

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA SOBRE A ALTA DE CRIANÇAS OSTOMIZADAS^a

Lilian Cagliari Linhares BARRETO^b
Maria Helena Cabral de Almeida CARDOSO^c
Maria Auxiliadora Monteiro VILLAR^d
Ana Cristina Bohrer GILBERT^e

RESUMO

Objetivamos conhecer as percepções de uma equipe multidisciplinar de assistência às crianças ostomizadas acerca do processo de alta. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, de cunho estratégico, configurando um estudo de caso institucional. Realizamos 10 entrevistas semi-estruturadas com profissionais da enfermaria de pediatria do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Recorreu-se à análise de conteúdo na modalidade temática. Evidenciou-se que a percepção dos profissionais é de que a alta é fragmentada, a comunicação entre a equipe é falha, a educação continuada da família é fundamental e sua principal dificuldade é econômica, sendo a mãe o elemento facilitador. Concluiu-se que a tecnologia incorporada ao cotidiano traz mudanças familiares importantes; há uma lacuna entre planejamento e processo de alta; o trabalho em equipe seria o ideal, mas a falta de comunicação o impede. Os cuidados devem se centrar na família, por isso sua educação continuada é imprescindível.

Descritores: Processo saúde-doença. Alta do paciente. Família. Educação continuada. Ostomia.

RESUMEN

Tuvimos por objetivo conocer la visión de un equipo multidisciplinario de asistencia a niños ostomizados acerca del proceso de alta. Se realizó una investigación cualitativa, de cunho estratégico, configurando un estudio de caso institucional. Realizamos 10 entrevistas semiestructuradas con profesionales de la enfermería de pediatría del Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz). Utilizamos el análisis de contenido en la modalidad temática. Los resultados informan que en la percepción de los profesionales el alta es fragmentada, la comunicación entre el equipo es ausente, la educación continuada de la familia es fundamental, su principal dificultad es económica y la madre es el elemento facilitador. En conclusión: la tecnología incorporada al día a día trae cambios familiares importantes; existe un vacío entre planeamiento y ejecución del alta; el trabajo en equipo sería lo ideal, pero la ausencia de comunicación lo impide. Los cuidados deben centrarse en la familia y su educación continuada es imprescindible.

Descriptorios: Proceso de salud-enfermedad. Alta del paciente. Familia. Educación continua. Ostomía.

Título: Percepciones de los profesionales de una unidad pediátrica hospitalaria acerca del alta de niños ostomizados.

ABSTRACT

This article discusses the perception of a multidisciplinary team caring of ostomized children as to the discharge process. An institutional case study was carried out using a qualitative and strategic approach. Data were collected through 10 semi-structured interviews with the pediatric ward professionals at Fernandes Figueira Institute (Fiocruz), and were analyzed using thematic content analysis procedures. The results indicate that, in the professionals' perception, the discharge process is considered as fragmentary; there is a lack of communication among team members; continuing education of the family is an essential aspect; which main hindrance is economic aspect, with the mother as the facilitating element. It was concluded that the technology incorporated to the family routine causes significant changes in the family; there is a gap between discharge planning and execution; teamwork would be best, but it is prevented by the lack of communication. Care must be centered in the family, and therefore continuing education is essential.

Descriptors: Health-disease process. Patient discharge. Family. Education, continuing. Ostomy.

Title: Professional health care team perception as to ostomized children discharge in a pediatric hospital unit.

^a Artigo extraído da dissertação de Mestrado Profissional apresentada em 2006 ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, Brasil.

^b Mestre em Saúde Materno-Infantil. Enfermeira da Unidade Intermediária Pediátrica do IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.

^c Doutora em Ciências. Pesquisadora do Departamento de Genética do IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.

^d Doutora em Ciências. Médica Pediatra do Departamento de Genética do IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.

^e Mestre em Ciências. Doutoranda da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 80, o sistema de saúde indica o crescente quantitativo de doentes crônicos. Médicos e instituições hospitalares iniciam reflexões sobre a possibilidade de o domicílio ser uma alternativa de escolha mais adequada do que o hospital para crianças com doenças crônicas, clinicamente estáveis, porém necessitando de cuidados específicos permanentes. Desde então, sofisticadas tecnologias em saúde têm sido adaptadas para as residências, e as famílias tornam-se partes integrantes da continuidade dos cuidados⁽¹⁾.

