



JULIANE PORTELLA RIBEIRO

**A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO DA UNIDADE DE
PEDIATRIA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

RIO GRANDE

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO DA UNIDADE DE
PEDIATRIA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

JULIANE PORTELLA RIBEIRO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Dr^a Giovana Calcagno Gomes

RIO GRANDE

2015

R484a Ribeiro, Juliane Portella.

A ambiência como ferramenta de humanização da unidade de pediatria: contribuições da Enfermagem / Juliane Portella Ribeiro. – 2015.

178 f.

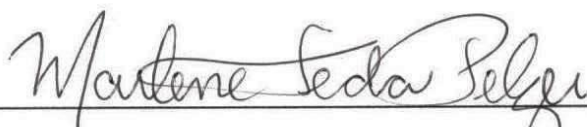
Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2015.
Orientadora: Dr^a. Giovana Calcagno Gomes.

1. Enfermagem 2. Pediatria 3. Humanização 4. Ambiente Hospitalar 5. Assistência à saúde I. Gomes, Giovana Calcagno
II. Título.

CDU 616-083:616-053.2

**A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO DA UNIDADE
DE PEDIATRIA: contribuições da enfermagem**

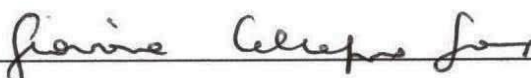
Esta tese foi submetida ao processo de defesa pública pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutora em Enfermagem 16/03/2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Profª Drª Marlene Teda Pelzer

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

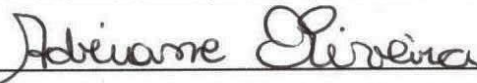
BANCA EXAMINADORA



Drª Giovana Calcagno Gomes – Presidente (FURG)

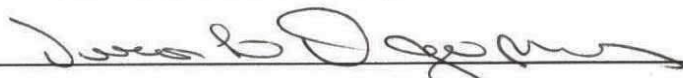


Drª Maira Buss Thofehn (UFPEL) – Efetivo externo



Drª Adriane Maria Netto de Oliveira (FURG) – Efetivo interno

Drª Dirce Stein Backes (UNIFRA) – Efetivo externo



Drª Vera Lúcia de Oliveira Gomes (FURG) – Suplente interno

Drª Alacoque Lorenzini Erdmann (UFSC) – Suplente externo

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, por suas bênçãos, pela oportunidade de aprender e evoluir, por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir em frente.

Agradeço aos meus amados pais, Cleber e Sônia, pela força, pela educação de base para minha vida, apoio nos meus estudos, e por me incentivarem a buscar os meus sonhos. Vocês são os meus exemplos!

Às minhas irmãs Francine e Jessica, pela constante incentivo e apoio nos momentos de dificuldades.

Ao meu companheiro Alex, por ser iluminado, trazer-me um intenso carisma e compreender minhas ausências.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Giovana Calcagno Gomes, pelos valiosos ensinamentos, pela paciência, pela afeição e, principalmente, por me acolher e acreditar em minha capacidade intelectual.

Aos amigos e colegas que a jornada de Doutorado me proporcionou, pela convivência, pelo companheirismo e por tornarem o processo de aprendizado prazeroso e as dificuldades mais amenas.

À Banca Examinadora deste estudo e aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, pelas contribuições nesta conquista acadêmica.

A todos os que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

É curioso como são as coisas. A palavra "hospital" tem a mesma raiz de "hospitalidade", nada além de acolher pessoas com carinho e gentileza. Em alguma parte do caminho, tal sentido desvinculou-se dos hospitais, porém manteve-se nos hotéis. Os hospitais passaram a receber pacientes, ou pessoas doentes, concentrando o foco na doença e não mais no doente e no seu bem-estar. Os hotéis, por sua vez, acolhiam hóspedes, peregrinos recebidos com cortesia em instalações agradáveis, com cama macia, chuveiro quente e refeições caseiras. Quando hospitais e hotéis tomaram caminhos tão distintos?

(Boeger, 2009)

RESUMO

Ribeiro, Juliane Portella. **A ambiência como ferramenta de humanização da Unidade de Pediatria: contribuições da enfermagem.** 2015; 178p. Tese (Tese em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A assistência em pediatria suscita a promoção de um ambiente que atenda as necessidades da criança, por meio de um olhar diferenciado que pondere a especificidade desta fase da vida em que se tem maior dificuldade em lidar com o adoecimento e enfrentar o desconhecido e o medo causado por ele. Considerando que qualquer desestruturação poderá interferir no pleno desenvolvimento da criança, o cuidar em Enfermagem Pediátrica deve contribuir para a diminuição dos efeitos estressores do ambiente hospitalar de forma a tornar a assistência humanizada. Assim, faz-se necessário investir em questões fundamentais de adequação do ambiente de pediatria, com equipamentos e tecnologias que considerem e respeitem a singularidade das necessidades tanto dos usuários quanto dos profissionais. Trabalhar a ambiência em pediatria mostra-se relevante no contexto atual, tendo em vista que devemos preconizar a assistência calcada nos princípios da humanização, que demandam a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do profissional de saúde, da criança e da família. Por esta razão, este estudo teve como objetivo analisar a ambiência de unidades pediátricas como ferramenta para a humanização da assistência a partir da percepção dos diferentes atores implicados no processo de produção de saúde. Para atingi-lo, adotou-se o delineamento da pesquisa qualitativa com caráter exploratório. Os ambientes de investigação foram as Unidades de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) e do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPel), tendo como sujeitos 20 usuários, 20 trabalhadores das referidas unidades, bem como 04 gestores de enfermagem e saúde. A coleta de dados ocorreu no período compreendido de agosto a outubro de 2014, por meio da triangulação metodológica, utilizando-se imagens e dados verbais obtidos por meio de fotos e entrevistas semiestruturadas com emprego de foto-elicitação, respectivamente. Para análise dos dados empregou-se o *software Nvivo 10*, emergindo as seguintes categorias: Confortabilidade das crianças e de suas famílias; Produção de subjetividades nas crianças e familiares; Produção de subjetividade e autonomia dos trabalhadores de enfermagem; Ambiência como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e da produção de saúde. Cada categoria exhibe subcategorias que expõem a perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, profissionais de enfermagem e gestores. A partir dos resultados do estudo são apontadas as potencialidades e os desafios para a consolidação da ambiência como ferramenta de humanização da unidade de pediatria. Pode-se inferir que para que a unidade de pediatria seja percebida como humanizada deve ser projetada de forma que a sua ambiência comporte aspectos que visem a confortabilidade das crianças e suas famílias; possibilite a produção de subjetividades nas crianças, familiares e a autonomia dos trabalhadores de enfermagem por meio da reflexão acerca dos processos de trabalho e possibilite a utilização do próprio espaço como ferramenta facilitadora da produção de saúde.

DESCRIPTORES: Ambiente de Instituições de Saúde. Humanização da Assistência. Pediatria. Criança Hospitalizada. Enfermagem.

ABSTRACT

Ribeiro, Juliane Portella. The ambience as humanization tool Unit of Pediatrics: contributions of nursing. 2015; 178 p. Thesis (Thesis Nursing) - School of Nursing. Postgraduate Program in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

The assistance in pediatrics raises the promotion of an environment that meets the needs of the child through a different perspective that consider the specificity of this phase of life in which they have greater difficulty in dealing with the illness face the unknown and the fear caused by him. Considering that any destructuring may interfere with the full development of the child, the care in Pediatric Nursing should contribute to the reduction of stressors effects of hospital environment in order to make the humanized care. Thus, it is necessary to invest in fundamental questions of adequacy of pediatric environment, with equipment and technologies that consider and respect the uniqueness of the needs of both users and professionals. Working ambience in pediatrics is relevant in the present context, given that we should advocate the assistance based on the principles of humanization, demanding the revision of daily practices, with emphasis on creating less alienating workspaces that value the dignity of professional health, child and family. Therefore, this study aimed to analyze the environment of pediatric units as a tool for humanization of assistance from the perception of the different actors involved in the process of production process of health. To achieve it, he adopted the design of qualitative research with exploratory approach. The research environments were the Pediatrics Units of University Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU / FURG) and the Teaching Hospital of Federal University of Pelotas (HE / UFPel). The subject was 20 users, 20 employees of these units as well as 04 managers of nursing and health. Data collection occurred in the period from August to October 2014, through methodological triangulation, using pictures and verbal data obtained through photos and semi-structured interviews with job photo-elicitation, respectively. The data analysis we used the software Nvivo 10, emerging the following categories: comfortability of children and their families; The production of subjectivity in children and family; Production of subjectivity and autonomy of nursing staff; Ambience as a facilitator tool of the work process and health production. Each category exhibits subcategories that expose the perspective of subject involved in the health production process: users, nursing professionals and managers. The results of the stud point the potential and the challenges for the consolidation of ambience as humanization tool pediatric unit. It can be inferred that for the pediatric unit is perceived as humanized should be projected that its environment behave aspects that aim to comfortability of children and their families; enables the production of subjectivity in children, families and the autonomy of the nursing workers through the reflection on the work processes and enable the use of space itself as a facilitating tool of health production.

Descriptors: Health Facility Environment. Humanization of Assistance. Pediatrics. Child, Hospitalized. Nursing.

RESUMEN

Ribeiro, Juliane Portella. Ambiente como una herramienta de humanización de la Unidad de Pediatría: contribuciones de enfermería. 2015; 178p. Tesis (Tesis Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal del Rio Grande, Río Grande.

Asistencia en la pediatría plantea la promoción de un entorno que satisfaga las necesidades del niño a través de una perspectiva diferente que considera la especificidad de esta fase de la vida en que se tienen mayor dificultad para hacer frente a la enfermedad y enfrentar lo desconocido y el miedo causado por el. Considerando que cualquier trastorno puede interferir con el pleno desarrollo del niño, el cuidado en Enfermería Pediátrica debe contribuir a la reducción de factores de estrés del ambiente hospitalario con el fin de hacer el cuidado humanizado. Así, es necesario invertir en cuestiones fundamentales de la adecuación de entorno del pediatría, con equipos y tecnologías que considera y respeta la singularidad de las necesidades de los usuarios y del profesionales. Trabajar el ambiente en pediatría se muestra relevante en el contexto actual, teniendo en cuenta que debemos promoverá la asistencia acera en los principios de humanización, exigiendo la revisión de las prácticas cotidianas, con énfasis en la creación de espacios de trabajo menos alienantes que valoran la dignidad de profesional de la salud, el niño y la familia. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo analizar el entorno de las unidades de pediatría como una herramienta para la humanización de la asistencia en la percepción de los distintos actores involucrados en el proceso de producción de salud. Para lograrlo, hemos adoptado el diseño de la investigación cualitativa y exploratoria. Los ambientes de investigación fueron las Unidades de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Correa Jr. (HU / FURG) y el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Pelotas (HE / UFPel), teniendo como participantes 20 usuarios, 20 empleados de estas unidades así como 04 gerentes de enfermería y de salud. La recolección de datos ocurrió en el período de agosto a octubre de 2014, a través de la triangulación metodológica, utilizando imágenes y datos verbales obtenidos a través de fotos y entrevistas semi-estructuradas con el trabajo de foto-elicitación, respectivamente. Para el análisis de los datos se utilizó el software Nvivo 10, emergiendo las siguientes categorías: comodidad de los niños y sus familias; Producción de subjetividad en los niños y la familia; La producción de la subjetividad y la autonomía del personal de enfermería; Ambiente como herramienta facilitadora del proceso de trabajo y de producción de salud. Cada categoría muestra subcategorías que exponen la perspectiva de los implicados en el proceso de producción de salud: usuarios, profesionales de enfermería y gestores. Los resultados del estudio apuntan el potencial y los desafíos para la consolidación de un ambiente como herramienta de humanización de la unidad pediátrica Se puede inferir que para la unidad pediátrica ser percibida como humanizada debe ser diseñada de manera que su entorno comporte aspectos dirigidos a la confortabilidad de los niños y sus familias; permita la producción de subjetividad en los niños, las familias y la autonomía de los trabajadores de enfermería a través de la reflexión sobre los procesos de trabajo y permitir el uso del espacio como una herramienta facilitadora de la producción de la salud.

