...] [acho que ética é] o acolhimento [...] que eu preciso perceber que eu preciso valorizar que eu preciso considerar, na questão da comunicação. E não só na comunicação verbal, mas comunicação não verbal é a valorização daquilo que o paciente traz, acho que isso é o acolhimento. [...] Olha, é um exercício diário. Eu faço assim, eu tenho refletido muito sobre isso. [...] no acolhimento eu tenho essa preocupação em acolher a família, ou seja, na valorização dessa pessoa, como ela é [...]. (Entrevista 8)

Ao acolher a criança e sua família no ambulatório, o enfermeiro deve considerar tanto a comunicação verbal como a não verbal, aproximando-se deles para captar suas reais necessidades, pautando-se naquilo que trazem e compreendem sobre o que está acontecendo com a criança naquele momento. Dessa forma, poderá auxiliar na sua recuperação e processo de orientação sobre as questões de saúde, apoiando essa família em suas possibilidades de entender o que ocorre com a criança. Nesse sentido, a partir da implantação da Política Nacional de Humanização, que pressupõe a mudança de relação entre o profissional e o usuário por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, o profissional deve acolher a criança, receber bem, ouvir a demanda de cada uma de forma individualizada, buscando compreendê-la e solidarizando-se com a sua necessidade naquele momento. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que buscam os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários (ABBÊS; MASSARO, 2004; CAMPOS, 2003).

Vale destacar que o acolhimento pode ser uma excelente estratégia de comunicação utilizada pelo enfermeiro para se aproximar da criança e sua família para interagir com ele, criando, assim, o vínculo profissional que favoreça a inclusão institucional para minimizar danos à saúde da criança. Nesse sentido, o perfil dos enfermeiros, ao atenderem a criança otimizando o tempo de espera no Serviço de Pronto Atendimento (SPA), é o de priorizar alguns casos de acordo com a gravidade, garantindo um atendimento a todas as crianças com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, como podemos observar abaixo:

[...] a gente faz classificação de risco [...]. (Entrevista 1)

Nós avaliamos, [...] tem até um tempo para fazer o diagnóstico de enfermagem, fazemos exame físico, colhemos sinais vitais e de acordo com a classificação de risco mandamos para a SPA [...]. (Entrevista 6)

[...] Faço a classificação de risco. A gente faz a classificação das crianças. A classificação delas como vermelho, amarelo ou verde. [...]. (Entrevista 7)

[...] Eu faço classificação de risco o tempo todo, a criança chega aqui a primeira coisa que faço é a classificação de risco. [...] tenho que atender aquela criança mais grave e é claro que não vou deixar de atender a outra que não é tão grave, mas vou atender aquela que apresenta risco de vida, aqui não deixamos de atender ninguém atendemos todos [...]. (Entrevista 13)

Quando o enfermeiro atende a criança no serviço de pronto atendimento, necessita dar atenção a todos, mas imbuído da importância de sua perspicácia para perceber e priorizar os casos mais graves, realizando assim a classificação de riscos, mas não deixando de atender nenhuma criança, mesmo que ela não esteja em risco de vida. Desse modo, a política de humanização com classificação de risco propõe uma reviravolta ética no sentido de buscar um atendimento e uma convivência entre os trabalhadores, gestores e usuários dos serviços pautados no respeito, solidariedade e compromisso para com a promoção da saúde, da dignidade e da cidadania das pessoas (ZOBOLI, 2005). Assim, pode-se inferir que o acolhimento com classificação de risco fundamenta-se no princípio da justiça como um tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração a ideia de que as pessoas são diferentes e que, portanto, também são diferentes as suas demandas, entendendo que naquela situação há a necessidade de priorizar o atendimento da criança em risco (PEGORARO, 2002).

O acolhimento vinculado à Classificação de Risco contribui para uma inversão e reorganização do serviço de saúde, visando a ampliar e garantir a acessibilidade universal, a integralidade na atenção, tendo em vista as necessidades das crianças e suas famílias.

Quando o profissional é capaz de fazer acolhimento associando a Classificação de Riscos, deve-se tomar muito cuidado, pois nesta medida é imprescindível que seja suficientemente capaz de avaliar riscos e vulnerabilidade sem deixar de lado o grau de sofrimento físico e psíquico (SILVA; ALVES, 2008).

O acolhimento com a Classificação de Riscos proporcionou uma diminuição no risco de mortes evitáveis, extinção das conhecidas “triagens por porteiro” ou profissional não qualificado, priorizando o atendimento de acordo com os critérios clínicos e não por ordem de chegada (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

A classificação de risco tem como guia os eixos e áreas, de acordo com a clínica do paciente, para orientar o processo de trabalho dos profissionais de saúde. São eles: Eixo vermelho: relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. O Eixo Azul: é o dos pacientes aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que ao atender a criança com base na classificação de risco o enfermeiro deve pautar-se na empatia, no diálogo e na escuta sensível para promover o atendimento centrado, não apenas nos achados clínicos. Essas ferramentas poderão guiá-lo de maneira mais apropriada para estabelecer o vínculo e a resolutividade das situações surgidas no cotidiano do contexto ambulatorial.