Em 1987, o conceito de criança dependente de tecnologia (CDT) foi criado pelo Escritório de Avaliação Tecnológica (*Office of Technology Assessment* – OTA). A intenção foi a de definir a criança que necessita do uso rotineiro de dispositivos médicos para compensar a perda de uma função vital, com o propósito de manter a vida e prevenir disfunções associadas aos cuidados diários. A OTA classifica essa população em quatro grupos distintos de acordo com suas características clínicas, grau de dependência e necessidades. Devido à especificidade e diversidade de cada grupo, delimitou-se para o presente estudo o grupo III da referida classificação, o qual distingue as crianças com dependência de aparelhos e dispositivos biotecnológicos para atender as necessidades nutricionais e respiratórias, com foco especial nas ostomias.

As crianças ostomizadas demandam uma série de cuidados permanentes no domicílio. Tais cuidados precisam ser ensinados aos familiares no período de internação e acompanhados após a alta hospitalar. Todavia, na maioria das vezes, o que ocorre é um treinamento rápido sobre os principais procedimentos técnicos, sem se atentar para as necessidades individuais do paciente e de sua família. Por outro lado, o processo de cuidar, após a alta hospitalar, pela família, requer disponibilidade e capacidade de um ou mais de seus membros; alterações no contexto familiar para o recebimento da criança em casa; recursos financeiros para o tratamento; serviços públicos para atendimento de possíveis complicações, entre outros fatores. Por isso, a transição dessa população infantil para o domicílio exige elaborado planejamento de alta pela equipe multidisciplinar e a participação dos familiares, a fim de garantir o prosseguimento do cuidado com qualidade. Esse planejamento compreende: ensi-

nar as técnicas e cuidados, evitar readmissões, diminuir o estresse familiar e identificar os recursos disponíveis na comunidade⁽²⁾.

Sabe-se que a estadia prolongada no hospital aumenta os riscos orgânicos e emocionais. Em crianças ostomizadas, a alta torna-se complicada, devido não só à própria condição da criança e da família, como também a vários fatores internos e externos ao hospital. Nesse contexto, objetivamos, neste trabalho, conhecer as percepções de uma equipe multidisciplinar de assistência às crianças ostomizadas acerca do processo de alta.

FONTES E MÉTODOS

A investigação foi realizada no Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira (IFF), em uma unidade hospitalar da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), situada na cidade do Rio de Janeiro, que atende crianças e adolescentes com enfermidades de média e alta complexidade nas modalidades ambulatoriais e de internação. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho estratégico, configurando um estudo de caso institucional⁽³⁾.

O cenário do estudo foi, mais especificamente, a enfermaria de pediatria e os sujeitos da pesquisa foram os integrantes da equipe multidisciplinar envolvidos nas questões relacionadas à alta das crianças ostomizadas. Todos foram entrevistados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz, sob parecer nº 017/06, e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram entrevistados 10 profissionais, dentre os quais psicólogos, fonoaudiólogos, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Para manter o sigilo nomeou-se cada um deles por uma sigla composta da letra E seguida de um número correspondente à ordem das entrevistas realizadas e sem identificar as especialidades.

A técnica utilizada foi a da entrevista semi-estruturada apoiada num roteiro temático que contemplou os seguintes tópicos: (1) planejamento de alta hospitalar; (2) processo de alta na enfermaria; (3) ações desenvolvidas pela equipe por ocasião da alta; (4) opiniões sobre os fatores que dificultam e facilitam a execução da alta e, por fim, (5) considerações acerca do que seria uma boa prática de alta hospitalar para as crianças ostomizadas.

As entrevistas foram gravadas, processando-se em seguida a transcrição e análise do material coletado. As gravações foram exaustivamente ouvidas para que não apenas o conteúdo verbal, mas também as pausas, os silêncios, as tonalidades e as alterações de voz fossem registradas da forma mais fidedigna possível. Ao final da transcrição fez-se uma conferência de fidelidade para revisar o material e suprir palavras ou expressões que previamente não haviam sido entendidas.