DESCRIPTORES: Ambiente de Instituciones de Salud. Humanización de la Atención. Pediatría. Niño Hospitalizado. Enfermería.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA TESE

1	INTRODUÇÃO À TEMÁTICA	16
2	OBJETIVOS	22
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO NORTEADORA DA UNIDADE DE PEDIATRIA	23
3.2	A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL	27
3.3	CUIDADO HUMANIZADO DO PONTO DE VISTA FILOSÓFICO DE LEONARDO BOFF	31
4	REVISÃO DA LITERATURA	36
4.1	O BINÔMIO CRIANÇA-FAMÍLIA COMO SUJEITO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL.	36
4.2	A AMBIÊNCIA NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM: DE FLORENCE NIGHTINGALE À ATUALIDADE	42
4.3	AMBIÊNCIA EM PEDIATRIA: PERSPECTIVAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO	45
4.3.1	O ESPAÇO DA UNIDADE DE PEDIATRIA E SUAS INTERFACES COM O CONFORTO, PROCESSO DE TRABALHO E PRODUÇÃO DE SAÚDE	45
4.3.2	PRODUZINDO SUBJETIVIDADES: COPARTICIPAÇÃO CRIANÇA-FAMÍLIA-PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E DA SAÚDE NO CUIDADO EM PEDIATRIA	50
4.3.3	AMBIENTE DE PEDIATRIA: ESPAÇO DE INTERAÇÃO QUE POTENCIALIZA A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E AUTONOMIA PROFISSIONAL	55

5 PERCURSO METODOLÓGICO	60
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA QUALITATIVA	60
5.2 AMBIENTES DE INVESTIGAÇÃO	61
5.3 SUJEITOS INVESTIGADOS	63
5.4 INSTRUMENTOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	64
5.5 ANÁLISE DOS DADOS COM O EMPREGO DO <i>SOFTWARE NVIVO</i>	67
5.6. ASPECTOS ÉTICOS	69
 6 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....	70
6.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS INVESTIGADOS.....	70
6.2 CONFORTABILIDADE DAS CRIANÇAS E DE SUAS FAMÍLIAS.....	71
6.2.1 PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS.....	71
6.2.2 PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	77
6.2.3 PERSPECTIVA DOS GESTORES HOSPITALARES.....	84
6.3 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NAS CRIANÇAS E FAMILIARES.....	89
6.3.1 PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS.....	89
6.3.2 PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	94
6.3.3 PERSPECTIVA DOS GESTORES HOSPITALARES.....	100
6.4 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	104
6.4.1 PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS.....	104
6.4.2 PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	107
6.4.3 PERSPECTIVA DOS GESTORES HOSPITALARES.....	113
6.5 AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA FACILITADORA DO PROCESSO DE TRABALHO E DA PRODUÇÃO DE SAÚDE.....	116
6.5.1 PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS.....	116
6.5.2 PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	120
6.5.3 PERSPECTIVA DOS GESTORES HOSPITALARES.....	124

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	128
7.1 DISCUTINDO A CONFORTABILIDADE DAS CRIANÇAS E DE SEUS FAMILIARES: PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS, DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E DOS GESTORES.....	128
7.2 DISCUTINDO A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NAS CRIANÇAS E FAMILIARES: PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS, DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E DOS GESTORES	133
7.3 DISCUTINDO A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS, DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E DOS GESTORES.....	139
7.4 DISCUTINDO AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA FACILITADORA DO PROCESSO DE TRABALHO E DA PRODUÇÃO DE SAÚDE: PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS, DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E DOS GESTORES.....	146
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO DA UNIDADE DE PEDIATRIA.....	151
REFERENCIAS	156
 APENDICES	
 ANEXOS	

APRESENTAÇÃO DA TESE

O interesse em estudar a temática da ambiência na unidade de pediatria emergiu a partir da inserção da autora no Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA), o qual trabalha com o processo saúde-doença de crianças e adolescentes nos seus diversos contextos socioambientais. Os estudos que desenvolve visam compartilhar experiências e produzir conhecimentos que subsidiem o cuidado de enfermagem, especificamente, a estes sujeitos, enfatizando a construção de novas estratégias e tecnologias de cuidado.

Inserida neste contexto, investigar a ambiência na unidade de pediatria se constituiu em um desafio, pois o que se observa no cotidiano do ambiente hospitalar são condições insatisfatórias que parecem ir à contramão da humanização da assistência, pois não atendem as necessidades das crianças nem dos trabalhadores. Consequentemente, essas condições aumentam a dificuldade dos enfermeiros no desempenho de suas atividades, podendo repercutir sobre a qualidade do cuidado e desenvolvimento global das crianças.

Buscando ampliar os saberes e dar suporte à prática da enfermagem pediátrica, estudiosos apontam estratégias para construir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para melhorar a assistência à criança hospitalizada na unidade pediátrica. Tais estratégias envolvem relações de troca entre o profissional de saúde, a criança hospitalizada e seus familiares, as quais podem ser mediadas através de atividades lúdicas, da música e da leitura de contos infantis.

No entanto, geralmente, estes trabalhos focam o profissional de saúde, a criança hospitalizada e seus familiares, desconsiderando o gestor como sujeito implicado no processo de produção de saúde. Além disso, raramente investigam o planejamento da ambiência considerando os aspectos que contribuem para a confortabilidade, para a produção de subjetividades, bem como, a influência da própria arquitetura no processo de produção de saúde. Assim, corre-se o risco de que as estratégias apontadas nos estudos e utilizadas na pediatria se configurem em ações isoladas e desarticuladas da Política Nacional de Humanização, que visa à reestruturação do processo de produção de saúde a partir dos usuários, trabalhadores e gestores.

Diante disso, a tese teve como proposta analisar a ambiência de unidades pediátricas a partir da percepção dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: crianças, familiares, trabalhadores e gestores de enfermagem e saúde. Para fundamentá-la, inicialmente, apresentou-se a temática em foco, a definição e delimitação do problema de pesquisa, a tese e os objetivos orientadores.

Em seguida apresentou-se o **Referencial teórico** que aborda “*A Política Nacional de Humanização (PNH) como norteadora da humanização na unidade de pediatria*”; “*A ambiência como ferramenta de humanização no hospital*”; “*Cuidado humanizado do ponto de vista filosófico de Leonardo Boff*”, a partir de uma perspectiva histórica da PNH, de sua idealização a atual concepção, que considera a Ambiência sua principal ferramenta para a humanização do cuidado.

Na continuidade, a revisão da literatura foi dividida em três capítulos. O primeiro, intitulado “*O binômio criança-família como sujeito do cuidado de enfermagem no hospital*”, apreende as necessidades de cuidado da criança desde sua entrada no hospital, momento a partir do qual, não só ela, mas também, a família passa a ser sujeito do cuidado de enfermagem.

O segundo, “*A ambiência na perspectiva da Enfermagem: de Florence Nightingale à atualidade*”, evidencia o quão atemporal é a teoria de Florence Nightingale, que desde o princípio da enfermagem moderna, como profissão e ciência, apontava a importância de cuidar do ambiente hospitalar para a promoção, preservação e recuperação da saúde das pessoas.

O terceiro e último capítulo, “*Ambiência em pediatria: perspectivas para a humanização do cuidado*” é composto por três subcapítulos: “*O espaço da unidade de pediatria e suas interfaces com o conforto, processo de trabalho e produção de saúde*”; “*Produzindo subjetividades: coparticipação criança-família-profissionais de enfermagem e saúde no cuidado em pediatria*”; “*Ambiente de pediatria: espaço de interação que potencializa a produção de subjetividade e autonomia do profissional de enfermagem*”. No conjunto, eles expõem os reflexos do ambiente sobre o conforto, processo de trabalho, além de apontar a importância da coparticipação criança-família-profissionais de enfermagem/saúde no cuidado em pediatria como forma de valorização da subjetividade e estímulo à autonomia.

O **Percurso metodológico** foi descrito no capítulo seguinte, incluindo o *Delineamento da pesquisa qualitativa, Ambientes e Sujeitos investigados, Instrumentos e operacionalização da coleta de dados, Análise dos dados com o emprego do software Nvivo*, bem como, a

observância aos *aspectos éticos* da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que determina as diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Dando continuidade, é apresentada a **Análise dos dados da pesquisa**, a qual reflete a proposta da matriz de análise com as seguintes categorias: *Confortabilidade das crianças e de suas famílias; Produção de subjetividade nas crianças e familiares; Produção de subjetividade e autonomia dos trabalhadores de enfermagem; Ambiência como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e da produção de saúde*. Cada categoria exhibe subcategorias que expõem a perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores de enfermagem e gestores.

A **Discussão dos resultados** é apresentada em quatro subcapítulos: *Discutindo a confortabilidade das crianças e de seus familiares: perspectiva dos usuários, dos trabalhadores de enfermagem e dos gestores; Discutindo a produção de subjetividade nas crianças e familiares: perspectiva dos usuários, dos trabalhadores de enfermagem e dos gestores; Discutindo a produção de subjetividade e autonomia dos trabalhadores de enfermagem: perspectiva dos usuários, da equipe de enfermagem e dos gestores; Discutindo ambiência como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e da produção de saúde: perspectiva dos usuários, dos trabalhadores de enfermagem e dos gestores*. Por fim, são tecidas as **Considerações finais** da pesquisa indicando-se as potencialidades e os desafios para a consolidação da ambiência como ferramenta de humanização da unidade de pediatria.

1 INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

O hospital é um ambiente que desperta tensão e incertezas, principalmente porque a vinculação com ele se dá por meio de uma situação crítica e delicada de adoecimento. Quando se trata de um acontecimento na infância possui contornos especiais, pois implica mudanças não só na rotina da criança, mas de toda sua família (LIMA; PARANHOS; FERREIRA, 2012; FAQUINELLO, HIGARASHI, MARCON; 2007). Além do afastamento da escola, dos amigos e das brincadeiras, a criança tem contato com procedimentos invasivos, medicamentos, equipamentos, novos termos e palavras, sensação de dor e sofrimento (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009). Tais mudanças contribuem para que o hospital configure-se em um ambiente estressante, onde o apoio para o enfrentamento da doença é, geralmente, restrito de tal forma que uma das únicas fontes de segurança são os pais, que também ficam vulneráveis emocionalmente ao testemunhar as limitações e o sofrimento impostos ao filho (FAQUINELLO, HIGARASHI, MARCON; 2007).

O cuidado em pediatria suscita a promoção de um ambiente que atenda as necessidades da criança, por meio de um olhar diferenciado que pondere a especificidade desta fase da vida em que se tem maior dificuldade em lidar com o adoecimento e enfrentar o desconhecido e o medo causado por ele (MENDES; BROCA; FERREIRA, 2009; BRITO; *et al.*, 2009). Nesse sentido, trabalhar a ambiência emerge como possibilidade de tornar o ambiente de pediatria o menos traumatizante possível e subsidiar a prática dos profissionais de saúde na construção da humanização da assistência à criança.

A ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, visando à confortabilidade e a produção de subjetividades, por meio de alguns elementos que atuam como modificadores e qualificadores da interrelação pessoa e espaço (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006). A Política Nacional de Humanização (PNH) tem a ambiência como um dos seus dispositivos, ao apontar que os hospitais precisam mudar as formas tecnicistas de lidar com seus pacientes e trabalhadores, incluindo em suas diretrizes a valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário e o acolhimento (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Em hospitais em que a ambiência foi implantada, mesmo que parcialmente, estudos comprovam a melhoria na satisfação, aumento da adesão ao tratamento, da confiança e do respeito entre profissionais e usuários, além de um ambiente harmoniosamente organizado, com melhor localização, locomoção e segurança (BELTRAM; CAMELO, 2007). No entanto, não basta investir na estrutura física dos prédios, em equipamentos, tecnologias e em outros processos que não impliquem na valorização da dimensão humana, pois, mesmo sendo investimentos relevantes para a instituição hospitalar só tem valor se estiverem voltados para melhorias no trabalho dos profissionais de saúde e na oferta de cuidado digno, que considere as especificidades da criança.

Estudo com objetivo de compreender a hospitalização pelo olhar da criança e do adolescente internados em uma unidade pediátrica, evidenciou que o hospital é entendido como lugar de cura e cuidados, entretanto, revelou um aspecto ambíguo, pois embora seja considerado pelos participantes como “um local para ficar bom”, os mesmos expressam sentimentos de tristeza, medo, prisão, saudade dos amigos, irmãos e parentes, em que a falta de brincar parece aumentar a solidão e a insegurança que vivenciam nesta experiência (GOMES *et al.*, 2012).

Outro estudo realizado na unidade pediátrica do Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), no Chile, revelou que 50% das crianças estudadas apresentaram alteração emocional durante a hospitalização, sendo apontado por elas que os procedimentos de diagnóstico e tratamento, assim como, a sua separação dos pais e de seus amigos foram os fatores ambientais que mais os afetaram (ROJAS; MACHUCA, 2009). Assim, expondo que o desenvolvimento e crescimento da criança não dependem apenas da atenção dada as necessidades biológicas, mas também as condições do ambiente, cujos reflexos são extensivos à manutenção psicossocial e cognitiva da mesma.

