



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

ALINE DE ALMEIDA SILVA

**A HUMANIZAÇÃO EM INTERFACE COM OS PRINCÍPIOS DA INTEGRALIDADE:
CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM
HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-SUL DO BRASIL**

Itajaí - SC

Dezembro de 2015

ALINE DE ALMEIDA SILVA

**A HUMANIZAÇÃO EM INTERFACE COM OS PRINCÍPIOS DA INTEGRALIDADE:
CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM
HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-SUL DO BRASIL**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde e Gestão
do Trabalho da Universidade do Vale do
Itajaí, como requisito para a obtenção do
grau de Mestre em Saúde e Gestão do
Trabalho.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Marina Menezes.

**Itajaí - SC
Dezembro de 2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

S38h	Silva, Aline de Almeida, 1975- A humanização em interface com os princípios da integralidade: cuidado à criança hospitalizada na clínica pediátrica de um hospital da região centro-sul do Brasil / Aline de Almeida Silva, 2015. 84f.; il. ; quad. Apêndices Cópia de computador (Printout(s)).
------	---

ALINE DE ALMEIDA SILVA

A HUMANIZAÇÃO EM INTERFACE COM OS PRINCÍPIOS DA INTEGRALIDADE:
CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM
HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-SUL DO BRASIL

**Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde e Gestão
do Trabalho da Universidade do Vale do
Itajaí, como requisito para a obtenção do
grau de Mestre em Saúde e Gestão do
Trabalho.**

Aprovada em: 16 de Dezembro de 2015

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Marina Menezes
Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

Examinadora interna: Prof^a Dr^a Fabiola Hermes Chesani
Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

Examinadora externa: Prof^a Dr^a Ana Cláudia N. de Souza Wanderbroocke
Universidade Tuiuti do Paraná (UTP)

DEDICATÓRIA

Dedico à minha família, meu filho Eduardo, meu pai Avis, minha mãe Ana e minha irmã Gisele, que sempre estiveram comigo, vocês são tudo para mim, eu os Amo muito.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pois só ele nos concede a graça e a glória.

Ao meu filho, Eduardo Silva Ferrari que, sempre muito compreensivo, atencioso e amoroso, me acompanhou nas horas em que mais precisei.

À orientadora desta pesquisa, Professora Doutora Marina Menezes, especialmente por não medir esforços em assumir mais uma orientanda num Programa de Mestrado em curso, pela atenção, pelo carinho e pela forma simples de compartilhar o seu saber com serenidade e competência.

Ao Professor Doutor Luiz Roberto Agea Cutolo, que me recebeu com toda atenção e paciência, compartilhando o seu saber com discernimento e competência.

Aos professores Doutores da banca avaliadora que, com dedicação e competência, fizeram a leitura deste trabalho, apontando caminhos e sugerindo proposições para sua melhor consecução.

Ao corpo docente do Departamento de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí pelas experiências vividas, leituras, atividades, discussões e reflexões que enriqueceram os conteúdos aqui apresentados.

Ao Diretor e à Gerente de Enfermagem do hospital local da pesquisa, por abrirem as portas para a realização deste estudo.

Aos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa, pois sem os quais este trabalho não seria possível.

À minha irmã, Gisele de Almeida Silva, que sempre esteve comigo nesta caminhada árdua, porém gratificante, o meu muito obrigado.

Aos meus pais, Avis e Ana, que sempre me incentivaram e me apoiaram.

“É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem
que se pode melhorar a próxima prática”.
(Paulo Freire, 1996, p. 39)

SILVA, Aline de Almeida. A humanização em interface com os princípios da integralidade: cuidado à criança hospitalizada na clínica pediátrica de um hospital da região centro-sul do Brasil. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do trabalho. Universidade do Vale do Itajaí, 2015. 84 p.

RESUMO

A assistência integralizada preconiza a prevenção, promoção e recuperação da saúde e, para que tais direitos sejam garantidos, é necessário que os governos federal, estadual e municipal proporcionem condições adequadas para uma vida saudável, bem como boas condições de trabalho para a sociedade de modo geral. O processo de humanização considera elementos significativos quando se trata de cuidar, buscando estimular uma aproximação entre o profissional e o usuário do sistema de saúde. O presente estudo objetivou analisar as práticas na assistência à saúde da criança, baseadas nas concepções de humanização e integralidade efetivadas a partir do cuidado de profissionais de enfermagem da clínica pediátrica de um hospital do Centro-Sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na clínica pediátrica de um Hospital público da Região Centro-Sul do Brasil, com 10 (dez) profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atuam na clínica pediátrica, selecionados a partir da apresentação da proposta do estudo e pelo interesse dos mesmos na participação da pesquisa. A coleta dos dados ocorreu a partir da Metodologia da Problematização com a realização de cinco oficinas temáticas, tendo como objetivo estimular a cadeia de ação-reflexão-ação, na qual existe a participação ativa e o diálogo constante entre os sujeitos envolvidos no processo educativo. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo e organizados a partir de três categorias, a saber: Conceituação de Humanização e Integralidade, Situações-problemas e Propostas de Humanização; da segunda e da terceira categorias derivaram as subcategorias: comunicação, relacionamento interpessoal, gestão, rotinas hospitalares e procedimentos e técnicas. Na clínica pediátrica, constatou-se que a equipe de enfermagem explicita e reconhece a necessidade de prestar assistência humanizada, contudo não há um projeto coletivo de humanização da assistência, e sim, ações cotidianas fragmentadas de humanização. Conclui-se que as práticas na assistência à saúde da criança se mostraram tecnicistas, carecendo de um profundo repensar quanto à atuação profissional. Embora tenha sido evidenciada a expressão da responsabilidade e comprometimento quanto às suas práticas, os participantes referiram poucas vivências em seu cotidiano, relativas à proposta de humanização e integralidade em sua totalidade. Este estudo não pretendeu esgotar a temática abordada, sendo apenas o início para determinantes reflexões tanto da gestão quanto dos profissionais da enfermagem e usuários do serviço de saúde na construção de práticas humanizadas.

Palavras chave: Humanização da Assistência, Integralidade em Saúde, Serviços de Saúde da Criança.

SILVA, Aline de Almeida. **Humanization interface with the principles of integrality of health:** caring for children hospitalized in the pediatric clinic of a hospital in the south-central region of Brazil. Professional Master's thesis in Health and Work Management. University of Vale do Itajaí, 2015. 84 p.

ABSTRACT

Integrated health care advocates prevention, promotion and restoration of health. To ensure that these rights are guaranteed, it is necessary that the federal, state and municipal governments provide adequate conditions for healthy living and good working conditions for society in general. The process of humanization considers significant elements when it comes to health care, seeking to encourage closer cooperation between health professionals and users of the health system. This study analyzes practices in child health care, based on the humanization of ideas and practices of integrality in health care, among nurses of the pediatric clinic of a hospital in the central South of Brazil. This is a descriptive and exploratory study that uses a qualitative approach. A survey was conducted in the pediatric clinic of a public hospital in the central South of Brazil, with ten (10) professionals, including nurses and nursing technicians working in the pediatric clinic, selected based on the presentation of the study proposal, and the individuals' interest in taking part in the research. Data were collected using the Investigative Method, with five thematic workshops, seeking to stimulate the chain of action-reflection-action, in which there is active participation and constant dialogue between those involved in the educational process. The data obtained were analyzed using content analysis, and organized into three categories: Conceptualization of Humanization and Integrality, Problem situations, and Humanization proposals; the second and third categories being derived from the subcategories: communication, interpersonal relations, management, hospital routines, and procedures and techniques. In the pediatric clinic, it was found that the nursing staff clearly specify and recognize the need to provide humane care, yet there is no collective humanization project, only fragmented everyday actions of humanization. It is concluded that the practices in child health care are too technically-oriented, and lack deeper thinking on the action of the professional. Although expressions of responsibility and commitment were seen with respect to their practices, the participants reported few experiences, in their daily routines, relating to the proposal of humanization and integrality in its entirety. This study does not exhaust the topic in question, but is merely a springboard for decisive reflections on the part of managers, nursing professionals, and users of the health service, concerning the construction of humanized practices.

Keywords: Humanization of Health Care, Integrality in Health, Child Health Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Humanização da assistência infantil em diferentes hospitais no Brasil	27
Quadro 2 - Caracterização dos participantes	37
Quadro 3 - Operacionalização das oficinas	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CF	Constituição Federal
CONANDA	Conselho Nacional do Direito das Crianças e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNRURAL	Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSF	Programa Saúde da Família
RHS	Rede de Humanização em Saúde
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTP	Universidade Tuiuti do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS DE INTEGRALIDADE E	19
HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	19
2.1 SUS E O PRINCÍPIO DE INTEGRALIDADE	19
2.2 INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO	20
2.3 HUMANIZAÇÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR ÀS CRIANÇAS	22
2.3.1 Síntese de projetos de humanização hospitalar envolvendo a criança	26
3 PERCURSO METODOLÓGICO	36
3.1 LOCAL DA PESQUISA	36
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	37
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	38
3.4 COLETA DOS DADOS	39
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	43
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO (ARTIGO).....	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
6 REFERÊNCIAS	72
7 APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83

1 INTRODUÇÃO

Ao ingressar na graduação em enfermagem, no ano de 1993, houve o despertar pelo cuidado a pacientes de modo individualizado, com respeito às suas necessidades fisiológicas e sociais, o que aumentou a cada semestre. Isto ocorreu, sobretudo, pela intensificação dos questionamentos quanto ao relacionamento entre equipe e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como com a assistência prestada com qualidade.

Com a conclusão da graduação, ainda na década de 90, se tornou possível aplicar a gama de conhecimentos adquiridos ao longo da formação acadêmica na assistência em Atenção Básica no Programa Saúde da Família (PSF), onde realizava procedimentos com a comunidade de determinada área adstrita.

Nesta oportunidade foi possível exercitar, por meio da atuação no PSF, uma política de saúde integral, onde todos eram atores nesse processo. Porém, observava-se que o usuário procurava a unidade somente para resolver os “problemas” de saúde e, por conseguinte, a equipe de saúde colaborava com isso, oferecendo maior atenção ao atendimento curativo e não à promoção da saúde.

Por meio das conversas com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o interesse da população ao registrar suas queixas quando procuravam o serviço, cada vez mais era evidente que o usuário considerava o “postinho de saúde” um pronto-socorro para atendimento em horário comercial, e o hospital, como o espaço físico onde os problemas graves seriam solucionados.

Após alguns anos, já na assistência hospitalar na ala pediátrica e neonatal, com a vivência de práticas da atenção básica e hospitalar, observava-se o cuidado voltado apenas aos aspectos biológicos. Tal aspecto é contestado por Ayres (2004), citado por Veiga et al. (2009), quando assegura que a continuidade da saúde infantil necessita de ações promocionais, preventivas, terapêuticas e de interação com a criança, família e serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado com a criança e a família ultrapassaria as dimensões conceituais aplicadas à atenção e ao cuidado à saúde da criança.

Como docente da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), função iniciada em 2005, foi possível perceber que os acadêmicos ainda tinham uma visão distante do que realmente seria humanização do cuidado, principalmente quando relacionada à criança. Muitas ações eram desenvolvidas no ambiente hospitalar para aproximação do acadêmico com a criança, entretanto, se percebia que faltava algo, ou que aquelas ações eram

um tanto abstratas e distantes do plano de cuidado terapêutico.

A aproximação da enfermagem com as crianças era parcial, ou limitada, envolvendo apenas brincadeiras e recreações. Mesmo quando alguma ação para aproximar família, equipe de saúde e criança era proposta, o que se observava com frequência eram dois prováveis desfechos: a administração dos medicamentos sem a utilização de recursos comunicacionais e lúdicos ou a realização de brincadeiras desvinculadas dos procedimentos de assistência e cuidados com as crianças.

Quando a questão da integralidade do cuidado era abordada com a equipe ou com os acadêmicos, as concepções conceituais relatadas se referiam ao “cuidar como um todo”, que efetivamente na prática não era desempenhado; ou seja, a integralidade do cuidado se revelava restrita a um conceito generalista e desprovido de sentido.

Ao refletir sobre a prática da integralidade nos serviços de saúde, pode-se observar uma divergência de conceitos e práticas. Mattos (2004), citado por Oliveira et al. (2012), argumenta que a integralidade é um valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde. Nesse sentido, precisa ser defendido na prática diária, como o uso prudente do conhecimento sobre as doenças e o cuidado, numa perspectiva que considere de forma global as necessidades dos sujeitos.

Frente a questões como estas houve o amadurecimento em relação ao modo de agir e cuidar, com profundo repensar quanto à prática profissional integral e humanizada, principalmente no que se refere à criança hospitalizada. Tais aspectos foram ampliados a partir das experiências geradas em capacitações sobre terapêutica na infância, brinquedo terapêutico e acolhimento da criança no ambiente hospitalar.

Após as capacitações, ao retornar à prática, foi possível observar a dificuldade de integrar e repassar informações recebidas à equipe de enfermagem, técnicos, auxiliares e enfermeiros. Muitas vezes, pelo cansaço e pela sobrecarga de trabalho, alguns profissionais sugeriam que se deixasse para depois a transmissão dos conhecimentos aprendidos.

Assim, o interesse pelo cuidado humanizado à criança hospitalizada se consolidou ao longo desses anos, através da atuação e acompanhamento de crianças e suas famílias. As dificuldades observadas se mostravam, sobretudo, em relação às concepções da equipe em sua aproximação da família, acompanhante e criança. Tais perspectivas destacavam que o essencial era o “remédio” ou “o exame” desvinculados da humanização do cuidado, pois esta “[...] advém da conscientização do profissional de saúde sobre seu trabalho, sobre os direitos do doente e sobre a importância do trabalho em equipe multidisciplinar, entre outros fatores” (GOMES et al., 2011, p. 134).

Outro aspecto preocupante ocorreu durante o desempenho das funções de profissional enfermeira da assistência hospitalar na ala infantil. Nesta ocasião elaborou-se a proposta de implantação do atendimento humanizado desde a admissão até a alta hospitalar. No entanto, a adesão da equipe foi insatisfatória, impossibilitando que tais práticas se tornassem presentes no cuidado à criança.

Considerando todo esse contexto, formulam-se alguns questionamentos: Existem falhas na prestação dos cuidados? Quais são as suas origens? Como minimizá-las? No cuidado humanizado deve-se enfatizar o cuidado contínuo? Como sensibilizar a equipe para compreender a humanização do cuidado à criança para além do brincar? Qual a melhor forma de envolver o acompanhante e a família no processo de cuidado da criança hospitalizada?

Através do ingresso no Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, o desejo de conhecer melhor as estratégias que possibilitam a implementação do cuidado humanizado e integral à criança no ambiente hospitalar foi se ampliando. Sobretudo com o reconhecimento da importância do tema e a iminente necessidade de tais discussões e práticas no hospital.

No decorrer das disciplinas do Mestrado, surgiu o desejo de desenvolver ações que possibilitassem no ambiente hospitalar o cuidado integral, mais especificamente a clínica ampliada, cuja proposta se respalda na capacidade do profissional de saúde desenvolver a habilidade de ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a se transformarem. Desse modo, a doença, mesmo sendo uma limitação, não impediria as pessoas de viver, de apreender o real significado e as expectativas quando procuram um serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Posto o desafio, tornou-se imperativo aproximar esta concepção de cuidado integral daquilo que se veicula sobre a experiência da hospitalização da criança. Em muitos sentidos, a internação hospitalar na infância é percebida como uma experiência desagradável por quem a vivencia, por ser permeada pelo medo do desconhecido, sobretudo pelo uso de linguagem técnica, de procedimentos padronizados e, por vezes, estruturas rígidas. Tais elementos comumente estão relacionados a uma série de adversidades e empecilhos para a adaptação da criança no período de internação (MORAIS, 2009)

Conforme Ribeiro e Pinto Junior (2009), a hospitalização é um procedimento difícil para a família, a equipe médica e principalmente para a criança que, além de expressar sentimentos negativos, como culpa e medo, vivencia situações que provocam insegurança e desconforto. O hospital é frequentemente percebido, por pacientes pediátricos, como um local onde há dor, sendo relacionado a sensações desagradáveis e estranhas que podem se transformar em experiências cujo impacto negativo venha a afetar seu desenvolvimento físico e psicológico (BERGAN et al., 2004).

Em alguns casos, como citam Sabates e Borba (1999), citados por Mozel et al. (2012), quando se encontra hospitalizada, a criança pode se sentir abandonada pelos pais e acreditar que este abandono seja um castigo pelos erros que cometeu. Por estar num lugar desconhecido, o medo, a angústia e pensamentos negativos, muitas vezes até relacionados à morte, lhe sobrevivem, fatos estes que poderiam ser evitados se a criança recebesse informações adequadas, prévias à internação, assim como o seu prognóstico ou tratamento.

Doca e Costa Junior (2007), num estudo sobre a preparação psicológica da criança no processo de admissão hospitalar, referem que a intervenção psicológica pode reduzir a aversão e aumentar a adaptação à hospitalização. Um dos fatores que possui grande influência nesta adaptação é a reação dos pais diante do processo de internação, sendo fundamental o suporte emocional que auxilie a criança e seus acompanhantes antes, durante e após a hospitalização. Caso a reação dos pais seja percebida de modo negativo pela criança, podem ocorrer dificuldades na relação com a equipe médica e com os procedimentos que necessitam ser realizados.

Marques (2011) esclarece, ainda, que as instituições voltadas para a assistência às crianças foram as pioneiras na implementação do conceito de humanização no tratamento e concepção dos espaços. Essa perspectiva seria o resultado da percepção do cuidado à criança como algo complexo, já que envolve a relação com o acompanhante, cuja comunicação se desenvolve a partir de vínculos de afeto.

Por outro lado, Veiga et al. (2009) destacam que, apesar das iniciativas no sentido da integralidade, as práticas de cuidado, em todos os níveis de atenção à saúde da criança, ainda estão distantes das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), que ressaltam o compromisso mútuo entre instituições governamentais e sociedade pela qualidade de vida da criança.

Vale ressaltar que, com a introdução e o avanço do conhecimento científico, o cenário dos hospitais foi alterado, sendo acrescido, à técnica e ao conhecimento empírico, o conhecimento e uso de técnicas específicas destinadas ao cuidado humano. E, nesse processo de mudança, a utilização tecnológica e adequação à normatização foram essenciais. Como resultado dessas transformações, problemas relacionados às relações interpessoais surgiram, pois, quanto maior a exigência de técnicas e conhecimentos específicos, maior a burocracia existente, aumentando o distanciamento entre a equipe destinada ao cuidado e a pessoa que necessita do mesmo (ASSIS, 2008).

Esse distanciamento, conforme retrata Assis (2008), é uma realidade brasileira que aumenta a insatisfação dos envolvidos, porém, a preocupação dos profissionais de saúde com

todos os aspectos do atendimento deixa em segundo plano o indivíduo hospitalizado e a realidade por ele vivida, não sendo compreendida a importância e necessidade de um contato mais humanizado.

Outra temática muito importante no processo de desenvolvimento do cuidado humanizado é o trabalho de modo geral, incluindo o ambiente de trabalho, o cuidado com o trabalhador, a atenção aos anseios do servidor, bem como a satisfação laboral. Versiani (2012) destaca a ocorrência de alterações no mundo do trabalho com vistas a reduzir a frustração na prática profissional e o sentimento de incapacidade instalado pela própria estrutura organizacional, além de amenizar as situações de alienação e estagnação em que os profissionais se encontram. Amestoy et al. (2006) acrescentam, ainda, que as condições de trabalho interferem diretamente no bem estar profissional, onde se tornam possíveis ações humanizadas, estimuladas por um espaço sadio e prazeroso.

Um dos fatores que tem dificultado as ações humanizadas de enfermagem é a falta de instrução adequada relacionada à organização de saúde, contribuindo para a impotência dos profissionais para tal realização. Complementando, Amestoy et al. (2006) chamam a atenção para o fato de que, nesta área da saúde, muitos profissionais, por não compreenderem a humanização como parte do trabalho, se sentem desvalorizados no ambiente laboral. Tal situação pode estar associada à formação de parte dos profissionais, cuja ênfase curricular nas escolas de enfermagem se manteve centrada no processo saúde-doença, cuja concepção do ser humano é dicotômica e fracionada, como peças de uma máquina.