4.2.3 Subcategoria 3: Prestar cuidados educativos

Durante as entrevistas concluiu-se que alguns desses enfermeiros enfatizaram em suas falas a importância de fazer orientações para as mães para que elas saibam diferenciar o cuidado em cada fase de crescimento e desenvolvimento da criança. Tentam falar de uma maneira que essa família entenda e, muitas vezes, repetem as orientações em tempo necessário para que a família entenda e possa dar continuidade a esse cuidado para prevenir possíveis internações desnecessárias.

[...] Então aqui a gente trabalha muito com a questão da orientação, já que é ambulatorio. E a gente pensa que o ambulatorio é para prevenir, não só para fazer um trabalho de cura, então, a gente tem que estar muito ligado com o que a família está entendendo sobre o que você está explicando [...]. (Entrevista 5)

[...] Ah, eu recebo a mãe, eu explico “ah eu sou a enfermeira, vou estar aqui para avaliar se há necessidade de você ir ao médico ou se não tem necessidade só vou te dar as orientações pra ela voltar para sua casa [...]”. (Entrevista 7)

[...] Então, assim, a gente fez toda aquela orientação, mas a família, ela é responsável por dar essa continuidade [...] até mesmo assim na dificuldade que algumas mães têm de entender algumas orientações e fazer algumas mudanças que são necessárias, por exemplo, no que diz respeito à alimentação, o cuidado com as crianças, então você acompanhar o tempo dela, a maturidade dela, nem todas estão preparadas [...]. (Entrevista 8)

[...] não é só você ouvir ou falar que você não pode, sem dar uma resposta de onde ela poderia ir. É dar uma orientação [...] é falar para ela de uma maneira mais clara de acordo com o conhecimento dela para que não haja dúvidas [...]. (Entrevista 10)

[...] Você ouve e vê, de que maneira você pode orientar e fazer o tratamento dessa criança [...] Quando você faz a orientação, você explica [...] aos familiares em relação a tudo o que pode ser que aconteça com a criança [...] Fazendo orientações ao familiar, ensinando que a criança precisa ser cuidada diferente de um adulto, que aquela criança fica doente com mais frequência do que o adulto e que devemos ter um cuidado diferenciado com a ela, porque ainda está acostumando com o nosso meio ambiente e que sua imunidade ainda está em construção, porque eles vêm sem noção nenhuma de nada. Acho que fazer orientações para a mãe diferenciar as fases de crescimento e desenvolvimento da criança e os cuidados que devemos ter em cada fase é importantíssimo [...]. (Entrevista 13)

No que se refere aos aspectos educativos, o enfermeiro, ao realizar as atividades de orientação deve ter em vista as possibilidades de compreensão daquela família, repetindo várias vezes as orientações, tanto quanto necessárias em relação àquela criança de quem vai cuidar. Assim, tomando por base os aspectos éticos e bioéticos no processo de inclusão das crianças e suas famílias, as orientações são importantes para dar continuidade ao cuidado da criança em diferentes contextos, e, portanto, devem ser realizadas com linguagem clara e acessível ao entendimento dos familiares, evitando o pressuposto de que nada sabem ou tudo sabem.

Segundo Oliveira et al. (2008), na saúde da criança, há estreita relação entre a “Educação em Saúde” e a “Promoção da Saúde”, visto que as ações implementadas em todos os níveis de atenção, além de tratar e/ou prevenir doenças, destinam-se, também, a promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, numa perspectiva de melhoria de qualidade de vida.

A educação em saúde envolve a responsabilidade da população sobre seus hábitos de vida. A enfermagem, com ênfase na educação em saúde, pode auxiliar as famílias para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam suas crianças com base em seus contextos sociais. Ao sistematizar e individualizar o cuidado à criança e sua família, o enfermeiro pode exercer influência sobre o estilo de vida delas fazendo com que tomem suas

próprias decisões (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003; LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Neste sentido, a promoção da saúde e a educação em saúde encontram-se vinculadas e promovem a qualidade de vida no cotidiano das pessoas. A educação em saúde se insere no contexto da enfermagem tendo em vista uma relação dialógico-reflexiva entre o enfermeiro e a família, estimulando-a a conscientizar-se sobre a sua situação de saúde-doença e percebendo-se como sujeitos de transformação de sua própria vida (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003; SOUSA; TORRES; PINHEIRO, 2010).

A pessoa é reconhecida como um ser único e que deve ser considerado em sua totalidade – aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. É preciso respeitar a sua autonomia, independente de ser considerada ideal. O papel das discussões do conceito não visa a limitar, e sim ampliar as possibilidades para todo e qualquer ser-humano dentro de sua dignidade humana. No que se refere aos princípios éticos e bioéticos no caso das crianças e suas famílias, deve-se favorecer a autonomia, respeitando as limitações de cada indivíduo em seu contexto social (PEGORARO, 2005).

Portanto, cabe ao enfermeiro, por intermédio de um diálogo participativo, respeitar a condição social e fornecer à família informações necessárias para o tratamento da criança dando orientações de como essa família deve cuidar dela para prevenir algumas doenças ou agravos que comprometam a fase de seu crescimento e desenvolvimento. Nesse sentido, o ensino da ética e da bioética pode fornecer instrumentos, novos olhares, tornar inteligíveis determinadas situações, contribuindo para que o profissional tenha um olhar diferente daquele que a prática lhe impõe (GAIVA, 2006).