Para análise do material coletado privilegiou-se o método de análise de conteúdo, na modalidade temática⁽⁴⁾, perfazendo três fases distintas: a pré-análise com a organização do material, objetivando tornar as idéias iniciais operacionais e sistematizadas, de modo a conduzir um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise; a segunda, a exploração do material, significando a transformação dos dados iniciais, via operações de codificação, para alcançar o núcleo da compreensão do texto, formando-se as categorias de trabalho e, por fim, a terceira, na qual se aprofundou a análise, contrapondo-se as categorias recortadas ao referencial teórico.

Da análise empreendida emergiram as seguintes categorias distintas, porém interligadas: o processo da alta hospitalar; o trabalho em equipe; fatores facilitadores e dificuldades no planejamento da alta hospitalar; e, por fim, a família como unidade de cuidado e a importância de sua educação para o cuidado especializado.

Esse artigo apóia-se na pesquisa e nos resultados apresentados em uma dissertação de Mestrado Profissional defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF/Fiocruz⁽⁵⁾. Porém, a amplitude dos resultados expostos na dissertação transcende a das categorias aqui recortadas, visto que outras temáticas foram levantadas pelos depoentes. A escolha daquelas aqui apresentadas deveu-se à opção por discutir somente as comuns a todos. Por exemplo, houve uma questão soerguida apenas pelos enfermeiros: a de que há certa “desqualificação” da equipe de enfermagem, por parte dos médicos, no que tange ao processo de alta. Tal percepção encontra respaldo em outros trabalhos^(6,7), e sem dúvida é relevante, porém, de certa forma, foi contemplada na categoria relacionada com a fragmentação e os problemas de comunicação inter-equipe que foi indicada por todos, independentemente da especialidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de alta hospitalar

Os profissionais, quando solicitados a discorrer sobre o processo de alta hospitalar, referiram a falta de sistematização das etapas que antecedem sua concretização, como se pode constatar nas palavras de E1 quando afirma que:

O processo não é sistematizado. Cada um faz de um jeito. Não têm nada por escrito (E1).

Percebe-se, por essa declaração, que o processo de alta apresenta fragmentação no seu desenvolvimento, sugerindo deficiências na sua gestão e consolidação. A fragmentação na produção dos cuidados se apresenta como uma característica importante, na opinião dos depoentes, por influenciar diretamente a qualidade da assistência, tanto do ponto de vista do usuário como do profissional.

Contudo, é postulado que a alta deve envolver uma equipe multidisciplinar coordenada por um responsável que atuará no hospital e na comunidade. O coordenador ou gerente de caso identifica todos os participantes do processo e as necessidades da família e da criança, integrando todos em uma ação comum⁽⁸⁾.

A constatação de que “cada um faz de um jeito”, feita por E1, representa uma falha na qualidade da assistência, pois indica uma espécie de “descompromisso” com o que deveria ser o objetivo conjunto do trabalho: um processo de alta planejado que seja o ponto de partida para a transição segura do hospital para o domicílio.

O processo de alta, na realidade, representa um conjunto de ações, de atividades executadas pela equipe, a fim de chegar a um produto final que satisfaça às demandas da criança e de sua família.

A Academia Americana de Pediatria (*American Academy of Pediatrics*) fornece diretrizes para a execução desse processo. A primeira fase consiste na avaliação e, de forma sucinta, as ações realizadas nessa fase são: levantamento dos pacientes que precisam de um planejamento de alta sistematizado, em função da continuidade da assistência, dos equipamentos disponíveis e daqueles tidos como minimamente imprescindíveis à consecução desta e à planificação da educação da família. O principal familiar que irá exercer o cuidado é identificado, suas capacidades físicas e intelectuais são avalia-

das com o propósito de averiguar se lhe é possível desempenhar tal função e se há o desejo para tal. Na fase seguinte, os membros da equipe interdisciplinar reúnem-se para traçar os objetivos, criar mecanismos de adaptação ao plano no que se refere às mudanças nas condições do paciente, trocar informações e determinar condutas. As reuniões devem manter uma periodicidade para que o grupo não se disperse, perdendo de vista as metas traçadas, que devem estar de acordo com as particularidades de cada criança e sua família. Nesse momento as intervenções de saúde são desenvolvidas. Finalmente, a última fase considera a transição propriamente dita, com o seu contínuo monitoramento para evitar as re-internações. Informações escritas sobre o cuidado diminuem os receios da família de lidar com o seu filho em casa. Após a sua concretização, a equipe avalia a eficácia do plano em relação aos objetivos alcançados⁽⁹⁾.