Apesar de o constante esforço dos serviços e organizações de saúde, principalmente do serviço público, para alcançar êxito, a assistência humanizada cotidiana é uma tarefa árdua, diária e complexa. Segundo Assis (2008), o conhecimento e importância do atendimento humanizado por parte da equipe de enfermagem ainda não se encontra estabelecido em algumas instituições hospitalares por não existir um plano de incentivo de modo contínuo e efetivo. Desta forma, o conhecimento e a compreensão da importância do atendimento humanizado pelos enfermeiros pode favorecer o aperfeiçoamento do cuidado à criança hospitalizada.

A humanização da assistência tem, portanto, representado um desafio, na medida em que se configura cada vez mais como objeto de estudo e atenção especial na área de Enfermagem. A busca da melhoria das práticas de cuidado e a adoção de novos modelos assistenciais, pautados na responsabilidade da equipe multidisciplinar de atender pessoas, tem o objetivo de desenvolver profissionais capazes de não focar a doença, mas o ser humano na sua integralidade (ASSIS, 2008).

Nesta perspectiva é imprescindível estabelecer reflexões que contemplem a interface entre a Integralidade e Humanização, uma vez que

[...] são temas atuais e recorrentes nos artigos acadêmicos na área da saúde. O caráter polissêmico de ambos os termos traz consigo variações de interpretações e aplicabilidade, de acordo com as motivações e contexto a que são subordinados. Sabe-se que, assim como tal abertura traz consigo dificuldades para a concretização de ambas na prática, também potencializa a sua utilização a partir de seus diversos sentidos (OLIVEIRA et al., 2012, p. 503).

O reconhecimento da necessidade do outro, a partir da integralidade, desencadeia atitudes e ações humanizadas, por conseguinte pode-se inferir que a humanização é fruto da aplicação do princípio da integralidade. Assim, conforme relatam Oliveira e Cutolo (2012), para que ocorram mudanças na realidade, que gira em torno de costumes e ações fragmentadas, é necessária, para a inserção de ações humanizadas, uma visão integral, podendo considerar a humanização intrínseca à integralidade.

Diante disto, entende-se que só se produz ações humanizadas em saúde a partir de uma concepção ampliada e integral do processo saúde-doença, de modo que toda ação em saúde parta de uma *concepção de saúde*. Assumir tal postura exige o desafio em mudar a maneira de ver e pensar o binômio: saúde-doença, a fim de que a equipe multidisciplinar envolvida perceba que vários cuidados parciais somados são equivalentes à totalidade da assistência humanizada em saúde (OLIVEIRA et al. 2012).

Oliveira et al. (2012) referem que o processo de humanização está relacionado tanto à capacidade de ouvir como a de falar, pois, *ser humano* envolve o estabelecimento de *interações humanas*, como o diálogo, que viabiliza conhecer o outro para além dos aspectos técnicos hospitalares. É necessário também ressaltar que, ao se considerar o cuidado infantil, tanto o fator social como o emocional devem ser incluídos. Na verdade, estes elementos se encontram correlacionados, já que o conhecimento de um possibilita uma melhor compreensão do outro, favorecendo o estabelecimento de metas conjuntas assim como de um bem estar recíproco.

Neste processo de atenção humanizada e integral à saúde de crianças hospitalizadas, o profissional não só percebe a criança como “sujeito de direito”, mas a acolhe e permite a expressão de suas significações e de seus familiares, facilitando o estabelecimento de relações interpessoais. Tais relações tendem a promover o protagonismo dos usuários, na medida em que permitem a reflexão de questões, como o “[...] desenvolvimento infantil, o processo de

saúde e doença, favorecendo a ampliação e reestruturação de suas significações e contribuindo para amenizar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento infantil” (MENEZES, 2010, p. 307).

Essa perspectiva corrobora com o reconhecimento das necessidades da criança hospitalizada e sua família, tomando como ponto de partida a integralidade, a qual corresponde ao “[...] modo democrático de atuar, um saber fazer integrado, um cuidar que está alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança” (OLIVEIRA et al., 2012, p. 504), incluindo a disposição de profissionais e serviços de saúde em interagir com os usuários por meio de diálogo, produzindo um território comum entre os sujeitos.

Neste contexto, se ampliam os questionamentos anteriormente mencionados, resultando no seguinte problema de estudo: *Quais são as práticas na assistência à saúde da criança, baseadas nas concepções de humanização e integralidade efetivadas a partir do cuidado de profissionais de enfermagem da clínica pediátrica de um hospital do Centro-Sul do Brasil?*

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas na assistência à saúde da criança, baseadas nas concepções de humanização e integralidade efetivadas a partir do cuidado de profissionais de enfermagem da clínica pediátrica de um hospital do Centro-Sul do Brasil.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as concepções de humanização e integralidade da equipe de enfermagem na assistência a crianças hospitalizadas e familiares;
- Descrever as perspectivas da equipe de enfermagem sobre os problemas e críticas quanto às práticas de cuidado a crianças hospitalizadas e familiares;
- Promover discussão e reflexão sobre as concepções e pressupostos referentes aos temas, com a indicação de propostas de práticas de cuidado humanizado e integral.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS DE INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

2.1 SUS E O PRINCÍPIO DE INTEGRALIDADE

Até 1986 o sistema de saúde era caracterizado por práticas curativas, baseadas no modelo estabelecido por Abraham Flexner, que tratava apenas da cura de doenças e obtenção de lucro. Nesse período, tinham direito a tratamento de saúde apenas aqueles que contribuíam junto ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ou seja, aqueles que possuíam vínculo empregatício e, aos que não possuíam esse vínculo, como os autônomos, aposentados e desempregados, com os serviços oferecidos pela Santa Casa de Misericórdia, com exceção da população rural, que contava com o FUNRURAL, assim como aos Centros e Hospitais Universitários (MOTTER; ALVES, 2006; TEIXEIRA, 2011).

Em março de 1986, aconteceu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde que, de acordo com Motter e Alves (2006), foi marcada por uma mobilização que buscava mudanças no modo como a saúde era tratada, sendo representada por integrantes do movimento da reforma sanitária, membros de estâncias estaduais e municipais e da sociedade, e em 1988 foi estabelecida a Constituição Federal (CF) que propôs a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), um modelo assistencial de saúde diferenciado do modelo flexneriano. Nesse novo modelo, a saúde passou a ser um direito de todo cidadão, sendo responsabilidade do Estado garanti-la através de medidas tanto políticas como sociais e econômicas, incluindo a prevenção, promoção e recuperação da mesma (BRASIL, 1988 apud MOTTER; ALVES, 2006; TEIXEIRA, 2011).

Após o estabelecimento da Constituição Federal, a saúde, teoricamente, passou a ser um direito universal e, para que se cumprisse essa universalidade, seriam necessárias medidas sociais que atingissem uma assistência integralizada, capaz de estabelecer um sistema de saúde dentro dos padrões impostos pela CF de 1988.

A assistência integralizada objetiva a prevenção, promoção e recuperação da saúde e, para que tais direitos sejam garantidos, é necessário que os governos federal, estadual e municipal, proporcionem tanto condições adequadas para uma vida saudável, como boas condições de trabalho para a sociedade de modo geral, pois, para atingir o objetivo da saúde integral, os fatores condicionantes sociais vinculados a ela precisam ser sanados, conforme relatam Motter e Alves (2006).

A prevenção envolve fatores voltados ao saneamento básico, permitindo a imunização e proteção; a promoção inclui ações relacionadas às áreas, como moradia, conscientização e educação; e a recuperação se limita aos cuidados profissionais, como atendimento profissional, tratamento e processos de reabilitação. Assim, é possível observar que a integralidade não se restringe ao bem-estar físico livre de doenças, mas engloba todos os processos sociais que podem limitar o mesmo, processos estes que não são desenvolvidos somente no sistema de saúde (TEIXEIRA, 2011).

O modelo de saúde assistencial e integral levou algumas décadas para ser implantado. A crise global, na década de 70, e a organização da economia nas décadas de 80 e 90 causaram uma queda ao acesso dos direitos trabalhistas e sociais, aumentando a desigualdade e pobreza (MOTTER; ALVES, 2006). Durante este período, na saúde, ainda era exercida a prática de cura de doenças estabelecidas pelo modelo flexneriano, que era o oposto dos princípios estabelecidos pelo SUS, a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde (MOTTER; ALVES, 2006; TEIXEIRA, 2011).

De acordo com Teixeira (2011), a universalidade é a garantia do acesso ao sistema por toda a população, tanto urbana como rural e de modo gratuito e acessível, visto que muitos não têm acesso ao serviço devido às dificuldades de locomoção às unidades de saúde e, em muitos casos, a linguagem utilizada pela equipe profissional atuante também se torna uma barreira à essa acessibilidade. A equidade, ainda citada pelo mesmo autor, é vista como um meio de superar as desigualdades sociais, dando prioridade àqueles que se encontram tanto em condições de vida como de saúde mais precárias. A integralidade, por sua vez, engloba todas as ações necessárias para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, sejam estas relacionadas ou não à área da saúde (MOTTER; ALVES, 2006; TEIXEIRA, 2011).

2.2 INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO

A integralidade e a humanização emergem para valorizar as características do gênero humano. Neste sentido, é imprescindível no processo de humanização uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos limites a serem transpostos.

Alguns alicerces dispostos em lei sustentam o programa de humanização no país, como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), regulamentado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de criar um novo programa de atendimento da saúde brasileira, com visão voltada à humanização, considerada um modelo a ser defendido e alcançado pelo SUS para que se pudesse obter uma melhoria na

qualidade assistencial, alcançada através do incentivo do trabalho em equipe e da troca de conhecimento, que resulta no aprendizado de como lidar com desejos, interesses e necessidades diferentes (ASSIS, 2008).

Conforme Domingos (2015), a humanização da saúde é manifestada através de ações humanitárias mais profundas, que visam proporcionar um bem-estar ao outro através dos direitos assegurados a cada um, podendo ser considerada uma diretriz política cuja visão se volta para o social de forma individualizada, opondo-se à violência e buscando um cuidado igualitário com base no bem-estar tanto físico como psicológico.

O processo de humanização, conforme Alves et al. (2009) pode ser conceituado, através da Política Nacional de Humanização, como uma proposta de trabalho coletivo visando um SUS de forma igualitária, acolhedora e conclusiva.

Nesta perspectiva, a Clínica Ampliada¹ seria um meio pelo qual os profissionais da área da saúde poderiam ajudar não só no combate de doenças, mas também desencadear uma mudança de pensamento por parte do sujeito que vê na doença um limite que o impede de conviver com outras pessoas e de viver momentos prazerosos (BRASIL, 2009).

Sendo esta uma estratégia que supre as necessidades do sujeito e, no que diz respeito à saúde da criança, o cuidado deve ser integral e multiprofissional, objetivando compreender suas reais necessidades (VEIGA et al., 2009), facilitando assim a relação da mesma com a família, uma vez que a hospitalização da criança altera a rotina familiar, que busca contornar a situação de modo especial e mais humanizado (FAQUINELLO et al., 2007).

Em 2004, o PNHAH foi substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH), na qual a humanização passou a ser vista como a valorização dos envolvidos no cuidado da saúde, desde os usuários até os gestores (GOMES et al., 2011).

Nesse sentido, busca-se consolidar a Rede de Humanização em Saúde (RHS) “[...] comprometida com a defesa da vida. Uma rede humanizada porque lidando com a complexidade sempre diferenciadora do viver. Nessa rede estão todos os sujeitos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários, todos os cidadãos” (BRASIL, 2004, p. 9).

Por outro lado, a integralidade, segundo Oliveira e Cutolo (2012) não é uma totalidade, é um processo de compreensão sobre saúde-doença em sua complexidade, permitindo compreender tanto a saúde em sua íntegra, como o suprimento de suas

¹ A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado (disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>).

necessidades em sua totalidade, com auxílio de atividades desenvolvidas a partir de tais necessidades.

O cuidado, baseado na integralidade, é caracterizado pelo bem-estar proporcionado, tanto pelo modo de tratamento, quanto pela atenção dirigida ao sujeito que se encontra diante uma situação que lhe traga sofrimento (GOMES et. al., 2011). Nesse contexto, a integralidade ligada à humanização pode ser resumida como sendo uma rede de diálogo, possibilitando atividades assistenciais com respeito, valorização e solidariedade mútua.

2.3 HUMANIZAÇÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR ÀS CRIANÇAS

A assistência baseada nos princípios da humanização, fundamental no processo de tratamento e recuperação é fundamental para todo o sujeito assim como para a criança, que, por estar passando pelo processo de crescimento e desenvolvimento, possui particularidades que exigem ética e humanização no campo interdisciplinar, na percepção e compreensão da problemática.

Nos serviços de saúde existe uma variedade profissional que abrange diversas áreas, possibilitando uma visão em diferentes perspectivas sobre o trabalho ali desenvolvido. Essa diversidade permite identificar a existência ou não de ações na perspectiva da integralidade, principalmente no que se refere ao serviço coletivo, sendo de responsabilidade institucional expressar, através de ações cotidianas e materialidade política e social, formas de criar, adequar, produzir e reproduzir meios de vida coletiva (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Conforme Parcianello e Felin (2008), nos últimos anos tem-se dado uma atenção especial ao ambiente de desenvolvimento infantil e às consequências do mesmo, seja no âmbito físico, psíquico ou intelectual, principalmente quando se trata de um ambiente hospitalar, visto ser este um causador de desconforto, tanto físico como psíquico; neste último, podendo se desenvolver em trauma, seja devido aos limites e restrições necessários à recuperação do paciente, distanciamento dos pais e amigos, realização de procedimentos invasivos e dolorosos, entre outros, influenciando negativamente no desenvolvimento da criança.

Para minimizar esses efeitos negativos evidencia-se a necessidade de métodos de atendimento das unidades hospitalares voltados à humanização, para que o período de internação seja menos traumático e para que ocorra um atendimento mais humanizado. Assim, num primeiro momento, deve-se promover a proteção da criança, principalmente quando a mesma necessite passar por algum procedimento considerado agressivo

(PARCIANELLO; FELIN, 2008).

De acordo com Lima et al. (2010), a construção de ambientes lúdicos e equipe profissional satisfeita com as condições de trabalho facilita a introdução do processo de humanização que, conforme Parcianello e Felin (2008), pode ser entendida como a compreensão da necessidade particular de cada indivíduo, inclusive psicológica, que ocorre através da comunicação entre o paciente e equipe médica. Esta comunicação vai além da habilidade técnica e contribui significativamente para a minimização de traumas ocorridos em decorrência da internação (LIMA et al., 2010).

O PNHAH, iniciado em 2001, foi constituído por um conjunto de ações que buscavam não só melhorias nas instituições públicas de saúde, mas também na qualidade do atendimento do SUS. Através desse conjunto de ações, tornou-se fundamental a criação de espaços destinados à comunicação, permitindo aos profissionais, gestores e sociedade expressarem seus pensamentos, críticas, sugestões, etc., contribuindo, deste modo, para uma melhora institucional e assistencial (BRASIL, 2001).

O atendimento humanizado beneficia não só os usuários do sistema, mas também os profissionais e todos os envolvidos nesse processo, assim, tem-se buscado a formação de uma rede de atendimento humanizado entre as instituições públicas através de programas de capacitação e grupos de humanização (BRASIL, 2001).

O cuidar humanizado não se limita apenas às melhorias no atendimento assistencial (BRASIL, 2001), visto que os serviços de gestão e assistência são inseparáveis, mas é útil também na disseminação dos benefícios da assistência humanizada e no levantamento dos pontos críticos da instituição (que por vezes tem dificultado a realização das atividades profissionais da equipe de saúde), propondo melhorias e incentivando tanto a comunicação como a integração entre os setores da saúde com os usuários e a comunidade (BRASIL, 2001).

Com o projeto HumanizaSUS, cujo objetivo foi a promoção de um atendimento mais humanizado através de melhorias na relação entre profissional e paciente, começaram a surgir mudanças nas unidades de saúde; tais mudanças incluíam a estimulação da participação familiar durante a internação infantil, assistência psicológica e atividades recreativas. Embora essas mudanças contribuíssem positivamente no processo de recuperação do paciente durante a internação, ela não se dissipou entre todas as equipes hospitalares, sendo comum a existência de equipes despreparadas para esse tipo de atendimento (PARCIANELLO; FELIN, 2008).

A experiência da internação hospitalar infantil é complexa e vem acompanhada por

uma ansiedade resultante da alteração do ambiente no qual a criança está inserida, onde há pouco ou nenhum apoio psicológico para que a mesma se sinta segura, sendo os pais, muitas vezes, os únicos a transmitirem tal sentimento (FAQUINELLO et al., 2007).

Além de não se encontrar em um ambiente conhecido, propício para suas atividades costumeiras, a hospitalização também pode desencadear uma série de emoções simultâneas na criança, como ansiedade, estresse, medo, tristeza, dor, dúvida, abandono e culpa (RIBEIRO; PINTO JUNIOR, 2009), pois a hospitalização transforma não só o seu cotidiano, mas também o seu modo de reagir frente a esta situação.

A hospitalização infantil, na maioria das vezes, causa alterações comportamentais e emocionais na criança que, além da fragilidade causada pelo mal que a vem acometendo, é submetida a situações incomuns num ambiente desconhecido, no qual realiza procedimentos médicos que ferem sua privacidade e lhe causam tensões psicológicas, afastando-a tanto dos pais, principais influenciadores do comportamento e adaptação da mesma, como dos amigos, causando-lhe um sentimento de abandono, solidão e incapacidade devido às limitações que lhe são impostas (PARCIANELLO; FELIN, 2008; MAGNABOSCO et al., 2008; BORTOLOTE; BRÊTAS, 2007; DOCA; COSTA JUNIOR, 2007).

A Resolução nº 41/1995 do Conselho Nacional do Direito das Crianças e do Adolescente (CONANDA), diz respeito aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, garantindo a toda criança, conforme o Art. 9º, o “[...] direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do *curriculum* escolar, durante sua permanência hospitalar [...]”; e ainda em seu artigo 10º, o “[...] direito a que seus pais ou responsáveis participam ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido” (BRASIL, 1995).

Assim, entende-se que o processo de humanização considera elementos significativos quando se trata de cuidar, buscando estimular uma aproximação entre o profissional e o usuário do sistema de saúde. Com base em tais princípios, o documento HumanizaSUS, foi elaborado de modo a permitir ao profissional, o conhecimento do usuário, além de possibilitar o diálogo entre os profissionais enquanto equipe de trabalho, acerca dos desejos e necessidades daqueles que recebem a assistência (ASSIS, 2008), permitindo à equipe profissional compreender as necessidades tanto físicas como psicológicas do usuário, assim como encontrar a melhor forma de informar o mesmo, assim como à sua família, sobre o dano físico sofrido e quais os meios de recuperação indicados, como a respeito da assistência que lhe será prestada.

Durante o processo de internação infantil, a maioria dos pais e familiares se mostra insatisfeita com as informações recebidas, assim, é fundamental que, ao ser realizada uma internação infantil, cheguem ao conhecimento tanto da criança como dos pais, de modo claro e objetivo, todas as informações necessárias, desde a doença ou dano ocorrido até a necessidade da internação e qual a rotina que a mesma seguirá pelos próximos dias, considerando esta uma atitude de preparo para a internação (RIBEIRO; PINTO JUNIOR, 2009)

Outro fator a ser levado em consideração durante o processo de internação infantil, está no modo como o ambiente hospitalar é percebido pela criança. Em muitos casos, a criança o percebe como um local de sofrimento, de isolamento e dor, porém, em outros casos, o ambiente hospitalar também é visto como um local de cuidado, de acolhimento e assistência.

Como observado anteriormente, o processo de humanização, do ponto de vista de Faquinello et al. (2007), é visto pelos pais e familiares da criança hospitalizada não só como um conjunto de cuidados técnicos e tecnológicos, mas também de atitudes tanto éticas como humanitárias, sociais e holísticas que beneficiam não só a crianças, mas também a família da mesma e a própria equipe de profissionais, que passam a compreender as necessidades e expectativas da criança. Este processo envolve acolhimento, cuidado integral e integralidade da assistência, permitindo um atendimento mais humanizado, influenciando positivamente na recuperação da criança hospitalizada (VEIGA et al., 2009).