Considerando que qualquer desestruturação poderá interferir no pleno desenvolvimento da criança, o cuidar em Enfermagem Pediátrica deve contribuir para a diminuição dos efeitos estressores do ambiente hospitalar de forma a tornar a assistência humanizada. Ao encontro dessa afirmativa, estudo com o objetivo de identificar elementos estimuladores ao desenvolvimento da criança no ambiente hospitalar evidenciou que a enfermagem desempenha importante função como um dos elementos estimuladores na assistência à criança hospitalizada, por isso deve utilizar-se dos objetos, das situações vivenciadas, dos procedimentos e inter-relacionamentos para tornar o ambiente estimulador e, conseqüentemente, contribuir, favoravelmente, na promoção do desenvolvimento infantil (SOARES; SILVA, 2008).

Brito *et al.* (2009) apontam que o sofrimento e as possíveis sequelas causadas pela hospitalização podem ser minimizados quando se oferece um ambiente estruturado especificamente para favorecer o seu desenvolvimento. No entanto, mesmo com a existência de unidades pediátricas, específicas para internação de crianças, as experiências negativas advindas com a hospitalização não são suavizadas, pois, geralmente, a carência de material e equipamentos, somados a diversidade de profissionais que prestam assistência, dificultam a construção de uma ambiência acolhedora e estruturada para assistir a criança de forma integral e humana. Como resultado, observamos a tendência à massificação e padronização das ações, tornando a assistência mecânica e previsível (BOEGER, 2009).

Não raro, esta situação acarreta frustração dos profissionais ao perceberem que as dificuldades vivenciadas no ambiente hospitalar poderão prolongar o período de internação da criança e, até mesmo, ocasionar um sofrimento maior, por não dispor de todos os recursos necessários para cuidá-la (GOMES; *et al.*, 2011). Além disso, os profissionais são confrontados com sentimento de empatia pela criança, associando-a aos próprios filhos ou parentes, devido ao sofrimento de ver alguém tão jovem passando pelo enfrentamento do adoecimento, ao comportamento habitual da criança de chorar para demonstrar medo e dor, ao desespero dos pais pela realidade do filho doente e da impotência diante do agravo (FONSECA; CALEGARI, 2013).

Assim, faz-se necessário articular esforços no sentido de superar tais condições ambientais que, além de ocasionar sofrimento à criança e sua família, também incide em frustração nos profissionais de saúde. Cabendo, portanto, aos gestores investir em questões fundamentais como adequação do ambiente de pediatria, com equipamentos e tecnologias que considerem e respeitem a singularidade das necessidades tanto dos usuários quanto dos profissionais (BRASIL, 2001).

Diante da dificuldade em tornar esses investimentos em realidade, atualmente, predomina a busca por métodos alternativos que tornem o ambiente hospitalar menos estressante e agressivo possível, à luz da PNH. Nesse contexto, o enfermeiro se encontra em lugar privilegiado para fazer a diferença, humanizando o cuidado, já que a enfermagem desempenha um dos mais importantes papéis: o de cuidar (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011). O cuidado é a acolhida da condição humana, do universo subjetivo com suas potencialidades e contradições, considerando que o inumano também é parte do humano e, portanto, deve ser assumido como realidade dada e como desafio a ser superado (BOFF, 2012).

Para auxiliar a criança a superar as dificuldades impostas pela doença, bem como aliviar o estresse da hospitalização, o enfermeiro necessita planejar ações criativas que contribuam para o seu desenvolvimento saudável (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008). Isso porque o hospital não é um ambiente só de dor e sofrimento, nele sempre há espaço que deve ser aproveitado para fornecer condições que atendam às necessidades físicas, emocionais, culturais, sociais e educacionais, dado que a hospitalização não deve interromper o processo de desenvolvimento infantil (CERIBELLI; *et al.*, 2009).

Estudo realizado com objetivo de conhecer a percepção de uma equipe de unidade de pediatria acerca da humanização do cuidado identificou que para os profissionais de enfermagem a assistência humanizada não depende apenas da estrutura física do hospital, mas também de questões de organização e gestão do serviço, bem como da relação entre profissional-profissional; profissional-gestão; profissional-usuário e família (OLIVEIRA; TEIXEIRA; ALMEIDA, 2013). Nesse sentido, é importante estar alerta às novas necessidades que vão sendo criadas no ambiente de pediatria para que a configuração do cuidado não se restrinja a mudanças na estrutura física, na caracterização da unidade, mas, que implique na dimensão subjetiva do cuidado.

Através da construção da ambiência é possível avançar qualitativamente no debate acerca da humanização, pois sua concepção pressupõe a valorização tanto das tecnologias que compõe o serviço de saúde, dos componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelos órgãos do sentido (como por exemplo, a luminosidade, os ruídos e a temperatura do ambiente), quanto da interação entre usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006). Dessa forma, a consolidação da humanização exige compromisso com a ambiência e seus três eixos norteadores: construção de espaço que vise à confortabilidade e a produção de subjetividades, bem como, possa ser utilizado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

O primeiro eixo, a confortabilidade, abrange elementos que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, tais como a cor, o cheiro, o som e a iluminação. A combinação e equilíbrio entre tais elementos podem criar ambiências acolhedoras aos usuários e trabalhadores, contribuindo significativamente no processo de produção de saúde. O segundo eixo, a produção de subjetividades, envolve o encontro de sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores –, os quais se utilizam do espaço para agir e refletir sobre o processo de trabalho e estabelecer ações a partir da integralidade e da inclusão. O terceiro e último eixo, o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, vai além da

arquitetura, buscando estabelecer o ambiente aspirado pelos usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).

Destaca-se que, ao construir ambiências deve-se conhecer e respeitar as características e valores do local em que se está atuando para assim contribuir efetiva e significativamente na promoção do cuidado humanizado, desfazendo o mito de que o espaço hospitalar é frio e hostil (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006). Nessa direção, é imprescindível o fomento de movimentos de cunho analítico nas unidades de pediatria, de forma que os dados levantados subsidiem a capacitação, desenvolvimento e pactuação de metas e indicadores que orientem a renovação ou construção de ambiências a partir dos princípios da PNH, a qual enfatiza a participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: criança, família, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).

Para se caracterizar como dispositivo da PNH, a análise proposta pelo presente estudo reveste-se com os princípios centrais dessa Política, os quais estão relacionados tanto às dimensões de saúde e satisfação dos usuários, quanto aos movimentos institucionais, e indicativos do desenvolvimento, crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores e equipes. Assim, realçando o princípio de indissociabilidade entre assistência e gestão, ao buscar indicadores representativos do que acontece nessas faces e interfaces do processo produção de saúde.

Não se pretende apontar a desumanização, embora se reconheça que os aspectos que dificultam a humanização nos ambientes hospitalares estejam evidentes não só na literatura científica como nos meios de comunicação. Ao contrário, objetiva-se, analisar a ambiência de unidades pediátricas de forma a compreender os aspectos que possuam potencial para construir ambiências humanas, considerando a percepção dos familiares das crianças hospitalizadas, dos trabalhadores e gestores de enfermagem e saúde acerca da realidade local.

Trabalhar a ambiência em pediatria mostra-se relevante no contexto atual, tendo em vista que devemos preconizar o cuidado calcado nos princípios da humanização, que demandam a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do profissional de saúde, do usuário e da família. Por esta razão, a questão que norteia este estudo é: ***como a ambiência contribui para a humanização na unidade de pediatria?***

A resposta a tal questionamento poderá subsidiar a prática dos profissionais de enfermagem e auxiliar os mesmos na proposição de ações condizentes a PNH, entrelaçando seus princípios de acordo com a realidade da unidade pediátrica. Só assim, a ambiência constituir-se-á em uma ferramenta de humanização, compreendendo o espaço no qual se

inserem os sujeitos que participam do processo de produção saúde, suas ideias, concepções e valores, para então desenvolver estratégias específicas e eficazes para obter-se a humanização do cuidado de enfermagem.

Diante do exposto, o presente estudo defende a Tese que: ***“a unidade de pediatria para ser percebida como humanizada deve ser projetada de tal forma que a sua ambiência comporte aspectos que visem a confortabilidade das crianças e suas famílias; possibilite a produção de subjetividades nas crianças, familiares e a autonomia dos trabalhadores de enfermagem por meio da reflexão acerca dos processos de trabalho e possibilite a utilização do próprio espaço como ferramenta facilitadora da produção de saúde”***.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a ambiência de unidades pediátricas como ferramenta para a humanização do cuidado a partir da percepção dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

2.2 Objetivos específicos

1º. Conhecer a contribuição da ambiência da unidade pediátrica na confortabilidade das crianças e de suas famílias;

2º. Conhecer a contribuição da ambiência da unidade de pediatria para a produção de subjetividade nas crianças e familiares nela atendidos;

3º. Conhecer a contribuição da ambiência da unidade de pediatria para a produção de subjetividade e autonomia dos trabalhadores de enfermagem que nela desenvolvem seu processo de trabalho;

4º. Conhecer a contribuição da ambiência no espaço da unidade pediátrica como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e da produção de saúde no setor.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo utilizará como referencial teórico a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010) especificamente, no que concerne à Ambiência (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006), e também a perspectiva filosófica de Leonardo Boff (BOFF, 2004; BOFF, 2012) acerca do cuidado humanizado. Para tanto, explorou a perspectiva histórica da PNH, de sua idealização a atual concepção, considerando a Ambiência como ferramenta de humanização do cuidado na unidade de pediatria.

3.1 A PNH COMO NORTEADORA DA HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE PEDIATRIA

O hospital passou a ser compreendido como ambiente terapêutico no final do século XVIII, quando a introdução da tecnologia e cientificidade médica o transformou em um dispositivo de cura para as pessoas doentes (COLLET; ROCHA, 2004). Em virtude desse acontecimento, a doença assumiu papel de destaque, relegando a pessoa humana, que a abriga e na qual ela se desenvolve, papel secundário (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006). Além disso, as novas e contínuas demandas tecnológicas exigiram maiores recursos financeiros desta instituição, que somados a pressão exercida pelo grande fluxo de usuários, as carências de recursos materiais e humanos, culminaram em uma assistência fragmentada, na maioria das vezes não resolutiva, contribuindo para relações de desrespeito à dignidade humana (FONTANA, 2010).

Especificamente na assistência à criança observava-se o tratamento como adultos pequenos que, não havendo unidade própria para sua hospitalização, ficavam internados junto a adultos. Também, não eram permitidas visitas familiares por acreditar-se que o fluxo de pessoas predispunha a contaminação e infecção (GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010).

Nesse contexto, em 1930, enfermeiras norte-americanas preocupadas e insatisfeitas com a falta de preparo no atendimento aos aspectos emocionais e afetivos da criança apontavam a prática assistencial como ultrapassada e ineficiente. No entanto, somente

décadas mais tarde começou a ser repensada e aprofundada a concepção da criança como um ser em crescimento e desenvolvimento que possui também necessidades psicossociais durante a hospitalização (GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010).

Em 1959, a publicação do Relatório Platt, na Inglaterra, deu ênfase ao bem-estar da criança hospitalizada através de recomendações como a internação em unidades específicas a elas e não mais junto com os adultos, bem como a visita dos pais aos filhos hospitalizados em qualquer horário do dia ou, ainda, a sua permanência como residentes. Tal relatório não foi suficiente para mudar a assistência, muitas dificuldades foram enfrentadas para que fosse admitida a necessidade de um cuidado global à criança com atenção para os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais (GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010).

No Brasil, em 1980, ocorreu um forte movimento que buscava mudar o modelo de saúde vigente com vistas a uma assistência integral. Nesse sentido, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984 (BRASIL, 1984), que, além de envolver ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na rede básica de saúde, propunha estratégias em nível hospitalar para humanizar o pré-natal e o parto, dando mais espaço para a participação da família no cuidado ao bebê.

Na década de 1990, foi regulamentado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) pela Lei nº 8.069, que prevê, entre outras determinações, que as instituições de internação devem oferecer atendimento personalizado, em pequenas unidades e grupos reduzidos; com instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; promovendo um ambiente de respeito e dignidade à criança e ao adolescente; bem como, preservando os seus vínculos familiares.

Em 2000, irrompeu dentro dos próprios hospitais um movimento técnico-político de críticas e denúncias em relação aos processos de atenção à saúde, denominado Humanização. Motivada pelo forte desejo de mudança, a Humanização surgiu como resposta espontânea a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais, quanto dos pacientes frente ao descaso ocorrido, particularmente nos hospitais, em relação às suas necessidades (RIOS, 2009). O Ministério da Saúde (MS), sensível ao movimento e às diversas iniciativas locais de humanização das práticas de saúde, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH estimulava a disseminação das ideias da Humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com as realidades locais (BRASIL, 2001).

