

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARCELA FONSECA JONAS

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM ENFERMAGEM À CRIANÇA
HOSPITALIZADA: A PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE**

**CUITÉ - PB
2012**

MARCELA FONSECA JONAS

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM ENFERMAGEM À CRIANÇA
HOSPITALIZADA: A PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Bacharelado em Enfermagem da Universidade
Federal de Campina Grande – Campus Cuité
como exigência parcial para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF^a. MS. ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO

CO-ORIENTADORA: PROF^a. MS. GILVÂNIA S. DA NÓBREGA MORAIS

**CUITÉ - PB
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

J76a Jonas, Marcela Fonseca.

Assistência humanizada em enfermagem à criança hospitalizada:
a percepção do acompanhante. / Marcela Fonseca Jonas – Cuité:
CES, 2012.

74 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de
Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientadora: Me. Isolda Maria Barros Torquato.

Coorientadora: Me. Gilvânia S. da Nóbrega Morais.

1. Enfermagem - humanização. 2. Hospitalização - criança. 3.

CDU 616-

MARCELA FONSECA JONAS

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM ENFERMAGEM À CRIANÇA
HOSPITALIZADA: A PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna **Marcela Fonseca Jonas** do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em _____ de _____ 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Isolda Maria Barros Torquato - UFCG
Orientadora

Prof.^a Ms. Gilvânia S. da Nóbrega Moraes - UFCG
Membro Examinador

Enf.^a Esp. Erenilda Adriana de Macedo - HMMC
Membro Examinador

**CUITÉ - PB
2012**

Dedico esse trabalho a Deus por me permitir fazê-lo. Aos meus pais Marcelo Menezes Jonas e Clívia Jarvis Fonseca Pereira Jonas, base de tudo. Aos meus familiares e amigos que de forma direta ou indiretamente acreditaram em meu esforço e às crianças hospitalizadas no Hospital e Maternidade municipal de Cuité e seus acompanhantes, objetivo maior de toda atividade científica.

AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a **Deus** meu guia protetor, por ter me dado a vida e estar me iluminando em todos os caminhos em que sigo;*

*Aos **Meus pais e Irmãos** que são a razão do meu viver, por seu amor e confiança em mim, exemplo de caráter e humildade – meu amor maior;*

*À **Profª. Ms. Isolda Maria Barros Torquato** por todo seu apoio e confiabilidade a mim depositada na construção e orientação deste trabalho;*

*À **Profª. Ms. Gilvânia S. da Nóbrega Morais**, por seus ensinamentos e competência;*

*Aos **Meus familiares e Amigos** em que sempre tiveram uma palavra de apoio e carinho;*

*Infinita é minha alegria, por ter **Clarice Lira, Joseane Cavalcanti e Guilhermina Gomes** como amigas, incentivando-me durante esta caminhada.*

*Ao Secretário Municipal de Saúde e a Diretora do Hospital e Maternidade de Cuité, na pessoa de **Gentil Palmeira Filho** e **Luzia dos Santos Oliveira**, respectivamente, pela permissão e realização da pesquisa.*

*Acredito que nenhum indivíduo desenvolve-se por si mesmo. Por esse motivo, apresento meus agradecimentos a **Todas as pessoas** com as quais tive a experiência de uma interação no decorrer da minha vida e por aquilo que me concederam em matéria de enriquecimento;*

Nessa caminhada, com muitos obstáculos, encontrei no incentivo deles, esperança, coragem, determinação e fé.



"A cada um de nós compete uma tarefa específica, na difusão do bem. Erga-se, para trabalhar, porque as tarefas são muitas e importantes, e poucos são os que têm consciência delas. Ajude o mundo, para que o mundo possa ajudá-lo. Estenda seus braços eficientes no cultivo do bem, para que, quando os recolher, os traga cheios dos frutos abençoados da felicidade e do Amor."

(Carlos Torres Pastorino)

RESUMO

JONAS, M. F. **Assistência humanizada em enfermagem à criança hospitalizada: a percepção do acompanhante.** Cuité, 2012. 74f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2012.

Introdução: A hospitalização se traduz como uma experiência bastante difícil para a criança e a família, a qual vivencia importantes mudanças não apenas no cotidiano, mas também nas relações e sentimentos experienciados entre os seus membros. O enfrentamento efetivo e as adaptações decorrentes da hospitalização demandam da família o desenvolvimento de habilidades para lidar com as pressões e as dificuldades ocorridas na rotina diária. Neste sentido, os acompanhantes, comumente os pais, podem ofertar significativas contribuições na identificação dos conflitos e alterações familiares durante a internação infantil. **Objetivo:** Compreender a percepção dos acompanhantes acerca do cuidado humanizado em enfermagem à criança hospitalizada. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa realizada com 10 acompanhantes de crianças internadas na Unidade de Pediatria do Hospital e Maternidade Municipal de Cuité. A coleta de dados teve uma duração de três meses sendo realizada de Novembro de 2011 a Janeiro de 2012. O instrumento utilizado contemplou perguntas objetivas e subjetivas envolvendo a identificação e caracterização sócio-demográfica dos informantes assim como relacionadas à temática central do estudo. Para o tratamento qualitativo dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) sob protocolo nº 192/11. **Resultados:** A análise do conteúdo das entrevistas possibilitou a elaboração de dois núcleos de sentido intitulados: “*O impacto da hospitalização da criança na rotina familiar*” e “*O cuidado humanizado a criança hospitalizada*”. A partir do primeiro, criaram-se três categorias (*Alteração no cotidiano familiar causada pela hospitalização; Sobrecarga materna no cuidado a criança hospitalizada e A família como importante rede de apoio*) que retrataram as percepções das participantes em relação às implicações sofridas pela família em relação às mudanças na rotina diária assim como sobre a participação desta no processo do cuidado. Para possibilitar uma discussão mais aprofundada acerca do segundo núcleo emergiram duas categorias (*Assistência recebida e a relação dialógica entre profissionais, acompanhantes e a criança: aspectos que facilitam a prática de uma assistência humanizada*) e “*Condições institucionais: aspectos que dificultam a prática de uma assistência humanizada*) as quais retratam acerca dos fatores que favorecem e que prejudicam para uma assistência humanizada sob a ótica dos percebidos pelas acompanhantes. **Conclusão:** Percebe-se que o processo de hospitalização ocasiona entre os familiares à inversão de papéis, a necessidade de adaptações às normas e rotinas hospitalares além de um importante reajuste social e psicológico. Além disso, elementos fatores foram identificados como facilitadores e dificultadores para uma assistência humanizada, fazendo-nos compreender que a busca por uma assistência de qualidade e por um cuidado humano ainda é um desafio que devemos enfrentar.

Palavras-chaves: Hospitalização. Criança. Enfermagem. Humanização.

ABSTRACT

JONAS, M. F. **Humanized care in nursing for hospitalized children: a perception of the companion.** Cuité, 2012. 74f. Completion of course work (undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Education and Health Center, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2012.

Introduction: Hospitalization translates as a very difficult experience for the child and family, which experienced major changes not only in everyday life, but also in relationships and feelings experienced among its members. The effective coping and adjustments arising from the hospitalization of the family require the development of skills to cope with the pressures and difficulties encountered in daily life. In this sense, the companions, usually parents, can offer significant contributions to the identification of conflicts and changes in family child during hospitalization. **Objective:** To understand the perceptions of caregivers about humanized care in nursing for hospitalized children. **Methodology:** This was an exploratory descriptive study with qualitative approach performed with 10 caregivers of children admitted to the Pediatric Unit of the Municipal Hospital and Maternity cuite. Data collection lasted three months being held from November 2011 to January 2012. The instrument used included objective and subjective questions involving the identification and characterization of socio-demographic as well as informants related to the central theme of the study. For the qualitative treatment of the data we used the technique of content analysis in thematic. The research protocol was approved by the Ethics Committee and Research Colleges of Nursing and Medicine New Hope (FACENE / FAMENE) in Protocol 192/11. **Results:** The analysis of the interviews allowed the development of two units of meaning entitled: "The impact of hospitalization of children in family routine" and "The care of hospitalized children." From the first, we created three categories (Amendment on the family caused by hospitalization, maternal overload in the care of hospitalized children and family as an important support network) that portrayed the perceptions of participants on the implications suffered by the family in relation to changes in daily routine as well as on its participation in the process of care. To enable further discussion emerged about the second two core categories (assistance received and dialogical relationship between professional caregivers and the child: facilitating factors for the humanization "and" Institutional Conditions: hindering aspects to a humanized) which portray about the factors facilitators and hampered for a humanized perceived by caregivers. **Conclusion:** It is clear that the process of hospitalization among relatives causes the reversal of roles, the need for adjustments to the rules and hospital routines and an important social and psychological adjustment. In addition, factors were identified as facilitators and difficulties to a humanized, making us realize that the pursuit of quality and humanization of care provided is still a challenge that we face.

Keywords: Hospitalization. Child. Nursing. Humanization.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Dados sócio-demográficos dos entrevistados. Cuité. Paraíba. Brasil, 2012..... 37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Contextualização, justificativa e objetivos da pesquisa.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 O impacto da hospitalização para a criança e a família.....	16
2.2 Necessidade de humanização como política de saúde.....	18
2.3 A importância da humanização na prática hospitalar pediátrica.....	20
2.4 Limitações e dificuldades para a implementação de uma assistência de enfermagem humanizada.....	26
3 METODOLOGIA.....	30
3.1 Tipo de pesquisa.....	31
3.2 Participantes, Local e Duração da pesquisa.....	31
3.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa.....	32
3.4 Análise dos dados.....	33
3.5 Aspectos éticos.....	34
3.6 Financiamento.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE.....	67
ANEXO.....	72

1 Introdução

1.1 Contextualização, justificativa e objetivos da pesquisa

O processo de hospitalização se traduz como uma experiência bastante difícil e estressante para todo e qualquer indivíduo, inclusive para a criança, devido à intensa adaptação não apenas desta, mas também de toda a família envolvida no que se refere a modificações da rotina diária (MITRE; GOMES, 2004).

A necessidade de afastar-se de casa e dos seus familiares mediante a hospitalização que se insurge pode comprometer ainda mais o estado emocional da criança que particularmente já se encontra fragilizada devido à evolução do processo patológico. Além disso, o medo do desconhecido, do ambiente estranho à necessidade de exposição aos mais variados procedimentos invasivos podem tornar a internação um momento marcante e permeado por significativos conflitos (SILVEIRA; ANGELO; MARTINS, 2008).

Segundo os mesmos autores, no ambiente hospitalar a criança comumente tende a conviver com limitações, sejam elas orgânicas, devido à própria condição de saúde, como também relacionadas à própria estrutura ergonômica deficitária. A falta de espaço físico e de opções lúdicas normalmente pode contribuir de maneira significativa para o aumento do sofrimento somático e psicológico da criança.

Somado ao comprometimento ou inadequação dos recursos materiais o próprio despreparo por parte dos profissionais envolvidos na assistência e no cuidado infantil, o qual intrinsecamente remete-se também ao acompanhante, geralmente um familiar, pode tornar esse período ainda mais traumático e desafiador para quem o vivencia (D'ALCANTARA, 2008).

Sabe-se que as interações humanas são sustentadas por uma série de variáveis que se mantêm mutuamente e esta interdependência é compartilhada nas relações entre os seres humanos e cuja essência está na interação, comunicação e respeito estabelecido (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Certamente a ausência de uma relação humanizada estabelecida entre os profissionais assistencialistas, especificamente o enfermeiro, a criança e o acompanhante pode repercutir de maneira negativa na recuperação clínica do pequeno paciente, prolongando ainda mais o período de permanência hospitalar, acentuando as fragilidades e comprometendo a assistência prestada (THOMAZINE, *et al.*, 2008).

Diante desta necessidade, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo foi encontrar

estratégias que viabilizassem soluções para uma melhora do atendimento ao ser humano por meio de três aspectos fundamentais os quais incluíram capacitação permanente dos profissionais, desenvolvimento de condições para a participação e análise por parte do usuário na avaliação da qualidade dos serviços e participação ativa da comunidade para acompanhamento dos serviços (FAQUINELLO *et al.*, 2007).

Para Boff (2008), o cuidar humanizado é uma forma de expressar o relacionamento com o outro ser, a fim de se obter uma vida plena que propicie o envolvimento ativo com o próximo, superando o ato e alcançando a atitude. Segundo o mesmo autor, ao se referir ao cuidado humanizado não significa apenas ter um sorriso, ou chamar o cliente pelo nome, é necessário compreender suas dores e angústias motivá-los a vencer o problema que vivencia, dar-lhe apoio e atenção, e sempre aperfeiçoar o conhecimento para melhorar a assistência.

No âmbito da pediatria, a humanização da saúde merece uma atenção ainda mais especial, pois o momento de internação de uma criança deve ser cauteloso tanto para a família como para criança ou adolescente que se encontra em um lugar estranho, já que as referências do contexto de vida das mesmas são substituídas pelas paredes claras, procedimentos invasivos, medicamentos, maquinários, novos termos e palavras além da sensação de dor e sofrimento, sendo um período marcado pela ruptura com o cotidiano da escola, dos amigos, da família e das brincadeiras (MORAES; ENUMO, 2008).

A assistência humanizada na pediatria é direito da criança como ser humano. Consiste no respeito a sua dignidade, necessidades, valores, princípios éticos e morais, as suas crenças e de seus familiares. Ela visa ainda, assegurar o alívio da dor e do sofrimento infantil com todos os recursos tecnológicos, psicológicos e lúdicos disponíveis no momento de seu atendimento, ter sua privacidade preservada, como também, ofertar condições e ambientes que facilitem o restabelecimento, a manutenção e a melhora da assistência a sua saúde (GOMES, 2011).

Assim, ao considerar a hospitalização uma situação estressante para a criança e sua família, é necessário conhecimento e implementação, por parte dos profissionais envolvidos, de recursos que possam amenizar essa circunstância com vistas a prover uma melhor assistência à criança hospitalizada (SILVA *et al.*, 2010).

Contudo, apesar das ações e programas desenvolvidos para propiciar a melhoria contínua da assistência prestada nos estabelecimentos de saúde e em específico nas unidades de pediatria muitas questões ainda têm sido apontadas, inclusive em outros estudos, como desabonadores pelos próprios usuários dos serviços de saúde, inclusive acompanhantes de crianças, os quais citam como fragilidades áreas físicas insatisfatórias, ausência de materiais

descartáveis, de equipamentos e recursos humanos, demora ou até mesmo atendimento não humanizado por parte dos profissionais de saúde (ANDRADE *et al.*, 2009).