A preparação para o cuidado domiciliar antes da alta implica na comunicação dentro da equipe multidisciplinar; a educação dos responsáveis pelo cuidar; a discussão das questões emocionais com a família; a promoção do vínculo entre o hospital e a comunidade; a organização de equipamentos e suprimentos e, por fim, a consideração dos efeitos das mudanças em todos os membros da família⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, a comunicação foi um ponto que se apresenta, para os profissionais entrevistados, como um grande desafio na coordenação do cuidado continuado. E4 ressalta a rotatividade da equipe aliada à fragmentação do processo ao afirmar que:

A alta acontece de um dia para o outro e isso gera um grande problema (E4).

E5 bate na mesma tecla ao explicar que:

Na passagem de plantão, a gente se comunica pouco; não existe uma continuidade, um compromisso de todo mundo (E5).

E8, por sua vez, salienta o papel pouco relevante dado a determinadas especialidades componentes da equipe, muitas das vezes as mais diretamente relacionadas ao treinamento familiar para a continuidade do trabalho, declarando:

A equipe de enfermagem não é notificada com muita antecedência sobre a alta (E8)

E9 tem a mesma percepção e afirma que:

Muitas vezes você acaba sabendo pela própria família a respeito da alta (E9).

Sabe-se que o expediente ininterrupto marca o funcionamento dos hospitais. A consequência é a organização dos profissionais em regime de plantão. A escala é um recurso administrativo utilizado para organizar e manter a assistência, assim como a passagem de plantão está a serviço da garantia da continuidade da atenção à saúde prestada. Nessa passagem, há a comunicação entre o plantonista que sai e aquele que está entrando, centrada na história da evolução dos pacientes. Na ocasião, são relatadas as orientações que foram dadas ao familiar, o envolvimento deste com o treinamento e suas habilidades, os obstáculos para a alta, o estado clínico atual do doente e o que mais for julgado pertinente. Contudo, a passagem de plantão, rotineiramente, dá-se entre profissionais de uma mesma categoria, não contemplando toda a equipe envolvida no processo de cuidar, gerando muitas vezes ruídos e fragmentação na comunicação.

A produção de cuidados está intimamente relacionada a uma rede de relações sociais atravessada por informações veiculadas oralmente ou por escrito⁽¹¹⁾. Por esta razão, uma atenção especial deve ser direcionada aos ruídos que interferem na comunicação ou à informação incompleta, atentando-se, inclusive, para os dados colocados na ficha de evolução produzida pela enfermagem e no prontuário dos pacientes. Há que se considerar que, diante da comentada fragmentação, ambos os documentos, muitas vezes, constituem-se no elo principal de troca de informações entre a equipe.

O processo de alta é visto, pelos entrevistados, como a execução de suas atribuições de acordo com a sua categoria profissional, de maneira isolada, dificultando a articulação das diversas práticas.

Um trabalho de equipe

Devido às diferentes necessidades das crianças ostomizadas, o trabalho em equipe, na opinião geral dos entrevistados, favorece uma visão global do paciente e um enriquecimento das diversas abordagens terapêuticas priorizadas por cada categoria profissional. Tal fato se coaduna com trabalhos que propõem que o preparo para a alta deve atender a um conjunto de ações, por parte dos profis-

sionais, na busca do atendimento às suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais⁽¹²⁾. Conforme diz E9:

Eu acho que o planejamento de alta hospitalar é [...] pensar junto o retorno para casa, pensar no paciente, no seu bem-estar físico, emocional e social. Não pensar só na parte clínica (E9).

A Academia Americana de Pediatria (*American Academy of Pediatrics*) considera que a transição de crianças com necessidades de cuidados especiais é uma estratégia de cuidado que favorece seu crescimento e desenvolvimento por diminuir os riscos de complicações. A concretização dessa prática exige uma colaboração entre os membros da equipe, numa lógica de trabalho em que todos têm uma finalidade comum⁽¹³⁾.