4.2.4 Subcategoria 4: Ouvir/ escutar a criança

Nessa subcategoria, os enfermeiros afirmam em seus depoimentos a importância de ouvir/escutar a criança durante o cuidado prestado por eles, pois a comunicação entre a criança e o profissional estabelece uma relação de confiança. Vale ressaltar que alguns enfermeiros têm uma escuta qualificada e que algumas crianças colocam-se durante a consulta/entrevista e eles as respeitam quando não querem falar, pois elas têm o direito de falar ou não a quem lhe presta o cuidado.

[...] primeiro de tudo ouvir a criança, porque ela chega pra gente dependendo do caso também, dependendo de qual setor que ela vem, se ela veio pra consulta, se ela veio pro SPA [...] como enfermeiro, eu primeiro preciso ouvir: o que a criança tem? Por que que ela chegou até o ambulatório? [...]. (Entrevista 3)

[...] Eu acho que tudo começa como essa pessoa se mostrar receptiva a escutar. Às vezes só em você dar um sorriso ‘espera aqui que vou te ajudar’ ou ‘olha eu não posso fazer ‘X’, mas posso fazer ‘Y, Z e A’. Acho que só isso a pessoa já se sente tão feliz, mas alguém se importou comigo [...]. (Entrevista 6)

[...] a escuta qualificada. Porque assim, nós, profissionais, a gente precisa tomar muito cuidado porque as nossas ações acabam sendo muito pontuais e muito tecnicistas e o cuidado muito fragmentado. Então, eu acredito que é você desenvolver uma escuta mais sensível. Não no sentido da qualidade da escuta, se a escuta é boa ou se a escuta é ruim, mas no sentido daquilo que eu realmente preciso escutar, naquilo que está ali e que é sutil, escuta qualificada (da criança) [...]. (Entrevista 8)

[...] É porque o que a gente tem que fazer realmente com o paciente para que ele possa se sentir seguro com você, é como você vai chegar até ele e se você vai ouvi-lo, entendeu? Se você vai olhar pra ele, se você vai ter tempo pra poder escutá-lo, porque é o que eles mais reclamam é isso, que chegam aí devido à demanda do setor, que é muita e não dá pra pessoa poder falar muito por causa do tempo. Então, é você e o paciente chegando, é saber ouvi-lo, falar o que ele quer ouvir e incrementar mais outras coisas [...] tento ouvir essa criança sim! Quando a criança já fala eu gosto de ouvi-la [...]. (Entrevista 10)

[...] a criança quando ela já tem a idade, já fala, ela se pronuncia, ela fala, ela se queixa, às vezes o que a mãe relata não é o que a criança diz ou vice-versa. Então, ela se coloca durante a entrevista [...]. (Entrevista 13)

Segundo Zanolli e Mendes (2005), a criança é valorizada como ser com características próprias de pensamentos de acordo com a idade não só cronológica, mas a maturidade de desenvolvimento, aspecto físico próprio, com proporcionalidades distintas do adulto, com direito de serem protegidas em sua integridade pessoal, e não mais o não ser ou o ser neutro.

Para Coa e Pettengil (2006), a enfermeira pediatra deve ser uma defensora dos direitos da criança, permitindo a participação dela na tomada de decisão de maneira gradual, indo de situações menos complexas para as de maior complexidade, de acordo com sua maturidade; que ouça sua voz, a fim de conhecer seus verdadeiros desejos; e que busque meios para ajudá-la a enfrentar seus medos de maneira empática.

Na entrevistada 4, a criança tem o direito de falar ou não, conforme é explícito em sua fala:

[...] acabou de acontecer uma situação traumática na vida dela. [...] a criança pode querer ou não falar sobre o que aconteceu, aí é aquilo, é direito dela falar ou não com a gente é lógico se a gente percebe que a gravidade da situação é grande [...]. (Entrevista 4)

O enfermeiro, ao se aproximar da criança e sua família, deve assumir uma postura profissional que contemple a sensibilidade, a criatividade, a preocupação com o diferente na possibilidade de adequação da linguagem para saber lidar com a criança na perspectiva de captar suas necessidades.

Segundo Martinez, Tocantins e Souza (2013), a comunicação estabelecida nas relações do enfermeiro com a criança com base em um discurso verdadeiro, um cuidado individual, respeitando os momentos da criança e mostrando a necessidade do tratamento, permite um enfrentamento mais ameno, gerando a construção de uma relação de confiança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da ética e da bioética relacionados ao cuidado realizado pelo enfermeiro à criança e sua família no contexto ambulatorial é um desafio da atualidade na perspectiva de uma atuação inclusiva do cidadão. Deste modo, o estudo buscou entender como o enfermeiro relaciona a ética e bioética ao cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial e quais os aspectos éticos e bioéticos que norteiam o cuidar da criança e sua família neste contexto.