Diante de tais abordagens justifica-se a necessidade em compreender o significado do atendimento humanizado a criança, especificamente por parte da equipe de enfermagem, na ótica do acompanhante da criança hospitalizada, pois acreditamos que a partir de estudos desta natureza torna-se possível identificar as falhas ou entraves que estejam comprometendo a construção de uma prática integral e humanizada no ambiente de atendimento infantil.

Os pais, comumente compõem a grande parte dos indivíduos que acompanham seus filhos e que vivenciam junto a eles a realidade da assistência prestada nos serviços de saúde. Neste sentido, acreditamos que os mesmos podem ofertar importante contribuição na identificação das fragilidades cometidas pelo sistema hospitalar que presta serviço a população infantil. Isso justifica, neste estudo, a escolha desse grupo ou mecanismo de controle social para realizar a avaliação da atenção hospitalar sabendo que os mesmos são mediadores da relação terapêutica e fonte principal de segurança e carinho da criança.

Para tanto, visamos responder o seguinte questionamento: Qual a percepção dos acompanhantes acerca do cuidado humanizado em enfermagem à criança hospitalizada?

Nesse contexto, o presente trabalho teve como objetivo principal Compreender a percepção dos acompanhantes acerca do cuidado humanizado em enfermagem à criança hospitalizada. Buscou-se este cenário para a realização da pesquisa devido a fácil acessibilidade e ao mesmo ser a única referência para a assistência pediátrica da cidade, instigando-nos na busca de informações no que se refere à humanização da assistência local, em específico da equipe de enfermagem, direcionada a população alvo pesquisada.

Em relação aos objetivos específicos buscou-se: -Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos acompanhantes e das crianças hospitalizadas; -Verificar a interferência da hospitalização na rotina familiar diária; -Compreender a percepção dos acompanhantes sobre a humanização; e -Identificar os fatores determinantes que facilitam ou dificultam uma assistência humanizada.

Acreditamos que a partir do conhecimento da opinião dos usuários, possam ser sugeridas, desenvolvidas e implementadas estratégias de enfrentamento dessa realidade no que refere ao foco do estudo. Isso tornará possível a oferta de um serviço de enfermagem humanizado e de qualidade direcionado não apenas a população alvo principal, as crianças, como também a todos aqueles acompanhantes que se encontram diretamente envolvidos no cuidado das mesmas.

Finalmente, neste trabalho, abordaram-se inicialmente questões específicas e correlatas ao processo de hospitalização infantil, o impacto deste evento ocasionado à criança e a família assim como aspectos relacionados à humanização. Posteriormente seguem os capítulos referentes à metodologia, resultados e discussões e as considerações finais obtidas nesta pesquisa.

2 Referencial Teórico

2.1 O impacto da hospitalização para a criança e a família

A hospitalização, para todo e qualquer ser humano é uma situação delicada, tendo ainda contornos e especificidades quando se retrata a população pediátrica, pois traz mudanças significativas não apenas na vida da criança internada, mas de toda a família que também acaba por vivenciar este processo de forma conjunta (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007).

Segundo Squassante e Alvim (2009), a internação hospitalar, apesar de ter como objetivo principal o estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica, em muitos casos pode desencadear transtornos físicos, emocionais e sociais a criança, muitas vezes, ocasionados pelo afastamento e isolamento de sua vida cotidiana e também pela convivência com um ambiente desconhecido.

Durante esse período, a criança aflora sentimentos como medo, angústia e ansiedade, decorrentes da fragilidade que vivencia com o adoecimento, os quais precisam ser compartilhados. A internação significa não apenas para ela como também para a família um momento crítico, cujo principal sentimento é a preocupação imposta diante do possível risco da integridade do corpo e até mesmo da própria vida (OLIVEIRA; MELLO, 2008).

Somando-se a angustia natural vivenciada pela criança, existem fatores contribuintes para dificultar o seu processo de hospitalização, dentre os principais estão o afastamento do lar, da escola, da convivência familiar, o medo de ser abandonada, de perder os pais ou o afeto deles, o próprio ambiente hostil do hospital, que contribui para a ausência de estímulos (brincar, dificuldade de mobilidade, falta de liberdade, diminuição da convivência com crianças “saudáveis”), além de inúmeras experiências, que não sendo bem direcionadas, repercutirão de forma negativa na sua experiência de hospitalização (SILVEIRA; ANGELO; MARTINS, 2008).

De acordo com Squassante e Alvim (2009), na maior parte do tempo de hospitalização, a criança fica restringida ao leito, na condição passiva, cercada de pessoas estranhas e que, para ela, trazem mais dor e sofrimento. Somando-se a isso, as imagens, cheiros e sons estranhos no hospital, comuns para os profissionais de saúde, podem ser ameaçadores e confusos para as crianças. Deste modo, cabe ao profissional avaliar os estímulos presentes no ambiente a partir do ponto de vista da criança e protegê-la desses elementos visuais e auditivos ameaçadores e desconhecidos.

Certamente este momento mesclado por desafios antes desconhecidos e procedimentos de difícil compreensão pode influenciar diretamente no desenvolvimento do infante, cujos efeitos podem ser percebidos na maneira como a criança passa a se comportar em suas relações, inclusive com os próprios pais ou cuidadores (BATISTA, 2003).

Esse período de adaptação gera sentimentos desagradáveis no infante, dentre os vários se destaca a insegurança, pois a carência dos cuidados maternos é perceptível, já que a segurança e proteção ofertada pelos acompanhantes, especialmente os pais acalmam e tranquilizam a criança, atenuando vivências desagradáveis durante a hospitalização, além de contribuir para melhoria da assistência, inclusive para a realização dos procedimentos técnicos (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007).

Segundo os mesmos autores, a permanência em um ambiente estranho pode motivar a criança comportamentos regressivos, fazendo-as voltar para fases anteriores ao seu desenvolvimento neuropsicomotor normal.

Diante deste entendimento é compreensível e necessária à presença dos pais ou acompanhantes junto à criança hospitalizada, sendo este um direito garantido por lei, conforme disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8069/90, em seu capítulo I, Artigo 12, que assegura a permanência hospitalar do familiar em tempo integral à criança/adolescente internado (ECA, 1990).

Além da segurança e proteção ofertada pelos acompanhantes, especialmente os pais, neste momento, os mesmos também são considerados instrumentos de mediação entre as crianças internadas e a equipe de saúde. São facilitadores para uma melhor assistência, inclusive para a realização dos procedimentos técnicos (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007).

Assim como a criança, a família também enfrenta por momentos difíceis de adaptação. O surgimento de uma doença em qualquer membro da família ocasiona consequências devastadoras, desestabilizando qualquer núcleo familiar, pois seus membros são interligados e quando um adocece toda ela é afetada (SHULTZ, 2007). Côtá e Pettengill (2011) corroboram enfocando que o impacto provocado pela doença na vida da família é bastante significativo. Para os autores, a hospitalização de um filho afeta a vida familiar ocasionando mudanças psicológicas e emocionais, tanto nos relacionamentos como no seu funcionamento, ou seja, percebe-se importante alteração na dinâmica familiar.

Esse evento é potencialmente estressante para a família, pois a insere em um ambiente que frequentemente ameaça seu senso de segurança e competência, gerando sentimentos de impotência e de desamparo.

Contudo, Shultz (2007) afirma que apesar do adoecer constituir-se como momento de crise na família, a reestruturação, a formulação e o fortalecimento de vínculos podem também acontecer durante a doença. Neste momento podem ser repensados valores e formas de relacionamentos entre o clã e com isso, conflitos podem ser resolvidos com ajuda mútua e união, fortalecendo o amor e o cuidado entre os membros.

Assim, a família tenta adaptar-se às mudanças geradas pela doença e hospitalização da criança. O enfrentamento efetivo e o ajuste às mudanças decorrentes da hospitalização infantil demandam da família novas formas de organização e requerem o desenvolvimento de habilidades em lidar com as pressões, as ansiedades, as dificuldades e as incertezas existentes ao ter a vida familiar dividida entre a casa e o hospital, bem como para a promoção e a manutenção do bem-estar do sistema familiar (MURAKAMI, R.; CAMPOS, 2011).

A criança que perpassa pelo processo de hospitalização, não leva apenas um corpo enfermo leva sua família, além de todas as experiências vividas até aquele momento. A família da criança está diretamente ligada ao processo saúde-doença desta, isso significa que o cuidado deve ser mais vasto, extrapolando a “simples” habilidade técnica, no sentido de um cuidado, baseado na necessidade do outro, partindo das carências da família, e conseqüentemente das carências da criança (PINTO *et al.*, 2009).

Neste entendimento compreende-se que a relação entre o profissional e a família deve ser empática, pois através da comunicação que se deve fazer presente em todos os momentos, é que os familiares se sentirão à vontade para expor os medos, angústias, dúvidas, incertezas, dentre outros sentimentos, diminuindo o sofrimento da família e conseqüentemente da criança em processo de hospitalização (GOMES; ERDMANN, 2005).

2.2 Necessidade de humanização como política de saúde

A palavra humanizar significa tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que a humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influência do contexto em que ocorre, sendo promovida pelo próprio homem (SIMÕES *et al.*, 2007).

A humanização em saúde é uma das políticas prioritárias do setor da saúde atualmente em implementação no Brasil. Existe uma relação da humanização com a saúde, pois promover

saúde e humanizar a atenção à saúde, são trabalhos a longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionados com o contexto em que se desenvolvem (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A ideia do cuidado humanizado em saúde teve seu esboço inicial no Brasil juntamente com os movimentos de reforma sanitária, nas Conferências de Saúde e em grupos militantes que, a partir da década de 80, começaram a ganhar força e notoriedade frente à luta da conquista de vários direitos para todos os cidadãos. Mas, foi somente no ano de 2000 que o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), sendo o referido tema incluído nas discussões da XI Conferência Nacional de Saúde realizada no mesmo ano. Contudo, diante da necessidade de mudanças no atendimento do SUS, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), o Humaniza SUS. A partir dessa proposta, a humanização passa a ser definida como uma política e não mais um programa, norteador princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS (SIMÕES *et al.*, 2007).

Segundo os mesmos autores, a referida política resgata novos atos com o intuito de modificar os protótipos da assistência aos clientes no ambiente hospitalar visando um atendimento humanizado ao usuário. Sabe-se que a assistência à saúde não está centrada exclusivamente no âmbito hospitalar, porém, é neste espaço onde a desumanização do cuidado com os outros se torna mais evidente.

Apesar de modificações já implementadas a humanização em saúde ainda tem um grande caminho a percorrer, e para que ela atinja seus objetivos os gestores, os profissionais e os usuários precisam lutar por essa causa contribuindo como agentes disseminadores desse valor que é a humanização (OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

A assistência humanizada na atenção à saúde deve envolver um atendimento singular e individualizado, satisfazendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que o cliente possa exercer sua vontade de forma autônoma. Entendemos que humanização é usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro, isso implica em envolvimento, em cuidar do paciente de forma ampla, não esquecendo as questões sociais, biológicas, psicológicas, culturais e espirituais (SIMÕES, 2007).

Segundo Corbani, Bretas e Matheus (2009), a ausência de um cuidado humanizado em saúde a partir do qual as necessidades específicas do paciente deixam de ser satisfeitas, o cliente torna-se impotente e fragilizado diante da doença e hospitalização, acarretando problemas afetivo-emocionais, perda da vontade de viver e dificuldade de recuperação das forças vitais. Para os referidos autores, alguns fatores contribuem para a desumanização ao

cliente, dentre eles destaca-se o avanço tecnológico da medicina; a ênfase na doença que passa a ser um objeto de estudo/trabalho e não no ser humano; a especialização da medicina e da enfermagem e as condições de trabalho que acabam por restringir o contato com o cliente, o que gera atitudes desumanas cometidas pelos profissionais de saúde e que denotam desamor, falta de carinho, respeito, e atenção; violência; humilhação, enfim, acaba por oferecer uma assistência de baixa qualidade ao ser doente.

A humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário. O hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

Sob esse enfoque a humanização do cuidado em saúde implica na capacidade de oferecer atendimento de qualidade, ampliar o processo de comunicação, tornar-se humano, dar estado ou condições humanas mantendo uma relação de reciprocidade, confiança, respeito e responsabilidade com o ser paciente (DESLANDES, 2004).

2.3 A importância da humanização na prática hospitalar pediátrica

O cuidado é um traço permanente, e desde os primórdios os povos já mostravam essa característica como sendo aspecto natural do ser humano. Com o passar dos tempos esse cuidar foi se tornando cada vez mais amplo no intuito de proporcionar bem-estar. Conforme Corbani, Bretas, Matheus (2009) o cuidado compreende um fenômeno existencial básico a partir do qual o ser humano visa à comodidade, seja de forma individual ou coletiva, e é isso que nos torna humano. Ainda nesse contexto, o cuidar é uma forma de relacionamento com o outro ser a quem valorizamos e nos sentimos comprometidos e responsáveis. É servir e oferecer ao outro, nossos talentos, preparos e escolhas.

Pensando nos elementos do cuidado, caracterizados pela tríade amor, solidariedade e respeito sabe-se que o cuidar é um processo interativo, que ocorre entre o ser que cuida e aquele que é cuidado, e se condensa por meio da disponibilidade, confiança, receptividade e aceitação, promovendo o crescimento mútuo (CASTANHA; ZAGONEL, 2005).

Segundo os mesmos autores o cuidado é um fenômeno culturalmente construído, pois cada cultura tem suas próprias maneiras de definir o cuidado. Antigamente o conceito do cuidado era visto pelas pessoas como uma forma caridosa e religiosa, atualmente o cuidar passou a ser visto de forma ampliada devendo o ser cuidado visualizado de forma holística incluindo corpo físico, pensamentos e emoções, necessidades espirituais bem como influências ambientais e externas caracterizando assim um cuidado humanizado e integral.

No âmbito da saúde o cuidar integral é de responsabilidade de uma equipe de profissionais, com destaque para a enfermagem que tem como essência o cuidado, e tem o propósito de desenvolver técnicas e habilidade que facilitem uma assistência humanizada, preservando a dignidade do ser humano. O exercício do cuidado humano visa contribuir para a melhoria da qualidade de atenção ao indivíduo no processo de saúde-doença e recuperação do paciente, essa assistência colabora para que novos modelos sejam adotados, de maneira que a atenção à saúde satisfaça o usuário (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No que compete ao cuidado e humanização em saúde da criança, essa atenção deve ser dobrada, já que os efeitos da hospitalização no determinado ser trás experiências negativas que afetam seu desenvolvimento físico e psicológico, marcando-as por toda a vida além de levar a criança a confrontar-se com um estado de desamparo, ao perceber sua fragilidade corporal que resultou no adoecimento.