Em 2003, o PNHAH passou por uma revisão, e alcançou o patamar de Política Nacional de Humanização (PNH). Como política, a PNH se apresenta como um conjunto de

diretrizes transversais que contemplam a autonomia, o protagonismo, a corresponsabilidade e a vinculação dos sujeitos envolvidos na produção de saúde. Refere-se à construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010). Nesse contexto, o processo de produção é uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta, mas aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

A proposta da PNH é, portanto, ofertar ao usuário um tratamento digno, solidário e acolhedor não apenas como direito, mas como etapa fundamental na conquista da cidadania, e aos profissionais que atuam nos hospitais é a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de suas práticas e o valor de se trabalhar numa organização de saúde. No entanto, o que se observa no cotidiano do ambiente hospitalar são condições insatisfatórias que parecem ir à contramão da humanização da assistência, pois não atendem as necessidades dos pacientes, nem dos trabalhadores.

Essas condições são, frequentemente, apontadas pelos meios de comunicação: faltam leitos e trabalhadores para atender a demanda, materiais e equipamentos insuficientes ou inexistentes para a complexidade do SUS (FONTANA, 2010). Mesmo assim, vale o esforço de humanizar a assistência para que ela seja expressão de hospitalidade, de vontade de convivência com o outro e de estabelecer relações sociais com o diferente; numa direção contrária a violência e a imposição, evitando-se o achatamento e anulação do indivíduo (BOFF, 2012).

Considerando que o ambiente hospitalar representa uma totalidade que, através de suas relações sociais, busca o aporte de parceria para a realização dos processos produtivos de forma integrada, a política surge como um referencial que orienta para a realização de adequações e transformações, utilizando a competência, a intuição e a criatividade do ser humano para estabelecer relações e dinamizar o espaço (SVALDI; SIQUEIRA, 2010). Nesta direção, desde a promulgação da PNH, vários hospitais, predominantemente do setor público, começaram a desenvolver ações “humanizadoras”: atividades lúdicas, lazer, entretenimento, arte e melhorias na aparência física dos serviços.

Embora, no princípio, essas ações tornassem o ambiente hospitalar mais afável, não chegavam, de fato, a modificar substancialmente a organização do trabalho ou o modo de gestão, tampouco a vida das pessoas. Constituíam-se em válvulas de escape que diminuía o sofrimento que o ambiente hospitalar provocava em pacientes e trabalhadores (RIOS, 2009).

Paulatinamente, algumas dessas ações “humanizadoras” foram ganhando consistência e conquistaram espaço nas rotinas hospitalares, como a visita livre, o acompanhante e a dieta personalizada. Entretanto, para a Humanização ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde não pode ficar restrita a amenidades que “amaciam” o ambiente hospitalar, mas sim enfrentar os desafios que se impõem: conceitual e metodológico (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

O desafio conceitual refere-se à utilização do termo como um modismo que, enquanto tal, padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática; fazendo alusão a um conceito-sintoma, que paralisa e reproduz um sentido já dado. Desse modo, perde-se o movimento de mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio. Reconhecer este caráter sintomático do conceito de humanização exige que, ao mesmo tempo, identifiquemos o que se paralisa, mas também aquilo que incide como movimento que não se esgota, ou seja, sua face positiva. Só assim permitimos a retomada de um processo pelo qual se faz a crítica ao que se instituiu nas práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Já, o desafio metodológico traz à tona a necessidade de sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. Para tanto, na construção das políticas públicas faz-se imperativo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Devido a esses desafios a humanização, principalmente quando associada à prática de cuidado, é apontada como impraticável em grande escala e de ser excessivamente utópica. Evidentemente, no momento atual, ela é de difícil concretização visto que o antigo sistema custa a morrer e o novo emergente enfrenta dificuldades para lançar raízes profundas na realidade para começar a transformá-la (BOFF, 2012).

Logo, para que a humanização se torne, de fato, um dispositivo de mudança da assistência é preciso incluí-la, sistematicamente, na prática profissional, com critérios e métodos a serem permanentemente avaliados (BRASIL, 2001). Nessa direção, a PNH elege a Educação Permanente (EP) como principal estratégia para o desenvolvimento e qualificação profissional na área da Saúde. A EP, além de propor o ensino que responde a necessidades sociais concretas, estimula a realização de todo processo, desde o diagnóstico da situação, levantamento de hipóteses de solução e planejamento de ação que, aplicados à realidade produzirão resultados, os quais serão avaliados posteriormente (RIOS, 2009).

A PNH através da EP projeta espaços coletivos com a inclusão de diferentes saberes para as discussões da transformação na ambiência, de forma a favorecer a problematização sobre os modos de operar, as práticas instituídas e os processos de trabalho, contribuindo para o aumento da capacidade de análise e intervenção sobre esses processos e a construção de novas situações, relações de trabalho e convivência. Assim, o processo de produção de saúde não se resume a um simples “executar tarefas”, mas envolve um constante pensar e criar estratégias que proporcionem atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).

Portanto, a transformação na ambiência contribui para a construção de novas situações, em que a promoção da saúde não se restringe à ordem curativa e à redução do tempo de permanência no hospital, mas, sim, à necessidade de auxiliar a criança a atravessar a situação de hospitalização com mais benefícios que prejuízos. Atitudes nesse sentido podem fazer com que uma situação de sofrimento e dor transforme-se em experiências ricas em conteúdos que contribuam para a saúde da criança (BRITO; RESCK; MOREIRA; MARQUES, 2009).

3.2 A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL

O compromisso da PNH com a transformação da ambiência, sinalizado pelas propostas de melhorias nas condições de trabalho e de atendimento, legitimam o humano das pessoas envolvidas, seja ela usuária, familiar ou o próprio profissional. A transformação da ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, a partir de três eixos norteadores (Figura 1): construção de espaço que vise à confortabilidade e a produção de subjetividades, bem como, possa ser utilizado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).



Figura 1 – Eixos norteadores da ambiência.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

O primeiro eixo, a confortabilidade, abrange elementos que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, tais como a cor, o cheiro, o som e a iluminação. A combinação e equilíbrio entre tais elementos podem criar ambiências acolhedoras aos usuários e trabalhadores, estimulando a percepção ambiental e contribuindo significativamente no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).

Considerando que, ao entrar no ambiente hospitalar, tanto as crianças, quanto seus familiares e profissionais de saúde deixam do lado de fora tudo que é relativo ao seu mundo, a confortabilidade deve buscar identificá-los com seu mundo e suas referências nos ambientes de cuidado e atenção à saúde. Além disso, possibilitar acesso dos usuários às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas às suas necessidades (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006). A seguir, o Quadro 1 apresenta os elementos que contribuem para a confortabilidade do ambiente.

Quadro 1: Elementos que contribuem para a confortabilidade do ambiente.

Morfologia	Espaços são criados e configurados pelas formas, dimensões e volumes; podendo voltar-se para um lado estético, propiciando beleza e funcionalidade ao ambiente.
Luz	A iluminação, seja natural ou artificial, além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes, possibilitando à toda pessoa a noção de – dia e noite, chuva ou sol.
Cheiro	Considera os odores que podem compor o ambiente, pois alguns fatores visualmente imperceptíveis exercem forte influência sobre o estado de bem-estar do sujeito que ingressa na instituição de saúde.

Som	A utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas, considerando a proteção acústica na garantia da privacidade e controle de alguns ruídos.
Sinestesia	Diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos. Para isso, contamos com nossos sentidos: Visão – primeiro contato; Olfato – os odores estão soltos pelo ar a todo o momento; Tato – percepção da formação do espaço através das texturas; Audição – nos permite ouvir os sons e nos comunicar oralmente; Sentido térmico – sensação da temperatura.
Arte	Atua como meio de interrelação e expressão das sensações humanas, sendo um instrumento de interação do espaço com os sujeitos, uma vez que transmite sensações e influência no estado dos mesmos.
Cor	As cores podem ser um recurso útil, pois estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza.
Tratamento das áreas externas	A parte externa se constitui, muitas vezes, em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de “estar” de pacientes e de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar locais de bem-estar e relaxamento.
Privacidade e Individualidade	A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente que, muitas vezes, pode ser garantida com o uso de divisórias, cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico.

Fonte: BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006.

O segundo eixo, a produção de subjetividades, envolve o encontro de sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores –, os quais se utilizam do espaço para agir e refletir sobre o processo de trabalho e estabelecer ações a partir da integralidade e da inclusão. Dessa forma, a assistência emerge da produção coletiva, sobretudo, ética-estética-política. Ética porque suscita o comprometimento e corresponsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários. Estética pelo seu caráter inovador em relação à produção e valorização das subjetividades e da autonomia. Política devido à inter-relação desses três atores no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).

O terceiro e último eixo, o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, vai além da arquitetura, buscando estabelecer o ambiente aspirado pelos usuários e profissionais de saúde. Explorando a funcionalidade e a possibilidade de flexibilidade na ambiência realizam-se articulações, tais como trabalho com equipe de referência, visita aberta, direito à acompanhante, informação e sinalização, o trabalhador no hospital, respeito à cultura e às diferenças, acolhimento (Quadro 2) (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).

Quadro 2: Articulações que contribuem para que a ambiência constitua-se em uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

Trabalho com Equipe de Referência	A criação e adaptação de espaços multifuncionais ou coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros equivalentes; podem evitar a compartimentação por especialidades que consolidam verdadeiros “feudos” nos serviços de saúde.
Visita Aberta	O espaço deve ser capaz de acolher os visitantes numa perspectiva diferente da

	atual, em que o ambiente é extremamente frio e degradado.
Direito à Acompanhante	Não basta garantir o direito a acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes das unidades; de forma que eles possam também ter momentos de encontros, diálogos, relaxamento e entretenimento, como assistir à televisão ou ouvir música.
Informação e Sinalização	Os serviços de saúde devem contemplar projetos de sinalização e placas de informação de toda ordem, assim como facilitar fisicamente o acesso, para que não excluam pessoas com deficiência visual, que usem cadeiras de rodas ou muletas ou ainda que não saibam ler. Devem ter linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções.
O Trabalhador no Hospital	É importante que espaços de apoio para o trabalhador – como sala de estar, copa e banheiros – estejam bem localizados, em número suficiente e para todos os profissionais.
Respeito à Cultura e às Diferenças	Os espaços de saúde têm peculiaridades que se dão pelas rotinas ali estabelecidas pelo usuário e trabalhador, as diferentes redes sociais que acolhem, as diferenças regionais, religiosas e étnicas. Todas elas devem ser reservadas. É preciso considerar a importância de se conhecerem os valores e costumes da comunidade em que se está atuando.
Acolhimento	Acolhimento pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos, que propicie a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores – equipes – e entre os próprios usuários. Esses devem ser confortáveis e dispostos de maneira a promover interação entre os usuários, em balcão baixo e sem grades, que não sejam intimidadores, que possibilitem o atendimento do paciente sentado – principalmente os cadeirantes.

Fonte: BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006.

A PNH, ao adotar a Ambiência como ferramenta na transformação dos espaços da Saúde, atinge um avanço qualitativo, pois passa a considerar, além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, as situações que são construídas. Para dar conta desse compromisso não basta investir na estrutura física dos prédios, em equipamentos e tecnologias e em outros processos que não impliquem na valorização da dimensão humana, pois, mesmo sendo investimentos relevantes para a instituição hospitalar só tem valor se estiverem voltados para melhorias no trabalho dos profissionais de saúde e na oferta de cuidado digno.

Deste modo, para haver atenção humanizada e reestruturar o processo de produção de saúde na Pediatria, é preciso gestores comprometidos com a ambiência, isto é, com a gestão de gente que cuida de gente, investindo em medidas que viabilizem as demandas de trabalho, tais como dimensionamento adequado de pessoal, espaços de ouvidoria interna, viabilização e disponibilização de materiais e insumos adequados e suficientes para a assistência do paciente (FONTANA, 2010). Também, deve haver intervenções que visem à promoção de condições favoráveis à reabilitação dos efeitos de experiências adversas ao desenvolvimento das crianças; incentivando a saúde e atendendo às suas necessidades, considerando os aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos dela e de sua família (BRITO; RESCK, 2009).

Para que Ambiência não se configure em uma ferramenta isolada e desarticulada da PNH, faz-se necessário estar alerta ao seu processo de implementação, seus resultados e impactos, para, assim, reconhecer às novas necessidades que vão sendo criadas no ambiente hospitalar. Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais de enfermagem, aliados aos gestores, considerem a construção de novos espaços, posturas e formas de atuação objetivando novos modos de cuidar.

Considerando que a proposição e a adoção de mudanças não são simples e requerem bastante investimento, faz-se necessário identificar os elementos que possam apoiar essa ferramenta, de maneira a alcançar outro patamar com possibilidades para a humanidade: o cuidado humanizado (BOFF, 2012).