No processo de cuidar os enfermeiros procuram respeitar a criança como um ser humano que tem limitações, reconhecendo as etapas do desenvolvimento e crescimento, bem como o respeito à dignidade humana, sem infringir os princípios éticos e bioéticos. Além disso, procuram fazer “as coisas corretas”, pautando-se no princípio da beneficência, ou seja, promover o bem por meio de suas ações em saúde, respeitando a individualidade da criança demonstrando a preocupação com o momento dela, ao identificá-la pelo seu nome e não pelo número do prontuário. Assim, expressam um modo de ser que privilegia a relação humana com a criança de acordo com a sua identidade, reconhecendo-a como um cidadão de direitos.

A privacidade da criança é destacada durante a realização de procedimento invasivo ou de exame físico quando proporcionam um ambiente reservado e exposição mínima do seu corpo, preservando os meninos e as meninas não expondo a intimidade e nem a sua sexualidade.

O sigilo profissional como um princípio ou conceito ético se dá por meio do respeito à autonomia da criança, ainda que limitada pela sua maturidade, pois depende do seu estágio de desenvolvimento e muitas vezes na relação com a sua participação envolvendo a sua família. Além disso, os enfermeiros respeitam a família nas decisões quanto ao tratamento da criança, desde que não coloquem em risco a sua vida, destacando a importância da participação da família, pois ela faz parte da vida da criança e também necessita ser cuidada pelos profissionais de saúde.

Vale ressaltar que os enfermeiros citaram o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem referindo-se aos princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, o enfermeiro deve proteger a criança contra danos decorrentes da imperícia, negligência ou imprudência, proporcionando o bem-estar para sua família. Não deixar que outros profissionais venham a ferir os princípios éticos e bioéticos, desrespeitando aquela família, preocupando-se em fazer

o bem acima de tudo, reconhecendo-a como um ser de direitos, o que implica nos princípios bioéticos de autonomia, beneficência e justiça.

No que se refere ao princípio da autonomia, a família tem o direito de acompanhar a criança quando esta estiver internada. Vale destacar que em nenhum momento o ECA refere-se ao atendimento à criança no contexto ambulatorial. Dessa forma, cabe ao enfermeiro a devida utilização das leis e propostas de políticas públicas que respaldam o atendimento à criança e sua família ampliando-as para o cenário ambulatorial.

Nesta perspectiva, ao lidar com a família, o enfermeiro deve ter um olhar diferenciado, pois cada uma tem suas histórias de vida, possibilidades e limitações próprias de seus contextos vividos. O que os direciona para modos diferentes de entender e se situarem frente ao processo saúde-doença da criança. É importante destacar que o enfermeiro, ao realizar um procedimento com a criança, preocupa-se em não causar danos, o que remete ao princípio da não maleficência, com base no qual o enfermeiro tem a intenção de não causar danos à criança e sua família, o que permite supor que existe uma preocupação com a inserção dos aspectos éticos e bioéticos, revelando prudência e responsabilidade.

Torna-se evidente que o enfermeiro precisa avaliar a situação de saúde quando a criança chega ao ambulatório, interagindo com a criança e a sua família, avaliando os sinais e sintomas naquele momento no SPA (Serviço de Pronto Atendimento), preocupando-se em identificar o que pode causar riscos para a criança ao avaliar os sinais e sintomas naquele momento de sua chegada ao ambulatório. Assim, saberá se há a necessidade do atendimento imediato, visando a resolutividade das diferentes situações, ressaltando-se aí o princípio da não maleficência, respaldando a atuação do enfermeiro ao cuidar da criança e sua família, que se caracteriza por não cometer um dano intencionalmente. Destaca-se aqui, também, o princípio da justiça, em que todas as crianças devem ter a garantia de serem atendidas, sem distinção ou diferenças, a não ser que naquele momento alguma delas necessite de um tratamento diferenciado.

Acolher a criança pode ser uma excelente estratégia de comunicação para o enfermeiro ao considerar a comunicação verbal e não verbal, nas quais precisa criar um vínculo profissional que favoreça a inclusão institucional para minimizar danos à saúde da criança, além de captar as suas necessidades reais, pautando-se naquilo que trazem e compreendem sobre o que está acontecendo com a criança naquele momento. No acolhimento destaca-se o princípio de justiça na perspectiva da inclusão de todos os indivíduos como parte do respeito incondicional à valorização da pessoa.

Vale destacar que o acolhimento com classificação de risco contribui para uma inversão e reorganização do serviço de saúde, visando a ampliar e garantir a acessibilidade universal, a integralidade na atenção, tendo em vista as necessidades das crianças e suas famílias, para garantir o atendimento à criança da melhor forma possível na perspectiva do cidadão-criança, independente ou não de comparecer regularmente à consulta.

Nesse sentido, ao atender a criança com base na classificação de risco, o enfermeiro deve pautar-se na empatia, no diálogo e na escuta sensível para promover o atendimento centrado, não apenas nos achados clínicos. Essas ferramentas poderão guiá-lo de maneira mais apropriada para estabelecer o vínculo e a resolutividade das situações surgidas no cotidiano do contexto ambulatorial.

O enfermeiro, ao aproximar-se da criança e sua família, precisa assumir uma postura profissional que contemple a sensibilidade, a criatividade, a preocupação com o diferente na possibilidade de adequação da linguagem para saber lidar com a criança na perspectiva de captar suas necessidades.