Neste sentido, é imprescindível humanizar o ambiente hospitalar onde a criança está presente (MITRE; GOMES, 2004). Gomes e Erdmann (2005) enfocam que uma das formas de tornar a hospitalização mais humana consiste em incluir a família no cuidado à criança, já que a presença deste clã viabiliza uma melhor aceitação e adaptação da condição de internação no hospital, diminui a angústia do abandono que a criança possa vir a sentir em relação a outros membros da família que não se encontram com ela no hospital além de favorecer a formação do seu vínculo com os integrantes da equipe de saúde.

O acompanhante, na sua maioria os pais, exercem papel fundamental no contexto da hospitalização infantil, na medida em que representam a referência fundamental da criança, enquanto mediadores da relação terapêutica, fonte principal de segurança e de carinho, assim como apoio imprescindível ao enfrentamento desta situação desafiadora que é a doença e o internamento, além de contribuir para formação do vínculo criança-equipe de saúde (FAQUINELLO; MARCON, 2007).

Segundo Quirino *et al.*, (2010) o acompanhante passa a representar o elo desse processo, sendo muitas vezes o mediador entre o profissional e a criança, ao considerar-se a limitação da criança para verbalização coerente sobre os condicionantes da patologia. Diante

disso, é muito importante que o profissional direcione e amplie o cuidado para o familiar ou acompanhante, pois certamente isso facilitará o processo de hospitalização do ser infantil.

Estudos apontam ainda que a presença do acompanhante junto à criança hospitalizada tem sido bastante favorável, pois é possível torná-la capaz de suportar sofrimentos e ansiedades surgidas durante o processo de adoecimento e hospitalização. Além disso, resultados evidenciam que a presença da família viabiliza a redução do tempo de internação além de minimizar o risco de infecção (MOLINA; MARCON, 2009).

Além do benefício ofertado a criança a partir da presença do cuidador. A participação direta deste no cuidado é uma forma do responsável sentir-se útil no ambiente hospitalar ao auxiliar na assistência à criança hospitalizada, realizando cuidados previamente orientados pelos profissionais, pois a presença materna aderida ao processo educativo entre acompanhante e equipe, é condição essencial ao alcance de uma prática assistencial realmente humanizada (SQUASSANTE; ALVIM, 2009).

Outra forma de viabilizar a humanização na assistência pediátrica por parte dos profissionais de saúde, especificamente da equipe de enfermagem, consiste em inserir uso de atividades lúdicas no plano de assistência, pois a promoção do brincar no ambiente hospitalar facilita a expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos, além de mediar o mundo familiar e situações novas presentes na instituição. Certamente a brincadeira facilita e solidifica o estabelecimento de vínculo entre uma criança e o profissional de saúde, além de favorecer a adesão da criança ao tratamento e tornar a humanização presente na assistência à criança (MITRE; GOMES, 2004).

Para Barros e Lustosa (2009), o lúdico é fundamental, já que a brincadeira leva a criança a dominar suas angustias, a desenvolver suas potencialidades, como o desenvolvimento motor e cognitivo, além de se tornar uma estratégia para que a mesma possa expressar suas necessidades. Na verdade, a ludicidade se apresenta como um importante instrumento de intervenção em saúde durante a infância.

Portanto, para minimizar ou evitar os traumas da hospitalização, o ambiente hospitalar para as crianças não pode se limitar ao leito, devendo a unidade pediátrica fornecer condições que atendam às necessidades físicas, emocionais, culturais, sociais, educacionais e de desenvolvimento da criança. Daí, a importância de criar um ambiente recreativo, contendo livros, jogos e brinquedos seguros para estimular a auto-expressão do pequeno paciente. O brincar é capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade da criança hospitalizada melhor elaborar esse momento específico em que vive (MITRE; GOMES, 2004).

A existência de um espaço dedicado ao brincar dentro de um hospital reflete a preocupação com o bem-estar global do indivíduo, proporcionando maior confiança nos pacientes e em seus familiares. Contribui também para a desmistificação do ambiente hospitalar, comumente percebido como hostil, uma vez que a possibilidade de brincar no hospital permitiria a visão desse ambiente como bom e agradável (SILVA; KIRSCHBAUM; OLIVEIRA, 2007).

É essencial que o profissional inserido neste tipo de cuidado tenha a percepção que o brincar se insere nesse contexto como uma tentativa de transformar a ala hospitalar da pediatria em um ambiente mais humanizado, proporcionando melhores condições psicológicas às crianças internas. Além disso, um ambiente hospitalar humanizado somado a profissionais que trabalhem na perspectiva da inclusão do brinquedo terapêutico neste ambiente podem gerar resultados positivos a exemplo de acelerar a recuperação do paciente infantil, contribuindo para a diminuição dos dias de permanência no hospital e, conseqüentemente, o custo da própria hospitalização (MARTINS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2008).

A perspectiva da utilização do brinquedo na pediatria é a de servir como meio de comunicação entre os profissionais e a criança e detectar a singularidade de cada criança, pois a auxilia na revelação seus pensamentos e sentimentos, promovendo satisfação, diversão e espontaneidade, favorecendo o exercício de suas potencialidades (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Dessa maneira, a presença do lúdico funciona como elo entre a criança e os profissionais de saúde além de ser um veículo de comunicação no sentido de levar a informação, relativa ao adoecimento e tratamento, numa linguagem acessível à criança e sua família; bem como para mostrar procedimentos, com a possibilidade de experimentação por parte da criança (CARVALHO; BEGNIS, 2006).

Promover a humanização hospitalar pediátrica também implica na mudança da decoração do ambiente, pois a enfermaria colorida contribui para a redução da tensão e sensação de desconforto do ambiente ao olhar do pequenino. Além disso, ajuda a evitar a impressão negativa que as crianças estabelecem ao ver sala repleta de aparatos desconhecidos, tornando o local mais amedrontador do que realmente aparenta ser (CLEMESH, 2007; PAULI; BOUSSO, 2003).

Quando as crianças vivenciam a hospitalização, a qualidade do ambiente pode afetar diretamente no processo de recuperação. Nesse sentido, as intervenções no contexto hospitalar devem visar à promoção de condições favoráveis à reabilitação dos efeitos de

experiências adversas ao desenvolvimento das crianças. O ambiente deve incentivar a saúde e deve ser organizado de maneira que atenda melhor às necessidades dos pacientes, considerando-se os aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos da criança e de sua família (SILVA; KIRSCHBAUM; OLIVEIRA, 2007).

Para Martins, Ferreira e Oliveira (2008) a utilização de ambientes coloridos, com brinquedos e com decorações infantis em hastes de soro e grades dos leitos são altamente recomendáveis para minimizar a intensidade da aflição e desolação que as crianças expressam durante o período em que estão internadas. Além disso, este tipo de estratégia reduz o impacto e a extensão dos distúrbios emocionais que comumente as crianças apresentam quando retornam ao lar.

Estudos comprovam que a imagem formada de um ambiente orienta a apropriação que dele fazemos. A própria percepção do espaço envolve um processo de avaliação de acordo com nossas expectativas e valores. Os indivíduos “projetam” sobre o espaço sentimentos e significados internalizados, os quais correspondem à apreensão que fazem dele, seu nível de satisfação ou insatisfação. Sendo assim, as características do ambiente hospitalar podem provocar incômodo ao indivíduo (CLEMESH, 2007).

De acordo com o mesmo autor, os especialistas têm sugerido recentemente, que a arquitetura hospitalar deve não apenas evitar o estresse ambiental, como pode efetivamente contribuir para a recuperação do paciente. Passou então a entender o hospital como um ambiente de suporte total ao tratamento, isto é, como um instrumento terapêutico em si.

Contudo, de acordo com Souza *et al.*, (2008) para um cuidar humanizado em meio hospitalar, especificamente, no âmbito da pediatria a aquisição de um ambiente estruturalmente modificado não é o suficiente, somado a isso é essencial investir na qualificação e sensibilização dos profissionais para que ofereçam um cuidado pautado nos fundamentos da integralidade e com isso tornar o processo de hospitalização menos traumático e sofrido para quem o vivencia, neste caso, para as crianças e a família.

Certamente a equipe de enfermagem devido a sua permanência e disponibilidade aos pacientes tem a oportunidade de vivenciar o estresse dos acompanhantes e das crianças em processo de hospitalização. Neste sentido, é oportuno e necessário que cada profissional possa repensar ações em saúde neste âmbito, visando à implementação da humanização em nível pediátrico envolvendo todos os agentes inseridos neste processo para que o percurso da hospitalização possa ocorrer da forma mais digna e respeitosa possível (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A humanização é, pois um processo bastante amplo, demorado e complexo, já que, segundo Oliveira, Collet e Vieira (2006, p. 284), “envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência”.

Sabe-se que as crianças sofrem pela doença, pelo distanciamento do ambiente familiar e dos amigos, assim como do seu ambiente social, a escola. Em alguns casos de doenças graves, esses jovens passam meses, quem sabe anos, sem frequentar a escola, longe do processo de escolarização. O distanciamento do processo de aprendizagem repercute fortemente no processo de socialização, pois existe perda de contato da criança com seus colegas imediatamente (PADILHA; MARTINS, 2010).

Segundo o mesmo autor para obter o olhar integralizado visando atender o ser humano no aspecto intelectual e social, o hospital deve ser promotor também da escolarização através da classe hospitalar que objetiva fazer um acompanhamento pedagógico a crianças e jovens com dificuldades que estão definitiva ou temporariamente impedidos de frequentar a escola regular; nutrindo o sujeito de informações sobre o mundo dentro do currículo escolar definido pela educação nacional.

A criança hospitalizada necessita manter-se vinculada ao seu universo cotidiano, anterior à doença, para poder se reinserir nele depois da hospitalização. Assim, a classe hospitalar pode servir de elo entre o mundo fora e dentro das paredes do hospital. A continuidade das aprendizagens escolares, com um professor que acompanhe as construções de conhecimento, é um direito da criança (ZOMBINI, 2011).

Apesar das Leis e Diretrizes normatizarem, desde 2002, a obrigatoriedade do atendimento pedagógico nos hospitais pediátricos, apenas 2% dos 4 mil hospitais no País oferecem atendimento escolar. Diante desses números, há necessidade de desenvolver estratégias tanto nos cursos de formação de professores, quanto nos cursos dos profissionais de saúde, para que se torne possível à universalização de atividades conjuntas dos profissionais de saúde e de educação, para contribuir com a humanização dos hospitais e dos serviços de saúde, a favor do público infantil (PADILHA; MARTINS, 2010).

Nesse contexto, educação e saúde precisam caminhar juntas para um diálogo cada vez mais consistente e significativo, de modo a tornar possível uma atenção mais eficaz e digna para crianças distantes do convívio com seus pares, familiares, professores, entre outros, por estarem em situação de exclusão social, motivada por doença.

Sob esse prisma, com destaque para um cuidar humanizado em pediatria, os profissionais devem unir o conhecimento teórico-prático aos aspectos sociais, éticos, culturais e afetivos, que foram estabelecidos no ato de suas práticas, pois através dessa atitude os

mesmos conseguem obter uma nova compreensão dos princípios e valores que regem a humanização, não se restringindo às atribuições tecnicistas, respeitando o ser humano quanto a sua cultura e individualidade (ALAVES, *et al.*, 2003).

Contudo, de acordo com Souza *et al.*, (2008) para um cuidar humanizado em meio hospitalar, especificamente, no âmbito da pediatria a aquisição de um ambiente estruturalmente modificado não é o suficiente, somado a isso é essencial investir na qualificação e sensibilização dos profissionais para que ofertem um cuidado pautado nos fundamentos da integralidade e com isso tornar o processo de hospitalização menos traumático e sofrido para quem o vivencia, neste caso, para as crianças e a família.

Certamente a equipe de enfermagem devido a sua permanência e disponibilidade aos pacientes tem a oportunidade de vivenciar o estresse dos acompanhantes e das crianças em processo de hospitalização. Neste sentido, é oportuno e necessário que cada profissional possa repensar ações em saúde neste âmbito, visando à implementação da humanização em nível pediátrico envolvendo todos os agentes inseridos neste processo para que o percurso da hospitalização possa ocorrer da forma mais digna e respeitosa possível (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

2.4 Limitações e dificuldades para a implementação de uma assistência de enfermagem humanizada

A humanização nas práticas hospitalares busca resgatar a relação com o paciente, com as técnicas, com o ambiente onde se procede a assistência minimizando as dificuldades encontradas pelos profissionais na assistência humanizada. Por esta última, entende-se como o cuidado que se adapta ao conhecimento empírico e o complementa com os aspectos tecnológicos, científicos e sociais, tendo em vista uma assistência individualizada, personalizada, respeitando as características físicas, morais e sociais do paciente (SILVA; SOUZA; MARCELINO, 2008).

Sobre a assistência humanizada de enfermagem nos serviços de saúde, Beck *et al.*, (2009, p. 56) acreditam que:

a enfermagem possua um importante papel na implantação da humanização nos serviços de saúde, seja na assistência direta aos usuários, na educação em serviço com os membros da equipe ou na gestão dos serviços de saúde, uma vez que, em geral, um importante percentual desta equipe é composta por trabalhadores da enfermagem que permanecem mais tempo em contato com os usuários.

Contudo, apesar do profissional de enfermagem ser um personagem fundamental no processo de implementação da assistência humanizada, percebe-se que as condições ofertadas para a implementação dessa prática podem ser inviabilizadas por fatores diversos como estrutura física inadequada, a carência de materiais e de recursos humanos em caráter multiprofissional, ausência de ações que promovam a saúde do trabalhador e a necessidade de maior apoio do gestor (JEONG; KURCGANT, 2010).

Beck *et al.*, (2009) destacam ainda a falta de tempo como um outro fator limitante para o desenvolvimento de uma assistência humanizada. Segundos os autores, muitos profissionais de enfermagem justificam a falta de tempo dedicado ao paciente devido ao elevado número de atendimentos, o trabalho burocrático realizado pelo enfermeiro e o número reduzido de trabalhadores da equipe de enfermagem, sendo esse último é um problema crônico e que, caso não seja sanado devidamente pelas instituições públicas e privadas de saúde, tenderá a minar qualquer projeto de humanização.