Figueiredo et al. (2013) relatam que o vínculo estabelecido entre família e equipe, através do diálogo e esclarecimento de dúvidas a respeito do quadro clínico da criança, numa linguagem compreensível e clara, pode contribuir com a adaptação e bem-estar da mesma durante a hospitalização, sendo a família um elo mediador entre equipe profissional e paciente.

A hospitalização infantil pode vir acompanhada de distúrbios psicológicos provocadas pela nova realidade vivida pela criança. Por sua vez, estas podem se intensificar conforme a percepção do acompanhante sobre o sistema de saúde, visto que a ausência de atendimento humanizado, tanto relacionado à infraestrutura adequada quanto à qualidade do serviço prestado, influencia a percepção do mesmo e, conseqüentemente, a recuperação física e psicológica da criança, prolongando ou não sua permanência na instituição hospitalar (TORQUATO et al., 2013).

O direito ao acompanhante, concedido à criança pela Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 1990, permitiu a participação familiar durante o tratamento

infantil, contribuindo no processo de recuperação do pequeno paciente. A imagem de alguém familiar proporciona uma maior segurança à criança, favorecendo o reestabelecimento da saúde da mesma, pois, além da contribuição na adaptação ao hospital, os acompanhantes também servem como facilitadores da comunicação entre paciente e profissional.

Desse modo, a participação familiar na internação infantil é parte do processo de cuidado humanizado e, para tanto, a comunicação deve extrapolar o diálogo limitado às informações relacionadas ao estado clínico da criança (SILVA et al., 2009; VEIGA, 2009).

O atendimento hospitalar humanizado em ambientes pediátricos considera tanto o diálogo, quanto a atenção dispensada durante o tratamento, através da utilização de linguagem apropriada e pontualidade na aplicação da medicação. Também inclui o espaço físico da edificação, visto que o conforto e adequação deste, assim como a disponibilidade de materiais, são fundamentais no processo de adaptação tanto da criança como de seus acompanhantes (TORQUATO et al., 2013).

2.3.1 Síntese de projetos de humanização hospitalar envolvendo a criança

Diante da literatura consultada neste processo de estudo, percebe-se a grande dificuldade em tornar palpáveis as ações e projetos que viabilizem de fato a humanização da assistência. Observa-se, também, a gama de ferramentas dispostas para a melhoria das práticas, no entanto estas ainda se mostram dissociadas e fragmentadas no momento da execução, onde comunicação, interação social, cuidado humanizado e integralidade ficam restritos às teorias e propostas. Seguindo nessa ótica, compreende-se a necessidade de conhecer ações e projetos de cuidado humanizado, a fim de que sirvam como auxílio tanto no planejamento como no desenvolvimento de práticas aplicadas às necessidades locais.

Com este objetivo, foi realizada a busca de projetos desenvolvidos em unidades hospitalares brasileiras que demonstrassem práticas de humanização envolvendo crianças e acompanhantes. Para tanto, utilizou-se a ferramenta de busca de sítio *online* Google®, sendo este um recurso que dispõe de estudos científicos relevantes sobre o tema. Para a seleção dos estudos foram considerados os seguintes descritores: *criança, hospital, projetos, humanização, pediatria e humanização da assistência*.

Foram selecionados os trabalhos, projetos e ações acerca do tema consultado, bem como as competências e habilidades envolvendo a equipe multidisciplinar. Foram excluídas desta pesquisa as informações que possuísem fonte duvidosa, com erros de formatação e ou digitação. Procurou-se aproximar ações que exemplificassem atitudes concretas em

humanização em pediatria, atentando para aquelas que usam ferramentas simples e aplicáveis ao hospital local de pesquisa do presente estudo. Tais buscas foram realizadas no período de junho de 2014 a abril de 2015. Após a compilação obtiveram-se informações relativas a estes projetos e ações, dispostos no Quadro 1, a seguir:

LOCAL	AÇÕES/PROJETOS	OBJETIVOS	LINK
HOSPITAIS PÚBLICOS de São Paulo-SP e Recife-PE (Q1)	O Programa de Palhaços Besteirologistas é o trabalho-mãe da ONG Doutores da Alegria. O trabalho é realizado por cerca de 40 artistas profissionais não voluntários, especialmente treinados, que, em duplas, seguem a rotina médica de visitas a pacientes da ala pediátrica.	Minimizar os impactos da internação, propiciando dentro do hospital momentos de descontração.	http://www.doutoresdaalegria.org.br/nos-hospitais/programa-de-hospitais/hospitais-parceiros/
HOSPITAL INFANTIL SABARÁ – São Paulo-SP (Q2)	Aplicação do BRINQUEDO TERAPÊUTICO aos portadores de Diabetes Mellitus e Oncológicos, realizando procedimentos de teste de glicemia capilar, insulino-terapia, punção venosa e punção de Porth Cath, obtendo uma excelente resposta.	O brincar é a atividade mais importante da vida da criança e é crucial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social.	http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/hospitalinfantil/paciente/familiars/humanizacao/viver-o-brincar-dentro-do-hospital.php
HOSPITAL VERA CRUZ – Belo Horizonte-MG (Q3)	O grupo “Humanização”, da reunião Pensar Diferente, criou e disponibilizou, ao longo de três semanas, a caixa de sugestões “Humanizando o HVC”. O grupo “Humanização”, após o período acordado para o recebimento das manifestações na caixa, compilou todas as ideias recebidas (juntando-as às ideias dos próprios membros do grupo).	Produzir conhecimentos e fomentar a humanização no contexto hospitalar pressupõe criar e manter um processo dinâmico, criativo, participativo e sistemático, a fim de que os profissionais assumam efetivamente seu papel de sujeitos da produção.	http://www.hvcc.com.br/pagina/humanizacao/C3%A7%C3%A3o
HOSPITAL SÃO PAULO UNIFESP – São Paulo-SP (Q4)	Projeto SONINHO, implementa medidas para a humanização da UTI Neonatal que visam diminuir o barulho; número de manipulações dos recém-nascidos; a luminosidade; medida para adequar o posicionamento dos recém-nascidos.	Chama atenção pelo cuidado específico aos neonatos e suas particularidades.	http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/humaniza/p37.htm
(continua)			

(continuação)			
LOCAL	AÇÕES/PROJETOS	OBJETIVOS	LINK
HOSPITAL SANTA CRUZ – Santa Cruz do Sul-RS (Q5)	O Programa Bem-me-quer encaminha as parturientes e os recém-nascidos em situação de risco psicossocial, prematuridade, com doenças congênitas e/ou de baixo peso para avaliação e encaminhamento, no período pós-alta, junto à unidade de referência.	Cuidado após internação dando continuidade à assistência, orientando no período pós-alta hospitalar e referenciando o serviço.	http://www.hospitalstacruz.com.br/projetos/programa-bem-me-quer/
HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE – Curitiba-PR (Q6)	Família Participante, busca orientar os acompanhantes das crianças, onde os mesmos passam por treinamentos para otimizar o cuidado.	Participação consciente do acompanhante, favorecendo a criança no momento de internação.	http://pequeno.principe.org.br/hospital/acompanhantes-em-enfermarias/
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO – Florianópolis-SC (Q7)	O Grupo de Trabalho de Humanização atua, dentre tantas ações, na recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, permitindo que o mesmo expresse suas preocupações e, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para continuidade da assistência quando necessária.	Orientar o usuário na admissão o aproxima da equipe e colabora com o êxito do tratamento.	http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/gth.htm
HOSPITAL DARCY VARGAS – São Paulo-SP (Q8)	Entre as práticas humanizadas desenvolvidas na instituição encontram-se o BRINQUEDO TERAPÊUTICO, DOUTORES DO RISO que atuam na adaptação, distração e compreensão dos procedimentos vindouros.	Prestar assistência especializada, humanizada e multidisciplinar à saúde da criança e adolescente, com ética e qualidade, promovendo o ensino a pesquisa.	http://www.hidv.saude.sp.gov.br/
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMA – São Luís-MA (Q9)	O Projeto POSSO AJUDAR conta com o auxílio de voluntários que atuam no processo de melhoria hospitalar	Atender a demanda com atenção, direcionando e organizando o fluxo de usuários nos serviços que integram a porta de entrada da Instituição, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento prestado pelo Hospital Universitário.	http://www.huufma.br/site/estrategias/mostraeestat.php?id=7#.VVvea45Viko

Quadro 01 - Humanização da assistência infantil em diferentes hospitais no Brasil

Fonte: Informações disponíveis na internet, links acessados em 2015.

A primeira prática (Q₁) corresponde ao trabalho realizado pelos “Doutores da Alegria”, sendo a atividade principal a promoção da experiência da alegria na adversidade por meio da arte do palhaço. Possui sua sede no estado de São Paulo, porém possui atuação em

todo o território nacional, seja por meio dos palhaços “besteirolistas”, platéias hospitalares e programas de visitas. Tem como fonte de recursos doações de pessoas físicas e jurídicas com ou sem incentivo fiscal, campanhas de *marketing* e prestação de serviços de seus profissionais, dentre outras parcerias (<www.doutoresdaalegria.org.br>, acesso em 2015).

No que diz respeito às práticas Q₁, Q₈ e Q₉, caracterizadas pela presença de palhaços na ala pediátrica, têm como aliada a distração no processo de humanização hospitalar. Tanto os profissionais como voluntários que participam dessa atividade recebem um treinamento adequado para esta finalidade e, de certo modo, acabam criando vínculos afetivos, fazendo com que as crianças/adolescentes se sintam acolhidos e não tão solitários. Os momentos de distração buscam minimizar os danos causados pela enfermidade, visto que o bom humor e a alegria, que são levados aos que estão em processo de internação, aliviam tanto as dores sofridas como amenizam as sensações que um ambiente hospitalar pode apresentar, como o estresse e ansiedade, além da melhora do estado emocional, benéfica para a recuperação do paciente (<www.doutoresdaalegria.org.br>, acesso em 2015).

Conforme estudos realizados por Esteves et al. (2014) e Caires et al. (2014), o momento de distração infantil é essencial para a adaptação e recuperação da criança no ambiente hospitalar. A participação de grupos de palhaços em momentos de distrações nas alas pediátricas proporciona à criança conforto interior e neutraliza os impactos causados pela doença e internação, auxiliando também na aceitação aos procedimentos médicos pelos quais será submetida, visto que utilizam tanto o espaço como a própria doença da criança como recurso para a promoção do riso, ampliando a percepção da realidade e levando-a a perceber o lado positivo e divertido do ambiente e do mobiliário, assim, os equipamentos deixam de ser tão assustadores e causadores de pânico e passam a ser objetos de alegria, fazendo com que a criança colabore com o trabalho da equipe profissional e aceite o tratamento.

A presença de palhaços em ambientes hospitalares pediátricos deixa a criança mais segura, pois, através da capacidade de transformar o negativo em positivo, fazem-na perceber o quanto a permanência naquele ambiente lhe fará bem, deixando-a mais confiante e mais confortável naquele ambiente, amenizando suas tristezas e medos (ESTEVES et. al., 2014; CAIRES et. al., 2014).

A segunda prática (Q₂) compreende uma ação realizada no Hospital Infantil Sabará, chamada “Brinquedo Terapêutico”, que busca, por meio de linguagem compreensível, principalmente através do brinquedo, auxiliar a criança a compreender o motivo de sua hospitalização, bem como a tomada de conhecimento a respeito do seu estado emocional por parte da equipe profissional, trazendo resultados significativos no tratamento

(<www.hospitalinfantilsabara.org.br>, acesso em 2015).

A prática, apresentada em Q₂ e Q₈, além de proporcionar momentos de distração aos pacientes da ala pediátrica que se encontram internados, também é uma ferramenta que permite à criança/adolescente compreender melhor os procedimentos pelos quais está passando, de modo a se familiarizar com a situação. Um dos principais objetivos do brinquedo terapêutico é aliviar a ansiedade proporcionada pelo ambiente hospitalar e preparar o usuário para os procedimentos pelos quais passará, além de favorecer o alívio da tensão e ansiedade adquiridas após tais procedimentos. Através dos momentos de uso dos brinquedos terapêuticos, tanto a família da criança como a equipe de enfermagem podem tomar conhecimento a respeito de como a situação e ambiente no qual o usuário se encontra pode afetá-lo (<www.hospitalinfantilsabara.org.br>, acesso em 2015).

São vários os benefícios oferecidos pela prática com brinquedos, visto que o usuário se apresenta mais calmo durante os procedimentos, o que, consequentemente, também tranquiliza os pais e deixa a equipe profissional mais segura para a realização de seu trabalho. Há uma melhora na comunicação, que se manifesta através da expressão dos sentimentos de satisfação ou insatisfação, distração da criança, que acaba influenciando seu estado emocional, deixando-a mais confortável, entre outros.

A atividade lúdica é uma das estratégias de intervenção na área da saúde, principalmente no setor pediátrico, sendo utilizada como método recreativo e terapêutico (MITRE; GOMES, 2007). O brinquedo terapêutico é uma ferramenta que visa aliviar ou amenizar as tensões psicológicas e preparar o usuário para os procedimentos necessários à sua recuperação, fazendo com que este colabore com o tratamento e, por ser este um recurso fundamental na adaptação infantil ao ambiente hospitalar, em 21 de março de 2005 foi instituída a Lei nº 11.104, tornando obrigatória a instalação de brinquedotecas em unidades de saúde com atendimento pediátrico em regime de internação (CARVALHO; BEGNIS, 2006; SILVA; MATOS, 2009).

O benefício do brinquedo terapêutico (que inclui brincadeiras, jogos e outros tipos de atividades) abrange tanto as crianças como pais, médicos e enfermeiros, onde, tanto as crianças quanto os pais, neste momento, se sentem confortáveis e se esquecem dos transtornos causados pela hospitalização, e médicos e enfermeiros encontram facilidade na comunicação e realização dos procedimentos necessários para a recuperação do pequeno paciente (CARVALHO; BEGNIS, 2006; LEITE; SHIMO, 2008).

Nos momentos de distração com o uso dessa ferramenta, a criança libera sua criatividade e emoções, as brincadeiras geralmente seguem desde a linha da ficção incluindo,

em alguns casos, o uso de fantasias até a prestação de cuidados ao próximo, como um reflexo da situação vivenciada por elas. Os jogos podem ser tanto cognitivos como físicos, de acoplagem, entre outros, incluindo também atividades artesanais, como desenhos, pinturas, recortes e colagens (CARVALHO; BEGNIS, 2006).

No estudo realizado por Leite e Shimo (2008), percebeu-se que o uso dos brinquedos possui relevância significativa em situações pré e pós-cirúrgicas, assim como durante a internação e em ambulatorios, geralmente nas faixas etárias pré-escolar e escolar. Em muitos casos de internação a criança se priva até mesmo de brincar, e com a prática do brinquedo terapêutico ela não só se diverte como também expressa suas emoções, constrói relações imaginárias com a realidade e acelera sua recuperação (SILVA; MATOS, 2009).

Ainda conforme Silva e Matos (2009), os brinquedos têm a capacidade de estimular a autonomia e coletividade na criança, assim como desenvolver seu vocabulário, proporcionando um equilíbrio entre o emocional e intelectual. Assim, a utilização de brinquedos no processo de internação desenvolve tanto o aspecto psíquico quanto o social, intelectual e físico da criança.

A terceira prática (Q₃) ocorre em um hospital em Minas Gerais, através do serviço de humanização desenvolvido por meio da captação das ideias provenientes dos vários segmentos do hospital, de modo a ampliar o espaço de comunicação e diálogo entre hospital e usuários. No Hospital Vera Cruz, o grupo “Humanização”, numa reunião intitulada “Pensar Diferente”, disponibilizou uma caixa de sugestões que chamaram de “Humanizando o HCV”, na qual eram depositadas sugestões relacionadas à humanização hospitalar, de modo que todos pudessem expor suas ideias a respeito de ações que pudessem contribuir positivamente no processo de recuperação do paciente que se encontra internado, bem como sobre as práticas ali desenvolvidas (<www.hvc.com.br/pagina/humanizacao>, acesso em 2015).

A humanização no ambiente hospitalar pode se apresentar de forma diversificada. As atividades que possibilitam essa ação são amplas, passíveis de mudanças e modificações para benefício do usuário. A implantação das caixas de sugestões possibilita a participação tanto de usuários como gestores, equipe profissional e pais, de modo a contribuírem no processo de recuperação dos usuários, visto ser esta uma prática que permite a participação de todos na produção de atividades dinâmicas, criativas e participativas através da união das ideias apresentadas, fomentando a humanização no ambiente hospitalar (<www.hvc.com.br/pagina/humanizacao>, acesso em 2015).

Esse projeto, que conta com o auxílio de uma caixa de sugestões, é uma ferramenta que contribui significativamente no processo de humanização, visto que tanto pais como

equipe médica são de extrema importância na recuperação da criança em internação, sendo essencial a comunicação entre eles, devido à necessidade de se conhecer as vulnerabilidades da família e o quanto elas podem interferir no tratamento (MORAIS; WÜNSCH, 2013).

Enquanto a equipe profissional conhece as necessidades da criança para a promoção e recuperação de sua saúde, pais e familiares, conforme Murakami e Campos (2011), poderão estar presentes permanentemente durante a internação, lhes prestando assistência afetiva e segurança; deste modo, saber a opinião e estimular a participação destes contribui positivamente na recuperação do pequeno paciente e evita futuros transtornos decorrentes da interferência familiar em procedimentos médicos.

Conhecer a realidade vivida pela família do interno e permitir que cheguem ao conhecimento da mesma os procedimentos necessários para o tratamento da criança, assim como o modo como eles serão realizados, é uma forma de suporte emocional que, além de tranquilizar os pais, torna-os colaboradores nesse processo, auxiliando no preparo da criança para tais procedimentos (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

A quarta prática (Q₄) apresenta o projeto “Soninho”, desenvolvido por profissionais da saúde que atuam em uma UTI Neonatal. Este projeto objetiva a diminuição de ruídos em geral, assim como o manuseio dos recém-nascidos e a luminosidade. Tais medidas são adotadas para a adequação do posicionamento dos recém-nascidos, além de fortalecer o vínculo existente entre pais e bebês internados (<www.hospitalsaopaulo.org.br>, acesso em 2015).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente diferente daquele com o qual o recém-nascido está acostumado; devido à necessidade de avaliações e procedimentos para reversão dos riscos de vida, que acabam gerando desconforto e dor, é um ambiente estressante tanto para a criança como para a família e equipe médica (REICHERT et al., 2007; SOUZA; FERREIRA, 2010)

A humanização na UTIN, de acordo com Reichert et al. (2007) e Souza e Ferreira (2010), tende a diminuir os impactos decorrentes da hospitalização tanto nos recém-nascidos (através de modificações que visem reduzir os níveis e intensidades de ruído e luminosidade, assim como acelerar procedimentos desconfortantes) como nos pais. Reichert et al. (2007) referem que, quando separados da criança, os pais tendem a desenvolver desequilíbrios emocionais devido ao medo causado pelo ambiente de internação, cabendo à equipe de enfermagem prepará-los para as visitas, de modo a não lhes deixarem dúvidas a respeito dos equipamentos que estão conectados à criança e à função que estes desempenham, de modo a fortalecer o vínculo entre pais e recém-nascidos e diminuir as tensões resultantes da

internação, fazendo dos horários de visita uma oportunidade de esclarecer suas dúvidas a respeito do quadro clínico do bebê.

A prática humanizada em UTIN ainda é um desafio, visto que, por ser um ambiente restrito e desgastante, com número reduzido de profissionais capacitados para atuarem nesses ambientes, o prazer exercido na profissão geralmente se mantém atrás do cansaço e seriedade que esse trabalho exige, sendo necessário o estabelecimento de estratégias que venham facilitar as relações humanizadas entre equipe-RN-pais (SOUZA; FERREIRA, 2010).

A quinta prática (Q₅) trata de um projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, no Hospital Santa Cruz – RS, com ações voltadas à redução da mortalidade infantil, onde o hospital encaminha para uma avaliação tanto as mulheres que estão em trabalho de parto, como os recém-nascidos que apresentem algum risco, incluindo a prematuridade e doenças congênitas, encaminhando os mesmos para uma unidade de referência no período pós-alta (<www.hospitalstacruz.com.br/projetos/programa-bem-me-quer>, acesso em 2015).