3.3 CUIDADO HUMANIZADO DO PONTO DE VISTA FILOSÓFICO DE LEONARDO BOFF

O cuidado humanizado não pode permanecer meramente um conceito abstrato e desarticulado da realidade; pois, dessa forma, torna-se impraticável e passa a ser acusado de ser excessivamente utópico. Para que de fato incorpore-se a realidade, faz-se mister transcender o dualismo ainda persistente na assistência a saúde, que valoriza aspectos clínicos presentes no corpo e ignora a coexistência de interioridade e subjetividade (BOFF, 2012).

A humanização considera que o ser que necessita de cuidado não é apenas um objeto a ser consertado, mas um ser com inúmeras possibilidades de existência, que carrega consigo experiências e vivências (ROSETE; VAGHETTI, 2008), suscitando, portanto, a valorização de aspectos de sua interioridade e subjetividade, as quais são urdidas de emoções, sentimentos, paixões, sonhos e utopias (BOFF, 2012).

O cuidado humanizado extrapola o processo saúde-doença e tem como foco a vida em todas as suas formas de expressão. Trata-se de um processo de produção de saúde, que abrange relacionamentos, conhecimento, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança, coragem, entre outros aspectos (ROSETE; VAGHETTI, 2008). É por intermédio do cuidado que o ser humano vive o significado de sua própria vida, pois ele pertence à natureza do humano, fazendo-se presente em cada momento, especialmente no nascimento e na morte, em que a criança sem o cuidado não existe e o moribundo precisa do cuidado para sair decentemente desta vida (BOFF, 2012).

O cuidado é frequentemente associado à ética natural dos profissionais da saúde, principalmente de médicos e enfermeiros (BOFF, 2012). Em uma instituição hospitalar organizada de acordo com uma linha tradicional de “cuidados médicos”, o trabalho dos

profissionais de medicina e de enfermagem é centrado na produção dos “cuidados” (CATÃO, 2011).

Os profissionais de medicina asseguram a efetivação do ato médico propriamente dito, com a elaboração de diagnósticos e terapêuticas fundamentados no raciocínio clínico individualizado, utilizando exames radiológicos, bioquímicos, entre outros, que os subsidiem. Assim, revelam-se sinais e símbolos do poder carismático de curar que, legitimado pelo seu valor científico, constitui-se no principal recurso da prática e da relação estabelecida com os demais profissionais da saúde envolvidos no cuidado dentro da instituição hospitalar (CATÃO, 2011).

Por sua vez, a enfermagem, inserida nesta instituição tem o cuidado como objetivo do seu fazer. Trata-se de um cuidado especializado, que se orienta pelos conhecimentos científicos e avanços técnicos e tecnológicos da atualidade (KOERICH; ERDMANN, 2008); exercido por meio da equipe de enfermagem, composta por profissionais de diferentes níveis: enfermeiro (nível superior), técnico de enfermagem (nível médio) e auxiliar de enfermagem (nível fundamental). Juntos compõem o grupo profissional majoritário na assistência hospitalar, colocando a enfermagem em posição privilegiada, visto que interagem com os pacientes, familiares, demais setores e profissionais da instituição, agregando maiores subsídios para planejar e implementar ações de cuidado, de acordo com o grau de complexidade que compete a cada um; como também para discutir os encaminhamentos da assistência médica (CATÃO, 2011).

As relações fundamentais para com a saúde vêm se transformando e não se tem mais direcionamento para a doença, mas, para além disso, sente-se que a cura está ligada ao cuidado e, essencialmente, o cuidado existe independentemente da cura (ROSETE; VAGHETTI, 2008). Por isso, o cuidado não é uma meta a se atingir somente no final da caminhada, mas um princípio a ser investido em cada passo, possibilitando aos profissionais da saúde crescer na prática do cuidado em cada circunstância, no tempo e no contratempo (BOFF, 2012). Assim, deixando de existir profissionais de saúde “prescrevedores” de receitas e aplicadores de fórmulas, mas, sim, “cuidadores” de vidas enfermas que buscam saúde; seguramente proporcionando mais energia que flui e que influencia enormemente a cura dos pacientes (BOFF, 2004).

Por pertencer a natureza do humano, o cuidado é exigido em praticamente todas as esferas da existência, desde o cuidado do corpo, dos alimentos, da vida intelectual e espiritual, da condução geral da vida até ao se atravessar uma rua movimentada. Portanto, o cuidado

emerge da realidade concreta, concretíssima, pelo fato do ser humano estar-no-mundo, com-outras, aberto-para-o-futuro, ser-para-a-morte e abertura-em-totalidade (BOFF, 2012).

Estar no mundo refere-se às relações estabelecidas entre os seres, com todas as eventuais desventuras que vêm do mundo, por conseguinte, o cuidado surge como preocupação e inquietação, mas também como zelo, solicitude e gentileza para com as pessoas e com o seu entorno vital e ambiental (BOFF, 2012). O estar com os outros diz respeito, especificamente, as relações de cuidado entre sujeitos, com gesto de acolhida, atenção e envolvimento (BOFF, 2012).

Estar aberto para o futuro é a expressão do cuidado como preocupação e inquietação por aquilo que vai chegar e que não pode ser controlado. É a forma zelosa e diligente de plasmar a identidade por meio do exercício da liberdade, mas sempre dentro das condicionantes inerentes à história e à situação pessoal de cada um (BOFF, 2012). Ser para a morte é a compreensão de que não podemos deter o curso irrefreável da morte, por isso devemos cuidar do tempo em que nos é permitido viver, com sentimento de gratidão por tudo que o universo ou o Ser nos propiciou viver e nos concedeu desfrutar, dando-nos coragem para enfrentar obstáculos, resiliência para suportar fracassos, alegria para celebrar os sucessos e capacidade de amadurecer rumo à nossa plena identidade humana (BOFF, 2012).

Abertura em totalidade refere-se à busca do ser humano pelo pólo que o plenifica e lhe permite uma suprema humanização. Para tanto, precisa ser cuidado e também precisa cuidar do outro, assim, mostrar as possibilidades que esconde dentro de si e expandir sua humanidade. Nesse jogo dinâmico, arriscado e promissor, passivo e ativo, de ser cuidado e de cuidar, é necessário saber combinar as aptidões com as motivações, pois não basta ter aptidão para a música se não sentir motivação para desenvolver esta capacidade. Da mesma forma, as motivações não ajudam a ser músico se não tiver aptidão para isso, seja no ouvido, seja no domínio de algum instrumento (BOFF, 2012).

Além disso, envolve desenvolver iniciativas criativas, exercitar a fantasia imaginativa que nos afasta dos riscos. No entanto, atualmente há uma tendência de plasmação da subjetividade pessoal e coletiva, consoante os interesses do sistema social imperante que nos quer como consumidores passivos e sem criticidade, em que reafirmar-se como indivíduo e expressar sua própria subjetividade implica coragem de ir contra esta tendência e com determinação dizer EU e sustentar a força desse EU; evitando sua redução a um número, a um membro de uma massa anônima e um eco da voz do outro (BOFF, 2012).

O grande desafio está em combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Os últimos

séculos, entretanto, se caracterizaram pela ditadura do modo de ser trabalho como intervenção, produção e dominação. O trabalho não é mais relacionado com a natureza, mas com o capital, sendo assalariado e não atividade de plasmação da natureza. As pessoas vivem escravizadas pelas estruturas do trabalho produtivo, racionalizando, objetivado e despersonalizado, submetidas à lógica da máquina. Logo as aprisionando e mantendo-as reféns de uma lógica que hoje se mostra destrutiva (BOFF, 2004).

Como consequência, o ser humano se entrega totalmente à lógica do modo de ser trabalho depredador, à vontade de poder sem freios, à auto-afirmação com exclusão dos outros e ao mau trato das pessoas, da casa, da vida pública e de si mesmo. Ocorrendo o retraimento do ser humano sobre seu próprio horizonte que, ao negar a essência de seu ser-cuidado, se torna cruel consigo mesmo. O resultado é um processo de desumanização e de embrutecimento das relações (BOFF, 2004).

Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa colocar limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo; derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado; respeitar a comunhão que todas as coisas entretêm entre si e conosco (BOFF, 2004).

Constata-se com frequência que a atitude de cuidado que envolve afetivamente o profissional da saúde e o enche de preocupações para com o paciente é muito exigente. Especialmente, se o cuidado constitui não um ato esporádico, mas uma atitude permanente e consciente. Neste caso, faz-se necessário destacar que os profissionais de saúde são também mortais, sujeitos ao cansaço, ao estresse à vivência de pequenos fracassos e decepções, por isso precisam ser cuidados, sentirem-se acolhidos e revitalizados, caso contrário a vontade de cuidar se enfraquece (BOFF, 2012).

Logicamente, em tais ocasiões é que a comunidade do cuidado, os diversos profissionais de saúde, médicos e a equipe de enfermagem devem entrar em ação. Essa comunidade deve ser previamente estabelecida, fundada na comum vontade de assumir a postura do cuidado, de trabalhar articulada, respeitando-se, apoiando-se e, se for necessário, cuidando-se reciprocamente. Esse cuidado é revitalizado, reforçando o estímulo para continuarem no cuidado dos pacientes (BOFF, 2012).

Quando há cuidado entre os profissionais da saúde, as relações horizontais de confiança e de cooperação mútua imperam superando-se os constrangimentos nascidos da necessidade de ser cuidado. Aceita-se como dado de realidade que quem cuida precisa ser cuidado e deve-se aprender a fazê-lo, para que ninguém se sinta humilhado ou diminuído,

mas, ao contrario, ajude a estreitar os laços e criar o sentimento de uma continuidade, fundada no cuidado (BOFF, 2012).

O agir do profissional, nesse contexto, aproxima-o de uma prática transformadora com um olhar mais atento e amplo, recheado de compromisso e enriquecido pelo diálogo, porque, cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Esta seção apresenta-se dividida em três capítulos: “*O binômio criança-família como sujeito do cuidado de enfermagem no hospital*”; “*A ambiência na perspectiva da Enfermagem: de Florence à atualidade*”; e, “*Ambiência em pediatria: perspectivas para a humanização do cuidado*”. No conjunto, eles revelam a pertinência de analisar a ambiência na unidade de pediatria tendo em vista a humanização do cuidado à criança hospitalizada.

4.1 O BINÔMIO CRIANÇA-FAMÍLIA COMO SUJEITO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

A criança ao entrar no ambiente hospitalar, além de ter de lidar com o mal-estar provocado pela enfermidade, é afastada de seu ambiente familiar, de seus amigos, da escola e de seus objetos pessoais, perdendo assim grande parte de suas referências. Trata-se de um ambiente que impõe inúmeras mudanças a serem assimiladas por ela, como interagir com pessoas desconhecidas – médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e estudantes -; realizar exames e intervenções que poderão ser dolorosas ou desagradáveis; repouso obrigatório; utilização de medicamentos e aparelhos; horários diferentes ao da sua rotina para realização de atividades diárias de alimentação e higiene; ruídos e outros incômodos que contribuem para que muitas crianças percebam a experiência de hospitalização como estressante e traumática (BRITO; *et al.*, 2009; ROJAS; MACHUCA, 2009).

Por caracterizar um ambiente estressor e traumático, o hospital desencadeia uma série de reações, que vão desde comportamentos agressivos como raiva e violência, ou choro constante, seguidos de angústia e depressão, até dificuldades de aprendizagem e atraso no desenvolvimento (CERIBELLI; *et al.*, 2009). Por sua vez, essas reações podem variar em cada criança, de acordo com sua idade e experiências anteriores de hospitalização. Quando muito pequenas, as crianças não compreendem o que significa estar doente, nem o porquê sentem dor e tem que ficar em um ambiente que lhes é estranho, demonstrando seu medo, na maioria das vezes, através do choro. As crianças maiores apresentam maior temor aos procedimentos, muitas vezes opondo-se à sua realização (ROJAS; MACHUCA, 2009).

As experiências de hospitalizações anteriores influenciam as reações da criança, segundo sua natureza, intensidade e duração, tendo alta probabilidade de aumentar a sensibilidade à vulnerabilidade se foram negativas, por outro lado, se foram positivas contribuem para o ajuste da criança a nova situação e atuam como fator protetor para o enfrentamento exitoso de situações adversas que possam ocorrer no futuro (ROJAS; MACHUCA, 2009). Logo, crianças com recordações negativas relativas a hospitalizações anteriores e as que nunca foram hospitalizadas antes tendem a apresentar maior ansiedade, medo e insegurança na sua admissão no hospital, do que crianças com experiências positivas de hospitalização (EKRA; GJENGEDAL, 2012).

Considerando que nem todas as crianças apresentam as mesmas reações diante da hospitalização, a equipe de enfermagem e saúde ao realizar procedimentos que, embora rotineiros e necessários, possam ser estressantes e traumatizantes, como coleta de sangue, urina, exame de líquido, tomografia e até mesmo procedimentos mais simples como raios-X e inalação, necessitariam ser suavizados pela sensibilidade do profissional. Mesmo porque, alguns exames, por requererem equipamentos complexos, ou ainda, pelo fato de emitirem sons, ruídos e barulhos, contribuem para que a criança o perceba como mais doloroso e agressivo (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008).