A assistência em ambiente hospitalar expõe o profissional de enfermagem a diversos riscos e situações que comprometem a sua qualidade de vida e conseqüentemente a assistência prestada ao paciente, seja ele adulto ou pediátrico. Segundo Araújo, Soares e Henriques (2009), para a existência da qualidade de vida no trabalho são necessárias várias medidas: compensação adequada e justa, pois sem salário digno não há satisfação pessoal; condições de segurança e saúde no trabalho; carga horária e ambiente adequado; oportunidade imediata para a utilização e desenvolvimento da capacidade humana; oportunidade para crescimento contínuo; integração social na organização; constitucionalismo na organização do trabalho e a relevância social da vida no trabalho.

Segundos os referidos autores, a qualidade de vida está diretamente relacionada com as necessidades e expectativas humanas ao bem-estar do indivíduo no ambiente de trabalho, expresso através de relações saudáveis e harmônicas.

Humanizar a assistência hospitalar é dar lugar não só a palavra do usuário como também a palavra do enfermeiro, de forma que tanto um quanto o outro possa fazer parte de uma rede de diálogo e interação. Além do exposto, para que a equipe de enfermagem possa

prestar uma assistência adequada aos pacientes é necessário receber apoio e acompanhamento de uma equipe interdisciplinar composta por profissionais especializados, que possa auxiliar o servidor na identificação do seu sofrimento e no entendimento da dinâmica do trabalho de enfermagem, além de desenvolver programas de prevenção e manutenção da qualidade de vida no trabalho (GROSSI *et. al.*, 2011)

Na visão de Fogaça *et al.*, (2009), a qualidade de vida está frequentemente associado à melhoria das condições físicas do servidor, programas de lazer, estilo de vida, instalações organizacionais adequadas, atendimento a reivindicações dos trabalhadores e ampliações do conjunto de benefícios. Entretanto, o atendimento a essas necessidades envolve custos adicionais, que é obstáculo para a implantação de programas referentes à melhoria de vida no emprego.

Segundo os mesmos autores, o cuidado provido ao cuidador é essencial para proporcionar uma assistência qualificada. Quando o trabalhador se sente bem espiritualmente, fisicamente e mentalmente, este se torna mais acessível ao ouvir, atender e cuidar. Essa ideia deve surgir ainda no tempo de formação profissional, dentro de uma possibilidade de atentar ao acadêmico de enfermagem o cuidado com suas necessidades, tendo como objetivo formar um bom profissional.

Para tornar um hospital humanizado é necessário fornecer qualidade de vida no trabalho e tornar a instituição adequada à pessoa humana. Nesse caso, é uma necessidade social de todo profissional, sentir-se reconhecido, valorizado, amparado e cuidado (JEONG; KURCGANT, 2010).

Quando observa-se a humanização na pediatria também é possível evidenciar que é ainda um desafio, pois existe numerosas dificuldades e os obstáculos encontrados pelos profissionais em seu processo de trabalho.

Estudos apontam que as questões das gestões de recursos humanos e do espaço físico são barreiras para desenvolver a assistência humanizada. Os profissionais da saúde questionam a qualidade do cuidado integral, quando este não é realizado em um ambiente de trabalho considerado por eles, humanizado. Vale destacar que o humanizaSUS refere à ambiência hospitalar como o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, seguindo um dos eixos que adverte que o espaço deva possibilitar a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Quando o foco é a falta de recursos materiais, a compra, distribuição e manutenção são de responsabilidade da administração hospitalar que, de acordo com Paulus (2005), dever

suprir as necessidades de todas as áreas hospitalar para garantir a qualidade dos cuidados para o paciente. Sendo assim, é a administração que deve ficar atenta, para que a falta de material não se transforme em prejuízos para o paciente.

Outro ponto que merece destaque é a presença de poucos funcionários para cuidar de muitas crianças, prejudicando a atenção demandada por familiares que acompanham a internação do pequeno cliente, em função do pouco tempo disponível dos profissionais, o que interfere de forma direta na qualidade da produção de cuidados, provocando uma sobrecarga de trabalho (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Os autores acima entendem que apesar da falta de condições humanizadas no trabalho impor obstáculos na assistência qualificada e integral ao pequeno usuário e acompanhante, estes desgastes não obscurecem o prazer que os trabalhadores desfrutam de suas atividades, principalmente quando estas se apresentam em forma de reconhecimento do trabalho bem-sucedido.

Contudo, é urgente o olhar cuidadoso por parte dos gestores para os trabalhadores da pediatria, principalmente em relação à qualidade da assistência prestada por eles e das condições de trabalho presentes para conseguir alcançar os desejos do Ministério da Saúde para um cuidado humanizado.

A literatura enfoca que a assistência humanizada é algo necessário no cuidado integral dos pacientes, sendo em sua grande parte reconhecida pelos profissionais de enfermagem. Porém, é preciso reconhecer as dificuldades pontuadas pelos mesmos como fatores limitadores para a implementação do cuidado humanizado. É preciso que ocorra, simultaneamente, a humanização dos profissionais da saúde, em específico da enfermagem, viabilizando condições de trabalho e conseqüentemente a implementação de um plano contínuo, permanente, evolutivo e sustentado que envolva diversos níveis de responsabilidade (BECK *et al.*, 2009).

Dessa forma ao considerar o profissional de enfermagem, valoriza-se concomitantemente o fazer da profissão, ou seja, o cuidar, proporcionando uma qualidade de vida satisfatória para todos os trabalhadores da área de saúde, atingindo reconhecimento e valorização profissional. Vale destacar que ao investir em melhores condições de vida no trabalho e conseqüentemente do trabalhador, a instituição estará investindo indiretamente na elaboração de seus produtos, garantindo uma melhor qualidade, produtividade e assistência ao cliente.

3 Metodologia

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza transversal, com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2005), o estudo exploratório-descritivo visa familiarizar-se, por meio de levantamento de opiniões, crenças e atitudes, com o fenômeno que está sendo investigado, de modo que a pesquisa possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão, visando o aprimoramento de idéias e intuições a partir da familiarização da problemática.

Sobre a pesquisa qualitativa Minayo (2009) enfoca ainda que esta se trata de uma atividade da ciência, a qual visa a construção da realidade, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Segundo o mesmo autor, este tipo de pesquisa busca elucidar questionamentos específicos por meio da escuta dos sujeitos, para que sequencialmente possa ser possível a interpretação dos fenômenos cujos significados estão vinculados a um dado contexto.

Dessa maneira, a opção por este tipo de estudo é justificável devido o objeto centrar-se na aquisição de pensamentos coletivos, onde a apreensão dos mesmos torna-se o foco da investigação.

3.2 Participantes, Local e Duração da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Unidade de Pediatria do Hospital e Maternidade Municipal de Cuité cuja duração foi de três meses, ou seja, de Novembro de 2011 à Janeiro de 2012. A escolha do cenário para a realização da pesquisa justificou-se devido à acessibilidade à referida instituição (**ANEXO A**), além de ser o hospital de referência para o município, instigando-nos na busca de informações no que se refere à humanização da assistência local, em específico da equipe de enfermagem, direcionada a população alvo pesquisada.

Participaram da pesquisa 10 acompanhantes de crianças que se encontravam internadas por um período mínimo de 72 horas, tempo este necessário para um contato prévio com as equipes de enfermagem e sendo esta a condição elencada como critério de inclusão estabelecido para uma melhor homogeneização do grupo amostral. Foram excluídos, aqueles

participantes que apresentaram idade inferior aos 18 anos, que se recusaram a assinar previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**) e não concordaram em participar da pesquisa.

Salientamos que as entrevistas foram realizadas nos turnos matutino (08:00 às 12:00h) e vespertino (13:00 às 17:00h) conforme a disponibilidade do acompanhante e do pesquisador participante.

3.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa

Os dados foram coletados mediante roteiro de entrevista semi-estruturada, a qual foi gravada e realizada junto aos acompanhantes de crianças internadas no referido setor pediátrico. O instrumento roteiro de coleta (**APÊNDICE B**) foi composto por questões abertas e fechadas, dividido em duas seções. A primeira, referente à identificação e caracterização sócio-demográfica dos informantes e a segunda, composta por questões subjetivas, cuja finalidade foi abordagem da temática central do estudo. Assim, se procederam os seguintes questionamentos: **-Como a permanência no ambiente hospitalar pode interferir na rotina familiar diária?; -Qual o seu entendimento sobre a palavra humanização? -Como você percebe o atendimento a criança no ambiente hospitalar?; De que forma você percebe os cuidados dos profissionais de enfermagem a criança hospitalizada?;-Quais as facilidades e/ou dificuldades que podem influenciar na assistência humanizada a criança?**

As perguntas norteadoras tiveram por objetivo buscar respostas sem direcionar os resultados, deixando o entrevistado à vontade para exteriorizar suas experiências e sentimentos.

Para registro da entrevista foi utilizado um aparelho de MP3 player, o qual garantiu maior fidelidade e veracidade das informações coletadas. Após essa etapa, o material foi transcrito na íntegra, sendo posteriormente analisado a luz da literatura pertinente.

3.4 Análise dos dados

Para a elaboração do banco de dados e análise quantitativa dos mesmos foi utilizado o Software *Excel 2007* cujos resultados foram apresentados descritivamente sob a forma de tabela por meio de distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%). Para o tratamento qualitativo dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática sob a ótica de Minayo (2009), a qual explicita em etapas: *a) Entrevista transcrita na íntegra e realização de leitura flutuante do material*, com vistas à apreensão do todo. As entrevistas foram numeradas de forma crescente de acordo com a ordem de realização da mesma. Sendo transcritas de forma legítima no Microsoft Office Word para melhor interpretação e categorização; *b) Determinação das unidades de análise, registro ou unidades de significados ou temas*. Segundo Oliveira (2008, p. 572), “as unidades de registro podem ser: palavras, frases, parágrafos, temas objeto, personagem, acontecimento e documento”; *c) Processo de categorização e sub-categorização*, caracterizada como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de proximidade, e que podem exprimir significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo; e *d) Análise propriamente dita do material empírico produzido*, chegando à construção de dois núcleos de sentido: **1) “O impacto da hospitalização da criança na rotina familiar”** e **2) “O cuidado humanizado a criança hospitalizada”**. Para possibilitar uma discussão mais aprofundada acerca dos referidos núcleos, mediante a técnica de Análise de Conteúdo na Modalidade Temática, desta emergiram quatro categorias, sendo duas provenientes de cada núcleo permitindo assim um melhor direcionamento do estudo, são elas: “*Alteração no cotidiano familiar e a sobrecarga materna no cuidado a criança hospitalizada*”; “*A família como importante rede de apoio*”; “*Assistência recebida e a relação dialógica entre profissionais, acompanhantes e a criança: aspectos que facilitam a prática de uma assistência humanizada*” e “*Condições institucionais: aspectos que dificultam a prática de uma assistência humanizada*”.

Na apresentação dos resultados utilizou-se as letras “AC” para identificar o acompanhante entrevistado, seguido de uma sub-ordenação dos números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 que representa a sequência de realização das entrevistas.

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

A coleta de dados foi formalizada e iniciada após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), a qual só foi iniciada após autorização do mesmo, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos (**ANEXO B**).

O procedimento ocorreu em dois momentos: o primeiro consistiu de um contato prévio e individualizado com cada acompanhante, onde foram explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação e a apresentação de todos os itens contemplados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual foi assinado pelo acompanhante e pesquisadores responsáveis, sendo inclusive referida a livre opção de aceitar participar da pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal ou na assistência prestada a criança, podendo inclusive o participante retirar-se antes, durante ou depois da finalização de coleta de dados.

Sequencialmente, em um segundo momento, após a aceitação de inclusão na pesquisa pelos participantes a entrevista foi iniciada, sendo assegurado o anonimato de sua identidade como explicitado no termo de Consentimento livre e esclarecido. Neste sentido, foi utilizada a codificação AC como identificação da palavra acompanhante, seguida de um número correspondente, a exemplo de AC1 e AC2. Salientamos ainda que ao participante foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinada pelos pesquisadores envolvidos na referida pesquisa.

Nós, pesquisadores, cumprimos fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares (**APÊNDICE C**), assinando também um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (**APÊNDICE D**).

Ademais foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).

3.6 Financiamento da pesquisa

Os itens necessários à execução da pesquisa foram todos da responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Demonstrando-se, portanto, a nulidade de ônus, de qualquer natureza para o participante desse estudo, uma vez que todos os elementos necessários para a avaliação e tratamento classificaram-se como de fácil aquisição e baixo custo.

4 Resultados e Discussão

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram deste estudo dez acompanhantes, predominantemente mães, de crianças internadas na Unidade de Pediatria do Hospital e Maternidade Municipal de Cuité-Paraíba, cuja faixa etária variou de 19 a 37 anos completos. Quanto ao nível de escolaridade e exercício de trabalho fora do domicílio, constatou-se que todas apresentaram o ensino fundamental concluído enquanto sete mencionaram não exercer atividades laborais, respectivamente. A maioria das participantes era solteira, apresentando renda familiar inferior a um salário mínimo (**Quadro 1**).

Em relação às crianças hospitalizadas, constatou-se que a faixa etária esteve entre um e oito anos de idade, sendo cinco do sexo feminino e cinco do masculino. O período de internação apresentou variação entre três e de dias, onde dentre os diagnósticos clínicos envolvidos estiveram à asma, a infecção intestinal, a desidratação e a diarreia.

QUADRO 1: Dados sócio-demográficos dos entrevistados. Cuité. Paraíba. Brasil, 2012.

Acompanhante	Idade	Estado civil	Escolaridade	Parentesco	Trabalho	Renda familiar
AC1	24	Solteira	Ensino fundamental completo	Mãe	Não	Um salário mínimo
AC2	28	Solteira	Ensino fundamental completo	Mãe	Não	Inferior salário mínimo
AC3	21	Solteira	Ensino fundamental completo	Mãe	Não	Inferior salário mínimo
AC4	27	Solteira	Ensino fundamental completo	Mãe	Não	Inferior salário mínimo
AC5	32	Solteira	Ensino fundamental completo	Mãe	Sim	Inferior salário mínimo
AC6	28	Solteira	Ensino fundamental completo	Mãe	Não	Inferior salário mínimo
AC7	24	Casada	Ensino fundamental completo	Mãe	Não	Um salário mínimo
AC8	20	Casada	Ensino fundamental completo	Mãe	Sim	Um salário mínimo
AC9	19	Casada	Ensino fundamental completo	Mãe	Não	Inferior salário mínimo
AC10	37	Solteira	Ensino fundamental completo	Mãe	Sim	Um salário mínimo

FONTE: Dados da Pesquisa (2012).