Para os depoentes, contudo, se a compreensão da necessidade do trabalho em equipe é bastante simples, por outro lado sua real estruturação pode oferecer dificuldades objetivas, como manifesta E10:

Os profissionais correm isolados, separadamente. Eu nunca participei de uma organização aqui no trabalho em que todos os profissionais sentassem, participassem, discutissem, programassem as orientações, as altas (E10).

Percebe-se, portanto, que apesar do reconhecimento do trabalho em equipe ser um instrumento para o desenvolvimento das atividades de cada profissional e da boa assistência prestada ao paciente e sua família, na realidade, há obstáculos para exercitá-lo. Os problemas de comunicação entre os membros da equipe, conforme já exposto, são os mais comentados.

Elementos facilitadores e dificuldades no planejamento da alta hospitalar

Quanto aos fatores negativos, registrou-se o fator econômico como sendo o mais relacionado à dificuldade para uma alta adequada, o que é ressaltado nas declarações que seguem:

[...] O primeiro é o financeiro, o econômico. Essas crianças dependem de dispositivos que são de alto custo (E1).

A família não tem condições. São as condições econômicas, sociais (E4).

Em relato de experiência de sete anos com uso de oxigenoterapia domiciliar em crianças com hipoxemia, decorrente de doença pulmonar crônica, em um hospital de Porto Alegre, é ressaltado que essa alternativa de tratamento permitiu a antecipação da alta e o retorno ao ambiente familiar. Os autores argumentam que os custos para o sistema de saúde tiveram uma redução substancial, considerando o tempo de uso de oxigênio domiciliar: evitaram 16.984 dias de hospitalização, o que corresponderia a um gasto estimado de cerca de R\$ 186.824,00, caso essas crianças tivessem permanecido no hospital. É também notável o fato de que, conforme registrado no artigo, os aparelhos a serem usados no domicílio foram obtidos através de campanhas comunitárias e eventuais associações⁽¹⁴⁾.

Outro fator relaciona-se à escolaridade dos familiares, sendo que no entendimento dos entrevistados a baixa escolaridade daqueles interfere de modo negativo no aprendizado do cuidado técnico. Segundo E1:

[...] a questão é o próprio manuseio por parte de quem cuida com os dispositivos, porque a família não entende bem, não consegue assimilar e acaba não cuidando bem da criança (E1).

Já para E8 algumas famílias:

Têm dificuldade, não sabem nem ler, então têm dificuldades para aprender (E8).

A baixa escolaridade e o escasso contato com os aparelhos eletrônicos, pelas mães que cuidam de crianças no domicílio, geram obstáculos no desenvolvimento da competência e de resolução das atividades rotineiras, assim como de imprevistos relacionados ao cuidado domiciliar⁽⁵⁾. Assim sendo, ensejou considerar que a falta de experiência e de conhecimento prévio podem ocasionar situações críticas produtoras de tensão e de sentimentos de isolamento e desamparo⁽¹⁵⁾.

Você vai ver: a mãe está exausta, não está agüentando aquela situação nova e difícil. Elas falam: "como minha filha vai ficar com traqueostomia? Como é que eu vou ficar?" (E6).

Para elas é complicado ir para casa com uma criança que tem um buraco no pescoço, tem um buraco na bariga. Elas não compreendem (E5).

Essas foram observações feitas em dois depoimentos, mas que exemplificam o posicionamento geral que considera que o impacto de um estoma é muito grande, porque produz modificações na aparência e na função corporal. Tais observações corroboram outros estudos cujos resultados evidenciam que os aspectos psicológicos em relação à mudança da imagem corporal fazem parte do cuidado aos pacientes ostomizados⁽¹⁶⁾.

A presença da família centrada na figura materna foi o único ponto considerado positivo e facilitador da alta pela equipe de saúde. Segundo os entrevistados, tomando como exemplo o dito por E5 e E8, respectivamente,

O que favorece é a vontade da mãe, da família de levar a criança para casa (E5).

Quando a mãe está presente, a criança fica mais tranquila; com certeza, isso tem uma influência enorme, emocionalmente (E8).