Os enfermeiros afirmam em seus depoimentos a importância de ouvir/escutar a criança durante o cuidado prestado por eles, pois a comunicação entre a criança e o profissional estabelece uma relação de confiança. Eles respeitam a criança quando ela não quer falar, pois tem o direito de falar ou não a quem lhe presta o cuidado.

Nesse sentido, o estudo aponta para o compromisso do enfermeiro com o ser criança e sua família na perspectiva da ética e da bioética, pois a autonomia e a justiça são princípios imprescindíveis na promoção da dignidade humana, tão importante quando a criança se encontra em risco e vulnerabilidade pelo adoecimento.

Em contrapartida, indica a importância do ambulatório de pediatria, que se constitui num cenário especial da instituição hospitalar para dar continuidade ao acompanhamento das crianças e é o lugar onde o enfermeiro avalia, orienta e promove orientações para que a família possa prevenir doenças das crianças e acompanhar de forma adequada o seu bem-estar.

Atender a criança e sua família no contexto ambulatorial pressupõe não apenas conhecer ou mesmo citar a legislação vigente, mas, sobretudo, que o enfermeiro desenvolva suas ações pautadas no compromisso com o cidadão criança e sua família, respeitando a vida como um valor e bem fundamental do ser humano.

No que se refere ao ensino de graduação, o estudo pretende contribuir para a importância da inserção da ética e bioética como uma disciplina transversal à formação do

enfermeiro, valorizando, assim, a perspectiva do cuidado ao ser humano, um cidadão de direitos.

Em relação à produção de conhecimentos, o estudo respalda o enfoque no respeito aos princípios éticos e bioéticos implícitos na ação de cuidar do enfermeiro em relação à criança e sua família, guiando a sua ação para além do processo fisiopatológico. Além disso, proporciona para a enfermagem uma reflexão no que se refere à ética e à bioética no cuidado da saúde da criança e sua família no contexto ambulatorial, o que poderá possibilitar a implementação de uma assistência integral e individualizada, centrada na criança e na família tendo em vista a garantia de seus direitos como cidadãos.

O estudo contribui também para o conhecimento produzido na Linha de Pesquisa “Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem/UERJ.

REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.
- ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **ACM arq. catarin. med.**, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, out./dez. 2007.
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ASSUNÇÃO, C. **O cuidado na díade mãe-filho sob o olhar da enfermagem**. 2010. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- AZEVEDO, M. A. O. **Bioética fundamental**. Porto Alegre: Tomo, 2002.
- BAGGIO, M. A. et al. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 25-30, jan./fev. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. Educação em saúde: no contexto da promoção humana. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Org.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. p. 15-20.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2009.
- BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Brasília, DF: UNB, 2004.
- BETTINELLI, L. A.; POMATTI D. M.; BROCK J. Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. **Bioethikos**, São Paulo, v. 4, n.1, p. 44-50, 2010. Disponível em: <<http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013
- BOFF, L. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil 1988**. Brasília, DF: Senado, 1998. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em 04 maio 2012.
- BRASIL. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (CONANDA)**. Resolução nº 41, de 17 out. 1995. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Texto Reduzido. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1990. p. 7-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha do HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2004. p. 5-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2010. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CAMARGO, J. F. **Reprodução humana ética e direito**. Campinas: Edicamp, 2003.

CAMPOS, G. W.S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências humanas**. São Paulo: Ideias & Letras, 2008.

CIRCUNCIZÃO, J. S. **Aspectos éticos da participação de pais no cuidar intensivo neonatal**. 2007. 77f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

COA, T. F.; PETTENGIL, M. A. M. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, out./ dez. 2006.

COELHO, L. P. **O típico da ação assistencial do enfermeiro: perspectiva do cuidado ético em enfermagem pediátrica**. 2009. 66f. Tese (Mestrado em Enfermeiro) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

COELHO, L. P; RODRIGUES, B. M. R. D. O típico da ação assistencial do Enfermeiro: perspectiva do cuidado ético em Enfermagem Pediátrica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 188-203, abr./jun. 2009.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 191-197, abr. 2004.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**. Lisboa: Educa, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN-311/2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, DF, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN 160/93**. In: Documentos Básicos do Conselho Federal de Enfermagem 4. ed. Rio de Janeiro: COFEN-1996; Brasília, DF, 1996. p. 6.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196/96, sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, n.2, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012.

COUTINHO, A. A. Bioética e pediatria. In: SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. **Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 259-274.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DINIZ, M. H. **O estado atual do biodireito**. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Paulo: Yendis, 2007.

GAIVA, M. A. M. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 61-66, jan./abr. 2006.

GOLDIM, J. R. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia**. 2004. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/>>. Acesso em: 04 set. 2012.

GOMES, A. P. R.; RODRIGUES, B. M. R. D.; CIUFFO, L. L. **A ética no cuidado à criança hospitalizada: uma perspectiva para a enfermagem**. 2011. Monografia (Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GOMES, I.L.V. **A criança hospitalizada, seus direitos e as relações interpessoais no cuidado e tratamento: caminhos e descaminhos**. 2005. 220f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; HIGARASCHI, I. H. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 175-182, jun. 2009.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios de beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 47.