As Unidades Temáticas Centrais ou Núcleos de Sentido definiram-se a partir da análise detalhada dos discursos dos participantes, intitulado-se **“O impacto da hospitalização da criança na rotina familiar”** e **“O cuidado humanizado a criança**

hospitalizada”.

Para possibilitar uma discussão mais aprofundada acerca dos referidos núcleos, mediante a técnica de Análise de Conteúdo na Modalidade Temática, emergiram duas categorias respectivamente permitindo assim um melhor direcionamento do estudo.

4.2 UNIDADE TEMÁTICA CENTRAL OU NÚCLEO DE SENTIDO I: O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA NA ROTINA FAMILIAR

A análise do conteúdo das entrevistas possibilitou o agrupamento das percepções das participantes com relação às implicações sofridas pela família em relação às mudanças na rotina diária assim como sobre a participação desta no processo do cuidado, constituindo as categorias: *“Alteração no cotidiano e a sobrecarga materna”* e *“A família como importante rede de apoio”*, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

4.2.1 Categoria I: Alteração no cotidiano familiar e a sobrecarga materna no cuidado a criança hospitalizada

O adoecimento e o processo de hospitalização constituem uma situação crítica para todo e qualquer ser humano, tendo especificidades ainda maiores quando se trata do público infantil, pois envolve mudanças e rupturas no seu cotidiano assim como de toda a família. Observam-se mudanças significativas na rotina diária, havendo necessidade de rearranjos, adaptações e reorganização da estrutura e de todo o ciclo familiar.

A dificuldade em gerenciar as obrigações pessoais e familiares com o cuidado exigido pela criança hospitalizada constitui um dos aspectos críticos pontuados pelas acompanhantes deste e de outros estudos. Percebeu-se, assim como nos achados de Othero e Carlo (2006) que a desestruturação do cotidiano foi perceptível nas falas das cuidadoras. Segundo estas, a permanência constante no hospital causa desequilíbrio e inviabiliza, muitas vezes, a manutenção da sua rotina diária, uma vez que a prioridade passa a ser a assistência à criança doente em detrimento aos seus compromissos pessoais e demandas da família.

Além das repercussões físicas e psicológicas ocasionadas pela doença à própria criança percebe-se que o adoecimento e a hospitalização também geram sentimentos diversos na família, especialmente entre os pais que geralmente estão à frente desse processo na figura de cuidador primário. O medo do desconhecido e principalmente da morte do filho são sentimentos vivenciados pelos genitores, os quais se culpabilizam, muitas vezes, acreditando que de alguma forma poderiam ter evitado tal condição.

Corroborando os achados de Pinto, Ribeiro e Silva (2005), o acompanhante deste estudo, representado pela figura materna, explicitou a interferência e desorganização na rotina familiar. As mudanças percebidas na vida dos membros da família marcaram intensamente este período e o cotidiano passou a ser planejado em função do tratamento da criança. Mesmo realizando e reconhecendo a necessidade de (re)adaptações, sendo estas geradas a partir da nova situação, houve um importante comprometimento na unidade familiar.

Alguns dos aspectos percebidos nos depoimentos maternos remeteram-se na incapacidade em conciliar as obrigações domésticas, laborais fora do lar e àquelas relacionadas aos demais filhos devido à responsabilidade de cuidador ou acompanhante principal ficar remetido a ela. O afastamento do lar e a preocupação com a impossibilidade em dar continuidade às atividades diárias no domicílio foi uma das repercussões bastante relatadas pelas participantes no que se refere à interferência na rotina devido ao processo de internação da criança. Segundo elas, a decisão em interromper as atividades domésticas por conta da sua permanência no hospital para cuidar do filho(a), foi necessária, porém bastante difícil e conflituosa, conforme relatos dispostos abaixo:

[...] Interfere porque tem que largar as coisas em casa. Tem que vir para cá né? [...] E a casa fica só, sem ninguém (AC3).

[...] Interfere porque a casa fica uma desordem, por cuidar. Fica muita coisa bagunçada porque só a mãe pode cuidar (AC6).

[...] Interfere muito. Eu tive que largar tudo em casa para ficar com ela. Foi difícil, está sendo muito difícil porque precisei largar os serviços de casa e tudo. Não tenho como está nos dois lugares ao mesmo tempo [...] está sendo difícil, mas eu prefiro ficar aqui com ela (AC7)

[...] Fica tudo em casa atrasado né? Atrasa o serviço da minha casa, mas tenho que está aqui no hospital. Não tem outro jeito (AC9).

[...] Assim, interfere porque a casa fica só também (AC10).

Como mencionado anteriormente, outro aspecto observado remeteu-se a preocupação do acompanhante, na figura materna, em relação à fragilidade ocasionada na convivência familiar e atenção limitada, especialmente aos demais filhos, devido à necessidade de acompanhamento contínuo a criança doente. A ausência do ambiente familiar por um período prolongado despertam sentimentos de preocupação com os demais filhos, os quais muitas vezes sentem-se enciumados pela atenção dos pais direcionada ao irmão hospitalizado.

Segundo Nunes e Roque (2011), o sentimento de ciúme gerado nos outros filhos, que, muitas vezes, sentem-se abandonados ao perceberem a profunda dedicação e preocupação com o irmão doente é uma situação comum quando a criança hospitalizada passa a ser a prioridade da família, especialmente dos pais.

Neste sentido, percebe-se que quando este tipo de situação desenvolve-se, como evidenciado neste estudo, os pais, aqui representados pela figura materna vivenciam conflitos e sentimentos de angústia, sofrimento e preocupação, pois se tornam constante presença para o seu filho internado e percebem-se como ausente para os demais filhos como retratam os discursos a seguir:

[...] A rotina muda porque eu não tenho só ela. Eu tenho dois em casa e não tenho como cuidar deles direito, dos outros dois, porque eu tenho que ficar aqui acompanhando ela e isso me preocupa muito mesmo (AC1).

[...] Ai meu Deus, é difícil viu. Minha cabeça não tá boa. Tô aqui preocupada com a menina, mas não paro de pensar nos meus dois meninos que estão em casa. Tô tão preocupada com os meus meninos (AC 4).

[...] Eu tenho outro, mas ele já tem treze anos, já sabe se cuidar um pouco, mas eu fico preocupada com ele porque ele não sabe cozinhar [...] fico estressada ligando para ver se ele já comeu (AC10).

Os relatos evidenciam um sentimento de impotência quanto a tudo que está acontecendo no ambiente extra-hospitalar, como o cuidado de suas casas e de seus filhos, ou seja, percebe-se a formação de sentimentos maternos ambíguos onde por um lado ela sente

necessidade em acompanhar o filho hospitalizado, por outro lado, ressentem-se por não poder dar assistência aos outros que ficaram em casa.

Mesmo reconhecendo a necessidade de adaptações, sendo estas geradas a partir da nova situação percebe-se que há uma mobilização da maioria dos familiares, contudo, a centralidade do cuidado recai, especialmente, em um dos seus membros. Ao cuidador primário, geralmente representado nos demais estudos, assim como neste, pela figura materna, cabe à responsabilidade de prestar assistência física, financeira e emocional.

O constructo histórico cultural estabelecido pela sociedade reserva a figura materna como principal responsável pelo cuidado do filho hospitalizado. A ela é direcionado o papel de educadora, sociabilizadora e cuidadora da prole, enquanto ao pai cabe o sustento financeiro da família (MARCON, 2007). Somado a esse contexto social, Moraes, Quirino e Almeida (2009), justificam ainda o protagonismo materno no ato do cuidar devido ao vínculo e relacionamento sólido formado entre a díade mãe-filho durante o período gravídico e ao momento do parto.

As mães vêm-se internadas com a criança, permanecem afastadas dos outros filhos e do trabalho, expostas ao cansaço, a desestruturação familiar e ainda tendo, muitas vezes, seus sentimentos não priorizados, ou até mesmo nem considerados (OTHERO; CARLO, 2006).

É importante ressaltar que a centralização do cuidado dedicado à criança por parte da mãe lhe ocasiona significativa sobrecarga de atividades e responsabilidades. Sua atenção e dedicação integral como cuidadora principal compromete o desempenho de outras funções além de resultar em consideráveis repercussões físicas e mentais.

[...] O dia-dia modifica bastante porque eu sou sozinha e não tem mais com quem deixar ele (AC2).

[...] Eu tenho que fazer tudo...é aqui no hospital e em casa [...] Não paro um minuto [...].As vezes penso que não vou conseguir [...] sou eu pra tudo (AC3).

[...] Não consigo dormir [...] fico o tempo todo aqui. Isso cansa. É muito puxado (AC8).

[...] É desconfortável pra dormir [...] Mas tem que vir, porque é meu filho que tá doente, e meu marido fica em casa só, se virando pra comer (AC 09).

Um fator favorável para a ocorrência da sobrecarga materna, observado neste estudo, e também abordado por Dantas (2009) em relação ao cuidado do filho doente refere-se à própria centralização por parte da mãe neste papel. A mesma, muitas vezes, não vislumbra a possibilidade em dividir as atividades do cuidar com outros cuidadores ou familiares, pois, para muitas delas, a falta de confiança em delegar o cuidado do filho a outra pessoa e a concepção de que apenas a mãe sabe cuidar é algo bastante consolidado entre elas como percebe-se nas falas:

[...] Não confio de deixar ele com outra pessoa [...] Só eu sei o que ele quer. Só eu tenho paciência com ele [...] Não confio de jeito nenhum (AC4).

[...] Tenho que cuidar dele, porque o pai não sabe cuidar que nem a mãe né? Ai tem que ficar mesmo (AC6).

[...] Eu sou a mãe né. A mãe é que tem que ficar mesmo [...] Só a mãe cuida direito. Eu não confio em deixar ela com outra pessoa de jeito nenhum. Eu prefiro ficar aqui (AC 9).

Dependendo do tipo de patologia, como as crônicas, e do tempo de internação a centralização do cuidado pode ocasionar problemas sérios de saúde ao acompanhante principal. De acordo com Francischetti (2006), as dores articulares, como as cervicalgias e as dorsalgias, assim como os quadros de insônia, ansiedade, fadiga e depressão são algumas das queixas mais evidenciadas entre os cuidadores primários.

Dantas (2009) complementa enfocando que além dos distúrbios e repercussões motoras mencionadas, a restrição e o isolamento social ocasionado devido à falta de tempo para resolução de afazeres pessoais podem também contribuir para a ocorrência dos distúrbios psicológicos e emocionais entre os acompanhantes primários.

A internação de um filho também é agravada pelo contexto sócio-econômico, ou seja, quando algum dos familiares precisa se ausentar, ou até mesmo, abandonar o emprego para acompanhar o pequeno paciente durante o período de internação. Corroborando os achados deste estudo. Neste sentido, Cucco (2006), enfoca que cuidadores, comumente representados pela figuras materna e paterna, reclamam em ter que conciliar a estadia no hospital, assistência dispensada a criança e o trabalho.

Apesar de haver o reconhecimento pessoal do cuidador sobre a importância da sua permanência ao lado da criança durante o período de internação, a qual gera na criança uma sensação de proteção e manutenção do elo com o ambiente externo e familiar, percebeu-se também que esse acompanhamento ocasiona sentimentos de preocupação, insegurança e medo em relação ao não cumprimento das obrigações diárias, a exemplo das atividades laborais fora do domicílio, o que pode contribuir para problemas estruturais de ordem familiar ainda mais intensos.

[...] A rotina muda tudo [...] Eu só vou em casa uma vez por dia a noite tomar banho e volto em seguida [...] E isso acaba por dificultar o meu trabalho (AC 1).

[...] Interfere assim né, porque, por exemplo, eu trabalho, já não posso ir ao serviço porque fico com ela dando assistência a ela. O principal problema é porque eu trabalho e não tenho como ir ao trabalho e isso vai prejudicar (AC 5).

[...] Interfere bastante, muda tudo né? Muda minha rotina e não posso trabalhar, muda tudo (AC 8).

[...] Muda porque eu preciso trabalhar. Fica tudo atrasado e eu fico preocupada com isso [...] tenho medo de perder o emprego [...] (AC 10).

De acordo com Nieweglowski (2004), dentre as mudanças mais importantes ocasionadas pelo processo de hospitalização na vivência familiar de um filho estão o afastamento do trabalho, devido o fato dos pais preferirem acompanhar diretamente a internação destes, o que conseqüentemente, pode acarretar as dificuldades financeiras que também preocupam e intensificam ainda mais os conflitos na família.

4.2.2 Categoria II: A família como importante rede de apoio

Quando um dos membros do clã familiar adoece e percebe-se a necessidade de hospitalização iminente vislumbra-se uma desestruturação desse núcleo como discutido

anteriormente, especialmente quando o protagonista é a criança. Esta passa a ser prioridade dos pais, que comumente estão inseridos como acompanhantes diretos, buscando estratégias para lidar com a nova problemática.

As famílias, nesta situação, comumente buscam direcionamentos que facilitem o enfrentamento da doença. Percebe-se, a importância de redes de apoio como estratégias de superação ou adaptação a situações complexas e desgastantes. Neste contexto, a ajuda de familiares e amigos próximos, comunidade, profissionais e associações são considerados importantes redes de apoio no enfrentamento deste processo (DANTAS, 2009).

Segundo Moraes, Quirino e Almeida (2009), o suporte social inclui o apoio ofertado pela família assim como de outras pessoas que se dispõem a ajudar seja por meio de um amparo educativo, espiritual, social e/ou de saúde.

Percebeu-se, a partir dos resultados aqui encontrados, que o suporte social oferecido às mães partiu de membros familiares próximos, sendo a figura da avó, a mais participativa e atuante na divisão de tarefas. É importante ressaltar, contudo, que a presença de membros da família no enfrentamento da problemática familiar esteve direcionada a colaboração da assistência dos filhos sadios, excluindo-os do cuidado a criança hospitalizada, a qual permaneceu em contínuo cuidado materno.

Uma das formas observadas como estratégia lançada pelo acompanhante, neste caso, a mãe, esteve relacionada à busca da participação dos demais membros da família na divisão de tarefas em relação às atividades domésticas, especificamente na contribuição do cuidado aos demais filhos. Em seus depoimentos constatou-se que esse tipo de apoio configura-se como uma ajuda fundamental para que possam passar por este tipo de problemática da melhor maneira possível.