Diante das afirmações acima se pode inferir que, no que se refere à criança, o núcleo familiar é identificado como um contexto facilitador dos cuidados, uma fonte de suporte para o paciente. Novos papéis, novos relacionamentos se estabelecem com a família, que precisa adquirir habilidades para lidar com situações inesperadas, dentre elas, o manejo das ostomias sempre associadas ao sofrimento físico e moral⁽¹⁷⁾. A participação das famílias, como unidades de cuidado, impõe que as intervenções de saúde sejam dirigidas e realizadas com e para a família e de acordo com o que precisam.

A família como unidade de cuidado e sua educação para o cuidado especializado

A família, para os entrevistados, é inserida no processo terapêutico tornando-se uma estratégia de cuidado em saúde. Essa realidade, na qual a família participa dos cuidados, foi possibilitada pela permanência, em período integral, do familiar como acompanhante da criança internada.

A prática de educar os pais de crianças ostomizadas é reconhecida como devendo ser fundamentada numa relação dialógica, com a criação de estratégias de enfrentamento diante da aquisição de novos conhecimentos sobre o cuidado⁽¹⁸⁾.

As necessidades de cuidar dessas crianças, transferidas aos familiares, demandam muitos es-

forços da principal figura familiar dedicada ao cuidado da criança, acarretando o sentir-se exausto, desgastado emocional e fisicamente. Sentimentos de ansiedade, extremo cansaço e estresse são relatados por aqueles que cuidam o tempo todo de crianças doentes⁽¹⁹⁾.

Por isso, dentro da estrutura familiar, outros integrantes podem contribuir, constituindo uma rede de apoio, que se formata de modo diferenciado em cada família, dependendo da capacidade individual de se mobilizar⁽²⁰⁾. Tal rede é fundamental para a manutenção da saúde física e mental de quem cuida de maneira exclusiva, sobretudo, nos momentos de agravamento da doença.

Por ocasião da alta é considerado que os pais devem estar aptos a cuidar do seu filho de maneira efetiva e segura, sublinhando particularmente a alta de crianças ostomizadas, pois estas requerem treinamento teórico e prático. As habilidades adquiridas através deste treinamento são vetores importantes no cuidado contínuo, para garantir que graves morbidades correlatas aos estomas possam ser evitadas. São recomendadas, ainda, que as orientações, ao longo da internação, devem ser claras, concisas e de fácil compreensão. Documentos escritos e informativos dos procedimentos técnicos servem como referência para posterior consulta fora do ambiente hospitalar⁽²¹⁾.

Mas, o que não custa reforçar é que a forma e a linguagem utilizadas durante o treinamento merecem atenção especial. É importante entender a linguagem preferida para o aprendizado de cada família. Nesse processo educativo, as instruções verbais, materiais impressos, vídeos e demonstrações de procedimentos são recursos utilizados ao entendimento das novas referências sobre o cuidado. O conhecimento adquirido é um instrumento na resolução de situações cotidianas e na melhoria da qualidade de vida.

A construção da colaboração entre familiares e profissionais, portanto, durante o treinamento, depende de elementos inclusos na relação de comunicação como o respeito da equipe ao paciente e à família, a comunicação clara e a vontade dos pais de levar o seu filho para casa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas possibilitou reconhecer a presença da tecnologia na saúde, incorporada ao cotidiano da vida, refletindo um modelo de saú-

de centrado na família, e ressaltando a questão sobre sua educação como estratégica ao prosseguimento do cuidado, executado após a alta.

Revelou também que há uma distância entre o planejamento e o processo de alta hospitalar, sendo este considerado pelos entrevistados como não sistematizado, influenciando negativamente na qualidade da assistência prestada.

Embora o trabalho em equipe tenha sido valorizado, na realidade, a problemática da comunicação inter-equipe e desta com a família foi indicada, dentro do processo, como um elemento que compromete o planejamento da alta hospitalar e conseqüente transição para o domicílio.

A necessidade de educação continuada e a promoção do cuidado centrado na família, mediante treinamento e meios pedagógicos adequados, patenteou-se como a forma privilegiada de garantir um planejamento de alta consistente e eficaz. A razão para tal fato reside nas crescentes incorporações tecnológicas que modificam velozmente as características do cuidar e, por força, a demanda do usuário e a organização da assistência.