KOERICK, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 106-110, jan./mar. 2005.

KRELL, O. J. G. **Reprodução humana assistida e filiação civil**. Curitiba: Juruá, 2006.

LIGIERA, W. R. Os princípios da bioética e os limites da atuação médica. **Rev. Ibero-Am. Direito Públ.**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 20, p. 410-427, 4. trim. 2005.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das práticas educativas em saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-277, abr./jun. 2009.

LUNARDI, V. L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 933-939, nov./dez. 2004.

MARTINEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R.; SOUZA, S. R. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2013.

MINAYO, M. C. S. O trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. IN: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MONTEIRO, A. I. et al. Enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 3, n. 12, p.73-80, jan./mar. 2011.

MORAIS, G. S. N. **Relação dialógica entre profissionais de enfermagem e mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**. 2009. 131f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

MOTTA, M. G. C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais**. 1997. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

NUNES, S. R. T. Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspectiva no cuidar pediátrico. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 20, n. 1, p. 40-44, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a10.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

NUSSBAUM, M. C. **Frontiers of Justice: disability, nationality, species membership**. London: Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 2006. 487 p.

OLIVEIRA, C. B. et al. Avaliação das práticas educativas desenvolvidas nas consultas médicas e de enfermagem nas unidades de saúde da família da região de Maruípe no município de Vitória. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, jul./set.2008. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2008_3/artigos/CSC_8_2008_3_Carla.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2013.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm.UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 569-576, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, V. C.; CADETTE, M. M. M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 301-306, set. 2009.

PAULA, C.C.; CROSSETTI, M. G. O. O modo de cuidar no encontro com o ser-criança que convive com AIDS: o experienciar da finitude e a ética. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 193-201, abr./jun. 2005.

PEGORARO, O. **A ética e bioética da subsistência a existência**. Petrópolis: Vozes, 2002.

PEGORARO, O. **Ética dos maiores mestres através da história**. Petrópolis: Vozes, 2006.

PEGORARO, O. **Introdução à ética contemporânea**. Rio de Janeiro: UAPÊ, 2005.

PEREIRA, T. S. O melhor interesse da criança. In: PEREIRA, T. S. (Org.). **O melhor interesse da criança: um debate interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 7. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2005.

PETTENGIL, M. A. M.; ÂNGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 982-B, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES, B. M. R. D.; OLIVEIRA, R. R. A bioética e o cuidado em enfermagem. In: SILVA, L. D.; PEREIRA, S. R. M.; MESQUITA, A. M. F. (Org.). **Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 1-22.

RODRIGUES, B. M. R. D. et al. A ética no cuidar em enfermagem: contribuições da fenomenologia sociológica de alfred schütz. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 236-241, abr./jun. 2011.

ROSSATO, L. A.; CUNHA, R. S.; LÉPORE, P. **ECA comentado**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

ROY, D. J. **La Bioéthique et les pouvoirs nouveaux**, Cashiers de bioéthique, 1: La bioéthique, Quebec: PUL, 1979 apud DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

SANTOS, R. M. et al. A enfermeira e a nudez do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 877-886, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600002&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 ago. 2013.

SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. (Org.). **Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SCHUTZ, L. F. **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança**: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho. 2007. 222 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2007.

SILVA, L. G.; ALVES, M. D. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/204>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

SILVA, J. B. **A percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado à criança portadora de doença crônica hospitalizada em companhia de um familiar**. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A BIOÉTICA E OS DIREITOS DAS CRIANÇAS. **Declaração de Mônaco**: considerações sobre a bioética e os direitos da criança. Mônaco, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/ética/docs/artigo/Biodc.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

SOARES, N. V.; DALL'AGNOL, C. M. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000500014&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 ago. 2013.

SOUSA, L. B.; TORRES, C. A.; PINHEIRO, A. K. B. Práticas de educação em saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, jan./mar. 2010.

SOUZA, T. V. **Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada**: perspectivas para a enfermagem pediátrica. 2007. 133f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

UNICEF. **A Convenção sobre os Direitos da Criança**, 2004. p. 6. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2013.

UNICEF. **Situação mundial da infância edição especial**: celebrando 20 anos da convenção sobre os direitos da criança, 2009. p. 2, 4-5. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_16401.htm>. Acesso em: 28 maio 2012.

VALLS, A. L. M. **O que é ética**. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

VÁSQUEZ, A. S. **Ética**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2003.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, jan. 2011.

WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem.** Rio de Janeiro: Lusociência, 2002.

WATSON, J. **Intercambio internacional de bases teórico-filosóficas do cuidar.** Rio de Janeiro: Lusociência, 2003.