Os familiares próximos foram colocados pelas entrevistadas como importantes fontes de apoio no enfrentamento do adoecimento e hospitalização de seus filhos enfermos. Certamente a participação ativa destes minimizou o sofrimento materno e consolidou a importância do vínculo familiar neste processo. Contudo, a preocupação, por parte das mães, em relação à interferência na rotina do membro apoiador ficou perceptível também em seus depoimentos:

[...] A rotina muda tudo porque eu não tenho só ela, eu tenho três e sobrecarrega minha mãe que fica cuidando deles [...] Acaba por dificultar o trabalho de minha mãe também e isso acaba me preocupando (AC1).

[...] Tenho uma menina que fica com minha cunhada e eu fico preocupada porque eu sei que interfere na rotina dela, é difícil né? (AC3).

[...] Fico tão preocupada com meus três filhos [...] quem dá de comer é a tia [...] A tia é quem fica pra lá e pra cá, levando comer a eles três (AC4).

[...] A outra criança fica com a avó, mas mesmo assim fica aquela preocupação [...] Fico ligando pra saber se tem as alimentações nas horas corretas [...] (AC7).

[...] Tenho outra criança que minha sogra fica, pelo menos ela fica bem né? Ela está melhor que a gente (AC8).

Segundo Morais, Quirino e Almeida (2009), a contribuição das redes de apoio é necessária e precisam ser reforçadas com vistas a minimizar sobrecarga e melhor dinamizar o enfrentamento da desestruturação familiar ocasionada pelo adoecimento do filho ou outro membro que a compõe.

Dantas (2009) também destaca a importância das redes de apoio social como algo fundamental na ajuda do cuidado a criança, especialmente aquelas que apresentam distúrbios crônicos. Segundo a autora, trata-se de um forte aliado da família na superação das dificuldades que podem surgir ao longo do processo de tratamento.

A família ainda constitui a rede de suporte mais próxima do ser humano e é caracterizada pelos cuidados de seus membros, sendo esta considerada uma de suas principais funções. Assim, as famílias têm assumido uma parcela de responsabilidades na prestação do cuidado e divisão de tarefas (MARCON *et al.*, 2005).

4.3 UNIDADE TEMÁTICA CENTRAL OU NÚCLEO DE SENTIDO II: O CUIDADO HUMANIZADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA

A partir da análise dos relatos obteve-se um núcleo de sentido intitulado “**O cuidado humanizado a criança hospitalizada**”. Para possibilitar uma discussão mais aprofundada

acerca do referido núcleo emergiram duas categorias as quais retratam acerca dos fatores facilitadores e dificultados para uma assistência humanizada percebidos pelas acompanhantes. São elas: *“Assistência recebida e a relação dialógica entre profissionais, acompanhantes e a criança: aspectos que facilitam a prática de uma assistência humanizada”* e *“Condições institucionais: aspectos que dificultam a prática de uma assistência humanizada”*.

4.3.1 Categoria I: Assistência recebida e a relação dialógica entre profissionais, acompanhantes e a criança: aspectos que facilitam a prática de uma assistência humanizada

A atenção, a comunicação adequada e a assistência ofertada pela equipe de enfermagem direcionada não apenas ao acompanhante, mas principalmente a criança foi percebida, neste estudo, pelos primeiros como algo positivo e importante para um cuidado humanizado. Assim como nos resultados obtidos por Spir *et al.*, (2010), os sujeitos entrevistados associaram a ideia de cuidado humanizado àquele que busca compreender o paciente e quem o acompanha como cuidador.

Nas falas maternas, evidenciou-se que para elas a compreensão do cuidado humanizado pode ser traduzido a partir da atitude e comportamento dos profissionais de saúde, neste caso, os de enfermagem. Assim, ações como atenção, carinho, abertura para o diálogo e demonstração de interesse na comunicação por parte dos profissionais foram interpretadas pelas acompanhantes como aspectos facilitadores para um cuidado humanizado.

Um dos fatores bastante pontuados pelas acompanhantes em relação à compreensão de um cuidado humanizado esteve relacionado à importância da relação dialógica entre o profissional de enfermagem, a criança e o acompanhante. A viabilidade de uma comunicação efetiva a partir de uma linguagem simples e esclarecedora que concomitantemente possibilite o cuidador expor suas dúvidas, medos e necessidades quanto ao processo de saúde-doença do filho oportuniza um relacionamento autêntico e recíproco entre ele, a criança e o profissional que presta assistência.

Nos discursos dos acompanhantes a seguir podem-se extrair elementos que caracterizam as interações entre os profissionais de enfermagem/acompanhantes/criança e norteiam as práticas de cuidado desenvolvidas:

RESULTADOS E DISCUSSÃO

[...] Elas conseguem explicar tudo pra gente e a gente fica sabendo tudo que se passa com ela. Eu tenho liberdade pra perguntar tudo o que ta acontecendo, qual o remédio, entendeu? O que pode, o que não pode [...] Assim, elas explicam tudo, sempre me acalma [...] Quando estou preocupada, elas me acalmam. Como falei, quando tenho dúvida, eu pergunto e elas respondem (AC1).

[...] Tenho liberdade de perguntar [...] Quando ele faz um exame de sangue eu pergunto a enfermeira e ela responde tudo bem direitinho, conversa e explica bastante [...] Sobre a enfermagem está tudo certo. A conversa é muito importante pra gente (AC2).

[...] A enfermeira brinca com ela, conversa com ela e comigo também, ai isso é bom, porque eu pergunto pra ela como minha filha está e ela responde bem direitinho [...] Quando uma pessoa vem e fala com carinho, atende bem e pergunta as coisas é muito bom. A minha menina adora [...] Eu acho tão bonito gente que atende assim (AC4).

[...] Eu me sinto a vontade com elas. Eu pergunto quando eu tenho dúvida e elas tiram minhas dúvidas e me informam do que minha menina tem [...] Eu não tenho do que reclamar não. Isso é muito importante. Faz agente se sentir um pouco melhor (AC10).

Para Skaba (2005) a carência de uma comunicação adequada pode desencadear dificuldades na humanização, podendo até mesmo inexistir. É de notória relevância perceber que o ato de humanizar a assistência à saúde depende de nossa capacidade de falar, de ouvir e do diálogo que mantemos com o ser cuidado. Neste ínterim, Armelin *et al.*, (2005) complementa afirmando que para a construção de uma relação de credibilidade entre o profissional e o acompanhante/paciente a comunicação é um aspecto essencial, a qual deve envolver elementos básicos por parte do profissional como a empatia e o envolvimento com o paciente.

É a partir da comunicação que o enfermeiro pode tornar a hospitalização mais humanizada e menos traumática com a troca de relações, com a interação, pois a comunicação entre os profissionais de saúde/acompanhantes/criança é um importante instrumento facilitador da assistência de enfermagem, possibilitando resultados positivos.

Um diálogo efetivo implica no reconhecimento mútuo, na concepção de cada um sobre si e sobre o outro, envolvendo uma relação entre dois sujeitos. Assim, considerando a importância da comunicação nas relações humanas e a particularidade da situação de

hospitalização, as relações estabelecidas são decisivas para a qualidade de atendimento além de favorecer na recuperação da doença (LIMA; JORGE; MOREIRA, 2006).

Outra associação realizada pelos acompanhantes em relação à ideia de um cuidado humanizado e assim considerado como um aspecto facilitador remete-se a assistência recebida pelas crianças assim como a maneira carinhosa como os profissionais prestam a assistência.

De acordo com Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) e Gasquoine (2005), atitudes que não dependem da tecnologia, a exemplo, do toque e olhar direcionados, entonação suave da voz, demonstrações de amor e respeito fazem bastante diferença não apenas as acompanhantes, na maioria das vezes pais, como também para os pequenos pacientes.

Ter um atendimento e a medicação administrada no horário certo e por profissionais atenciosos e competentes, os quais demonstram amor, respeito, atitudes de carinho e usam o olhar e a entonação suave da voz junto aos filhos fazem a diferença para as mães e para a criança hospitalizada. Para a mãe essas “pequenas coisas” são consideradas fundamentais para a superação das dificuldades vivenciadas no processo de adoecimento e internação do filho (SPIR, *et al.*, 2010).

De acordo com as mães, deste estudo, o tratamento ofertado com educação e respeito por parte de alguns profissionais de enfermagem torna a hospitalização uma experiência menos dolorosa e mais facilmente tolerável. Contudo, se o profissional não responde as expectativas, demonstrando descaso, falta de atenção ou de uma relação dialógica, é interpretado como um profissional não humanizado assim como o seu cuidado ofertado.

[...] Olha! Tem enfermeira que quando vai atender uma criança começa a brincar, fazer carinho, brinca com a criança pra ela ir se soltando [...] Assim ali eu já percebo que é um carinho. Ela tá fazendo o que gosta, mas tem outras que chega e mal fala com a criança [...] Para mim isso não é humano, não é um atendimento humanizado (AC2).

[...] Ah! Quando você pega uma enfermeira boa, que ela tem assim, mais carinho pra criança é bom porque você se sente mais tranquila (AC3).

[...] O cuidado da enfermeira que falei é muito carinhoso, é um cuidado do bem. Ela é boa que só, conversa, brinca com minha filha, fica perguntando se ela tem irmão, se ela não tem e ela responde tudo. Ela toma o remédio direitinho com essa enfermeira, pega e dá cheiro nela, e abraça [...] Fico tão satisfeita com isso. Elas brincam,

elas assim, chamam a atenção deles, pra ver se desestressa um pouco, por que eles ficam muito estressados. Tem delas que são muito atenciosas assim, de ajudar, ta brincando e tal. Ai ajuda bastante (AC 4).

[...] Bem, ela me trata bem porque fala direito comigo, não é ignorante, me responde quando eu pergunto, me fala o que devo fazer. Tipo, ela diz para eu dar comida direito, mesmo que ele não queira. Ela diz que eu tenho que tentar mais. Teve uma vez que o soro saiu e na hora que eu chamei ela veio (AC9).

Com base nas falas pôde-se perceber que as acompanhantes das crianças internadas consideram que a humanização na saúde caracteriza-se pela valorização da pessoa humana enquanto sujeito histórico e social.

O profissional de enfermagem deve contribuir com essa assistência humanizada, pois é ele quem mais conhece o paciente, por permanecer mais tempo com a criança internada dentro da equipe multidisciplinar, desde os procedimentos do tratamento até a evolução diária do paciente durante a sua hospitalização.

Sabe-se que na enfermagem, o cuidar do outro é a essência da dicotomia entre ciência e arte, que são os pilares da profissão. Cuidar é estar aberto ao outro, utilizar-se do conhecimento técnico científico e expressivo, relacionar-se num toque, num olhar, num cantarolar de uma canção, contando uma historia, ou quem sabe brincando (GOMES; ERDMANN, 2005).

É necessário que os enfermeiros reconheçam que na hospitalização a criança é afastada do seu ambiente familiar, o que acarreta um rompimento de seus vínculos afetivos para o desenvolvimento e recuperação da criança. Diante disso os profissionais são responsáveis por amenizar o sofrimento das crianças em internação hospitalar. É nesta situação, que muitas vezes, assumem o papel de mãe substituta ou mesmo dividem a tarefa com a mãe, orientando e assistindo o cuidado com o infante, a fim de proporcionar uma relação segura e adequada entre ambos (MAIA; RIBEIRO; BORBA, 2008).

As orientações recebidas e a viabilidade da participação no cuidado do filho permitiu a mãe reconhecer essa possibilidade como algo positivo por parte dos profissionais de enfermagem. Consideraram ainda, essa abertura na atenção ao filho como algo fundamental para o estabelecimento de vínculos e consolidação de uma relação de confiança entre a enfermagem e o acompanhante. Segundo as mães isso minimiza de forma significativa o

estresse que a hospitalização acarreta na criança e na sua família caracterizando essa atitude como um aspecto fundamental para uma assistência humanizada.

[...] Elas sempre me estimulam. Assim, sempre deixam eu ficar com ela..dividir o cuidado. Por exemplo, quem dá o banho sou eu, quem dá a comida também sou eu [...] Eu participo bastante, mas isso porque elas me incentivam também (AC1).

[...] Apesar dessa situação o que me deixa um pouco mais tranquila é que as enfermeiras permitem que agente cuide junto com elas. Elas estimulam bastante agente a manter esse cuidado. Faz a criança se recuperar mais rápido (AC3).

[...] Eu fico mais tranquila por poder ajudar no cuidado do meu filho (AC 4).

[...] É importante para agente participar do cuidado do nosso filho. Faz agente se sentir melhor. Eu mesma me sinto útil quando ajudo no cuidado junto com as enfermeiras. Isso também faz agente fica mais próxima né (AC 7).

Como primeiro passo para essa assistência humanizada o enfermeiro deve construir um vínculo com a criança e a família, pois uma recepção adequada é favorável nesse processo. Segundo Molina *et al.*, (2009) e Spir *et al.*, (2010) a percepção dos profissionais quanto à importância da participação da família no processo de hospitalização e cuidado a criança é muito importante e necessário não como uma imposição legalmente adquirida, mas sim como percebida a partir da revisão de valores, atitudes e conceitos.

4.3.2 Categoria II: Condições institucionais: aspectos que dificultam a prática de uma assistência humanizada

As barreiras entre a humanização e a assistência de enfermagem ainda são muitas, porém, superáveis segundo os relatos maternos. Alguns dos fatores constatados e pontuados por elas como dificultadores ou prejudiciais para uma assistência de enfermagem humanizada

envolve o déficit de recursos materiais, humanos e o comprometimento na infraestrutura dos hospitais. A fragilidade nestes fatores compromete, segundo as mães, o desempenho da equipe de enfermagem em prestar uma assistência de qualidade e humanizada.

Segundo Silva *et al.*, (2008), apesar do comportamento do profissional e as relações estabelecidas entre este último, à família e a criança serem considerados como condições principais para uma assistência humanizada é importante ressaltar que a estrutura física e os recursos materiais são, da mesma forma, elementos necessários e consideráveis para o complemento da assistência.

De acordo com os depoimentos maternos, a demanda hospitalar expressa na sobrecarga de tarefas e supervalorização da rotina torna, muitas vezes, impossível resgatar as relações com as pessoas, ou seja, a assistência se torna predominantemente mecanicista. Assim, a sugestão da ampliação dos recursos humanos para melhor assistir, sistematizar e operacionalizar as técnicas e conseqüentemente a qualidade do atendimento prestado ao pequeno paciente e família foi bastante idealizado entre as acompanhantes.

[...] Acho que o atendimento está precisando de melhora. Você chega com a criança doente e tem que esperar porque eles falam que tem pouco enfermeiro e médico no hospital [...] Tem que ter paciência e esperar [...] Só tem um médico para atender e só um enfermeiro para atender todo mundo (AC7).