O atendimento humanizado às mulheres que se encontram em trabalho de parto pode aliviar as dores, assim como promover um parto mais satisfatório, visto que este atendimento envolve práticas e ações que objetivam o conforto durante esse processo. A humanização, nesse sentido, vai além de métodos que proporcionem o alívio da dor, pois este nem sempre significa um parto satisfatório. Esse tipo de cuidado envolve contato, não só no falar, mas também no ouvir, na percepção do próximo e nas emoções que o cercam, assim como na estrutura e conforto do ambiente hospitalar (CARRARO et al., 2006).

No cuidado humanizado as chances de experiências traumáticas são reduzidas, pois o medo, tanto do atendimento momento pré como pós-parto, passa a ser visto como acolhedor devido aos vínculos pré-estabelecidos e, apesar do processo de humanização não ser suficiente para evitar a mortalidade, riscos de vida e doença congênita, é necessário que ocorra uma assistência integral à parturiente, incluindo a presença de *doulas* e familiares, proporcionando assim, um parto menos traumático, mais confortável e satisfatório (CARRARO et. al., 2006; BRASIL, 2014).

A sexta prática (Q₆) apresentada se refere ao *Programa Família Participante*, implantado no Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba-PR, com o apoio da Danone®. Neste programa ocorre o incentivo da participação dos pais e familiares durante o processo de internação infantil, estabelecendo, assim, vínculos entre família e equipe hospitalar onde, através de orientações e treinamentos, o acompanhante se torna capacitado para auxiliar no cuidado da criança enquanto essa se encontrar internada, pois a figura de alguém próximo é

benéfica durante o tratamento, sendo de fundamental importância no processo de humanização (<<http://pequenoprincipe.org.br/hospital/acompanhantes-em-enfermarias/>>, acesso em 2015).

Quando a família ou acompanhante se tornam aptos no auxílio à recuperação do paciente, torna-se dispensável à equipe profissional a preocupação com cuidados básicos à saúde da criança, como higienização, alimentação, entre outros, que podem ser executados pelo acompanhante, que também são úteis auxiliando a administração de medicamentos, banho, etc., cabendo à equipe de enfermagem os cuidados técnicos que não são do conhecimento e domínio do acompanhante (PIMENTA; COLLET, 2009).

Assim, a presença da família em instituições hospitalares não deve ser vista como geradora de conflitos por ser considerada incapaz de cuidar da criança em processo de internação, mas como auxiliar, pois transmite segurança e bem-estar ao paciente (PIMENTA; COLLET, 2009).

Dessa forma, é necessário que o atendimento humanizado abranja também os acompanhantes, de modo que suas necessidades também sejam supridas, visto que o estado emocional destes se encontra abalado devido ao rompimento das atividades rotineiras e por sentirem que são insubstituíveis para a criança, o que torna necessária sua participação nesse processo de recuperação (SIQUEIRA et al., 2002; LIMA et al., 2010).

A atenção que a equipe de enfermagem presta ao acompanhante, que geralmente se concentra na figura materna, tratando-a com igualdade, chamando-a pelo nome, lhe dando instruções e informações acerca das próximas atividades e procedimentos que serão desenvolvidos, mostra o quanto a equipe de trabalho se preocupa e confia no atendimento realizado pela mesma, fazendo com que essa se sinta satisfeita com o trabalho apresentado pela equipe profissional e útil no cuidado infantil (LIMA et al., 2010).

A sétima prática (Q₇) se refere ao grupo de Humanização do Hospital Infantil Joana de Gusmão, que tem sua atenção voltada ao usuário desde o momento da admissão no ambiente hospitalar, responsabilizando-se pelo mesmo de modo a permitir que este expresse suas preocupações, assim como lhe garantindo assistência sempre que necessário (<<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/gth.htm>>). Dessa forma, o usuário sente, desde o primeiro instante de sua internação, de que não está sozinho, de que ali existem profissionais que se preocupam não apenas com seu bem-estar físico.

Essa prática visa não somente o acolhimento, mas envolve também o espaço físico em que o paciente está inserido, de modo a proporcionar um conforto tanto estrutural como social e psicológico, visto que os espaços voltados à coletividade tendem a implementar o

atendimento humanizado (BRASIL, 2011). Assim, faz-se necessário práticas que visem uma infraestrutura confortável, como a escolha do leito, quando possível nos alojamentos, cadeiras mais confortáveis para o acompanhante, que possibilitem um descanso mais satisfatório, áreas de distração, entre outras práticas voltadas ao conforto físico e psicológico do acompanhante, assim como um afrouxamento das regras que dificultam o processo de adaptação, devido à rigidez, além da disponibilização de recursos (MONTICELLI; BOEHS, 2007; GOMES et al., 2014).

Considerando tais práticas realizadas nas instituições hospitalares, observa-se que a prática humanizada se faz presente e promove a amenização dos impactos físicos e psicológicos sofridos tanto pelo usuário do sistema de saúde como pela família do mesmo ao adentrar o ambiente hospitalar para a internação. Assim, procedimentos humanizados devem acompanhar os usuários desde o momento em que adentram a edificação até a alta hospitalar. A humanização no cuidado do paciente pediátrico tende a aproximá-lo da equipe profissional, representando uma ação que requer confiança, conferindo à criança liberdade para expressar suas opiniões e emoções, assim como a compreensão da importância dos procedimentos médicos pelos quais passará.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando que o objetivo da pesquisa foi analisar as práticas na assistência à saúde da criança, baseadas nas concepções de humanização e integralidade efetivadas a partir do cuidado de profissionais de enfermagem da clínica pediátrica de um hospital, o foco do presente estudo aborda as perspectivas dos participantes sobre o atendimento integral e humanizado à criança hospitalizada e sua família. Desta forma, delinea-se como um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, utilizando a Metodologia da Problematização adaptada ao contexto em que se insere o presente estudo.

De acordo com Minayo (2010, p. 22), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Turato (2005, p. 509) complementa que, no “contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”.

A Metodologia da Problematização favorece a construção de um processo de aprendizagem baseado na ação-reflexão-ação, que se constitui de um caminho sistematizado que leva ao desenvolvimento do saber, que por sua vez possibilita a ampliação de saberes que resultam na transformação da realidade, construindo assim um profissional crítico-reflexivo (PRADO, 2012).

3.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na clínica pediátrica de um Hospital da Região Centro-Sul do Brasil, que atende a 22 (vinte e dois) municípios dessa área, com 110 (cento e dez) leitos ao todo, sendo em destaque desta pesquisa a clínica Pediátrica, com 22 (vinte e dois) leitos em enfermaria e 1 (um) leito em isolamento, com o total de 23 (vinte e três) leitos vigentes. Sendo um hospital público, com atendimento prioritário do SUS, onde atuam 23 (vinte e três) técnicos de enfermagem e 4 (quatro) enfermeiras, no sistema de plantão diuturnamente, também compõem a equipe médicos pediatras e especialistas, assistente social, psicóloga,

fisioterapeuta, nutricionista, dentre outros profissionais. São atendidas em média 19 (dezenove) crianças por dia, com as mais diversas patologias.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram os membros da equipe de enfermagem da clínica pediátrica de um Hospital da Região Centro-Sul do Brasil. Ao todo participaram 8 (oito) técnicos de enfermagem e 2 (dois) enfermeiros, conforme se apresenta no Quadro 2 a seguir.

Participante	Idade	Escolaridade	Cargo na Instituição	Tempo de trabalho na Instituição
M1	44	Ensino Médio Completo	Técnico de Enfermagem	2 anos
M2	52	Ensino Médio Completo	Técnico de Enfermagem	2 anos
M3	44	Ensino Médio Completo	Técnico de Enfermagem	4 anos
M4	24	Ensino Superior Incompleto	Técnico de Enfermagem	1 ano e 5 meses
M5	25	Pós Graduação	Enfermeira Assistencial	1 ano e 5 meses
V1	59	Pós Graduação	Técnico de Enfermagem	14 anos
V2	26	Ensino Superior Incompleto	Técnico de Enfermagem	4 anos
V3	26	Ensino Superior Incompleto	Técnico de Enfermagem	4 anos
V4	46	Pós Graduação	Técnico de Enfermagem	14 anos
V5	34	Pós Graduação	Coordenadora Enfermeira	4 anos

Quadro 2 - Caracterização dos participantes

Fonte: Autora (2015).

Os participantes, acima mencionados, foram incluídos na pesquisa por atuarem diretamente na clínica pediátrica dos três turnos, matutino, vespertino e noturno (noite 1 e noite 2). Todos estes funcionários foram convidados a participarem da reunião de apresentação do estudo e das explicações quanto aos procedimentos que seriam desenvolvidos. Assim, esclarecidos todos os presentes, foram levantados nominalmente os interessados em participar do estudo.

Foram excluídos da pesquisa os funcionários que não se dispuseram a participar, num total de 20, e que não atuam na clínica pediátrica. Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A), por meio do qual todos manifestaram ciência sobre a pesquisa, assinando-o devidamente.

Selecionados os participantes, foi discutida a melhor maneira para organizar os grupos de trabalho, ficando deliberado que seria respeitado o horário de trabalho; portanto, as reuniões aconteceriam em horários alternados: a reunião do Grupo 1 (G1) aconteceria pela manhã e a do Grupo 2 à tarde (G2). Assim, os participantes do G1 compreendiam profissionais que atuavam no período vespertino e participaram das oficinas no período da manhã, e o G2, profissionais que atuavam no período matutino e participaram das oficinas no período vespertino.

3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a oficina temática como ferramenta para estimular o processo de reflexão e aprimoramento das práticas de profissionais da enfermagem pediátrica, focalizando as ações relacionadas aos princípios de humanização e integralidade.

A prática das oficinas temáticas possibilita considerar a diversidade que decorre dos saberes dos participantes, a partir de seus conhecimentos e experiências materializadas na variedade distinta das manifestações de síntese das ideias e estruturação dos conteúdos.

Ressalta-se que para o presente estudo, a escolha metodológica para a coleta de dados configurou-se em uma adaptação da Metodologia da Problematização, visto que o processo de aprendizagem ação-reflexão-ação através das oficinas temáticas envolveu a “ação” através da indicação de temas pré-definidos (Humanização e Integralidade) pela pesquisadora, assim como a escolha das bibliografias e vídeos utilizados para auxiliar no processo de “reflexão” dos participantes. O processo reflexivo, também se configurou como decorrente desta adaptação metodológica, uma vez que a “ação” se limitou à descrição de propostas iniciais elaboradas pelos participantes para a resolução de questões problematizadoras.

É importante destacar ainda que, durante o processo de coleta de dados, foi necessário alterar a estratégia para a realização das oficinas, visto que a adesão dos participantes era muito pequena em horários distintos ao horário de trabalho. Desse modo, foi tomada a decisão de mudar tal conduta, passando os encontros para o período de trabalho da equipe, sem que isto interferisse nas atividades laborais. Para tanto, contou-se com o auxílio dos gestores, que

entenderam a relevância do assunto e liberaram os funcionários para a participação nas oficinas propostas.

3.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados nas oficinas temáticas, que iniciaram a partir da delimitação dos temas (humanização e integralidade); formação dos grupos e desenvolvimento do plano de trabalho; apresentação de material bibliográfico e estruturação dos conteúdos, antecedida de leituras, vídeos e conversação em conjunto com o grupo sobre os conteúdos mencionados.

Foram realizadas 5 (cinco) oficinas com o G1 e 4 (quatro) oficinas com o G2, totalizando 9 (nove) oficinas. Isto se deu em função de os participantes do G2 não comparecerem à primeira reunião.

Atribuiu-se a ausência dos participantes do G2 ao horário em que ocorreu a oficina (horário alternado ao horário de trabalho), o que levou a pesquisadora a recorrer à Gerência de Enfermagem a fim de contextualizar tal fato, sendo sugerida e acatada a realização das oficinas no horário de trabalho, de forma organizada, evitando prejuízos às atividades desenvolvidas.

Assim, foi possibilitado o maior envolvimento dos selecionados nas oficinas e, para o G2, houve a necessidade de condensar as atividades das Oficinas 1 e 2 na reunião subsequente, o que oportunizou nivelar os dois grupos nas respectivas oficinas, não causando prejuízos no processo de coleta de dados.

A seguir, o Quadro 3 apresenta as atividades desenvolvidas em cada oficina com os participantes do G1 e G2.

GRUPO	OFICINA	Nº DE PARTICIPANTES	ATIVIDADES	DURAÇÃO
G1	1ª	02	- Dinâmica: Conhecer o outro; - Texto: “Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização (PNH)”; - “Vídeo: “Humanização e integralidade” parte 1. (leitura, vídeo, discussões)	90 min.
	2ª	05	- Texto “Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde”; - “Vídeo: “Humanização e integralidade” parte 2. (leitura, vídeo, discussões)	90 min.
	3ª	05	- Vivência na Unidade	90 min.
(continua)				

(continuação)				
GRUPO	OFICINA	Nº DE PARTICIPANTES	ATIVIDADES	DURAÇÃO
G1	4ª	05	- Proposta sobre humanização	90 min.
	5ª	03	- Texto: “A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica”; - Discussão sobre práticas realizadas por projetos de humanização; - Apresentação e discussão da compilação geral dos conteúdos verbalizados durante as oficinas anteriores para validação pelos participantes.	90 min.
G2	1ª	00	- Não comparecimento dos participantes.	90 min.
	2ª	05	- Texto: “Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde”; - “Vídeo: “humanização e integralidade” parte 01 e 02. (leitura, vídeo, discussões)	90 min.
	3ª	05	- Vivência na Unidade	90 min.
	4ª	05	- Proposta sobre humanização	90 min.
	5ª	03	- Texto: “A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica”; - Discussão sobre práticas realizadas por projetos de humanização; - Apresentação e discussão da compilação geral dos conteúdos verbalizados durante as oficinas anteriores para validação pelos participantes.	90 min.

Quadro 03 - Operacionalização das oficinas

Fonte: Autora (2015).

A seguir, descreve-se em linhas gerais o que foi trabalhado em cada oficina, tanto para o G1, quanto para o G2, diferindo os pontos de vista e encaminhamento das discussões a partir da percepção de cada participante e do grupo envolvido.

As oficinas foram realizadas entre os meses de agosto, setembro e outubro de 2014 e abril de 2015. A quinta oficina foi realizada no mês de abril de 2015, pois objetivava validar os dados coletados anteriormente, a partir da perspectiva dos participantes. Esta medida também foi adotada em função do percurso da pesquisadora, pois, neste período, ocorreu a troca de orientador da dissertação. Dessa forma, foi necessário que o quinto encontro ocorresse, para que os elementos observados nas coletas anteriores pudessem ser ratificados pelos participantes. Ressalta-se que o número de participantes nas oficinas variou bastante.

Entre os motivos para tal variação estão a organização para a participação e a alteração de plantão na última reunião.

Todas as oficinas ocorreram em lugar apropriado, no próprio hospital, na sala da coordenação da clínica pediátrica, e ainda na sala de estudo, disponível no mesmo bloco. O conteúdo das verbalizações dos participantes foi gravado em áudio para posterior transcrição e análise de conteúdo.

A **primeira oficina** iniciou com a realização da dinâmica: “Conhecer o outro”, que consistiu em promover a integração do grupo para o início dos trabalhos. Embora o grupo fizesse parte do mesmo serviço hospitalar, optou-se por realizar esta dinâmica, com o intuito de favorecer a interação grupal e desenvolver um sentido de comprometimento com aquele grupo.

Após a dinâmica, foi entregue o texto para leitura:

SILVA, C. R. A.; LUNARDI FILHO, W. D.; BACKES, D. S.; SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L.; SILVA, A. P. A. Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização (PNH). **Ciência, Cuidado e Saúde**, UEM, Maringá, n. 10, v. 1, p. 35-43, 2011.

A leitura do texto objetivou sensibilizar os participantes para a temática da Humanização, com o intuito de promover o processo de ação-reflexão.

Na sequência, foi realizada a exibição do vídeo: “Vídeo - humanização e integralidade”, parte-1 (disponível em: <<https://www.telemedicina.ufsc.br/rctm/#>>). A apresentação deste vídeo objetivou apresentar conceitos sobre o assunto, o que contribuiu para as discussões e para a reflexão do grupo.

Apesar de contar com um número reduzido no G1, o resultado foi satisfatório, pois observou-se o envolvimento dos participantes nas discussões sobre a temática proposta, emitindo pareceres, discutindo realidades, optando por sugestões para possíveis mudanças.

A **segunda oficina** iniciou com o acolhimento dos participantes, seguido da leitura e discussão da resenha:

GOMES, M. A. S. M. Resenha. PINHEIRO, Roseni; CAMARGO JR., Ruben Mattos Kenneth R. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 2003. 228 p. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1079-1085, 2004.

A leitura do texto objetivou apresentar os aspectos conceituais e as aplicações práticas da integralidade no contexto da saúde, com a finalidade de estimular a relação entre a teoria e a prática profissional dos participantes.

A atividade seguinte foi a exibição do vídeo “Vídeo - humanização e integralidade”, parte-2 (disponível em: <<https://www.telemedicina.ufsc.br/rctm/#>>) que objetivou demonstrar a relação entre “humanização e integralidade”, favorecendo a percepção da relação de complementariedade entre os temas.

Para ambos os grupos, o segundo encontro foi carregado de interesse pelas temáticas conjuntas. Observou-se que os participantes apresentaram suas contribuições, debateram suas práticas, porém ainda predominou certa limitação na identificação da interação “teoria x prática”.

A **terceira oficina** objetivou oportunizar aos participantes a socialização das suas vivências na unidade. Cada um teve a liberdade de apresentar algumas situações vivenciadas ao longo do exercício profissional (Quadros 05 a 08) e discuti-las com os demais participantes. Essa atividade teve como objetivo socializar a vivência e oportunizar aos participantes a sugestão de ações para possíveis soluções dos pontos elencados como deficitários.

Nesta oficina, os participantes puderam expressar com maior ênfase sua vivência, e ainda refletirem quanto às mesmas, quanto aos entraves para a prática de ações humanizadas. Destaca-se que, nesta oficina, houve maior participação dos envolvidos, com a manifestação de inúmeras situações que os envolvem no dia a dia.

A **quarta oficina** iniciou resgatando as discussões levantadas no encontro anterior e focalizou-se o desenvolvimento de propostas de sugestões sobre humanização no contexto hospitalar pediátrico. Tais propostas foram relacionadas às questões identificadas como deficitárias, sendo que também foram elencadas as práticas humanizadas já realizadas pelos participantes. Nesta oficina os participantes se reuniram e, para cada situação-problema oriunda do exercício profissional, surgiam discussões para a apresentação de possíveis soluções. Foi possível perceber que, cada vez mais, os participantes se mobilizavam e se envolviam com a proposta do estudo, sendo evidenciado o desejo de aprofundamento teórico no tema da integralidade, bem como a apresentação da sua aplicação prática no campo pediátrico.

Na **quinta oficina** após acolher os participantes, foi realizada a leitura do texto de: SANTOS, D. L. S.; SANTOS, J. L. G.; PROCHNOW, A. G.; PEDRON, M. L. R.; LIMA, M. A. D. S. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. **Inter-face**, Botucatu-SP, v. 13, n. 31, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400010>.

A leitura deste texto foi proposta em virtude dos participantes terem manifestado na

quarta oficina, a necessidade de retomar a discussão sobre a aplicação prática da temática referente à Integralidade no campo de ação da equipe de saúde pediátrica.

Logo depois, foi apresentado aos participantes o Quadro 1 (disponível na p. 27), com exemplos de projetos de humanização no contexto pediátrico de outros hospitais, para discussão com os participantes. Esse quadro foi elaborado pela pesquisadora, objetivando apresentar propostas de práticas humanizadas em pediatria, a fim de que os participantes pudessem identificar elementos relativos à Humanização e Integralidade já familiarizados pelas discussões nas oficinas anteriores. A apresentação do quadro, visou também fomentar a criatividade dos participantes para o desenvolvimento da ação-reflexão-ação.

Na última parte da oficina foram apresentados os conteúdos verbalizados durante as oficinas anteriores, para validação pelos participantes, demonstrando um panorama dos pontos abordados durante as oficinas e a sua sistematização a partir do interesse do estudo.