A enfermagem por manter contato próximo e contínuo, realiza cuidados relacionados às necessidades básicas das crianças, como banho e alimentação, outros voltados à terapêutica, como a verificação de sinais vitais, administração de medicamentos e, ainda, procedimentos considerados invasivos. Quando o contato emergente desta prática é realizado de forma impessoal, sem tratar a criança como um indivíduo com necessidades relacionadas à sua fase de desenvolvimento pode acarretar estresse e trauma (SOARES; SILVA, 2008).

Nesse sentido, pesquisa avaliativa sobre qualidade dos cuidados de enfermagem, realizada com crianças e adolescentes hospitalizados, apontou comportamentos adotados pelas enfermeiras que influenciavam positiva ou negativamente a percepção da qualidade do cuidado ofertado. Os comportamentos avaliados positivamente foram aqueles que fizeram os respondentes sentirem-se bem, confortáveis, felizes e seguros, pois a enfermeira atendeu as suas necessidades quando precisaram dela, além de avaliá-los frequentemente, administrar medicamentos, ser amigável e escutá-los. Os comportamentos indicados como negativos foram os que fizeram eles sentirem-se tristes, mal, com medo e irritados, incluindo acordá-lo e realizar procedimentos que ferem ou são desconfortáveis (RYAN-WENGER; GARDNER, 2012).

Pelo fato do ambiente hospitalar constituir-se o espaço vital durante dias, semanas ou meses, as vivências estressantes podem levar a criança a crer que todas as enfermeiras ou pessoas vestidas de branco lhes causarão dores, sofrimentos ou lesões corporais (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008). Evidenciando que a criança tem uma forma muito própria e singular de dar um significado para a sua hospitalização, combinando realidade e imaginação. Assim, faz-se necessário que o ambiente hospitalar e os profissionais que nele atuam estejam organizados da melhor forma possível para atender às suas necessidades, orientando-a para a realidade e combatendo as fantasias assustadoras (FORSNER; JANSSON; SORLIE, 2005).

No entanto, o ambiente hospitalar, na maioria das vezes, está organizado para atender à doença, sem qualquer planejamento à individualidade de cada criança e as necessidades globais da infância (SOARES; SILVA, 2008). O ritmo monótono e repetitivo, devido a suas regras e rotinas, fazem com que o ambiente hospitalar se difira do cotidiano ativo da criança, com atividades escolares, brincadeiras e esportes (EKRA; GJENGEDAL, 2012).

Deve-se considerar que mesmo hospitalizada a criança não perde suas características infantis. Como um ser em fase de crescimento e desenvolvimento, necessita brincar, estabelecer vínculos, receber e dar afeto (MENDES; BROCA; FERREIRA; 2009). Para dar conta dessas necessidades, alguns hospitais têm investido na criação de Brinquedotecas, espaços recreativos, contendo livros, jogos e brinquedos.

Através do brincar a criança revela seu aspecto saudável, pois, tem acesso a uma linguagem de seu domínio, o que a possibilita elaborar a experiência de adoecimento e hospitalização, transpondo as limitações impostas pelas mesmas (SILVA; *et al.*, 2010). Ao encontro dessa afirmativa, estudo realizado com crianças hospitalizadas, com o objetivo de explorar a experiência de estar doente, apontou que a participação na ludoterapia confortava-as, fazendo-as pensar em outras coisas que não a doença (FORSNER; JANSSON; SORLIE, 2005). Dessa forma, o brinquedo ao ser utilizado como instrumento terapêutico, também remodela o hospital tradicional, facilitando dinâmica de interações e conquistando a cooperação das crianças para os procedimentos (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008; SILVA; *et al.*, 2010).

Considerando as características infantis, remodelar o ambiente hospitalar, requer não só a utilização de brinquedos e estratégias lúdicas, mas implica a participação dos pais e familiares, pois a criança encontra neles a força e segurança necessárias para enfrentar o medo, a dor e os demais sentimentos gerados em função da doença e da hospitalização (MURAKAMI; CAMPOS, 2011). A presença do familiar se configura em uma referência da

vida da criança fora do hospital, a quem ela confia a tarefa de porta-voz de seus desejos e direitos (PINTO; *et al.*, 2009; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009).

Embora, neste momento, a família seja para a criança uma fonte de força e segurança, muitas vezes, ela própria não sabe como agir no ambiente hospitalar, encarar a doença da criança e, ainda lidar com a demanda da mesma (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010). É um momento delicado para a família, pois implica no aumento das despesas, de deslocamentos, faltas ao trabalho e ausência no lar, consequentemente, suscitando a reconfiguração da dinâmica e rotina familiar (LOPES; SANTOS; SOUSA, 2012).

Logo, a hospitalização é estressante tanto para criança quanto para seus familiares. Em vista disso, pesquisadores apontam que para minimizar os efeitos negativos da hospitalização, os serviços de pediatria e os cuidados à criança devem ser planejados em torno da necessidade das crianças e de suas famílias. Assim, o foco do cuidado deixa de ser exclusivamente a criança e passa a englobar a família, tornando-os parceiros ativos no processo de produção de saúde (LOPES; SANTOS; SOUSA, 2012).

No entanto, não raro, a família sente-se vulnerável no ambiente hospitalar, pois lhe são negados seu poder e direito de escolha, tendo de submeter-se a situações de conflito na relação com a equipe de saúde. Não ocorre um relacionamento autêntico de parceria, mas de desigualdade e distanciamento, em que a ausência de diálogo dá espaço para que a família perceba-se desrespeitada e afastada de seu papel (PETTENGILL; ANGELO, 2005). Somam-se, ainda, sentimentos de frustração relacionados à falta de informação sobre procedimentos e tratamentos, desconhecimentos das regras e regulamentos hospitalares (PINTO; *et al.*, 2009).

Estudo realizado com o objetivo de conhecer a percepção dos acompanhantes de crianças hospitalizadas sobre o diagnóstico médico e os possíveis agravantes causadores da hospitalização evidenciou que a maioria desconhecia o real diagnóstico clínico, o que levou a inferir que eles construíram suposições acerca da causa da hospitalização da criança, demonstrando assim que possivelmente exista falha de comunicação entre eles e os membros da equipe de saúde (MELO; MARCON; UCHIMURA, 2010).

Nesse sentido, autores apontam que o fornecimento de informações, orientações, e esclarecimentos sobre as condições de saúde da criança poderiam evitar uma série de situações conflituosas entre a família e a equipe de saúde, uma vez que a primeira estaria ciente do que esperar e do que se espera dela (PINTO; *et al.*, 2009; MURAKAMI; CAMPOS, 2011). Então, para que a família se sinta fortalecida para cuidar da criança hospitalizada, ela também deve ser considerada pelos profissionais de saúde no desenvolvimento de suas ações de cuidado (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

Na tentativa de minimizar o estresse decorrente da hospitalização para as crianças e suas famílias, inúmeros esforços têm sido empreendidos, desde investigações acerca da participação da família no cuidado a criança hospitalizada, até a criação de políticas de saúde. Ressalta-se que foi através do relatório de Platt, em 1959, no Reino Unido, que reconheceu-se a importância da permanência e participação da família no ambiente hospitalar (LOPES; SANTOS; SOUSA, 2012). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, em seu capítulo I - Direito à Vida e à Saúde, preconiza que os serviços de saúde deverão proporcionar condições para a permanência dos familiares, em tempo integral, nos casos de internação de criança (BRASIL, 1990).

Para acompanhar a evolução acerca da concepção de cuidados e integrar a família nos cuidados à criança, a enfermagem tem sofrido um processo contínuo de organização e reorganização na dinâmica de trabalho, buscando integrar na sua prática os subsídios conferidos pelas pesquisas. Entretanto, a este processo de inclusão impõem-se alguns obstáculos que têm dificultado amplamente sua aplicação na prática diária (LOPES; SANTOS; SOUSA, 2012).

Nesse sentido, pesquisa realizada com enfermeiros de pediatria, com objetivo de descrever o significado do cuidar da criança e a percepção da família para equipe de enfermagem, indicou que, mesmo reconhecendo o direito e a importância da presença da família para a recuperação da criança, os profissionais manifestavam dúvidas em relação à presença dos pais. Evidenciando que ainda há muitas dificuldades que permeiam esse processo, como o estresse diante da presença dos pais durante a realização dos procedimentos (PINTO; *et al.*, 2009).

Embora o esperado seja uma relação de cooperação e parceria entre os enfermeiros e a família da criança hospitalizada, ainda é comum a existência de uma relação de dominação-subordinação, em que os profissionais tendem a transformar o direito da família em permanecer junto à criança em um dever, delegando a realização de cuidados que competem aos profissionais do serviço. E, quando o comportamento dela não obedece a este modelo de agente do trabalho, adotando uma postura mais crítica e questionadora, acaba gerando conflito e distanciamento com a equipe (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

Reforçando o exposto, estudo realizado com a equipe de enfermagem de um hospital escola, cujo objetivo foi analisar a dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada, mostrou que a equipe divide cuidados com a família, mas sem compreendê-la como coparticipante. Constatando-se o despreparo dos profissionais para abordar o binômio criança-família no cotidiano hospitalar, faltando-lhes conhecimento para

atender as suas necessidades e estabelecer processos efetivos de diálogo (PIMENTA; COLLET, 2009).

A visão utilitarista sobre a família, que a transforma em mão de obra, compromete o cuidado, uma vez que ela passa a ser considerada ferramenta e não sujeito de cuidado, que possui necessidades a serem atendidas (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010). Segundo pesquisadores, isso ocorre devido a insuficiência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, superlotação, insatisfação e desmotivação profissional (QUIRINO; COLLET, 2009). Diante de tal situação, faz-se necessário resgatar a dimensão ética do cuidado, pois mesmo quando a família cuida a criança, a responsabilidade pelo cuidado é da enfermagem (PIMENTA; COLLET, 2009).

Envolver a família nos cuidados à criança hospitalizada implica rever os modos como a enfermagem tem delineado esse processo, buscando humanizar a assistência, cuja organização tecnológica do trabalho deve pautar-se na aproximação, negociação, compartilhamento, escuta e acolhimento (PIMENTA; COLLET, 2009). Apesar da equipe de enfermagem ser detentora de conhecimentos científicos específicos para o cuidado, é o familiar quem consegue captar as pequenas alterações na saúde da criança. Por essa razão, ele pode ser um grande colaborador no tratamento da criança oferecendo informações importantes que auxiliam no cuidado e que devem ser valorizadas pelo enfermeiro devido ao potencial para transformar e enriquecer o cuidado (MURAKAMI; CAMPOS, 2011; COLLET, 2012). Portanto, fomentar a participação da família durante a hospitalização, acarreta benefícios não só para a criança, como para os próprios familiares e para a equipe de enfermagem (LOPES; SANTOS; SOUSA, 2012).

Na medida em que, o cuidado incorpora novos elementos como o brinquedo e a família, reconhecendo as características infantis, modifica o processo de produção de saúde e constrói uma nova ambiência, menos estressante e mais humana para os sujeitos envolvidos – criança, família e profissional de saúde. Nesse sentido, é importante estar alerta às novas necessidades que vão sendo criadas no ambiente de pediatria para que a reconfiguração do cuidado não se restrinja à mudanças na estrutura física, na caracterização da unidade, mas, que implique na dimensão subjetiva do cuidado.

4.2 A AMBIÊNCIA NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM: DE FLORENCE NIGHTINGALE À ATUALIDADE

Florence Nightingale (1820-1910) foi a precursora da Enfermagem profissional, preparando mulheres para a prática de cuidar de doentes, o que, antes de seu tempo, era realizado por indigentes e bêbados, pessoas incapacitadas a qualquer espécie de trabalho (TORRES, 1993). Em 1854, ficou conhecida após seu trabalho de cuidar de doentes durante a Guerra da Criméia, virando lenda e sendo conhecida como a “Dama da Lamparina”, pois fazia rondas noturnas com um lampião para avaliar os soldados feridos (TORRES, 1993; LEOPARDI, 2006).

Em sua época, os hospitais se caracterizavam como locais com pouca ou nenhuma higiene, o que fazia com que os doentes em tratamento sofressem com maior frequência devido ao ambiente, do que com a doença que os levara para lá (TORRES, 1993). Nightingale descreveu as péssimas condições sanitárias dessas instalações hospitalares, lutou por ataduras, alimentos, leitos, material de limpeza (LOBO, 2000). Deixou como legado, o conhecimento adquirido em suas experiências, as quais foram sintetizadas em várias publicações. Entre elas, destaca-se o livro “Notes on Nursing” (Notas sobre Enfermagem) que chegou a várias áreas do conhecimento, tais como Arquitetura, Estatística, Engenharia Sanitária, e outras (LEOPARDI, 2006).