WONG, L. **Fundamentos de enfermagem pediátrica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ZANOLLI, M. L.; MENDES, R. T. Enfoques qualitativos nas pesquisas sobre políticas e práticas de atenção à saúde da criança e do adolescente. In: BARROS, N. F.; CECATTI, G. J.; TURATO, E. R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares.** Campinas: Kompasso, 2005. p. 167-184.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e enfermagem. In: VIEIRA, T. R. (Org.). **Bioética e profissões.** Petrópolis: Vozes, 2005.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você, por ser um enfermeiro que participa do cuidado direto à criança e sua família no contexto ambulatorial, está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa intitulada: **“O significado da ética e a bioética ao cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial”**. Esta pesquisa tem como objetivos: Descrever como o enfermeiro relaciona os aspectos éticos e bioéticos ao assistir a criança e sua família no contexto ambulatorial, Analisar como o enfermeiro relaciona os aspectos éticos e bioéticos no cuidado à criança e sua família no contexto ambulatorial, Discutir o cuidado à criança e sua família neste contexto à luz dos aspectos éticos e bioéticos. Para tanto, estou realizando esta entrevista e sua participação é de fundamental importância para o estudo. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial com utilização de pseudônimos. Os dados coletados serão divulgados em revistas e eventos científicos. A sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir, retirando seu consentimento. Sua recusa ou desistência não acarretará em nenhum ônus em relação ao pesquisador ou à instituição.

A pesquisa será conduzida pela técnica de entrevista semi-estruturada, contendo perguntas abertas. Sua participação consistirá em responder às perguntas, que serão gravadas e transcritas para posteriormente serem analisadas. Após cinco anos este material será destruído. Sua participação não implicará em risco de qualquer natureza. Os benefícios com a sua participação estarão relacionados com as contribuições para a assistência à saúde da criança e sua família no contexto ambulatorial, além da disseminação do conhecimento para a comunidade científica. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, email e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Caso surja alguma dúvida, o (a) Sr (a) poderá se reportar ao pesquisador principal e caso não consiga localizá-lo entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, contatos abaixo.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, _____ concordo em participar do estudo intitulado **“O significado da ética e a bioética ao cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial”**. Eu fui completamente orientado

por _____ que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ele/ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Participante: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Responsável: Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Contato dos pesquisadores: Pesquisador principal: Ana Paula Rocha Gomes, orientadora: Prof. Dr. Benedita Maria Rêgo Deusará Rodrigues. Mestranda da Faculdade de Enfermagem da UERJ- E-mail: anaprggu@yahoo.com.br-tel.7822-5819. End: Av. Boulevard 28 de setembro, 157- 7º andar- Vila Isabel- Rio de Janeiro. CEP: 20551-030. Tel: (21) 2868-8236. E-mail: facenf@uerj.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716. Cidade Nova – Rio de Janeiro. Tel: 3971-1590. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ- SR-2: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

CÓDIGO: _____ N ° _____

- Idade: _____
- Tempo de formação acadêmica em enfermagem: _____
- Tempo de atuação em Pediatria: _____
- Qualificação profissional:

 Especialização Mestrado Doutorado

- Cursos de atualização:

- Participação em eventos, quais?-

O que você entende por ética? E a Bioética?

No seu entender quais os aspectos da ética norteiam o cuidado à criança e sua família no contexto ambulatorial? E da Bioética ?

Como você insere a ética no cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial? E da Bioética ?

APÊNDICE C – Quadros Demonstrativos das Construções de Categorias

Número de Páginas Analisadas: 57

Identificação da Pesquisa: Significado da ética e bioética ao cuidar da criança e sua família no contexto ambulatorial: perspectiva do enfermeiro

Quadro 2 - Síntese das Unidades de Registro e Unidades de Significação na Análise de Conteúdo

Categorias	Sub-Categorias	NÚMERO de U. S.													UR	% UR	Total de Entr.
		Entr. 01	Entr. 02	Entr. 03	Entr. 04	Entr. 05	Entr. 06	Entr. 07	Entr. 08	Entr. 09	Entr. 10	Entr. 11	Entr. 12	Entr. 13			
Aspectos Éticos e Bioéticos que norteiam o cuidado à criança e sua família	Respeito à criança	2	3	-	4	4	1	4	1	1	2	7	2	-	31	47,62	11
	Privacidade da criança	1	-	5	1	2	-	3	-	-	-	1	-	-	13		6
	Respeito à família	-	1	-	2	1	-	2	-	2	-	3	6	-	17		7
	Aspectos legais	-	2	-	1	-	1	1	-	3	-	-	1	-	9		7
A inserção dos aspectos éticos e bioéticos na prática assistencial do enfermeiro	Atender a criança / (priorizar)	3	3	2	5	1	2	1	-	-	2	3	1	3	26	52,38	
	Realizar acolhimento	2	-	3	-	-	1	-	4	-	2	-	3	-	15		6
	Prestar cuidados educativos	1	2	1	-	5	-	3	2	2	4	-	4	4	28		10
	Ouvir/ escutar a criança	-	-	1	1	-	1	-	1	-	3	-	-	1	8		6
Total: 02	9														147	100%	53

Legenda: Entrevista (Entr.); Unidade de Registro (UR), Porcentagem (%).

Fonte: OLIVEIRA, 2008.