A quinta oficina configurou-se como o fechamento de todo o percurso metodológico utilizado para coletar e analisar os dados de interesse do estudo, sendo muito satisfatória, sobretudo porque cada participante pôde fazer uma reflexão de sua prática profissional e sugerir mudanças significativas quanto à humanização e à integralidade em prol de melhores práticas na assistência à saúde da criança.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, bastante utilizada em pesquisas científicas relacionadas à área da saúde. A análise de conteúdo é caracterizada por um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos que busca a descrição do conteúdo em análise, sendo de extrema importância a utilização da semântica, que é a pesquisa de sentido em um texto. Dessa forma, tal método é balizado pela linguística tradicional e pela hermenêutica, que é a interpretação do sentido das palavras (CAMPOS, 2004).

Moraes (1999) esclarece que a análise de conteúdo contribui para a interpretação das mensagens e compreensão de seus significados. Assim, foram valorizadas as linguagens natural e cultural dos envolvidos no processo, bem como seus significados, a partir das seguintes etapas: “preparação das informações; unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; categorização ou classificação das unidades em categorias; descrição; e interpretação” (p.03).

Os dados obtidos na coleta foram organizados a partir de três categorias, a saber:

1) *Conceituação de Humanização e Integralidade*; 2) *Situações-problemas*; e 3) *Propostas de Humanização*. A segunda e a terceira categorias derivaram as mesmas subcategorias: *comunicação, relacionamento interpessoal, gestão, rotinas hospitalares e procedimentos e técnicas*.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo à Resolução CNS 466/12, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI, sob o Parecer Consubstanciado nº CAAE: 32493114.9.0000.0120. Ainda houve a preocupação em resguardar a identidade dos participantes no estudo, assim, os mesmos receberam cognomes que os identificaram como participantes do período matutino (M) e do período vespertino (V) seguidos por numeral ordinal (1, 2, ...).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO (ARTIGO)

HUMANIZAÇÃO EM INTERFACE COM OS PRINCÍPIOS DA INTEGRALIDADE: CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-SUL

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar as práticas na assistência à saúde da criança, baseadas nas concepções de humanização e integralidade efetivadas a partir do cuidado de profissionais de enfermagem da clínica pediátrica de um hospital do Centro-Sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na clínica pediátrica de um Hospital público da Região Centro-Sul do Brasil, com 10 (dez) profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atuam na clínica pediátrica, selecionados a partir da apresentação da proposta do estudo e pelo interesse dos mesmos na participação da pesquisa. A coleta dos dados ocorreu a partir da Metodologia da Problematização com a realização de cinco oficinas temáticas, tendo como objetivo estimular a cadeia de ação-reflexão-ação, na qual existe a participação ativa e o diálogo constante entre os sujeitos envolvidos no processo educativo. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo e organizados a partir de três categorias, a saber: Conceituação de Humanização e Integralidade, Situações-problemas e Propostas de Humanização; da segunda e da terceira categorias derivaram as subcategorias: comunicação, relacionamento interpessoal, gestão, rotinas hospitalares e procedimentos e técnicas. Na clínica pediátrica, constatou-se que a equipe de enfermagem explicita e reconhece a necessidade de prestar assistência humanizada, contudo não há um projeto coletivo de humanização da assistência, e sim, ações cotidianas fragmentadas de humanização.

Palavras chave: Humanização da Assistência, Integralidade em Saúde, Serviços de Saúde da Criança.

ABSTRACT

This study analyzes practices in child health care, based on the humanization of ideas and practices of integrality in health care, among nurses of the pediatric clinic of a hospital in the central South of Brazil. This is a descriptive and exploratory study that uses a qualitative approach. A survey was conducted in the pediatric clinic of a public hospital in the central South of Brazil, with ten (10) professionals, including nurses and nursing technicians working in the pediatric clinic, selected based on the presentation of the study proposal, and the individuals' interest in taking part in the research. Data were collected using the Investigative Method, with five thematic workshops, seeking to stimulate the chain of action-reflection-action, in which there is active participation and constant dialogue between those involved in the educational process. The data obtained were analyzed using content analysis, and organized into three categories: Conceptualization of Humanization and Integrality, Problem situations, and Humanization proposals; the second and third categories being derived from the subcategories: communication, interpersonal relations, management, hospital routines, and procedures and techniques. In the pediatric clinic, it was found that the nursing

staff clearly specify and recognize the need to provide humane care, yet there is no collective humanization project, only fragmented everyday actions of humanization.

Keywords: Humanization of Health Care, Integrality in Health, Child Health Services.

INTRODUÇÃO

O hospital é frequentemente percebido, por pacientes pediátricos, como um local onde há dor, sendo relacionado a sensações desagradáveis e estranhas que podem se transformar em experiências cujo impacto negativo venha a afetar seu desenvolvimento físico e psicológico (BERGAN et al., 2004).

Apesar de o constante esforço dos serviços e organizações de saúde, principalmente do serviço público, alcançar êxito, a assistência humanizada cotidiana é uma tarefa árdua, diária e complexa. Segundo Assis (2008), o conhecimento e importância do atendimento humanizado por parte da equipe de enfermagem ainda não se encontra estabelecido em algumas instituições hospitalares, por não existir um plano de incentivo de modo contínuo e efetivo. Desta forma, o conhecimento e a compreensão da importância do atendimento humanizado pelos enfermeiros pode favorecer o aperfeiçoamento do cuidado à criança hospitalizada.

A humanização da assistência tem, portanto, representado um desafio, na medida em que se configura cada vez mais como objeto de estudo e atenção especial na área de Enfermagem. A busca da melhoria das práticas de cuidado e a adoção de novos modelos assistenciais pautados na responsabilidade da equipe multidisciplinar de atender pessoas, tem o objetivo de desenvolver profissionais capazes de não focar a doença, mas o ser humano na sua integralidade (ASSIS, 2008).

Nesta perspectiva, é imprescindível estabelecer uma discussão que contemple a interface entre a Integralidade e a Humanização. O reconhecimento da necessidade do outro, a partir da integralidade, desencadeia atitudes e ações humanizadas, por conseguinte pode-se inferir que a humanização é fruto da aplicação do princípio da integralidade. Assim, conforme relatam Oliveira e Cutolo (2012), para que ocorram mudanças na realidade, que gira em torno de costumes e ações fragmentadas, é necessária uma visão integral; portanto, considera-se a humanização intrínseca à integralidade.

Diante disto, entende-se que só se produz ações humanizadas em saúde a partir de uma concepção ampliada e integral do processo saúde-doença, de modo que toda ação em saúde parta de uma *concepção de saúde*. Assumir tal postura exige o desafio em mudar a maneira

de ver e pensar o binômio: saúde-doença, a fim de que a equipe multidisciplinar envolvida perceba que vários cuidados parciais somados são equivalentes à totalidade da assistência humanizada em saúde (OLIVEIRA et al., 2012).

Neste processo de atenção humanizada e integral à saúde de crianças hospitalizadas, o profissional não só percebe a criança como “sujeito de direito”, mas a acolhe e permite a expressão de suas significações e de seus familiares, facilitando o estabelecimento de relações interpessoais. Tais relações tendem a promover o protagonismo dos usuários, na medida em que permitem a reflexão de questões, como o “[...] desenvolvimento infantil, o processo de saúde e doença, favorecendo a ampliação e reestruturação de suas significações e contribuindo para amenizar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento infantil” (MENEZES, 2010, p. 307).

Essa perspectiva corrobora com o reconhecimento das necessidades da criança hospitalizada e sua família, tomando como ponto de partida a integralidade, a qual corresponde ao “[...] modo democrático de atuar, um saber fazer integrado, um cuidar que está alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança” (OLIVEIRA et al., 2012, p. 504), incluindo a disposição de profissionais e serviços de saúde em interagir com os usuários por meio de diálogo, produzindo um território comum entre os sujeitos.

Neste contexto, questiona-se: Quais são as práticas na assistência à saúde da criança, baseadas nas concepções de humanização e integralidade efetivadas a partir do cuidado de profissionais de enfermagem da clínica pediátrica de um hospital do Centro-Sul do Brasil?

Questionamento este que definiu como objetivos deste estudo: a) Analisar as práticas na assistência à saúde da criança, baseadas nas concepções de humanização e integralidade efetivadas a partir do cuidado de profissionais de enfermagem da clínica pediátrica de um hospital do Centro-Sul do Brasil; b) Identificar as concepções de humanização e integralidade da equipe de enfermagem na assistência a crianças hospitalizadas e familiares; c) Descrever as perspectivas da equipe de enfermagem, a partir da realidade local, pertinentes às suas práticas de cuidado a crianças hospitalizadas e familiares; e d) Promover discussão e reflexão sobre as concepções e pressupostos referentes aos temas e a indicação de possíveis propostas de práticas de cuidado humanizado e integral.

Considera-se que a integralidade e a humanização emergem para valorizar as características do gênero humano. Neste sentido, é imprescindível no processo de humanização uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos limites a serem transpostos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que segundo Turato (2005, p. 509), no “contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”.

Ressalta-se que para o presente estudo, a escolha metodológica para a coleta de dados configurou-se em uma adaptação da Metodologia da Problematização, visto que o processo de aprendizagem ação-reflexão-ação através das oficinas temáticas envolveu a “ação” através da indicação de temas pré-definidos (Humanização e Integralidade) pela pesquisadora, assim como a escolha das bibliografias e vídeos utilizados para auxiliar no processo de “reflexão” dos participantes. O processo reflexivo, também se configurou como decorrente desta adaptação metodológica, uma vez que a “ação” se limitou à descrição de propostas iniciais elaboradas pelos participantes para a resolução de questões problematizadoras. Cabe informar ainda que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI, sob o Parecer Consubstanciado nº CAAE: 32493114.9.0000.0120.

O estudo foi realizado na clínica pediátrica de um Hospital público da Região Centro-Sul do Brasil, que atende a 22 (vinte e dois) municípios dessa área, com 110 (cento e dez) leitos ao todo, sendo destaque desta pesquisa a clínica Pediátrica com 22 (vinte e dois) leitos em enfermaria e 1 (um) leito em isolamento, sendo o total de 23 (vinte e três) leitos vigentes. Onde atuam 23 (vinte e três) técnicos de enfermagem e 04 (quatro) enfermeiras, no sistema de plantão diuturnamente, também compõem a equipe médicos pediatras e especialistas, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, dentre outros profissionais. São atendidas, em média, 19 (dezenove) crianças por dia, com as mais diversas patologias.

Participaram da pesquisa 10 (dez) profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na clínica pediátrica, selecionados a partir da apresentação da proposta do estudo e pelo interesse dos mesmos na participação da pesquisa.

Os dados foram coletados nas oficinas temáticas, que iniciaram a partir da delimitação dos temas (humanização e integralidade); formação dos grupos e desenvolvimento do plano de trabalho; apresentação de material bibliográfico e estruturação dos conteúdos, antecedida de leituras, vídeos e conversação em conjunto com o grupo sobre os conteúdos mencionados.

Foram realizadas 05 oficinas com o Grupo 1 Matutino (G1) e 04 oficinas com o Grupo 2 Vespertino (G2), totalizando 09 oficinas. Isto se deu em função dos participantes do G2 não

compareceram à primeira reunião, sendo desenvolvidas as atividades propostas na primeira oficina juntamente com a segunda oficina, não acarretando prejuízos à coleta de dados.

As oficinas foram realizadas entre os meses de agosto, setembro e outubro de 2014 e abril de 2015. A quinta oficina foi realizada no mês de abril de 2015, pois objetivava validar os dados coletados anteriormente, a partir da perspectiva dos participantes. Esta medida também foi adotada em função do percurso da pesquisadora, pois, neste período, ocorreu a troca de orientador da dissertação. Dessa forma, foi necessário que o quinto encontro ocorresse, para que os elementos observados nas coletas anteriores pudessem ser ratificados pelos participantes. Ressalta-se que o número de participantes nas oficinas variou bastante. Entre os motivos para tal variação estão a organização para a participação e a alteração de plantão na última reunião.

Todas as oficinas ocorreram em lugar apropriado, no próprio hospital, na sala da coordenação da clínica pediátrica, e ainda na sala de estudo, disponível no mesmo bloco. O conteúdo das verbalizações dos participantes foi gravado em áudio para posterior transcrição e análise de conteúdo.

A seguir, o Quadro 1 apresenta em linhas gerais o que foi trabalhado em cada oficina, tanto para o G1, quanto para o G2, diferindo os pontos de vista e encaminhamento das discussões a partir da percepção de cada participante e do grupo envolvido.

GRUPO	OFICINA	Nº DE PARTICIPANTES	ATIVIDADES	DURAÇÃO
G1	1ª	02	- Dinâmica: Conhecer o outro; - Texto: “Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização (PNH)”; - “Vídeo: “Humanização e integralidade” parte 1. (leitura, vídeo, discussões)	90 min.
	2ª	05	- Texto “Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde”; - “Vídeo: “Humanização e integralidade” parte 2. (leitura, vídeo, discussões)	90 min.
	3ª	05	- Vivência na Unidade	90 min.
	4ª	05	- Proposta sobre humanização	90 min.
	5ª	03	- Texto: “A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica”; - Discussão sobre práticas realizadas por projetos de humanização;	90 min.
(continua)				

(continuação)				
GRUPO	OFICINA	Nº DE PARTICIPANTES	ATIVIDADES	DURAÇÃO
G1	5ª	03	- Apresentação e discussão da compilação geral dos conteúdos verbalizados durante as oficinas anteriores para validação pelos participantes.	90 min.
G2	1ª	00	- Não comparecimento dos participantes.	90 min.
	2ª	05	- Texto: “Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde”; - “Vídeo: “humanização e integralidade” parte 01 e 02. (leitura, vídeo, discussões)	90 min.
	3ª	05	- Vivência na Unidade	90 min.
	4ª	05	- Proposta sobre humanização	90 min.
	5ª	03	- Texto: “A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica”; - Discussão sobre práticas realizadas por projetos de humanização; - Apresentação e discussão da compilação geral dos conteúdos verbalizados durante as oficinas anteriores para validação pelos participantes.	90 min.

Quadro 1 - Operacionalização das oficinas

Fonte: Autora (2015).

É importante destacar ainda que, durante o processo de coleta de dados, foi necessário alterar a estratégia para a realização das oficinas, visto que a adesão dos participantes era muito pequena em horários distintos ao horário de trabalho. Desse modo, foi tomada a decisão de mudar tal conduta, passando os encontros para o período de trabalho da equipe, sem que isto interferisse nas atividades laborais. Para tanto, contou-se com o auxílio dos gestores, que entenderam a relevância do assunto e liberaram os funcionários para a participação nas oficinas propostas.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, bastante utilizada em pesquisas científicas relacionadas à área da saúde. A análise de conteúdo é caracterizada por um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos que busca a descrição do conteúdo em análise, sendo de extrema importância a utilização da semântica, que é a pesquisa de sentido em um texto. Dessa forma, tal método é balizado pela linguística tradicional e pela hermenêutica, que é a interpretação do sentido das palavras (CAMPOS, 2004).

Moraes (1999) esclarece que a análise de conteúdo contribui para a interpretação das mensagens e compreensão de seus significados. Assim, foram valorizadas as linguagens

natural e cultural dos envolvidos no processo, bem como seus significados, a partir das seguintes etapas: “preparação das informações; unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; categorização ou classificação das unidades em categorias; descrição; e interpretação” (p.03).

Os dados obtidos na coleta foram organizados a partir de três categorias, a saber:

1) *Conceituação de Humanização e Integralidade*; 2) *Situações-problemas*; e 3) *Propostas de Humanização*. A segunda e a terceira categorias derivaram as mesmas subcategorias: *comunicação, relacionamento interpessoal, gestão, rotinas hospitalares e procedimentos e técnicas*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Concepções de Humanização e Integralidade

A **primeira categoria** sobre as concepções de humanização e integralidade da equipe de enfermagem que atua na assistência a crianças hospitalizadas e familiares está apresentada a partir da organização conceitual de cada termo, conforme disposto no Quadro 02. Para a análise dos dados foram estabelecidos, conforme as falas dos participantes da pesquisa, conceitos que remetessem à humanização e à integralidade.

CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO	CONCEITOS DE INTEGRALIDADE
Companheirismo; amar o próximo.	Perceber a necessidade do outro.
Compartilhar, entender o outro.	Colocar-se no lugar do outro.
Perceber a necessidade do outro.	Colocar-se no lugar do paciente e do acompanhante.
Ter flexibilidade.	A vida não pode ser fragmentada, ela é integrante e integral.
	A integralidade é um processo que visa a necessidade do outro. Onde todos trabalham para o benefício do paciente.

Quadro 02 - Conceituação de Humanização e Integralidade

Fonte: Autora (2015).

Conceitos de Humanização

A partir das informações constantes no quadro acima é possível destacar que os conceitos, formulados pelos participantes sobre humanização, envolvem desde o ato de amor ao próximo, até a flexibilização nas atitudes e condutas profissionais. Em síntese, os

participantes conceituaram humanização com base nas teorias humanísticas, a partir da leitura do texto, porém, existe ainda um significado mais profundo para este termo, como sendo o reconhecimento da dignidade de pessoa no ser humano, presente desde o nascer até o morrer (SGRECCIA, 2002).

Nesta concepção, Buber (2004) destaca que é preciso compreender o ser humano como um agente biopsicossocial e espiritual, considerar a essência de seu ser, além de respeitar sua individualidade, como pressupostos para o cuidado humanizado. Durante as oficinas foi possível perceber que os conceitos de humanização para os participantes estão muito mais centrados na perspectiva da consideração do outro [pacientes e cuidadores] em sua necessidade de reconhecimento enquanto pessoa, contudo, a indicação de “flexibilidade” entre os conceitos citados, remete a uma habilidade profissional.

É fato que outras correntes explicariam a humanização a partir da importância da relação existente entre profissional e usuário frente à presença tecnológica no ambiente hospitalar (SGRECCIA, 2002), dentre outras. Pontos estes não discutidos e apresentados com amplitude pelos participantes, mas, apesar da dificuldade em conceituar humanização durante as oficinas realizadas, foram constatadas linhas de pensamentos que retomam o cuidado aliado à dignidade (BUBER, 2004).

Tal concepção também foi apontada por Andrade, Artmann e Trindade (2011), em pesquisa de intervenção realizada com profissionais de um serviço de uma unidade de trabalho de urgência e emergência de um hospital público do Espírito Santo. No referido estudo, a representação social de humanização estava inicialmente associada a uma concepção humanística, caracterizada por amor, cuidado, respeito, dignidade, atenção, entre outros.

De acordo com Mongiovi et al. (2014), a humanização é concebida como um conjunto de iniciativas abrangentes que resultam em perspectivas multifocais em saúde, o que a caracteriza como uma proposta de difícil conceituação. Suas variadas possibilidades contribuem para a fragmentação conceitual e, conseqüentemente, para a falta de compreensão operacional. Nesse sentido, tais dificuldades interferem para a efetivação da proposta de humanização e muitos serviços de saúde ainda necessitam sistematizar esse tipo de assistência.

Os autores supracitados, em pesquisa realizada com o objetivo de refletir o conceito de humanização com enfermeiros de três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de adultos em Recife-PE, concluíram que os participantes apresentaram uma compreensão intuitiva sobre o conceito de humanização e demonstravam despreparo em sua formação profissional para realizar ações de assistência humanizada.

Conceitos de Integralidade

Com relação ao conceito de integralidade, conforme consta no Quadro 02, os participantes apresentaram conceituações, antes e depois da leitura do texto, que praticamente não se diferenciam dos conceitos de humanização, evidenciando fragilidades teóricas/conceituais em suas formulações.

Bernardes, Pereira e Souza (2007) também identificaram resultados semelhantes em seu estudo sobre a concepção de integralidade com enfermeiros de equipes de Saúde da Família (SF) de um município do interior de Minas Gerais. Neste estudo, os autores observaram dificuldades dos participantes para abordarem o tema, denotando confusão para distinguir integralidade de outros conceitos afins, como a universalidade. Também se evidenciou a tendência para definir integralidade a partir da generalização do “homem como um todo”, ou seja, como uma concepção automatizada, que remete a uma marca linguística e que indica possível memorização da concepção desarticulada da prática.

Santos et al. (2009) refletem sobre a noção de integralidade, referindo que a mesma engloba três conjuntos de sentidos: a prática dos profissionais de saúde, as funções da organização do serviço e as respostas governamentais aos problemas de saúde. Nesse sentido, é possível observar que, para os participantes do presente estudo, as concepções de integralidade estão centradas no paciente, o que contraria o tripé construído pela terminologia.