Suas publicações colaboraram para que lhe fosse conferido o título de “mãe da enfermagem moderna” devido a contribuição ao desenvolvimento científico da profissão, cujo embasamento para a prática de enfermagem tem como fundamento básico a relação entre processo saúde-doença e o ambiente (LOBO, 2000). Destacando que a assistência deve compreender, além dos aspectos biológicos, o ambiente no qual a pessoa está inserida, atentando para os fatores ambientais que provocam danos à saúde (ROJAS; MACHUCA, 2009). Reconhecendo que o ambiente pode exercer influencia positiva, à medida que oferece condições para o bem estar e a plena realização das capacidades humanas, ou negativa, quando promove o aparecimento e manutenção de doenças, agravos e lesões traumáticas (SILVA-SOBRINHO; *et al.*, 2013).

Mesmo com os ensinamentos de Florence, ainda hoje, as bases que têm fundamentado o cuidado de enfermagem, em sua grande maioria, se reduzem à dimensão que traz em si um saber significativamente biológico, voltado para o reconhecimento de sinais e sintomas das enfermidades (SILVA; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2010). Dessa forma, faz-se necessário que o cuidado à criança hospitalizada compreenda que ela se encontra em um ambiente

estranho e, muitas vezes, agressivo, cuja assistência negligencia suas necessidades psicossociais.

Em sua experiência prática, Florence identificou que o desequilíbrio no ambiente físico - na ventilação, no aquecimento, na luz, no ruído, na limpeza de quartos e paredes, entre outros aspectos – influenciava o ambiente social e psicológico da pessoa, suscitando maior energia da mesma para compensar o estresse ambiental, consequentemente, retirando dela a energia imprescindível para a cura e/ou melhora do seu estado de saúde (LOBO, 2000).

Considerando os fatores estressantes no ambiente hospitalar, atender as demandas da criança e sua família é prestar um cuidado humanizado, através de ações de enfermagem que possam transformar a hospitalização em uma vivência menos sofrida e traumatizante (VILLAÇA, 2013). Tais ações podem concretizar-se com a adoção de atitudes simples que não demandam altos custos e de fácil resolutividade, a colocação do leito do paciente em local adequado, no quarto, que lhe proporcione a visão do mundo exterior e da luz solar; o estímulo e a orientação aos visitantes, no sentido de que proporcionem uma quantidade maior de entretenimento ou estímulos no ambiente; o acordar do paciente com menor frequência e de modo menos súbito, além da oferta de uma atmosfera calma, com menos correria (TORRES, 1993). A própria Florence sugeria a manipulação do ambiente no cuidado de enfermagem, por meio de mudanças na cor e de quadros que compunham a enfermaria e o oferecimento de flores ou plantas aos pacientes (LOBO, 2000).

Em seus escritos, o ambiente emerge como conceito principal, considerando-se todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento do ser humano, capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença e a morte (LEOPARDI, 2006). Apesar de reconhecer as dimensões físicas, psicológicas e sociais, Florence tendia a dedicar maior ênfase ao ambiente físico, pois, quando esse está adequado, pode-se dispensar maior atenção às necessidades sociais e emocionais do doente (LEOPARDI, 2006).

O conceito de ambiente era, portanto, bastante abrangente, compreendendo e interrelacionando as dimensões supracitadas. No que se refere à dimensão psicológica, um ambiente negativo pode acarretar estresse físico, afetando emocionalmente o paciente. Para evitar tal situação, deve-se oferecer ao paciente uma variedade de atividades, de forma a manter sua mente estimulada, comunicando-se e dispensando-lhe atenção, evitando interrupções e tratando de assuntos agradáveis, sem encorajar falsas esperanças (LEOPARDI, 2006).

Em relação à dimensão social, ressalta-se a necessidade de se observar as características do ambiente que a pessoa está inserida, visto que ele pode afetá-la e produzir

enfermidade (LEOPARDI, 2006). Por conseguinte, para minimizar ou evitar o estresse provocado pela hospitalização o cuidado à criança não pode limitar-se ao leito, mas compreender as características da unidade pediátrica como um todo e os recursos disponíveis para a construção de ambiências que atendam às necessidades físicas, emocionais e sociais da mesma.

Como resultado da interação entre a criança e o ambiente emerge o processo saúde-doença, sendo a saúde caracterizada pela aptidão para utilizar o poder pessoal para estar saudável e a doença pelo esforço restaurador, de corrigir a situação de estresse desencadeada pela hospitalização (LEOPARDI, 2006; CARRARO; MADUREIRA; RADÜNZ, 1999). Nessa perspectiva, a criança precisa ser percebida, não só como um doente ou uma doença, mas como uma pessoa com forças vitais restauradoras para manejar a doença (CARRARO; MADUREIRA; RADÜNZ, 1999).

Logo, o papel da enfermagem constitui-se em colocar a criança em suas melhores condições para a natureza agir, o que pode ser obtido, basicamente, através da ação sobre o ambiente. Consequentemente, contribuindo para a manutenção ou restabelecimento de suas forças, de forma a prevenir a doença, resistir a ela ou recuperar-se dela.

A enfermagem pediátrica, especificamente, entende que a assistência abrange a família, pois ela é uma constante na vida da criança e a unidade básica de saúde, a qual oferece cuidados de promoção à saúde e prevenção de doenças, além dos primeiros atendimentos (OLIVEIRA, 2013). Deste modo, a saúde dá-se por meio da interação recíproca entre enfermagem- criança/família- ambiente (LEOPARDI, 2006).

Atualmente, os aspectos ambientais considerados por Florence, há um século, ressurgem como foco de interesse de saúde pública através da Política Nacional de Humanização (PNH), de forma a atender a demanda de usuários e familiares por um ambiente hospitalar que atenda as suas necessidades. A PNH enfatiza seu compromisso com a ambiência ao propor melhorias nas condições de trabalho e de atendimento. Desde sua promulgação, vários hospitais, predominantemente do setor público, começaram a desenvolver ações “humanizadoras”: atividades lúdicas, lazer, entretenimento, arte e melhorias na aparência física dos serviços. Paulatinamente, algumas dessas ações “humanizadoras” foram ganhando consistência e conquistaram espaço nas rotinas hospitalares, como a visita livre, o acompanhante e a dieta personalizada (RIOS, 2009).

No entanto, a humanização em sua trajetória de consolidação defrontou-se e tem se defrontado com estruturas institucionais ainda dominadas por paradigmas ultrapassados de compreensão da saúde, do trabalho em saúde e da responsabilidade pública sobre a saúde.

Transformar esta realidade e humanizar a assistência exige o compromisso com a ambiência, construindo espaços que visem à confortabilidade e a produção de subjetividades, bem como, possa ser utilizado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

Portanto, a PNH e a teoria ambientalista de Florence ressaltam a importância de analisar os aspectos ambientais, de forma a sensibilizar-nos para uma nova visão acerca da resposta da criança à hospitalização e a partir de então planejar cuidados eficazes, de acordo com suas necessidades. Diante de dados consubstanciados sobre a natureza crítica do impacto do ambiente sobre a saúde e o bem estar dos indivíduos, os apontamentos da teórica ainda hoje possuem relevância para a enfermagem. Esse é um dos motivos pelo qual Florence tem sido denominada atemporal (LOBO, 2000).

4.3 AMBIÊNCIA EM PEDIATRIA: PERSPECTIVAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Este capítulo está subdividido em três subcapítulos: *“O espaço da unidade de pediatria e suas interfaces com o conforto, processo de trabalho e produção de saúde”*; *“Produzindo subjetividades: coparticipação criança-família-profissionais de enfermagem/saúde no cuidado em pediatria”*; *“Ambiente de pediatria: espaço de interação que potencializa a produção de subjetividade e autonomia do profissional de enfermagem”*. Juntos eles buscam compreender os eixos norteadores para a construção de ambiências que potencializem a humanização do cuidado.

4.3.1 O ESPAÇO DA UNIDADE DE PEDIATRIA E SUAS INTERFACES COM O CONFORTO, PROCESSO DE TRABALHO E PRODUÇÃO DE SAÚDE

O desfecho do processo saúde-doença, assim como, o bem estar global, das crianças está intimamente relacionado a elementos do ambiente de pediatria, sendo, portanto, de fundamental importância atentar para a forma como o mesmo é arquitetado (EISEN; *et al.*, 2008; BAZUIN; CARDON, 2011). Pesquisadores apontam como elementos estimuladores do ambiente: o próprio espaço físico, os objetos, as pessoas, indivíduos responsáveis pela transmissão de sensações cinestésicas, experiências sensoriais, cognitivas, motoras e sociais à

criança, por meio do relacionamento interpessoal exercido durante os cuidados prestados a ela (SOARES; SILVA, 2008).

O planejamento da pediatria, especificamente em relação ao espaço físico, deve atender as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2002) e Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004). Esses órgãos estabelecem a estrutura de uma enfermaria em relação ao número de leitos, tamanho de quartos, distância entre os leitos, isolamentos, além de outras especificações acerca desse quarto ou enfermaria, como lavatório, pia, acabamentos, piso, teto, banheiros, iluminação, gases medicinais, tomadas, portas e janelas, banheiros, mobília, corredores, sinalização e acessibilidade.

De acordo com a ANVISA (2002), o ambiente de pediatria necessariamente deve conter: posto de enfermagem, sala de serviço, sala de exames e curativos, área de prescrição médica, enfermaria de lactente, quarto e enfermaria de adolescente, área de recreação, lazer, refeitório, área ou antecâmara de acesso ao quarto de isolamento, sala de aula. Também, contar com ambientes de apoio, tais como: sala de utilidades, banheiro para acompanhantes na pediatria, área para guarda de macas e cadeira de rodas, sanitários para o público e funcionários, rouparia, sala de estar para acompanhantes na pediatria, depósito de material de limpeza, banheiro para pacientes e copa de distribuição.

Ressalta-se que os esforços em construir um ambiente hospitalar voltado para a criança encontram barreiras desde a concepção, visto que os espaços de saúde, muitas vezes, refletem as decisões de um arquiteto e do pequeno número de dirigentes acerca da configuração ideal. Sem pautar-se nas regras e normas padronizadas pelos órgãos competentes e no cotidiano da Unidade de Pediatria, torna-se provável encontrar inadequações no ambiente que dificultam o uso e apropriação do mesmo pela criança, família e profissionais da enfermagem e da saúde.

Considerando que o ambiente influencia no desfecho do processo de produção de saúde, toda a criança precisa sentir que a pediatria é feita para ela (EKRA; GJENGEDAL, 2012), pois, além de estar fora de casa, geralmente está fragilizada física e emocionalmente, carecendo de conforto que este ambiente, com limitadas dimensões, nem sempre oferece (BARROS; QUEIROZ; MELO, 2010). Nesse sentido, pesquisa que explorou a opinião de crianças em relação a sua preferência de *design* para o ambiente de um hospital infantil do Reino Unido apontou que, para elas, a área de entrada e recepção precisa ter aparência acolhedora, convidativa, limpa, iluminada, com pinturas e sinais de boas-vindas (COAD; COAD, 2008).

Os corredores devem apresentar simplicidade, mas conter imagens ou quadros que melhorem a sinalização, tais como setas coloridas ou pegadas. Para a enfermaria, as crianças escolheram temáticas envolvendo o mar, a natureza, os animais e formas, tais como ondas e estrelas. As cores preferidas para este ambiente foram os tons azuis, laranja, rosa, amarelo e a combinação entre essas cores. Ressalta-se que essas preferências alternavam-se de acordo com a idade e desenvolvimento cognitivo da criança (COAD; COAD, 2008).

Na atualidade, observa-se que o próprio usuário começou a questionar e a sentir necessidade de que o hospital lhe ofereça não só o cuidado, como também, a segurança, o conforto e, principalmente, bem estar para si e sua família. Isto foi possível devido à implantação do controle social pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda por modernização dos hospitais, pela hospitalidade e humanização (BOEGER, 2008).

Nesse sentido, é imperativa a observância de elementos que atuem como modificadores e qualificadores do espaço, potencializando a construção de ambiências acolhedoras e confortáveis, que contribuam significativamente na produção de saúde, tais como presença de amigos e familiares, a existência de janelas com iluminação natural, paredes e corredores pintados com cores suaves e a redução de estímulos sonoros (BAZUIN; CARDON, 2011; MONTAGUE; BLIETZ; KACHUR, 2009; MENDES; BROCA; FERREIRA, 2009).