Nesse sentido, faz-se necessário recomendar a criação de diretrizes de planejamento de alta hospitalar, por uma força tarefa interdisciplinar com experiência sobre o assunto, tendo como objetivo nortear o processo da alta complexa, enfatizando-se que tais diretrizes devem ser flexíveis para contemplar também as particularidades de cada caso. Cabe aos gestores uma reflexão crítica, no sentido de tornarem visíveis as necessidades das crianças e suas famílias, assim como as dificuldades encontradas pelos profissionais, a fim de viabilizar uma política de saúde direcionada ao cuidado continuado.

Diante do que foi ouvido e analisado, torna-se claro que a rede de cuidados às crianças ostomizadas precisa ser ampliada, dinamizando o processo de referência e contra-referência dos serviços. Tal processo também favoreceria o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização do acesso à saúde. A integração entre os três níveis de atenção, primária, secundária e terciária, poderia, inclusive, utilizar os agentes comunitários de programas como os do Programa de Saúde da Família, capacitados por profissionais de centros de referência como os do aqui enfocado, enquanto instrumentos de ligação, monitoramento e mediação pedagógica.

REFERÊNCIAS

- 1 Heck RM, Cesarin ST, Klock AD, Rosa Filho LA. Cuidado domiciliar: proposta de ação da residência multiprofissional em saúde da família – UFPEL. Família, Saúde e Desenvolvimento 2005;7(1):51-9.
- 2 Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. Texto & Contexto: Enfermagem 2007;16(1):163-7.
- 3 Yin RK. Case study research: design and methods. London: Sage Publications; 2002. (Applied social research methods).
- 4 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 5 Barreto LCL. Rumo à casa: entendimentos da equipe da saúde da unidade de internação pediátrica do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz sobre a alta de crianças ostomizadas [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
- 6 Saar SRC, Trevizan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2007;15(1):106-12.
- 7 Corbellini VL, Medeiros MF. Fragmentos da história: a enfermeira tornando-se sujeito de si mesma. Revista Brasileira de Enfermagem 2006;56(n esp):397-409.
- 8 Jardine E, Wallis C. Core guidelines for the discharge home of the child on long-term assisted ventilation in the United Kingdom: UK working party on paediatric long term ventilation. Thorax 1998;53(9):762-7.
- 9 American Academy of Pediatrics. Children with special needs. Washington (DC); 2003.
- 10 Taylor HJ. Caring for children with complex and continuing health needs. Nursing Standard 2005;19(42):41-7.
- 11 Pinho DLM, Abrahão JI, Ferreira MC. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto familiar. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2003;11(2):168-76.
- 12 Glanznerch CH, Zini LW, Lautert L. Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar. Revista Gaúcha de Enfermagem 2006;27(1):92-9.

- 13 American Academy of Pediatrics. Guidelines for pediatric home health care children with special needs. 2nd ed. Washington (DC); 2007.
- 14 Mocelin HT, Fischer B, Ranzi LC, Rosa RD, Philomena MR. Oxigenoterapia domiciliar: relato de sete anos de experiência. *Jornal de Pneumologia* 2001;27(3):148-52.
- 15 Drucker LP. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva para a Sociedade* [periódico na Internet] 2007 [citado 2008 jan 5];12(5):1285-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/20.pdf>.
- 16 Gemeli LMG, Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2002;10(1):34-40.
- 17 Shaw RJ, Deblois T, Ikuta L, Ginzburg K, Fleisher B, Koopman C. Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics* 2006;47:206-12.
- 18 Martins ML. Princípios do cuidar da pessoa ostomizada. In: Santos VLCCG, Cesaretti IUR, organizador. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 103-12.
- 19 Kirk S, Glendinning C, Callery P. Parent or nurse? The experience of being the parent of a technology-dependent child. *Journal of Advanced Nursing* 2005;51(5):456-64.
- 20 Gerhardt TE. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003;8(3):713-26.
- 21 Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso
Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo
22250-020, Rio de Janeiro, RJ
E-mail: cardosomhca@iff.fiocruz.br

Recebido em: 24/08/2007
Aprovado em: 15/06/2008