Porém, Gomes et al. (2007) ressaltam que a necessidade do outro e a multiassistência são bastante importantes na percepção dos sujeitos, pois a integralidade, como princípio de uma política de saúde, remete à compreensão de que os fatores que interferem na saúde das pessoas são amplos e perpassam por outros setores que não só a saúde.

Acrescenta-se, ainda, que a reestruturação dos serviços e das ações em saúde, por meio de políticas públicas, tem se organizado de forma a fazer com que os profissionais atuem sob uma lógica de atenção voltada para a integralidade da assistência. No entanto, a alteração da estrutura e das formas de organização dos serviços não assegura mudanças nos modelos assistenciais e suas micropolíticas instituídas, pois os comportamentos e valores dos profissionais de saúde influenciam o modo como se processam essas modificações (SANTOS, 2009).

Em linhas gerais, para esta categoria, registra-se que o desconhecimento dos participantes quanto às conceituações de humanização e integralidade compromete significativamente a atuação do profissional, visto que é sabido que as competências e habilidades são os pilares para a qualidade técnica desenvolvida pelos profissionais da saúde.

Preocupa o fato do desconhecimento de termos tão relevantes e essenciais, sobretudo porque nos serviços hospitalares infantis, como explicam Ceccim e Carvalho (1997), a criança, por permanecer longos períodos internada, ou por retornar muitas vezes ao hospital, é a que mais sofre com a influência do meio hospitalar. Por outro lado, é a que mais contribui para os estudos de humanização, com sua percepção dos espaços e das interferências médicas sobre seu corpo. Inclua-se a isso, também, a contextualização da integralidade, uma vez que também avaliam a prática dos profissionais de saúde, o próprio hospital e os problemas de saúde.

Quanto às perspectivas da equipe de enfermagem pertinentes às práticas de cuidado a crianças hospitalizadas e familiares, foram destacadas duas categorias: Dificuldades e Propostas relacionadas à humanização.

Dificuldades

Na **segunda categoria**, denominada como *Dificuldades*, algumas subcategorias foram elaboradas para a efetiva análise dos dados, sendo então distribuídas em: *Comunicação*, *Relacionamento Interpessoal*, *Gestão*, *Rotinas Hospitalares*, *Procedimentos e Técnicas*, como discorrido nos quadros apresentados a seguir.

Comunicação

O Quadro 3 destaca as considerações dos participantes quanto à subcategoria *Dificuldades – Comunicação*, discutidas a partir das dificuldades encontradas, que comprometem a prática humanizada, no contexto da internação das crianças.

DIFICULDADES – COMUNICAÇÃO
Falta de comunicação entre os membros da equipe, detectando o problema tardiamente.
As mães ficam transtornadas no período de internação das crianças e a equipe não entende esse momento, alegando ser exagero das mesmas.
Falta de orientação aos usuários para procedimentos simples, como: onde se localiza o banheiro, ou administrar medicação para dor.
Falta de discussão entre a equipe sobre integralidade.
Mães e acompanhantes demonstram receio em fazer perguntas ao médico.
Falta de posicionamento do enfermeiro em relação aos médicos e aos acompanhantes.
Falta de atenção e dificuldades de comunicação da equipe médica quanto às visitas, explicações e orientações aos acompanhantes sobre o quadro do paciente.
Falta de comunicação com o Laboratório que demora para retirar as amostras coletadas, submetendo o paciente a nova coleta de material.
Algumas mães faltam com a verdade quando questionadas se as crianças foram ou não submetidas a

determinados procedimentos.
A falta de orientação no momento da alta implica em repetidas internações e agravos.
Falta de informação sobre procedimentos que foram submetidos, pegando as equipes desprevenidas.
Alguns profissionais médicos não ouvem a equipe multidisciplinar.

Quadro 3 - Dificuldades - Comunicação

Fonte: Autora (2015).

Como observado no quadro acima, alguns apontamentos dos participantes se referem ao comportamento da mãe ou responsável pela criança, como o medo e o desconhecimento das normas e regras hospitalares, a falta de clareza e fidedignidade nas informações, e a dificuldade em estabelecer um elo com a equipe de enfermagem.

Assim, se segue apresentando as dificuldades a partir das falhas do serviço, onde a falta de comunicação entre a equipe e usuários expõe as fragilidades na hierarquia e no respeito às competências e atribuições, dentre outras.

Andrade et al. (2011) refletem que a comunicação é uma importante ferramenta na prestação do cuidado em saúde, sendo necessário que se desenvolva de forma clara e objetiva para integrar os usuários nas decisões relativas ao tratamento. Em contrapartida, quando ocorrem falhas comunicacionais entre a equipe e os usuários, estas podem ser motivadas pela percepção que os profissionais possuem do paciente ou do acompanhante, como um obstáculo para a execução dos serviços de rotina. Dessa forma, a necessidade de cuidados pode ser aumentada, visto o agravo que as dificuldades comunicacionais podem acarretar no andamento da assistência prestada.

Relacionamento Interpessoal

Na subcategoria *Dificuldades – Relacionamento Interpessoal*, no Quadro 4, constam múltiplos apontamentos ligados ao relacionamento interpessoal, envolvendo profissional x profissional, profissional x familiares, profissional x paciente, familiares x familiares, familiares x paciente. Os quais, segundo os participantes, são dificuldades que interferem na humanização.

DIFICULDADES - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL
Não pensar no outro.
Ter sido criticado por ter auxiliado um colega de trabalho.
Sentir-se impotente quando o paciente está mal e nada do que poderia ser feito para ajudá-lo acontece.
Ser culpabilizado pelos erros de outros colegas.
Mostrar para o colega da equipe uma situação inadequada e não ser ouvido.
Acomodação e falta de reação da equipe diante das situações de descaso com o paciente.

Nenhum membro da equipe se prontifica a resolver questões relacionadas aos procedimentos cirúrgicos das crianças.
Falta de compreensão de alguns setores do hospital.
Algumas mães se ausentam da clínica, deixando a criança sozinha por alguns momentos.
Alguns setores não realizam os procedimentos de maneira satisfatória.
Nem sempre toda a equipe se empenha para o cuidado e recuperação do paciente.
Receio das mães perante o médico para saber sobre a patologia de seus filhos.
Sentir-se humilhado e sem direitos ao expor as opiniões no trabalho.

Quadro 4 - Dificuldades – relacionamento interpessoal

Fonte: Autora (2015).

Como observado no quadro acima, algumas das dificuldades levantadas, que impedem a humanização, são de extrema pertinência, sobretudo por se tratar de relação interpessoal, esta que estabelece ou deveria estabelecer um vínculo saudável entre os envolvidos. Observa-se que a doença da criança acaba por sacudir toda a estrutura familiar, pela necessidade de adaptação que o tratamento impõe. E isso, por ser uma tarefa complexa e difícil, faz com que o paciente, a família e a equipe estabeleçam um vínculo profissional e, ao mesmo tempo, afetivo para que se possa fazer um tratamento com determinação e qualidade. A família precisa se reestruturar para assumir os novos papéis que lhe são atribuídos nesse novo mundo, o mundo do hospital (PEREIRA, 2003). O cuidar em enfermagem pediátrica tem a família como núcleo de atenção.

Apesar da ênfase à humanização e à solidariedade no processo de assistência de enfermagem, observa-se a relutância na aceitação profissional do envolvimento pessoal nas questões familiares da criança doente. Rodrigues e seus colaboradores (2013, p. 01) afirmam que “A família não deve mais ser vista como ‘visitante’, mas como integrante do processo de cuidar. Os familiares fazem parte do mundo da vida daquela criança e aos profissionais cabe a sensibilidade de compreendê-los nessa perspectiva”. Isto leva a discussão quanto ao perfil do profissional que atua na clínica pediátrica, o qual deve estar preparado para o convívio familiar durante a internação e o tratamento da criança.

Negreiros et al. (2010, p. 01) complementam, reforçando que a competência *comunicação* “é necessária em todas as ações de enfermagem realizadas, influenciando diretamente a interação com o paciente. Durante o processo de hospitalização, é fundamental proporcionar um novo modo de olhar e agir dos profissionais em relação aos pacientes que estão sob seus cuidados”.

O relacionamento interpessoal possibilita a troca de informações necessárias e relevantes no processo saúde-doença, pois por meio deste, o paciente, os familiares e profissionais estabelecem vínculos que resultam na chamada comunicação terapêutica, sendo

esta, hoje, bastante propagada por contribuir para uma atuação consciente, favorecendo, durante o processo de internação, a recuperação da criança (VERSIANI, 2012).

Gestão

O Quadro 5 aborda a subcategoria *Dificuldades – Gestão*, a qual envolve a influência dos gestores no processo de trabalho do enfermeiro, tanto como centralizador quanto opressor, sob o ponto de vista dos participantes, ou ausente em determinadas situações.

DIFICULDADES – GESTÃO
Falta de coragem de falar com o gestor sobre o que está acontecendo
Ter desejo de melhorar a atuação, mas não ter o apoio da chefia.
Diferenças entre os direitos dos contratados e dos concursados.
Não expor críticas, por medo de sofrer penalidades.
Falta da presença e do apoio do enfermeiro, da chefia e dos gestores junto à equipe.
Terceirização do serviço.
Não ter as opiniões valorizadas pela gestão.
O servidor não é visto de maneira humanizada no hospital, em algumas situações, como quando precisam de atendimento para si.

Quadro 5 - Dificuldades - Gestão

Fonte: Autora (2015).

A atuação do gestor, como percebido nas falas acima, interfere sobremaneira no trabalho destes profissionais, visto que, de alguma forma, os mesmos deixaram transparecer que a gestão nem sempre contribui para a realização de ações humanizadas no âmbito do hospital. Sabe-se que a pessoa deve ter responsabilidade pessoal para planejar e executar as tarefas, bem como autonomia e independência para desempenhá-las. Assim, quando há a influência coercitiva dos gestores, as tarefas e as relações de trabalho ficam comprometidas e, conseqüentemente, os resultados também, sendo necessária uma ferramenta que possibilite o trabalho em equipe, considerando a subjetividade do trabalho, de modo a agregar valores à profissão (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006; FELDMAN et al., 2008).

Registra-se que, no uso de desenvolvimento da capacidade humana com o planejamento de carreira, o significado da tarefa e a identidade com o trabalho desempenhado, nasce a oportunidade futura de crescimento contínuo, porém os gestores devem atuar de maneira a não coibir o exercício profissional de maneira prazerosa e eficiente (VERSIANI, 2012).

Rotinas Hospitalares

Na subcategoria *Dificuldades - Rotinas Hospitalares*, presente no Quadro 6, algumas considerações foram apresentadas pelos participantes acerca das rotinas de trabalho e os fatores que interferem na execução das mesmas.

DIFICULDADES - ROTINAS HOSPITALARES
Atraso de medicações por conta do tempo para a liberação da farmácia.
Demora e descaso com algumas situações que ocorrem com alguns pacientes.
Diferença entre o que ocorre na prática e o que está proposto nos Manuais (da Atenção Básica à Terciária).
Sobrecarga de trabalho do enfermeiro.
A presença desorganizada de estagiários, dificultando o andamento dos procedimentos.
Horário fixo por parte do setor de Nutrição para as refeições das crianças, pois, muitas vezes, não é o mesmo com que as crianças estão habituadas.
Rigidez com o horário de visita, sem considerar situações individuais.
A ouvidoria fere a integridade dos profissionais.
Profissional não é valorizado.

Quadro 6 - Dificuldades – rotinas hospitalares

Fonte: Autora, 2015.

Beck et al. (2010, p. 494) acrescentam que na prática profissional de enfermagem, ou seja, “no cotidiano laboral, há entraves, e esses podem ser traduzidos como problemas de difícil solução, o que pode comprometer a saúde do trabalhador e o desenvolvimento das atividades”. Neste contexto, explicam que, por vezes, é preciso ultrapassar estas dificuldades, e “[...] executar o trabalho na tentativa de burlar essas dificuldades, trabalhar com falta de recursos materiais e humanos, além do descontentamento da comunidade, é uma tarefa árdua e pode contribuir para a sobrecarga física e mental do trabalhador”. Isto é comum, sobretudo no ambiente de trabalho no setor público, o que interfere diretamente na execução de práticas humanizadas, e, dentre outros fatores, destaca-se as rotinas hospitalares apontadas pelos participantes deste estudo, onde nem sempre contribuem para a humanização, pois as rotinas rígidas de horários são massacrantes, e é preciso dar conta de todas as atividades previstas para o turno.

Por outro lado, Souza e Paiano (2011) atentam para a formação do profissional que, por vezes, desenvolve poucas habilidades e competências no ambiente acadêmico, o que exige um maior comprometimento de todos os profissionais envolvidos, formando uma equipe de trabalho onde uns contribuem para as práticas assertivas dos outros, visando a garantia de um trabalho eficiente e eficaz.

Outra interferência observada no cuidado humanizado é o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem. A Resolução COFEN nº 293/04 considera vários aspectos do trabalho de enfermagem e vem demonstrar a necessidade de dimensionar adequadamente o quantitativo mínimo de horas em cada setor em que a enfermagem atua, de modo a poder prestar uma assistência de qualidade e de minimização de riscos (SIQUEIRA et al., 2002).

A Resolução COFEN nº 293/04, que fixa e estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados, reforça a necessidade de dimensionar adequadamente o quantitativo mínimo de horas em cada setor que a enfermagem atua, para a prestação de uma assistência qualificada com riscos minimizados (COFEN, 2004). Esse apoio legal da equipe de enfermagem se apresenta como um fato concreto para a administração da instituição quanto aos Recursos Humanos.

As referências da organização da internação hospitalar são, quase exclusivamente, a ordem no trabalho e o funcionamento do serviço. Pelas normas de conduta espera-se que o enfermo se comporte com passividade e discricção, com o pressuposto de que essas atitudes tornem mais suave a dura tarefa para os pacientes e para aqueles que os assistem, o que resulta em sistemática despersonalização do paciente. Para a criança as normas e rotinas do hospital não lhe são familiares e ela não as compreende bem quando se interna pela primeira vez (PIRES, 2004).

Procedimentos e Técnicas

A seguir, o Quadro 7 apresenta as *Dificuldades – Procedimentos e Técnicas*, que se referem às competências do enfermeiro, tanto do ponto de vista técnico, quanto relacional.

DIFICULDADES - PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS
Falta de experiência dos profissionais em pediatria.
Manter o jejum prolongado do paciente cirúrgico.
Atraso rotineiro de procedimentos cirúrgicos.
Submeter a criança várias vezes a procedimento invasivo, como punções, por falta de comunicação ou orientação entre a equipe.
Prescrições pré-definidas, prontas sem considerar algumas situações específicas de alguns pacientes.
Falta de interesse de alguns profissionais.
Falta de prescrição médica para algumas crianças.
Durante a internação não se atentam para a realidade social das crianças.
Falta de preparo para alguns procedimentos com punção e cateteres.

Quadro 7 - Dificuldades – procedimentos e técnicas

Fonte: Autora (2015).

A hospitalização conjunta pediátrica tem sido um desafio para a enfermagem, diante das diversas complexidades envolvidas ao prestar cuidados à criança na presença de seus familiares, que envolvem o profissional em todas as etapas do processo de cuidar.

Devido à quantidade de tarefas que lhe são atribuídas, o contato da enfermagem com a criança é, apenas, através da realização de técnicas e procedimentos terapêuticos, estabelecendo uma relação fria e impessoal. Dessa forma, ocorre um distanciamento entre os principais personagens desse ambiente, levando a uma assistência deficiente e incompleta (FIGUEIREDO et al., 2013).

Ainda destaca-se, de acordo com Silva et al. (2014), que mudanças na estrutura física do setor são também apontadas como necessárias para a prestação de uma melhor assistência. Os fatores determinantes para a qualificação da assistência pediátrica são a estrutura física adequada à demanda da clientela infantil, a equipe de enfermagem coesa, qualificada e atualizada em relação aos aspectos humanos e científicos, e um quantitativo de profissionais proporcional às necessidades dos cuidados prestados.

Deve-se levar em conta que o estresse dos pais é, em parte, repassado para seus filhos hospitalizados. Esse referencial que indica a necessidade de humanização das relações sociais e do ambiente hospitalar, com vistas a torná-las mais amenas, orienta todas as atividades do projeto, as de extensão e de investigação (MATTOS, 2004).

Os elementos destacados pelos participantes ainda permitem compreender que parece quase impossível que a implantação efetiva do cuidado humanizado possa ocorrer sem que a equipe de enfermagem esteja devidamente preparada, sob o ponto de vista do conhecimento científico (fundamentação teórica) e da habilidade. Benito e Finato (2010) destacam que o eixo norteador da profissão de enfermagem se respalda em três dimensões: conhecimento, habilidade e atitude.

Propostas

Na **categoria Propostas**, organizada a partir das reflexões dos participantes sobre os aspectos que poderiam favorecer a modificação das dificuldades e, conseqüentemente, a humanização e a integralidade, foram muitas as contribuições dos mesmos.

Inicia-se as discussões a partir da compreensão de que a internação é uma nova realidade para a qual a criança precisa se adaptar, realidade esta que vem acompanhada de múltiplos sentimentos, como a ameaça, insegurança, ofensa, entre outros, pelo fato de que, ao ser submetida ao processo de internação, é desvinculada dos elementos que são significativos para sua segurança e conforto (LITCHTENEKER; FERRARI, 2005).

No Brasil, o avanço na humanização na assistência à saúde infantil se efetivou na década de 90, a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que, dentre outros aspectos, garante o direito a saúde e hospitalização com acompanhamento familiar (OLIVEIRA et al., 2012). Logo, as propostas apresentadas pelos participantes, embora tímidas, dado ao desconhecimento da amplitude das terminologias humanização e integralidade, representam um passo significativo para a prática humanizada.

Comunicação

Embora encontrem dificuldades para a assistência humanizada, os participantes deste estudo expressaram algumas estratégias para melhorar esse processo, sendo o aumento de recursos humanos identificado em muitos dos discursos, conforme demonstra o Quadro 8, na subcategoria *Propostas - Comunicação*.

PROPOSTAS – COMUNICAÇÃO
Ter mais liberdade para poder trocar informações e ideias com os médicos.
Comunicação efetiva entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, reuniões periódicas para melhorar o setor, o trabalho, discussões, para melhora da equipe.
Promover o diálogo entre os membros da equipe.
Quanto aos exames externos, deve-se orientar os pais quando conversarem com o médico para solicitar o encaminhamento para ser realizado em outro lugar.
Comunicação efetiva entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, reuniões periódicas para melhorar o setor, o trabalho, discussões, para melhora da equipe.
Dialogar e se inteirar do problema e procurar resolver.

Quadro 8 - Propostas - Comunicação

Fonte: Autora (2015).

Mesmo que já tenha passado por essa experiência, é estressante para a criança o isolamento dos amigos, dos irmãos e de outros membros da família e, para a família, a hospitalização provoca crise, desequilíbrio, incertezas e medo. Uma das mudanças, no sentido de amenizar o estresse da criança hospitalizada, resultou na promoção da presença dos pais durante a internação, mudança que teve suporte da equipe de cuidados da saúde.

Neste sentido, a comunicação entre equipe multiprofissional, paciente e acompanhante é bastante ressaltada nas falas dos participantes da pesquisa. A equipe bem entrosada e com bom senso para a comunicação efetiva pode evitar conflitos no ambiente de trabalho, aumentando a produtividade e o bem-estar de funcionários e usuários.

A família pode executar alguns dos cuidados com a criança hospitalizada, desde que queira e se sinta hábil, porém, ressalta-se que a responsabilidade pelos cuidados a serem desenvolvidos durante todo o período de internação hospitalar é da enfermagem (PINTO; RIBEIRO, 2009; SILVA et al., 2011). Portanto, a mesma deve orientar e preparar os pais para prestar os cuidados dentro das suas capacidades e potencialidades, a fim de favorecer o melhor enfrentamento da criança às adversidades no curso patológico (GOMES et al., 2007).

Relacionamento Interpessoal

O Quadro 9 trata sobre a subcategoria *Propostas - Relacionamento Interpessoal*, onde os participantes apresentam sugestões para minimizar as dificuldades relacionais.