Quadro 3 - Síntese do número de Unidades de Registro de Categorias e Subcategorias na Análise de Conteúdo (Ética e Bioética) - (continua)

Categorias	Subcategorias	NÚMERO de U. R.													Ética	Bioética
		Entr. 01	Entr. 02	Entr. 03	Entr. 04	Entr. 05	Entr. 06	Entr. 07	Entr. 08	Entr. 09	Entr. 10	Entr. 11	Entr. 12	Entr. 13		
Aspectos Éticos e Bioéticos que norteiam o cuidado à criança e sua família	Respeito à criança	2	3	-	4	4	1	4	1	1	2	7	2	-	Ent.02-01 Ent.05-01 Ent.07-02 Ent.09-02 Ent.11-03 Ent.12-02	Ent.04-02 Ent.12-04
	Privacidade da criança	1	-	5	1	2	-	3	-	-	-	1	-	-	Ent.03-05 Ent.04-01 Ent.05-01 Ent.07-01	Ent.01-01 Ent.05-01 Ent.07-02 Ent.11-01
	Respeito à família	-	1	-	2	1	-	2	-	2	-	3	6	-	Ent.02-01 Ent.05-01 Ent.07-02 Ent.09-02 Ent.11-03 Ent.12-02	Ent.04-02 Ent.12-04
	Aspectos legais	-	2	-	1	-	1	1	-	3	-	-	1	-	Ent.01-01 Ent.05-01 Ent.07-01 Ent.11-02	Ent.05-02 Ent.06-03 Ent.07-01 Ent.09-01

Legenda: Entrevista (Entr.); Unidade de Registro (UR).

Fonte: OLIVEIRA, 2008.

Quadro 3 - Síntese do número de Unidades de Registro de Categorias e Subcategorias na Análise de Conteúdo (Ética e Bioética) - (conclusão)

Categorias	Subcategorias	NÚMERO de U. R.													Ética	Bioética
		Entr. 01	Entr. 02	Entr. 03	Entr. 04	Entr. 05	Entr. 06	Entr. 07	Entr. 08	Entr. 09	Entr. 10	Entr. 11	Entr. 12	Entr. 13		
A inserção dos aspectos éticos e bioéticos na prática assistencial do enfermeiro	Atender a criança/(priorizar)	3	-	1	4	1	2	1	-	-	-	-	1	1	Ent.01-03 Ent.03-01 Ent.04-03 Ent.07-01 Ent.12-01 Ent.13-01	Ent.04-01 Ent.05-01 Ent.06-02
	Realizar acolhimento	2	-	3	-	-	1	-	4	-	2	-	3	-	Ent.01-02 Ent.03-03 Ent.06-01 Ent.08-04 Ent.12-01 Ent.12-02	Ent.10-02 Ent.12-02
	Prestar cuidados educativos	1	2	1	-	5	-	3	2	2	4	-	4	4	Ent.05-01 Ent.07-01 Ent.08-02 Ent.10-02 Ent.12-01 Ent.13-03	Ent.01-01 Ent.02-02 Ent.03-01 Ent.05-04 Ent.07-02 Ent.09-02 Ent.10-02 Ent.12-03 Ent.13-01
	Ouvir/ escutar a criança	-	-	1	1	-	1	-	1	-	3	-	-	1	Ent.06-01 Ent.08-01 Ent.13-01	Ent.03-01 Ent.04-01 Ent.10-03

Legenda: Entrevista (Entr.); Unidade de Registro (UR).

Fonte: OLIVEIRA, 2008.

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética (CEP/SMSDC-RJ)



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 12A/2013

Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 2013.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:


<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meirelles Pereira Gomes José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROCOLO DE PESQUISA Nº 171/12.</p> <p>TÍTULO: O significado da ética e bioética ao cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Paula Rocha Gomes.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Municipal Jesus.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 22/02/2013.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761

ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética (COEP/SR2)

UERJ	MEMORANDO	Identificação MM- 006 COEP/SR-2/2013	Data 15 / 03 / 2013	Folha 01
------	-----------	---	------------------------	-------------

De: Comissão de Ética em Pesquisa - COEP/SR2

Para: Direção do Hospital Universitário Pedro Ernesto

Assunto: Solicita autorização para realização de pesquisa

Pelo presente, a Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP/ SR-2/ UERJ) informa que recebeu o projeto de pesquisa intitulado “*O significado da ética e bioética ao cuidar de uma criança e sua família no contexto ambulatorial*”, pesquisador responsável Ana Paula Rocha Gomes e orientador Benedita Deusdará

O referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (CEP SMSDC-RJ) e recebeu a liberação para a pesquisa com o parecer de aprovação nº 12A/2013 em 25/02/2013.

A COEP acatou a aprovação na sua 3ª Reunião Ordinária, em 14 de março de 2013 e **solicita a autorização do Hospital Universitário Pedro Ernesto para realização da referida pesquisa.**

Segue anexado o parecer de aprovação.

Rosa Maria E. M. Costa

Profa Dra Rosa M.E. Moreira da Costa

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa/UERJ

Mat 34509-0

SAA

Autoriza e analisa no hospital. Solicita copia do projeto e anexa
juntamente com este memorando

26/3/13

Rafaela Quassú Nunes
Diretor Geral
HUPE / UERJ
Metr. 32710-6

RECEBIDO NO GABINETE
DO DIRETOR HUPE/UERJ
22 / 03 / 13