[...] Na parte de atendimento da criança eu acho que deveria ter médicos e enfermeiros só para ficar no setor de criança, mas aqui é pouco médico e enfermeiro. Enfermeiro e médico mesmo é só um para o hospital todo [...] Ficam pra lá e pra cá [...] É só um pra tudo. Um pra atender tudo no hospital, emergência, tudo, tudo, tudo [...] Para mim isso até interfere na relação com os pacientes porque não dá nem pra conversar direito sobre o que a criança tem [...] é tudo tão corrido (AC 2).

Outra condição levantada pelas acompanhantes, deste estudo, como fator dificultador para a implementação de uma assistência humanizada, não como responsabilidade direta da enfermagem, mas que pode interferir no seu desempenho envolve a ausência de espaços físicos adaptados para a criança hospitalizada. De acordo com os relatos dos acompanhantes a presença de materiais e ambientes recreativos reservados para que as crianças possam brincar é muito importante, pois proporcionam a diminuição do sofrimento

destas e possibilitam uma interação maior entre a criança e àqueles que prestam assistência. A compreensão de que estes ambientes reduzem a ansiedade, o estresse, além de distrair a criança foi bastante contundente nos depoimentos.

Segundo as mães, a implementação do lúdico à assistência a criança pode proporcionar uma compreensão das necessidades e sentimentos que não são verbalizados pela criança, além de prover distração ou mesmo o resgate de aspectos que revela o universo infantil da criança.

[...] Seria muito bom se tivesse livros, televisão, jogo, por que assim ajudava a passar o tempo (AC5).

[...] Se tivesse brinquedo ia ajudar, por que as crianças não iriam ficar tão estressadas, por que o meu tem a idade mais avançada, e ele disse: “É muito chato mamãe ta só deitado”. Por que criança gosta de correr, de brincar, ai se você pra ocupar a mente só ali no soro parado, é claro que ele vai se estressar, a tendência é só gritar e chorar. O certo era pra ter até uma equipe assim, de palhaço, essas coisa né?, pra brincar com eles (AC6).

[...] Se tivesse brinquedo aqui era um desestressante pra eles né?, por que eles ficam muito estressados, muito cansado de está com o soro na mão. Até ajuda esses desenhos na parede, por que você coloca ele no braço, ai mostra uma coisa, mostra outra até ele se acalmar né, ai é muito bom, terem feito isso (AC7).

[...] Acho que as pinturas ajudam sim, por que a criança se sente melhor num quarto com as pinturas do que num quarto sem elas [...] Ah! Se tivesse brinquedo, ajudaria sim. Acho que a criança iria ficar menos estressada e até ia ser mais fácil para as enfermeiras fazer o trabalho delas. Era uma forma de interação melhor das crianças com elas (AC10).

De acordo com Motta e Enumo (2004), a criança possui formas limitadas de enfrentar situações adversas e, no caso da hospitalização, as instituições precisam atuar no sentido de promover ambientes mais familiares, humanizados e menos ameaçadores. O oferecimento de meios para que as crianças possam brincar possibilita o enfrentamento dos efeitos adversos da hospitalização. Para que isso ocorra, é fundamental que haja o apoio institucional por meio da viabilização de recursos humanos e materiais para este fim.

Facci (2004) concebe o brincar como atividade livre e natural, responsável pelo desenvolvimento de modo geral, e os brinquedos como objetos que subsidiam as atividades infantis. Ao brincar a criança pode adquirir o aprendizado a respeito da natureza e relacionamentos entre pessoas.

Além disso, o ato ou efeito de brincar é considerado, sobretudo entre as crianças um passatempo (ROCHA, 2009). Certamente uma estratégia importante que poderia ser utilizada pela equipe de enfermagem local para distrair as crianças e tornar o brincar nas unidades pediátricas uma tentativa de minimizar os danos psicológicos e facilitar o acesso dos profissionais para realizações de procedimento ao longo da internação.

Segundo Maia, Ribeiro e Borba (2008), as crianças são capazes de avaliar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem e suas expectativas são que elas tenham senso de humor, usem roupas coloridas, desenvolvam atividades lúdicas, sejam verdadeiras, confiáveis e humanas.

Esses são detalhes simples que auxiliam na adaptação e conforto do infante bem como, a sensação de sentir-se lembrado e amado. Apesar de não haver identificado nas falas maternas a utilização de todas essas estratégias por parte das profissionais de enfermagem para melhor dinamizar a assistência é relevante destacar que a utilização do carinho, do toque e da conversa entremeada por brincadeiras foi bastante significativa para que as acompanhantes compreendessem que a enfermagem desenvolve uma assistência humanizada ao implementar este tipo de comportamento junto as crianças.

Outra limitação importante pontuada pelos acompanhantes em relação às condições estruturais refere-se à falta de conforto nas acomodações hospitalares, especificamente para os acompanhantes e as crianças. Mesmo o ambiente da unidade pediátrica está de acordo com o que preconiza a RDC n.º 50(9), a qual trata do regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde a maioria dos delas demonstrou insatisfação em relação a este aspecto.

Isto pode estar relacionado ao seu longo período de permanência na instituição e ao fato de terem que cuidar ininterruptamente do paciente sem as condições ideais para um repouso eficiente, o que pode ocasionar, uma sobrecarga emocional e física, a exemplo de quadros algícos e interferência do sono.

Outro fator negativo apontado pelas acompanhantes foi à falta de um sanitário na Unidade Infantil para os acompanhantes, as quais tinham que dividir com as crianças e todos os cuidadores o mesmo banheiro. A rotatividade intensa comprometeu a higiene local, tornando isso um fator limitante bastante pontuado por elas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

[...] Uma coisa que acho errado é que uma pessoa adulta que está no hospital usar o banheiro infantil, o banheiro sendo usado por adulto e criança. [...] Também aqui os quarto é muito quente, e não tem ventilador, outra coisa aqui que eu também não acho bom, é que os acompanhantes não tem uma cama, uma dormida pra um acompanhante ficar, isso é muito cansativo pra pessoa, era pra ter pelo menos um colchonete à noite pra pessoa botar no chão, pra melhorar (AC5).

[...] Se ela não esta em um ambiente limpo ela vai sair mais prejudicada do que o que chega, se ela chega com o organismo fraco É preciso limpar mais vezes o banheiro (AC2).

[...] O que dificulta bastante é que, por exemplo, a pessoa adulta que está no hospital usa o banheiro infantil [...] Não acho certo, o banheiro ser usado por adulto e criança [...] Às vezes o banheiro fica, assim, muito sujo e é ruim para a criança (AC6).

[...] A limpeza precisa de muita melhora, precisa melhorar bastante, a higiene precisa ser muito [...] (AC7).

[...] A dormida aqui é muito desconfortável. Agente fica nessas cadeiras duras, sem jeito e sem posição. Já é difícil essa situação e mais esse desconforto [...] É muito desgastante para agente que tem que ficar toda hora com eles [...] Acho que devia ter mais banheiros aqui. Cada um com o seu, um para os adultos e outro para as crianças, só para elas. Fica todo mundo usando um banheiro só. É muito errado isso (AC9).

De acordo com Macedo *et al.*, (2007), o ambiente exerce diversas influências sobre o cliente, que podem ser favoráveis a sua recuperação ou prejudicá-lo ainda mais. Cabe à equipe de enfermagem esforçar-se para tornar o ambiente confortável, a fim de possibilitar o restabelecimento da saúde do cliente o mais rápido possível.

Portanto, é necessário oferecer alternativas que visem maior conforto, pois a presença do acompanhante ao lado da criança é fundamental para sua recuperação. Para isso, o acompanhante precisa se sentir confortável e acolhido (BITERCOURT *et al.*, 2007).

Analisando o cuidado como um todo, além da atenção que deve ser dada e que, segundo as mães, proporciona conforto, percebemos que a instituição hospitalar também é responsável por garantir bem-estar aos acompanhantes.

Assim para que seja efetivada essa forma de assistência humanizada, se faz necessário uma organização das unidades pediátricas como um todo. Essas não são simples alterações no projeto e na caracterização da unidade ou no tipo de facilidades dadas à família, mas também nas atitudes dos profissionais de saúde quanto ao envolvimento dos pais no cuidado à criança hospitalizada, na relação que esses estabelecem com os pais, na qualidade da assistência, a fim de propiciar o compartilhamento desse cuidado já que ambos (enfermagem e pais) possuem um objetivo em comum, o restabelecimento da saúde da criança (FERNANDES; ANDRAUS; MUNARI, 2006).

Percebemos que, os resultados encontrados apontam os eixos que norteiam a humanização da assistência. Diante da identificação dos aspectos pontuados pelas acompanhantes como facilitadores e dificultadores para a implementação de uma assistência humanizada é necessário que haja comprometimento da equipe de enfermagem com as crianças, acompanhantes assim como com a instituição onde trabalham a fim de minimizar as falhas e potencializar as ações facilitadoras para que se possa alcançar a excelência na prática humanizada da enfermagem.

5 Considerações Finais

No cotidiano das famílias comumente não são planejados espaços para a doença ou hospitalização de algum dos seus membros. Quando uma dessas situações ocorre, evidencia-se uma significativa desorganização na dinâmica familiar.

Percebe-se entre os familiares a inversão de papéis, a necessidade de adaptações às normas e rotinas hospitalares além de um importante reajuste social e psicológico, especialmente por parte dos pais quando este processo envolve um filho. O papel desempenhado por eles é bastante intenso, tendo-os que buscarem estratégias para equilibrar as demandas da família e não apenas da criança enferma.

Nesta perspectiva, observamos que a figura materna toma para si a responsabilidade do cuidado de maneira mais intensa e contundente que os demais membros. Surge por parte delas o sentimento centralizador, onde a mesma acredita que deva ser um modelo de sacrifício e devoção. Contudo, apesar da necessidade da presença contínua junto ao filho doente, a mãe também compreende que essa decisão trás importantes repercussões físicas, emocionais e financeiras, a exemplo da interferência na rotina doméstica, laboral e nos relacionamentos com os outros filhos, principalmente.

A inviabilidade em equilibrar as demandas da criança enferma e da própria família consiste no conflito mais preocupante para a mãe, a qual vivencia um conjunto de sentimentos de culpa, inadequação, ansiedade e infelicidade.

Ressaltamos, contudo, como fator relevante para a discussão que a participação da família, especialmente das avós, foi percebida como importante rede de apoio nas demandas domésticas. Geralmente quando o casal encontra dificuldade em minimizar as alterações ocasionadas pelo processo de hospitalização do filho procuram a ajuda de familiares, vizinhos ou amigos para que possam enfrentar o momento de fragilidade da unidade familiar.

Mesmo havendo a compreensão da necessidade do apoio dos demais integrantes da família soma-se aos sentimentos mencionados e experienciados pela mãe a preocupação com a sobrecarga de tarefas, mesmo que na maioria das vezes seja como um acordo entre os seus integrantes.

Os resultados mostraram ainda que para viver o processo de hospitalização a criança e a mãe/família precisam ter suas necessidades atendidas pela instituição que os recebe como pelos profissionais envolvidos na assistência, especificamente os de enfermagem.

Fatores foram identificados como facilitadores e dificultadores para uma assistência humanizada. Segundo os acompanhantes, a atenção, o carinho e a relação dialogada estabelecida entre os profissionais, a criança e o acompanhantes foram considerados

fundamentais para o enfrentamento traumático da hospitalização, assegurando que as ansiedades e medos fossem amenizados.

Defendemos neste íterim que o diálogo pode ser um dos principais passos para a solidificação do vínculo entre a enfermagem e a família, devendo a equipe repensá-la em seu plano de cuidado como um aspecto fundamental e facilitador para o estabelecimento da humanização.

Como dificuldades para um cuidado humanizado, constatou-se que a falta de acomodação, materiais, recursos humanos, espaços infantis e estrutura física confortável para o acompanhante foram apontados por estes como aspectos negativos para uma assistência humanizada a saúde.

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde envolvidos no processo do cuidado a criança, principalmente os de enfermagem por estar cotidianamente próxima a essa realidade, promovam o apoio e o suporte necessário para que esse momento torne-se menos doloroso para a família e o pequeno paciente.

Enfim, compreendemos que a busca de qualidade e humanização no cuidado prestado ainda é um desafio que devemos enfrentar. Neste sentido, acreditamos que, o presente trabalho poderá fornecer subsídios para que os interessados na temática possam familiarizar-se com as repercussões que o processo de hospitalização causa a família e a partir daí viabilizar o aprimoramento da assistência dos profissionais de enfermagem que atuam na área.

Referências

- ALAVES, A. M.; GONÇALVES, C. S. F.; MARTINS, M. A.; SILVA, S. T.; AUWERTER, T, C.; ZAGONEL, I. P. S.. A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf.** 2006;8(2):192-204.
- ANDRADE, L. M. de.; MARTINS, E. C.; CAETANO, J. A.; SOARES, L.; BESERRA, E. P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletr.** v. 11, n. 1, p. 151-7, 2009.
- ARAÚJO, G. A.; SOARES, M. J. G. O.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.11, n.3, p.635-341, 2009.
- ARMELIN, C. B.; WALLAU, R. A.; SARTI, C. A.; PEREIRA, S. R. A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada, **Rev. Bras. Crescimento e desenvolvimento**, v. 15, n. 2, p. 45-54, 2005.
- BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, Jun. 2006.
- BARROS, D. M. de S.; LUSTOSA, M. A. A ludoterapia na doença crônica infantil. **SBPH**, v. 12 n. 2, P. 114-136, 2009
- BATISTA, C. V. M. Brinciança: a criança enferma e o jogo simbólico: estudo de caso. [tese]. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2003.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.
- BECK C. L. C.; LISBÔA R. L., TAVARES J. P.; SILVA, R. M.; PRESTES, F. C. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 54-61, 2009.
- BITENCOURT, A. G. V. et al. Análise de estressores para os pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Brasileira de Terapia Intensiva**, v.19, n.1, p.53-59, 2007.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra.** 14 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. **Ambiência** [Série B: Textos Básicos de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

- CARVALHO, A. M.; BEGNIS, J. G. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.1, p. 109-117, 2006.
- CASTANHA, M. L.; ZAGONEL, I. P. S. A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.5, p.556-562, set./out. 2005.
- CLEMESHA, M. R. Arte e ambiente terapêutico. **Revista Exacta**, São Paulo, v.5, n.1, p.57-67, jan./jun. 2007.
- CÔA, T. F.; PETTENGILL, M. A. M. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.4, p. 825-832, ago. 2011.
- CORBANI, N. M. S.; BRETAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.62, n.3, p.349-354, maio/jun. 2009.
- CUCCO, S. da S. Hospitalização infantil: os sentimentos atribuídos pelas mães para a doença e a hospitalização de seus filhos. 2006. Monografia em Psicologia – Universidade do Vale do Itajaí, 2006.
- D'ALCANTARA, E. B. Criança hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. **Psicópio: Revista virtual de psicologia hospitalar e da saúde**. Belo Horizonte, Ano 3, n. 6, 2008.
- DANTAS, M. S. A. Participação da família no cuidado a criança com paralisia cerebral. 2009. 95 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, 2009.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, 2004.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: **Lei Federal, 8.069/1990**. Ministério da Justiça/Secretaria dos Direitos da Cidadania: Brasília/DF, 1990.
- FACCI, M. G. D. A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski. **Cadernos Cedes**, v.24, n.62, p.64-81, 2004.
- FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-16, 2007.

- FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; NOGUEIRA, P. C. K.; MARTINS, L. A. N. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.21, n.3, p.299-305, 2009.
- FERNANDES, C. N. da S.; ANDRAUS, L. M. da S.; MUNARI, D. B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 108- 18, 2006.
- FRANCISCHETTI, S. S. R. **Níveis de stress e sobrecarga em cuidadores de crianças portadoras de paralisia cerebral grave**. 111f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2006.
- GASQUOINE, S. Mothering a hospitalized child: it's the 'litt le things' that matt er. **J Child Health Care**, v. 9, n. 3, p. 186-95, 2005.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- GOMES, G. C., ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v.26, n.1, p.20-30, abr. 2005.
- GOMES, I. L. V. Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 125-135, mar./jun. 2011.
- GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e enfermagem á criança no hospital: uma perceptiva para a sua humanização. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto, v.26, n.1, p.20-30, abr. 2005.
- GROSSI, A. C. M.; SILVA, J. A.; MARCON, S. S.; OLIVA, A. P. V. Sistematização da assistência de enfermagem: percepções de enfermeiras. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.2, p.226-232, Abr./Jun. 2011.
- JEONG, D. J. Y.; KURCGANT, P. Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.31, n.4, p.655-661, dez. 2010.
- LIMA, F. E. T.; JORGE, M. S. B.; MOREIRA, T. M. M. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. **Rev. bras. Enferm**. Brasília, v.59, n.3, 2006.
- MACEDO, S. E. C. et al. Fatores de risco para a internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.3, p.351-358, 2007.

MAIA, E. B. S.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H. Brinquedo Terapêutico: Benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.29, n.1, p.39-46, 2008.

MARCON, S. S. **Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso: 20.05.2012.

MARTINS, M. T. R.; FERREIRA, A. J. A.; OLIVEIRA, V. L. H. Desconstruindo e reconstruindo com arte: mais um passo para a humanização hospitalar. **Interagir: pensando a extensão**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 75-78, jan./dez. 2008.

MOLINA, R. C. M.; MARCON, S. S. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista da escola de Enfermagem – USP**, v.43, n.4, p.856-864, 2009.

MOLINA, R. C. M.; FONSECA, Fonseca, E. L.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. The family's perception of its presence at the pediatric and Neonatal Intensive Care Unit. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 630-8, 2009.

MORAES, E. O.; ENUMO, S. R. F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. **Psico USF**. Itatiba, v.13, n.2, p. 221-231, dez. 2008.

MORIAS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2009.

MITRE, R. M. de A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 147-154, 2004.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicol Estud.**, v.9, n. 1, p.19-28, 2004.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.2, p.254-260, mar./abr. 2011.

NIEWEGLOWSKI, V.H. **Unidade de terapia intensiva pediátrica: vozes e vivências da família**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

NUNES, M. C.; ROQUE, E. D. **Acompanhante diante da hospitalização infantil – as implicações sociais decorrentes**. 2012. Disponível em: <<http://>

br.monografias.com/.../acompanhante...infantil.../acompanhante- ...>. Acesso em: 20.05.2012.

OLIVEIRA, P. C. MELLO, A. T. O trabalho do pedagogo no hospital: uma prática que funciona. **Revista Científica da FATI**, v. 1, n. 6, p. 73-80, Jan./Jun., 2008.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência a saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 277-84, 2006.

OLIVEIRA, R. de; OLIVEIRA, I. C. dos S. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 230-6, 2008.

OTHERO, M. B.; CARLO, M. M. R. do P. de. A família diante do adoecimento e da hospitalização infantil – Desafios para a terapia ocupacional. **Pratica Hospitalar**, v. 3, n. 47, p. 100-104, 2006.

PADILHA, A. C.; MARTINS, L. S. Classe hospitalar: um olhar pedagógico singular. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.16, n. 2, p. 323-324, maio\ago. 2010.

PAULI, M. C.; BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 280-6, 2003.

PAULUS JUNIOR, A. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 7, n.1, p.30-45, 2005.

PINTO M. C. M.; CAMATA D. G.; OLIVEIRA A. C.; DALGE D. P.; PAES A. T. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. **Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE**, São Paulo. v.7, n.1, p.18-23, 2009.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. da. Procurando manter o equilíbrio para manter as suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 974-81, 2005.

QUIRINO, D. D.; COLLET, N.; NEVES, A. F. G. B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.31, n.2, p. 300-306, 2010.

REICHERT, A. P. da S.; LINS, R. N.; COLLET, N. Humanização do cuidador da UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 25.02.2012.

ROCHA, M. S. P. de M. L. A atividade lúdica, a criança de 6 anos e o ensino fundamental. **Psicol. esc. educ.**, v.13, n.2, p. 203-212, 2009.

- SCHULTZ, L. F. **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho.** 2007. Disponível em: <http://tede.ung.br/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=35>. Acesso em: 20.03.2012.
- SILVEIRA, A. O.; ANGELO, M.; MARTINS, S. R. Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 212-17, 2008.
- SILVA, S. H.; JESUS, I. C.; SANTOS, R. M.; MARTINS, D. C. Humanização em Pediatria: O brinquedo como recurso na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Pediatria moderna**. v.46, n.3, p. 101-104, maio/jun. 2010.
- SILVA, A. G. da; SOUZA, T. T. R. de; MARCELINO, K. Assistência de enfermagem humanizada: dificuldades encontradas por enfermeiros em hospital privado de São Paulo. **ConScientiae Saúde**, v. 7, n. 2, p. 251-59, 2008.
- SILVA, J. B.; KIRSCHBAUM, D. I. R.; OLIVEIRA, I. Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.2, p.250-59, jun. 2007.
- SILVA, A. G. da; SOUZA, T. T. R. de; MARCELINO, K. Assistência de enfermagem humanizada: dificuldades encontradas por enfermeiros em hospital privado de São Paulo. **ConScientiae Saúde**, v. 7, n. 2, p. 251-59, 2008.
- SIMÕES; A. L. A.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto e Contexto-Enfermagem**. v.16, n.3, p.439-444, Jul./Set. 2007.
- SQUASSANTEI, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.1, p. 11-7, jan./fev. 2009.
- SKABA, M. F. Humanização e cuidados paliativos. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 782-784, 2005.
- SPIR, E. G.; SOARES, A. V. N.; WEI, C, Y.; ARAGAKI, I. M. M.; KURCGANT, P. **A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal.** **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1048-54, 2011.
- SOUZA, J. C.; LIMA, J. O. R.; MUNARI, D. B.; ESPERIDIÃO, E. Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n.6, p. 878-882, nov./dez. 2008.

SOUZA, K. M. O. DE; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.471-480, 2010.

THOMAZINE, A. M.; PASSOS, R. S.; JÚNIOR BAY, O. G.; COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. de. Assistência de Enfermagem a Criança hospitalizada: um resgate histórico. **Cienc . Cuid. Saúde**. v. 7, (Suplem. 1), p. 145-152, 2008.

ZOMBINI, E. V. **Classe hospitalar**: uma estratégia para a promoção da saúde da criança. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr. (a).

Você foi convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **“Assistência humanizada da enfermagem à criança hospitalizada: a percepção do acompanhante”**, realizada pela acadêmica do Curso de Bacharelado em enfermagem **Marcela Fonseca Jonas** da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) sob a orientação da **professora Ms. Isolda Maria Barros Torquato**.

O objetivo principal da pesquisa consiste em Analisar a percepção dos acompanhantes de crianças hospitalizadas acerca do atendimento prestado pela equipe de enfermagem no tangente ao aspecto da humanização. Sobre os objetivos específicos estão incluídos: Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos acompanhantes e das crianças hospitalizadas; Verificar a interferência da hospitalização na rotina familiar diária; -Compreender a percepção dos acompanhantes sobre a humanização; -Analisar as ações do cuidado da equipe de enfermagem direcionada a criança; -Identificar os fatores determinantes que facilitam ou dificultam uma assistência humanizada; -Averiguar os sentimentos dos participantes sobre a assistência prestada aos acompanhantes.

Este estudo pode proporcionar contribuições significativas para a área da saúde demonstrando a partir da ótica dos acompanhantes a necessidade de melhorar ou não a assistência prestada pela equipe de enfermagem à criança que se encontra em processo de hospitalização.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista semi-estruturada, que será gravada em aparelho gravador para posterior transcrição manual, sendo preservada a sua identidade e privacidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em revistas e/ou eventos científicos.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Qualquer dúvida que venha surgir antes, durante ou depois de qualquer etapa desta pesquisa, bem como sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para você, a criança ou para a instituição que oferta a assistência.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando o senhor (a) isenta de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação, assim como também fica a certeza de isenção a qualquer tipo de risco para a sua pessoa durante esta pesquisa.

Informamos ainda que o (s) pesquisador(es) estará(o) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, solicitamos a uma participação o que tornará possível a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité ____ de _____ de 2012.

Prof.^a Ms. Isolda Maria Barros Torquato
Pesquisadora Responsável

Marcela Fonseca Jonas
Pesquisadora Participante

Testemunha



Endereço de Trabalho do Pesquisador Responsável:

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité.
Olho D’Água da Bica s/n - Cuité-PB. CEP: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900

Endereço Residencial do Pesquisador Responsável:

Avenida Alagoas, nº 487, Bairro dos Estados. Cep: 58030-150. João Pessoa – PB.

Endereço do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança - FACENE/FAMENE

Avenida Frei Galvão, nº 12, Gramame. CEP: 58067-695 - João Pessoa - PB – Brasil. Fone: (83) 2106-4777

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTEVISTA Título da Pesquisa:
<i>Assistência Humanizada da Enfermagem à Criança Hospitalizada: a percepção do acompanhante</i>
I – IDENTIFICAÇÃO:
• LOCAL DA ENTREVISTA
Hospital: _____ Logradouro _____ Bairro _____ Cidade: _____ Estado _____
• ACOMPANHANTE
1. Gênero: F () M () 2. Idade: _____ (Anos completos) 3. Escolaridade: _____ 4. Estado civil: _____ 5. Renda Familiar: <input type="checkbox"/> Um salário mínimo <input type="checkbox"/> Até um salário mínimo <input type="checkbox"/> Mais que um salário mínimo 6. Parentesco com a criança internada: _____ 7. Trabalha? _____ Onde? _____ 8. Qual a renda da família? a) <input type="checkbox"/> Menos de um salário mínimo b) <input type="checkbox"/> Até um salário mínimo c) <input type="checkbox"/> Mais de um salário mínimo
• CRIANÇA
1. Gênero: F () M () 2. Idade: _____ (Anos completos) 3. Escolaridade: _____ 4. Motivo da hospitalização: _____ 5. Número de hospitalizações: _____ a) Uma vez () b) Mais de uma vez () 6. Tempo de internação da última hospitalização: a) <input type="checkbox"/> Menos de 3 dias b) <input type="checkbox"/> Entre 4 e 7 dias c) <input type="checkbox"/> Entre 8 a 14 dias d) <input type="checkbox"/> Mais de 15 dias
II – PERGUNTAS NORTEADORAS:
1. Como a permanência no ambiente hospitalar pode interferir na rotina familiar diária? 2. Qual o seu entendimento sobre a palavra humanização? 3. Como você percebe o atendimento a criança no ambiente hospitalar? 4. De que forma você percebe os cuidados dos profissionais de enfermagem a criança hospitalizada? Em que momentos ou de que forma? 5. Quais as facilidades e/ou dificuldades que podem influenciar na assistência humanizada a criança?

APÊNDICE C

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS
TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Pesquisa: “Assistência humanizada da enfermagem à criança hospitalizada: a percepção do acompanhante”.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2.099.914 e CPF: 033326024-46 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, _____ de _____ de 2011.

Orientadora

APÊNDICE D

Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**Assistência Humanizada da Enfermagem a Criança Hospitalizada: a percepção do acompanhante**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP-FACENE/FAMENE, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ de _____ de 2011.

Autor (a) da Pesquisa
Isolda Maria Barros Torquato

Orientando (a)
Marcela Fonseca Jonas

ANEXOS

ANEXO A**HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE CUITÉ**

Endereço: Rua quinze de novembro N° 173 Bairro: centro CEP: 58175-000
CNPJ do Hospital: 08.732.174/0008-27

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**Assistência humanizada da enfermagem à criança hospitalizada: a percepção do acompanhante**” desenvolvida pela aluna **Marcela Fonseca Jonas** do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora **Isolda Maria Barros Torquato**.

Cuité, _____ de _____ de 2011.

Luzia dos Santos Oliveira
Diretora do Hospital Municipal de Cuité

ANEXO B
CERTIDÃO PROVISÓRIA DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE
ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACEN



FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA
NOVA ESPERANÇA

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3256, de 21.09.2005
 e publicada no DOU de 28.09.2005, p. 184, seção 01.
 Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007
 publicada no DOU de 31 de dezembro de 2007, p. 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 10ª Reunião Ordinária realizada em 10/11/2011 após análise do parecer da relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Assistência humanizada da enfermagem à criança hospitalizada: A percepção do acompanhante", protocolo número: 192/11 e CAAE: 0192.0.351.000-11 da pesquisadora responsável (orientadora): **Isolda Maria Barros Torquato** e da pesquisadora participante (aluna): **Marcela Fonseca Jonas**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/11, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 05 de Dezembro de 2011

Faculdade de Ciências da Saúde - Nova Esperança

Rua do Socorro, 12 - Gramma - João Pessoa - Paraíba

Município de Nova Esperança - Paraíba

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramma - João Pessoa - Paraíba - Brasil
 CEP: 58.067-695 - Fone/fax: (83) 2106-4777