PROPOSTAS - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL
Não trabalhar sozinho ou ser individualista, mas mostrar conhecimento e auxiliar o outro, principalmente quem é novo na unidade e não tem experiência em pediatria.
Equipe de Enfermagem deve buscar informação para orientar e acalmar as mães sobre os procedimentos realizados com a criança.
Assumir erros cometidos e comprometer-se a melhorá-los.
Participação efetiva da equipe multiprofissional.
O enfermeiro do setor deve defender a equipe, representando a classe diante de fatos constrangedores.

Quadro 9 - Propostas – Relacionamento Interpessoal

Fonte: Autora (2015).

Percebe-se que os participantes, a todo tempo, se reportam ao trabalho em equipe, o qual envolve o relacionamento interpessoal. Nesse sentido, salienta-se a necessidade do estabelecimento de projetos terapêuticos baseados no diálogo entre trabalhadores de saúde e usuários, no qual os profissionais devem se esforçar no sentido de buscar os elementos centrais de cada encontro, tanto com base no seu conhecimento como nos saberes trazidos pelo usuário, e pelo seu contexto específico, como colocado por Mattos (2004).

Conseguindo respeitar o paciente apesar das rotinas, o enfermeiro caminha em direção a humanização, e cuidar de forma humanizada se constitui um desafio. Alguns enfermeiros citaram situações em que as rotinas atrapalham suas ações, dificultando o respeito e a

aplicação de princípios bioéticos, descritos por Barbosa e Silva (2007) como: a rotina do banho de manhã, a alimentação com horário fixo, que muitas vezes não é aquele que o paciente está habituado, ou não permitir a visita de mais de uma criança por vez. Porém, alguns não percebem que podem, às vezes, desrespeitar o paciente.

Gama e Tavares (2012) refletem sobre a ética e as relações interpessoais, indicando que a teia de relacionamentos integra a vida do ser humano, tornando premente a necessidade da discussão sobre a dimensão ética, pois esta começa quando entra em cena o outro.

Gestão

Na subcategoria *Propostas - Gestão*, apresentada no Quadro 10, os participantes sugerem algumas ações em prol da humanização.

PROPOSTAS – GESTÃO
Mudar a visão fragmentada do serviço e aproximar a visão da equipe multidisciplinar e da gestão.
Organizar oficinas sobre humanização para todos os profissionais e setores do hospital.
Ajustar os serviços de hospital, organizando residentes e estagiários.
As mudanças precisam acontecer em todos os setores e não apenas na pediatria.
Ter flexibilidade com relação às visitas por parte de familiares próximos às crianças.
O visitador cirúrgico deveria estabelecer um protocolo para os residentes da cirurgia se tornarem fixos na clínica pediátrica, servindo como referência para a equipe da pediatria.
Comunicação mais efetiva com a regulação (Secretaria de Saúde), nos casos de crianças advindas de outros municípios.
Agilidade e preocupação com as prescrições dos pacientes.
Melhorias do quadro de recursos humanos.
Serviço voluntário com diversas atividades para as crianças.
Decoração da clínica é importante, tornando um ambiente alegre e divertido para as crianças, melhorando o ambiente, tornando-o menos frio e menos estressante.
Continuidade de ações e projetos para a melhoria do paciente, acompanhante e equipe como visto nos projetos apresentados.
Alguns projetos podem se estender a outros setores, como, por exemplo, na emergência.

Quadro 10 - Propostas - Gestão

Fonte: Autora (2015).

Em linhas gerais, são sugeridas ações ligadas à capacitação sobre humanização, desenvolvimento de projetos contínuos, como destacado neste estudo, ambiência terapêutica, comunicação terapêutica, dentre outras. Todas estas ações visam minimizar os impactos da internação, propiciando dentro do hospital momentos de descontração e o restabelecimento da saúde de maneira mais amena e responsável.

Rotinas Hospitalares

Na subcategoria *Propostas - Rotinas Hospitalares*, apresentada no Quadro 11, destaca-se o estudo de Bergan, Santos e Bursztyn (2004), que aborda a situação do hospital e algumas de suas carências frente ao estado de conservação, ausência de espaços adequados e qualidade do ambiente, demonstrando-se a necessidade de se pensar o ambiente construído, quando da concepção de projetos de qualidade. A reestruturação dos espaços, tornando-os humanos, induz a um novo tipo de tratamento focado no paciente, onde a recuperação se mostra mais eficaz.

PROPOSTAS - ROTINAS HOSPITALARES
Orientar os cuidados após a alta.
Direcionar o paciente no momento da alta para ser acompanhado pelo profissional adequado, por exemplo, o assistente social.
Na internação eletiva providenciar antecipadamente a lista de crianças que irão realizar as cirurgias, pois dessa forma haveria como reservar a vaga na clínica.
Nas internações, acompanhar o paciente ao leito.
A Enfermagem deve realizar o acolhimento do paciente e do acompanhante na admissão e orientar e sensibilizar o mesmo, esclarecendo dúvidas e dando informações importantes durante a internação.
Continuidade de ações e projetos para a melhoria do paciente, acompanhante e equipe, como visto nos projetos apresentados.
Orientação feita desde a internação.
Orientação efetiva, principalmente no momento da alta, com finalidade de evitar complicações e novas internações.
Melhora no número de especialistas, residentes e visitantes, otimizando o atendimento.
Atenção da residência para os procedimentos cirúrgicos e jejuns prolongados.
Agilidade e preocupação com as prescrições dos pacientes.

Quadro 11 - Propostas - Rotinas Hospitalares

Fonte: Autora (2015).

Perante a análise das verbalizações nas oficinas, constata-se que seja necessário, a esses servidores, buscarem caminhos para um cuidado humanizado. Contudo, percebe-se que, para alguns, as dificuldades decorrentes desse processo devem ser superadas na busca de maior qualidade na assistência, como evidencia o discurso: “[...] Continuidade de ações e projetos para a melhoria do paciente, acompanhante e equipe como visto nos projetos apresentados” (G1). E ainda, “[...] Orientação efetiva principalmente no momento da alta com finalidade de evitar complicações e novas internações” (G2).

Entender as rotinas desta maneira, como práticas que podem ser ajustadas conforme a necessidade do cliente, mostra que o enfermeiro tem razoabilidade e flexibilidade. Porém, alguns ainda têm dificuldade em agir desta maneira, talvez por não desejarem ser vistos como agentes que ‘quebram as regras’, por não estarem dispostos a serem procurados sempre que houver esta necessidade, ou ainda, por se constrangerem com essa situação (BARBOSA; SILVA, 2007).

Procedimentos e Técnicas

A subcategoria *Propostas - Procedimentos e Técnicas*, apresentada no Quadro 12, destaca as ações sugeridas pelos participantes, que envolvem humanização e integralidade.

PROPOSTAS - PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS
Trabalhar em conjunto: médico, enfermeiro, técnico, a equipe toda.
Avaliar a necessidade de PICC antes de expor a criança a vários acessos periféricos.
Priorizar o atendimento às crianças.
Não repassar as tarefas que são do seu plantão para o plantonista do turno seguinte, como a alta médica.
Rever a passagem de plantão na admissão do paciente: ao encaminhar a criança para a clínica, uma pessoa da equipe da enfermagem deve acompanhar a criança para que seja realizada a passagem de plantão adequadamente.
A alimentação deveria ser melhor esclarecida e orientada, principalmente para as crianças e seus acompanhantes que ficam em isolamento, evitando que a criança fique sem refeição.
Conhecer a realidade das famílias, prevendo dificuldades e alternativas para o prosseguimento do tratamento.
Na admissão de pacientes vindos da UTI pediátrica, orientar os acompanhantes sobre as diferenças dos cuidados prestados pela equipe na UTI, dos cuidados prestados na clínica.
A Enfermagem devem orientar os pais sobre os cuidados quanto à higiene e à dieta de crianças portadoras de necessidades especiais que se alimentam por sondas ou por gastrostomia.
Orientar a importância de instrumentos, como balanço hídrico, e observar quantidades ingeridas.
Com relação às crianças que ficam em jejum para procedimentos, comunicar à Enfermagem para que faça contato com o médico e evite que a criança fique muito tempo sem comer.
Solicitar ao plantonista que explique sobre o quadro da criança no horário da visita e esclarecendo todas as dúvidas dos acompanhantes.
Planejar a testagem dos equipamentos para, quando em caso de emergência, estar apto para uso.
Agilidade e preocupação com as prescrições dos pacientes.
Atividades lúdicas e de recreação devem ser mais exploradas no hospital, principalmente na ala pediátrica.
Cuidados com crianças e acompanhantes quanto à higiene e aparência.
Projetos que busquem orientar pais e acompanhantes.

Quadro 12 - Proposta - procedimentos e técnicas

Fonte: Autora (2015).

Para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação. Neste contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados.

A família também necessita de cuidados durante o tratamento da criança. Cabendo à equipe de saúde proporcionar apoio emocional quando necessário e, principalmente, informar a esta família sobre tudo o que vai acontecer com seu filho ao longo do tratamento. Estas ações valorizam ainda mais o cuidado da enfermagem, revelando-se como um ser de cuidado íntegro, onde valores, como a sensibilidade e solicitude, são cultivados e respeitados. (PEREIRA, 2003).

As atividades desenvolvidas através de projetos e programas em prol da humanização são benéficas ao processo de recuperação do paciente pediátrico. A humanização deve ocorrer não apenas quando o usuário já se encontra internado, mas sim, desde o momento em que este adentra a instituição de saúde, prolongando-se até o instante em que termina o tratamento.

As ações humanizadas, concebidas na perspectiva da integralidade, permitem a compreensão, por parte dos usuários, da importância que os procedimentos sofridos têm no seu processo de recuperação, favorecendo a percepção do ambiente hospitalar como um local de cuidados especiais e acolhimento tanto físico como emocional.

CONCLUSÕES

Ao término do estudo destaca-se que as concepções de humanização e integralidade da equipe de enfermagem, na assistência a crianças hospitalizadas e familiares, são de marcante relevância no tratamento da doença. E, que a equipe de enfermagem investigada, no tocante às suas práticas de cuidado a crianças hospitalizadas e familiares, carece de muita informação sobre a temática, o que poderá ocorrer por meio de política de capacitação e de gestão hospitalar, de cobrar a consolidação desta prática no âmbito hospitalar.

Durante o processo de promoção de discussão e reflexão sobre as concepções e pressupostos referentes aos temas, e a indicação de possíveis propostas de práticas de cuidado humanizado e integral foi observada uma carência teórica considerável, o que compromete e dificulta a execução de práticas integrais, em consonância com o previsto no programa nacional e ainda nas literaturas, bem como o reconhecimento e a classificação das práticas rotineiras quanto à humanização e integralidade.

Conclui-se que, ao investigar as práticas na assistência à saúde da criança, percebeu-se que estas se mostram tecnicistas, carecendo de um profundo repensar quanto à atuação profissional. Embora existam profissionais responsáveis e comprometidos, estes parecem não vivenciar práticas que correspondam à proposta de humanização e integralidade em sua totalidade.

Este estudo não esgota a temática, sendo apenas o início para determinantes reflexões tanto da gestão quanto das ações realizadas pelos profissionais da enfermagem no tocante à humanização e à integralidade. Portanto, requer que outros estudos sejam propostos, com o intuito de ampliar as discussões e contribuir para a mudança comportamental dos envolvidos, a fim de atingir o objetivo proposto pelo Ministério da Saúde, visando maior aceitação e resultados positivos no processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

ANDRADE M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, ABRASCO, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1115-1124, 2011.

ASSIS, C. F. **Os Profissionais de Enfermagem Frente à Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar**. Projeto de Pesquisa para Pós-Graduação em Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Fundação Oswaldo Cruz e Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3049/2/Cledi.pdf>>. Acesso em: julho de 2015.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, set./out. 2007. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>>. Acesso em: jul. 2015.

BECK, C. L. C.; PROCHNOW, A.; SILVA R. M.; PRESTES, F. C.; TAVARES, I. P. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Rev. Anna Nery**, (impr.), v. 14, n. 3, p. 490-495 jul.-set. 2010,. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/can/v14n3a09>. Acesso em: novembro de 2015.

BENITO, G. A. V.; FINATO, P. C. Competências Gerenciais na Formação do Enfermeiro: análise documental de um projeto pedagógico de curso. **Rev. Eletr. Enf.**, [on line], v. 12, n. 1, p. 140-149, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a17.htm>>. Acesso em: novembro de 2015.

BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BERGAN, C.; SANTOS, M.C.; BURSZTYN, I. Humanização nos espaços hospitalares pediátricos: a qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada. In: I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, **Anais...** Salvador-BA, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_espaco.pdf>. Acesso em: maio de 2015.

BERNARDES, E. H.; PEREIRA, M. J. B.; SOUZA, N. R. Integralidade, na concepção de enfermeiros, da estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto-SP, v. 3, n. 1, p. 9, 2007.

BUBER, M. **Eu-tu**. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2004.

BRASIL. **Resolução nº 293/04 - COFEN**. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Conselho Regional de Enfermagem. 2004. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucao293.htm>>. Acesso em: outubro de 2015.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. **Criança hospitalizada**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Criatividade e Inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 2, p. 239-242, mar-abr. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019607015.pdf>>. Acesso em: novembro de 2015.

FIGUEIREDO, S. V.; GOMES, I. L. V.; PENNAFORT, V. P. S.; MONTEIRO, A. R. M.; FIGUEIREDO J. V. **Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a Hospitalização do filho**. Esc Anna Nery, (impr.), v. 17, n. 4, p. 690-697, out.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0690.pdf>>. Acesso em: novembro de 2015.

GOMES, M. A. S. M. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. In: Roseni Pinheiro, Ruben Mattos, Kenneth R. Camargo Jr. (Orgs.). UERJ-IMS-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2003, 228 p. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1079-1085, 2004.

GOMES, R. S.; SILVA, F. H.; PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe em saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 19-36.

LITCHTENEKER, K.; FERRARI, R. A. P. Internação Conjunta: opinião da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 19-28, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/864/1041>>. Acesso em: novembro de 2015.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, vol. 20, n. 5, p. 1411-1416, Out. 2004. ISSN 0102-311X.

MENEZES, Marina. **A Criança e Sua Rede familiar**: Significações do Processo de Hospitalização. Tese (Doutorado). Florianópolis, SC, 2010. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp147868.pdf>>. Acesso em: julho de 2015.

MONGIOVI, Vita Guimarães et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 306-311, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200306&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Nov. 2015. [<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.2014004>].

MORAIS, G. S. N. Comunicação como Instrumento Básico no Cuidar Humanizado em Enfermagem ao Paciente Hospitalizado. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, Mai/Jun. 2009.

MOZEL, A.; FERREIRA, A. C.; FRANCO, A. P.; OLIVEIRA, A. M. M.; PORFIRIO, E. **A Criança e o Processo de Hospitalização**. 2012. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-crianca-e-o-processo-de-hospitalizacao>>. Acesso em: novembro de 2015.

NEGREIROS, P. L., FERNANDES, M. O.; COSTA, K. N. F. M.; SILVA, G. R. F. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Rev. Eletro. Enfermagem**, v. 12, n. 01, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9529/6598>>. Acesso em: novembro de 2015.

OLIVEIRA I. C; CUTOLO L. R. A. Humanização como expressão de Integralidade. **Mundo da Saúde**, v. 36, n. , p. 502-506, 2012.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: novembro de 2015.

RIBEIRO, C. R.; PINTO JUNIOR, A. A. A Representação Social da Criança Hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: novembro de 2015.

RODRIGUES, P. F.; AMADOR, D. D.; SILVA, K. L.; REICHERT, A. P. S.; COLLET, N. Internação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Rev. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Sept/Dec. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=51414-8145201300040078&script=sci_arttext>. Acesso em: novembro de 2015.

SANTOS, D. L. S.; SANTOS, J. L. G.; PROCHNOW, A. G.; PEDRON, M. L. R.; LIMA, M. A. D. S. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. **Inter-face**, Botucatu-SP, v. 13, n. 31, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400010>. Acesso em: março de 2015.

SANTOS, D.L. Comprehensiveness of the actions of the healthcare team in a pediatrics ward. Interface. **Comunic. Saude, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 359-68, out./dez. 2009.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética: fundamentos e ética biomédica**. 2. ed. Trad. de Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 2002. (Vol. 1).

SILVA, C. R. A.; LUNARDI FILHO, W. D.; BACKES, D. S.; SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L.; SILVA, A. P. A. Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização (PNH). **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 35-43, 2011.

SIQUEIRA, L. S.; SIGAUD, C. H. S.; REZENDE M. A. Fatores que Apoiam e não Apoiam a Permanência de Mães Acompanhantes em Unidades de Pediatria Hospitalar. **Rev. Esc. Enferm., USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 270-275, 2002. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/664.pdf>>. Acesso em: novembro de 2015.

SOUZA, F. A.; PAIANO, M. Desafios e dificuldades enfrentados pelos profissionais de enfermagem em início de carreira. **REME**, v. 15, n. 2, 2011. Disponível em: <www.dx.doi.org/51415-27622011000200016>. Acesso em: novembro de 2015.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria dos Vínculos Profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 409-417, Jul-Set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a04>>. Acesso em: novembro de 2015.

TURATO, E. R. Métodos qualitativo e quantitativo na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 509-514, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: novembro de 2015.

VERSIANI, C. C. Humanização da Assistência de Enfermagem nos Serviços de Urgência e Emergência Hospitalar: Um Desafio. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, Ano 17, n. 170, Jul. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd170/humanizacao-da-assistencia-de-enfermagem.htm>>. Acesso em: julho de 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência humanizada é essencial para o sucesso do tratamento e a recuperação do paciente no ambiente hospitalar, inclusive no que se refere diretamente à criança, sujeito com particularidades, tendo em vista o crescimento e desenvolvimento. Destarte, tal assistência envolve a ética e também implica em “perceber” o outro. Diversas iniciativas têm sido implementadas em instituições hospitalares no sentido de resgatar a extensão do cuidado.

Constatou-se que humanização e integralidade estão presentes na base conceitual e nas finalidades que norteiam o exercício profissional da equipe, na busca pela articulação de ações destinadas tanto à assistência como à prevenção de agravos e/ou complicações decorrentes do processo patológico que ocasionou a internação, além de cuidados relativos ao momento da alta hospitalar, que implicam na qualidade de vida dos usuários.

Entretanto, identificou-se que os profissionais buscam isoladamente uma abordagem integral à criança hospitalizada, limitando suas ações ao seu campo de atuação. Deficiências na interação e no trabalho em equipe são observadas, evidenciando que ainda existe a necessidade de práticas que partam da equipe, a fim de assistir e otimizar ações humanizadas.

Desenvolver um processo de humanização no campo interdisciplinar da saúde, fundamentado na ética, sugere o resgate da dimensão humana nas relações de trabalho e a sua permanente problematização.

Na assistência à saúde, as relações que se estabelecem entre objeto, instrumento e produto, de acordo com as necessidades que as estabelecem e direcionam à finalidade do mesmo, são dirigidas pela intencionalidade do trabalho. Na clínica pediátrica, constatou-se que a equipe de enfermagem explicita e reconhece a necessidade de prestar assistência humanizada, contudo, não há um projeto coletivo de humanização da assistência, e sim, ações cotidianas fragmentadas de humanização.

Ao término do estudo destaca-se que as concepções de humanização e integralidade da equipe de enfermagem na assistência a crianças hospitalizadas e familiares são de marcante relevância no tratamento da doença. E, que a equipe de enfermagem investigada, no tocante às suas práticas de cuidado a crianças hospitalizadas e familiares carecem de muita informação sobre a temática, o que poderá ocorrer por meio de política de capacitação e de gestão hospitalar, de cobrar a consolidação desta prática no âmbito hospitalar.

Durante o processo de promoção de discussão e reflexão sobre as concepções e

pressupostos referentes aos temas e a indicação de possíveis propostas de práticas de cuidado humanizado e integral, foi observada uma carência teórica considerável, o que compromete e dificulta a execução de práticas integrais, em consonância com o previsto no programa nacional e ainda nas literaturas, bem como o reconhecimento e a classificação das práticas rotineiras quanto à humanização e integralidade.

Conclui-se que, ao investigar as práticas na assistência à saúde da criança, baseadas nas concepções de humanização e integralidade efetivadas a partir do cuidado de profissionais de enfermagem da clínica pediátrica, percebeu-se que estes se mostram tecnicistas, carecendo de um profundo repensar quanto à atuação profissional. Embora existam profissionais responsáveis e comprometidos, estes parecem não vivenciar práticas que correspondam à proposta de humanização e integralidade em sua totalidade.

Este estudo não esgota a temática, sendo apenas o início para determinantes reflexões tanto da gestão quanto das ações realizadas pelos profissionais da enfermagem, no tocante a humanização e a integralidade. Portanto, requer que outros estudos sejam propostos, com o intuito de ampliar as discussões e contribuir para a mudança comportamental dos envolvidos, a fim de atingir o objetivo proposto pelo Ministério da Saúde, visando maior aceitação e resultados positivos no processo saúde-doença.

Espera-se que as reflexões oriundas deste estudo estimulem ações de caráter coletivo e interdisciplinar contemplando a integralidade na assistência à saúde da criança.

6 REFERÊNCIAS

- ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da Humanização no Contexto do Cuidado da Enfermagem Pediátrica de Média e Alta Complexidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 581-594, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500010&script=sci_arttext>. Acesso em: jul. 2015.
- AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda; THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, UNIFESP, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 444-449, 2006.
- ANDRADE M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, ABRASCO, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1115-1124, 2011.
- ASSIS, C. F. **Os Profissionais de Enfermagem Frente à Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar**. Projeto de Pesquisa para Pós-Graduação em Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Fundação Oswaldo Cruz e Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3049/2/Cledi.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.
- BARBOSA FILHO, S. Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 01-10, 2014. ISSN 2178-7085. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/3249-13272-1-pb.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.
- BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, set./out. 2007. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>>. Acesso em: jul. 2015.
- BECK, C. L. C.; PROCHNOW, A.; SILVA, R. M.; PRESTES, F. C.; TAVARES, I. P. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Rev. Anna Nery**, (impr.), v. 14, n. 3, p. 490-495, jul.-set. 2010, Disponível em: <www.scielo.br/pdf/can/v14n3a09> Acesso em: nov. 2015.
- BENITO, G. A. V.; FINATO, P. C. Competências Gerenciais na Formação do Enfermeiro: análise documental de um projeto pedagógico de curso. **Rev. Eletr. Enf.**, [on line], v.12, n. 1, p. 140-149, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a17.htm>>. Acesso em: nov. 2015.
- BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998;

BERGAN, C.; SANTOS, M. C.; BURSZTYN, I. Humanização nos espaços hospitalares pediátricos: a qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada. In: I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, **Anais...** Salvador-BA, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_espaco.pdf>. Acesso em: maio 2015.

BERNARDES, E. H.; PEREIRA, M. J. B.; SOUZA, N. R. Integralidade, na concepção de enfermeiros, da estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto-SP, v. 3, n. 1, p. 9, 2007.

BORTOLOTE, G. S.; BRETAS, J. R. S. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Ver. Esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 422-429, 2008.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 293**, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Brasília: COFEN, 2004. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucao293.htm>>. Acesso em: out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 29 p.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto e do Nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS, Vol. 4). ISBN 978-85-334-2136-3. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasisus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: DOU, 13.06.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos HumanizaSUS, Vol. 3). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasisus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo

norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2000.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: DOU, 16.7.1990, retif. 27.9.1990.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.104**, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Brasília: DOU, 22.3.2005.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41**, de 13 de outubro de 1995. Brasília: CONANDA, 1995.

BUBER, M. **Eu-tu**. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2004.

CAIRES, S.; ESTEVES, C. H.; ALMEIDA, I. Palhaços de Hospital como Estratégia de Amenização da Experiência de Hospitalização Infantil. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 377-386, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v19n3/02.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set/out. 2004.

CARRARO, T.; KNOBEL, R.; RADÜNZ, V.; MEINCKE, S. M. K.; FIEWSKI, M. F. C.; FRELLO, A. T.; MARTINS, M. S.; LOPES, C. V.; BERTON, A. Cuidado e Conforto Durante o Trabalho de Parto e Parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15 (Esp), p. 97-104, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11>>. Acesso em: nov. 2015.

CARVALHO, A. M.; BEGNIS, J. G. Brincar em Unidades de Atendimento Pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 109-117, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13>>. Acesso em: nov. 2015.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. **Criança hospitalizada**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.

DOCA, F. N. P.; COSTA JUNIOR, Á. L. Preparação Psicológica para Admissão Hospitalar de Crianças: uma breve revisão. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, - mai./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2015.

DOMINGOS, E. L. L. A Humanização e seus Preceitos Para o Cuidado. **Pesquisando em Enfermagem**, UFRJ, Rio de Janeiro. [s/d]. Disponível em: <<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewpaper.php?id=118&print=1&cf=1>>. Acesso em: jul. 2015.

DOUTORES DA ALEGRIA. **Programa de Palhaços Besteirologistas**. Hospitais Públicos de São Paulo-SP e Recife-PE. [s/l, s/d]. Disponível em: <<http://www.doutoresdaalegria.org.br/nos-hospitais/programa-de-hospitais/hospitais-parceiros>>. Acesso em: jul. 2015.

ESTEVES, C. H.; ANTUNES, C.; CAIRES, S. Humanização em Contexto Pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 697-708, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220140536.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H; MARCON, S. S. O Atendimento humanizado em unidade pediátrica: Percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-616, Out-Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0104-0707&script=sci_issues>. Acesso em: nov. 2015.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Criatividade e Inovação: competências na gestão de enfermagem. **REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 61, n. 2, p. 239-242. mar-abr. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019607015.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

FIGUEIREDO, S. V.; GOMES, I. L. V.; PENNAFORT, V. P. S.; MONTEIRO, A. R. M.; FIGUEIREDO J. V. Comunicação Terapêutica Entre Profissionais De Saúde E Mães Acompanhantes Durante A Hospitalização Do Filho. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, UFRJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 690-697, out.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0690.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

GAMA, R. S. S.; TAVARES, C. E. M. Uma análise sobre a humanização, relacionamento interpessoal e ética no ambiente de trabalho. In: XVII Seminário Interinstitucional de Ensino Pesquisa e Extensão, Cruz Alta-RS, 6 a 8 de novembro de 2012. **Anais...** Disponível em: <<http://www.unicruz.edu.br/seminario/downloads/anais/ccsa/uma%20analise%20sobre%20a%20humanizacao,%20relacionamento%20interpessoal%20e%20etica%20no%20ambiente%20de%20trabalho.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

GOMES, I. L. V. et al. Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 125-135, mar./jun.2011.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L.; OLIVEIRA, P. K. de; XAVIER, D. M.; SANTOS, S. S. C.; FARIAS, D. H. R. A Família Durante a Internação Hospital da Criança: contribuições para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, UFRJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Abr.-Jun. 2014. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0234.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

GOMES, M. A. S. M. Resenha. PINHEIRO, Roseni; CAMARGO JR., Ruben Mattos Kenneth R. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. UERJ-IMS-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2003, 228 p. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1079-1085, 2004.

GOMES, R. S.; SILVA, F. H; PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe em saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 19-36.

HIS. Hospital Infantil Sabará. **Brinquedo Terapêutico**: Viver o Brincar Dentro do Hospital. Aplicação do brinquedo terapêutico aos portadores de Diabetes Mellitus e Oncológicos. São Paulo: HIS, [s/d]. Disponível em: <<http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/saude-da-crianca/informacoes-sobre-doencas/brinquedo-terapeutico-enfermagem.php>>. Acesso em: jul. 2015.

HMCP. Hospital e Maternidade Celso Pierro. Hospital da PUC-Campinas. **Medicção**. Campinas: HMCP, 2014. Disponível em: <<http://www.hospitaldapuc-campinas.com.br/humanizacao/9/Medicacao.aspx>>. Acesso em: nov. 2015.

HPP. Hospital Pequeno Príncipe. **Projeto Família Participante**. Curitiba: HPP, [s/d]. Disponível em: <<http://pequenoprincipe.org.br/hospital/acompanhantes-em-enfermarias>>. Acesso em: jul. 2015.

HUUFMA. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Núcleo de Humanização. **Projeto Posso Ajudar**. Disponível em: <http://www.huufma.br/site/estaticas/mostra_estat.php?id=7#.VkilZXarTIV>. Acesso em: nov. 2015.

LEITE, T. M. C.; SHIMO, A. K. K. Uso do Brinquedo no Hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando? **Rev. Esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 389-395, 2008; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a24.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

LIMA, A. S.; SILVA, V. K. B. A.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. da S.; OLIVEIRA, B. R. G. Relações Estabelecidas Pelas Enfermeiras Com a Família Durante a Hospitalização Infantil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 700-708. Out.-Dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/13.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

LITCHTENEKER, K.; FERRARI, R. A. P. Internação Conjunta: opinião da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, UFG, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 19-28, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/864/1041>>. Acesso em: nov. 2015.

MAGNABOSCO, G. et al. Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. **Cogitare Enfermagem**, Antonio Prado-RS, v. 13, n. 1, p. 103-108, Jan./Mar. 2008.

MARQUES, Kelly Nascimento. Assistência de Enfermagem Humanizada à Criança Hospitalizada. **Recien - Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 30-35, 2011.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Out. 2004. ISSN 0102-311X.

MENEZES, Marina. **A Criança e Sua Rede familiar**: Significações do Processo de Hospitalização. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pós-Graduação em Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2010. 411 p. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp147868.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MITRE, R. M. de A.; GOMES, R. A Perspectiva dos Profissionais de Saúde Sobre a Promoção do Brincar em Hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, Set./Out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500025>. Acesso em novembro de 2015.

MONGIOVI, Vita Guimarães et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 306-311, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200306&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2015.

MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E. A Família na Unidade de Internação Hospitalar: entre o informal e o instituído. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 468-477. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/18.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, mar. 1999.

MORAIS, G. S. N. Comunicação como Instrumento Básico no Cuidar Humanizado em Enfermagem ao Paciente Hospitalizado. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 323-327, Mai/Jun. 2009.

MORAIS, T. C.; WÜNSCH, D. S. Os Desafios para Efetivação da Humanização Hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos & Contextos**, PUC, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 100-113, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/13253/9637>>. Acesso em: nov. 2015.

MOTTER, D. G.; ALVES, J. M. Construção do princípio de integralidade: percepções e ações desencadeadas pela equipe de saúde da família quanto às demandas sociais apresentadas no município de Londrina-PR. **Serviço Social em Revista**, UEL, Londrina, v. 8, n. 2, 2006.

MOZEL, A.; FERREIRA, A. C.; FRANCO, A. P.; OLIVEIRA, A. M. M.; PORFIRIO, E. A Criança e o Processo de Hospitalização. **Psicologado**, [on line], Maio de 2012. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-crianca-e-o-processo-de-hospitalizacao>>. Acesso em: nov. 2015.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Importância da Relação Interpessoal do Enfermeiro com a Família de Crianças Hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 254-260, mar./abr. 2011 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a06v64n2.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

NEGREIROS, P.L., FERNANDES, M.O.; COSTA, K.N.F.M.; SILVA, G.R.F. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, UFG, Goiânia, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9529/6598>>. Acesso em: nov. 2015.

OLIVEIRA I. C; CUTOLO L. R. A. Humanização como expressão de Integralidade. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 502-506, 2012.

PARCIANELLO, A. T.; FELIN, R. B. E agora doutor, aonde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul-RS, n. 28, p. 147-166, jan./jun. 2008.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>>. Acesso em: novembro de 2015.

PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Dimensão Cuidadora da Enfermagem e da Família na Assistência à Criança Hospitalizada: concepções da enfermagem. **Rev. Esc. Enferm**, USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 622-629. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a18v43n3.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228 p. ISBN 85-89737-33-3.

PIRES, A. R. **Lágrimas na inocência – hospitalização de depressão infantil no Hospital de Santa Maria**. Trabalho final de licenciatura pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). Lisboa, Portugal: ISPA, 2004.

PRADO, M. L. Arco de Charles Magueres: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Rev. Anna Nery**, EEAN-UFRJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Março 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100023&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 set. 2015.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, FEN-UFG, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: nov. 2015.

RIBEIRO, C.R.; PINTO JUNIOR, A.A. A Representação Social da Criança Hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: nov. 2015.

RODRIGUES, P. F.; AMADOR, D. D.; SILVA, K.L.; REICHERT, A. P. S.; COLLET, N. Internação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Rev. Anna Nery**, EEAN-UFRJ, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, Set./Dez. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=51414-8145201300040078&script=sci_arttext>. Acesso em: nov. 2015.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Grupo de trabalho de humanização**. Florianópolis: SES; HJG, [s/d]. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/gth.htm>>. Acesso em: jul. 2015.

SANTA CRUZ DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Bem-me-quer**. Santa Cruz do Sul-RS: SMS/RS, [s/d]. Disponível em: <<http://www.hospitalstacruz.com.br/projetos/programa-bem-me-quer>>. Acesso em: jul. 2015.

SANTOS, D. L. S.; SANTOS, J. L. G.; PROCHNOW, A. G.; PEDRON, M. L. R.; LIMA, M. A. D. S. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. **Interface - Comunic, Saude, Educ.**, UNESP, Botucatu, v. 13, n. 31, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400010>. Acesso em: mar. 2015.

SANTOS, D. L. Comprehensiveness of the actions of the healthcare team in a pediatrics ward. **Interface - Comunic, Saude, Educ.**, UNESP, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 359-368, out./dez. 2009.

SÃO PAULO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Hospital Infantil Darcy Vargas. **Programas de Humanização**. São Paulo: SES; HIDV, 2006. Disponível em: <<http://www.hidv.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: nov. 2015.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética**: fundamentos e ética biomédica. 2. ed. Trad. Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 2002. (Vol. 1).

SILVA, C. R. A.; LUNARDI FILHO, W. D.; BACKES, D. S.; SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L.; SILVA, A. P. A. Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização (PNH). **Ciência, Cuidado e Saúde**, UEM, Maringá, v. 10, n. 1, p. 35-43, 2011.

SILVA, G. A. P. L.; SANTOS, J. M.; CINTRA, S. M. P. A Assistência Prestada ao Acompanhante de Crianças Hospitalizadas em Uma Unidade de Internação Infantil: a opinião do acompanhante, contribuindo para a assistência de enfermagem. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 13-18, julho de 2009. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol9-n1/v.9_n.1-art2.pesq-a-assistencia-prestada-ao-aompanhante-de-criancas.pdf>. Acesso em: nov. 2015.

SILVA, T. M. A da; MATOS, E. L. M. Brinquedoteca Hospitalar: uma realidade de humanização para atender crianças hospitalizadas. In: IX Congresso Nacional de Educação –

EDUCERE, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, **Anais...** Out. 2009. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3276_1464.pdf>. Acesso em: nov. 2015.

SIQUEIRA, L. S.; SIGAUD, C. H. S.; REZENDE M. A. Fatores que Apoiam e não Apoiam a Permanência de Mães Acompanhantes em Unidades de Pediatria Hospitalar. **Rev. Esc. Enferm., USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 270-275, 2002. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/664.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

SOUZA, F. A.; PAIANO, M. Desafios e dificuldades enfrentados pelos profissionais de enfermagem em início de carreira. **REME, Rev. Min. Enferm.**, [on line], v. 15, n. 2, p. 267-273, 2011. Disponível em: <www.dx.doi.org/51415-27622011000200016>. Acesso em: nov. 2015.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência Humanizada em UTI Neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2015.

TEIXEIRA, C. Os Princípios do Sistema Único de Saúde - Publicado em Junho de 2011. **PROFORMAR. FIOCRUZ**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_SUS.pdf>. Acesso em: nov. 2015.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria dos Vínculos Profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 409-417, Jul-Set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a04>>. Acesso em: nov. 2015.

TORQUATO, I. M.; COLLET, N. C.; DANTAS, M. S.; JONAS, M. F.; TRIGEIRO, J. V.; NOGUEIRA, M. F. Assistência Humanizada à Criança Hospitalizada: percepção do acompanhante. **Revista de Enfermagem UFPE**, [on line], Recife, v. 7, n. 9, p. 5541-5549, set. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4721/pdf_3399>. Acesso em: nov. 2015.

TURATO, E. R. Métodos qualitativo e quantitativo na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, USP, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 509-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. Hospital São Paulo. Grupo de Trabalho de Humanização. **Projeto Amicão**. São Paulo: UNIFESP; HSP; GTH, 2005. Disponível em: <<http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/humaniza/p03.htm>>. Acesso em novembro de 2015.

_____. Universidade Federal de São Paulo. Hospital São Paulo. Grupo de Trabalho de Humanização. **Projeto Soninho**. São Paulo: UNIFESP; HSP; GTH, 2005. Disponível em: <<http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/humaniza/p37.htm>>. Acesso em: jul. 2015.

VEIGA, N. et al. Humanização e cuidado em saúde infantil: uma revisão sistemática da literatura. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 429-434, jul./set., 2009.

VERSIANI, C. C. Humanização da Assistência de Enfermagem nos Serviços de Urgência e Emergência Hospitalar: Um Desafio. **EFDeports.com, Revista Digital**, Buenos Aires, Ano 17, n. 170, Jul. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd170/humanizacao-da-assistencia-de-enfermagem.htm>>. Acesso em: jul. 2015.

7 APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique a primeira página e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Título do Projeto: A HUMANIZAÇÃO EM INTERFACE AOS PRINCÍPIOS DA INTEGRALIDADE: CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXX

Pesquisadores responsáveis: Aline de Almeida Silva e Luiz Roberto Agea Cutolo
Telefone para contato: (65) 9998-3734
E-mail para contato: lini-li@hotmail.com.br
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIVALI: (47) 3341-7738

Este projeto tem como objetivo construir práticas em saúde a partir de situações-problema tendo como base as concepções de humanização e integralidade, com os profissionais de enfermagem da clínica pediátrica do Hospital XXXXXXXX. Para tanto, será uma pesquisa qualitativa. Sua contribuição para a pesquisa será através da sua participação em **oficinas**. Serão oficinas em horários diferentes, para que todos os profissionais tenham oportunidade de participar. Serão desenvolvidas em quatro etapas de noventa minutos, totalizando 6 horas. As oficinas serão gravadas em áudio. As informações serão analisadas por referenciais teóricos da área.

Apesar de a pesquisa ter única e exclusivamente de interesse científico, há possibilidades de risco moral, uma vez que prescindem da exposição de opiniões, valores através do diálogo, e da própria voz, e da discussão entre os participantes, cabendo ao pesquisador minimizar tais riscos enquanto mediador do processo de ensino-aprendizagem, de forma tal que o foco do processo seja sempre a produção de conhecimento para o benefício de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, sem que nenhum deles seja exposto a situações constrangedoras. As gravações de áudio serão de uso exclusivo dos pesquisadores para auxílio nas transcrições, e não serão divulgadas. Para evitar extravio dos documentos e arquivos contendo os dados coletados, somente os pesquisadores terão acesso a eles e, após a publicação dos resultados da pesquisa, os mesmos serão excluídos/deletados. O anonimato do participante será mantido em todos os registros da pesquisa, utilizando-se de pseudônimos para sua identificação. Não serão publicados dados que possam identificar o participante, bem como pessoas por ele citadas. A perda de dados confidenciais, como RG/CPF, constado no TCLE representa um risco nesta pesquisa, cabendo aos pesquisadores minimizá-los de forma tal que o foco do processo seja sempre a produção de conhecimento para o benefício de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, sem que nenhum deles seja exposto a situações constrangedoras.

Os benefícios da pesquisa são relevantes na medida em que esta põe em pauta questões importantes do processo de trabalho na assistência hospitalar e estimula uma reflexão no cotidiano das práticas em saúde, a fim de contribuir com a qualidade do serviço e com o desenvolvimento intelectual e pessoal dos participantes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIVALI, tel. (47)-3341-7738, e garante o caráter sigiloso de identidade, bem como o direito de retirar o consentimento de participação e uso de informações concedidas a qualquer tempo. O participante poderá entrar em contato com os pesquisadores a qualquer tempo para solicitar esclarecimentos, dar sugestões e fazer contribuições. Os resultados da pesquisa serão divulgados e informados através de uma aula expositiva aos participantes, bem como à Secretaria Estadual de Saúde. A pesquisa não oferece qualquer tipo de remuneração aos participantes.

Nome do pesquisador: Aline de Almeida Silva e Luiz Roberto Agea Cutolo

Assinatura do pesquisador:

Assinatura do pesquisador:

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____
abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____