Estudo realizado com acompanhantes de crianças internadas em um hospital público do Rio de Janeiro, com o objetivo de identificar as necessidades e questões para adequação do espaço, constatou que, caso eles pudessem construir de novo o hospital pediátrico, preocupar-se-iam com a melhoria das condições de conforto ambiental (ventilação, iluminação, cores, privacidade), também com a ampliação e maior qualidade do atendimento propriamente dito, com a organização, informação e infraestrutura. Além de desejarem a construção de espaços de lazer e de interação para as crianças, como escola, parquinho e sala de brinquedos (BERGAN; *et al.*, 2009).

Outra pesquisa que explorou as diferenças entre o *design* de dois hospitais, um no Reino Unido e o outro nos Estados Unidos da América (EUA), mostrou que as características desses espaços podem influenciar tanto positivamente, quanto negativamente na capacidade das crianças em usarem estratégias de enfrentamento à doença. No hospital do Reino Unido a unidade de pediatria apresentava uma combinação entre o *design* tradicional de enfermarias conjuntas com a adição de quartos individuais (ROLLINS, 2009).

A enfermaria conjunta favoreceu a interação, mas também, reduziu a privacidade acústica para fazer um telefonema, discutir uma informação confidencial com a equipe de

saúde, se lamentar ou apenas ficar sozinho por um momento para pensar. Independente do quarto ocupado pela criança, o espaço ofertado na cabeceira dos leitos permitiu que os familiares se reunissem para apoiar a criança. Além disso, contava com um teatro para tratamento e procedimentos e um quarto colorido com o tema debaixo d'água que, fazendo uso das propriedades calmantes das cenas de água, era destinada para os momentos pré e pós-procedimentos. A presença de uma sala de brinquedos e outra de estar, permanentemente abertas, propiciou a interação social das crianças e de seus familiares com os demais usuários desses espaços (ROLLINS, 2009).

No hospital dos Estados Unidos a unidade de pediatria caracterizava-se por um posto de enfermagem central, entorno do qual os quartos de ocupação individual ou dupla se agrupavam. Esse *design*, além de vantajoso por ser compacto, elimina longos corredores e oferece boa visibilidade dos quartos a partir do posto de enfermagem. Por outro lado, a disposição dos quartos reduz a privacidade da criança e de sua família, além disso, quando a porta era mantida aberta, a criança estava sujeita a ouvir as atividades e o barulho das enfermeiras, o que poderia ser confuso, assustador e estressante, especialmente, para as crianças menores (ROLLINS, 2009).

Nos quartos de ocupação individual era possível garantir a privacidade visual e acústica, como também controlar a interação social, fechando a porta. Enquanto esses favoreciam a privacidade, os de ocupação dupla estimulavam as crianças e os familiares a experimentar interações com seus colegas de quarto. Uma cama a mais era disponibilizada nos quartos para que os familiares pudessem permanecer mais confortavelmente e apoiar a criança. As crianças eram incentivadas a personalizar os quartos com objetos próprios trazidos de casa, pois as paredes dos quartos eram nuas sem qualquer obra de arte ou decoração. Um quarto distante à unidade foi adaptado e transformado em sala de brinquedos, a mesma era mantida trancada e somente era aberta quando um adulto (pais, funcionários ou voluntários) estava disponível para supervisionar as crianças, dificultando seu uso e interação pelas mesmas (ROLLINS, 2009).

Em ambos os hospitais, o posto de enfermagem exibia balcões altos, que constituíam potencial de barreiras entre a equipe, às crianças e as famílias, inclusive podendo ser uma estrutura assustadora quando a criança é muito pequena para ver quem está do outro lado. Nos Estados Unidos foi permitida a entrada das crianças no posto de enfermagem, de modo que a visibilidade não era o grande obstáculo como se poderia crer vendo o *design* (ROLLINS, 2009).

Para a construção de ambiências humanizadas, a arquitetura não pode ser pensada isoladamente, uma vez que suas características também possuem implicação direta na rotina dos trabalhadores e gestores podendo constituir-se em um meio para a mudança na percepção do hospital como um ambiente frio e hostil (BRASIL, 2006). Estudo que avaliou a satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico municipal de Fortaleza quanto ao cuidado humanizado constatou que o ambiente era percebido como confortável para o exercício de suas funções, mas com necessidade de melhoria. Embora a maioria dos respondentes tenha avaliado a aparência do hospital como satisfatória, 47% indicaram a necessidade de reforma, considerando que o mesmo não apresentava estrutura apropriada ao atendimento de sua clientela, com ausência de uma área de recreação. Com relação à privacidade e confidencialidade nos atendimentos às crianças, os profissionais sugeriram a criação de um espaço destinado à realização de exames e procedimentos constrangedores (LIMA; JORGE; MOREIRA, 2006).

Para oferecer ambiência de cuidado humanizado há de se ter ambiência de trabalho humanizada para os profissionais de saúde. Ao encontro desta afirmação, estudo realizado com profissionais dos serviços de pronto-socorro infantil identificou a vivência de sentimentos díspares, como cansaço, esgotamento, angústia, impotência e revolta, devido à sobrecarga provocada pelo excesso de demanda e pelas limitações dos recursos diante de situações que envolvem risco de vida, permeados pela satisfação de gostar do que fazem e pela consciência da própria utilidade. Muitas vezes, a tensão emocional é tão grande que os levou a ter vontade de desistir, visto que os problemas presentes no cotidiano pareciam maiores do que os recursos disponíveis para resolvê-los. Por outro lado, tinham a sensação de dever cumprido quando conseguiam sobrepor às dificuldades e recuperar as crianças que chegaram muito graves, recebendo em troca a satisfação da família (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2005).

Os sentimentos conflitantes dos profissionais apontam para o fato de que a humanização do cuidado está sendo construída em um ambiente cujas características a reprimem, inibindo seu desenvolvimento e visibilidade. Ainda assim, é notável que a humanização advém da conscientização do profissional de saúde sobre seu trabalho e sobre os direitos do paciente, quando a frustração aparece como resultado da carência de material e equipamentos hospitalares, uma vez que essa lacuna pode prolongar a internação e ocasionar sofrimento maior no paciente (GOMES; *et al.*, 2011).

Em geral, o que se observa no cotidiano do ambiente hospitalar são condições insatisfatórias que parecem ir à contramão da humanização do cuidado, pois não atendem as

necessidades dos usuários, nem dos trabalhadores. Quando a unidade de pediatria é projetada em prol da humanização, a hospitalização pode ser vivenciada mais positivamente, possibilitando aos protagonistas do processo de produção de saúde um espaço que, apesar de não ser o próprio lar da criança, proporciona bem-estar, conforto, privacidade e respeito (BARROS; QUEIROZ; MELO, 2010). Assim, faz-se necessário que as características anteriormente citadas sejam adaptadas, repensadas e recriadas de acordo com as peculiaridades de cada local.

4.3.2 PRODUZINDO SUBJETIVIDADES: COPARTICIPAÇÃO CRIANÇA-FAMÍLIA-PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E DA SAÚDE NO CUIDADO EM PEDIATRIA

O atendimento à criança hospitalizada tem por objetivo minimizar o sofrimento e promover saúde, fazendo dela um elemento ativo desse processo (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008). Para tanto, cabe aos profissionais de saúde estimular e proporcionar espaços para a manifestação da dimensão subjetiva, com a participação da criança nas tomadas de decisão em questões relacionadas à doença e respectivo tratamento. Inicialmente, permitindo que tome decisões de situações menos complexas e, posteriormente, as de maior complexidade, levando em conta sua maturidade e verdadeiros desejos, para que de forma empática possam ajudá-la a enfrentar seus medos (COA; PETTENGILL, 2006).

Nesse sentido, estudo realizado com enfermeiras pediatras de um hospital público de São Paulo, Brasil, com o objetivo de conhecer suas crenças e ações em relação à autonomia da criança hospitalizada durante a realização de procedimentos terapêuticos, apontou crenças facilitadoras e limitadoras à participação da criança nas tomadas de decisões. As crenças facilitadoras são reveladas quando a enfermeira considera que a criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, percebendo seus medos, expectativas e anseios diante do contexto de hospitalização e doença. Acredita que a criança tem o direito de participar das tomadas de decisão que lhe dizem respeito, quando ela sente empatia pela situação da criança, aceitando suas limitações e compreendendo as razões da sua recusa, quando ouve a criança e age para ajudá-la no enfrentamento da situação. Por outro lado, as crenças limitadoras são evidenciadas quando a enfermeira acredita que a criança é imatura e, portanto, incapaz para tomar qualquer decisão, agindo de maneira coercitiva, não interativa, não ouvindo os motivos e opiniões da criança (COA; PETTENGILL, 2006).

A literatura acerca do cuidado humanizado em pediatria ressalta que a abertura de espaços para a comunicação entre profissionais de enfermagem e crianças hospitalizadas, pode favorecer a formação e consolidação de vínculos e a coparticipação dessa na promoção da saúde. Através do corpo e da fala a criança comunica-se e expressa suas necessidades, assim, fornecendo valiosos subsídios para que as práticas em saúde possam ser repensadas em prol de uma assistência integral e acolhedora (BARROS; QUEIROZ; MELO, 2010; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009).

No entanto, na prática observa-se que, frequentemente, a equipe de saúde isola a criança e conversa apenas com os pais, desconsiderando sua capacidade de compreensão dos fatos. Os pais, por sua vez, acreditam que ao não compartilharem informações sobre a doença e tratamento com o filho o estão protegendo. As informações, além de serem importantes para estimular a vinculação e coparticipação da criança no processo de produção de saúde, constituem-se no direito da criança acompanhar o que se passa com ela. Cabe aos adultos – familiares ou equipe de enfermagem e saúde – adequá-las ao seu nível de maturidade e suas possibilidades de compreensão, assim, evitando que aspectos desconhecidos do adoecimento e as lacunas deixadas pela falta de esclarecimentos favoreçam a construção de fantasias ameaçadoras e aumentem o sofrimento da criança (LIMA, 2004).

Mesmo a criança informada sobre sua situação clínica pode apresentar dificuldades para enfrentar os acontecimentos no hospital, pois a informação por si só não soluciona todos os problemas, é, sim, um recurso que favorece a adaptação ao ambiente (LIMA, 2004). Pesquisadores apontam que crianças hospitalizadas vivenciam momentos de maior protagonismo quando é dada a chance dela comunicar-se por meio do lúdico, encontrando novas formas para enfrentar o desconforto do ambiente, dos procedimentos e das experiências advindas dos mesmos. Ao brincar a criança tem domínio sobre a situação, uma vez que ao praticar o mesmo ato ao qual foi submetida pode sentir-se com o controle da situação e não como um sujeito passivo (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009; MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008).

Nesse sentido, se faz necessário incrementar as formas de comunicação e abordagem infantil, seja ela por meio de leitura, brincadeiras, demonstração e explicação dos procedimentos aos quais as crianças serão submetidas (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008). Assim, é possível estabelecer relações em saúde que não sejam pautadas pelo assujeitamento da criança à normatividade que é colocada sobre a concepção de saúde: regras e um estilo de vida que a impedem de agir de maneira infantil, própria a sua idade. Ao apostar na sua capacidade de expressão e compreensão, permite-se a criança a manifestação de sua

subjetividade, bem como ser uma protagonista no enfrentamento da doença e da hospitalização. O Quadro 3 apresenta as estratégias, suas potencialidades e contribuições para humanização do ambiente pediátrico.

Quadro 3 - Estratégias, suas potencialidades e contribuições para a humanização do ambiente.

Estratégias	Potencialidades e Contribuições
Práticas lúdicas	O brinquedo quando aplicado ao cuidado distrai a criança e minimiza o estresse da hospitalização, coloca-se como intervenção terapêutica, que facilita as manifestações de carinho e afeto, contribuindo para a qualidade da relação humana tão necessária à efetivação do cuidado de enfermagem. Além disso, constitui-se em uma linha de fuga às normas institucionais ao remodelar o hospital tradicional (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008).
Música	A utilização de música na pediatria proporciona efeitos benéficos para a criança e para a própria equipe de saúde, tais como: relaxamento, tranquilidade e maior facilidade de interação entre criança e equipe, gerando um ambiente alegre, calmo e sereno (CORRÊA; GUEDELHA, 2009).
Leitura mediada de contos infantis	Além da alegria e descontração de uma boa história infantil, a leitura aproxima e facilita a comunicação e interação entre a criança e a equipe de enfermagem. Através da linguagem dos contos de fadas, é possível encorajar as crianças a falar sobre seus sentimentos, assim, diminuindo sua sobrecarga psíquica e amenizando seu sofrimento, consequentemente, auxiliando na adaptação ao ambiente hospitalar e tornando a experiência menos traumatizante (CERIBELLI; <i>et al.</i> , 2009; MENDES; BROCA; FERREIRA, 2009).
Novas vias para a reconfiguração do trabalho da enfermagem e a articulação entre as equipes	Para que o profissional de saúde possa desempenhar suas funções de maneira harmoniosa, sadia, sem que o estresse afete seu desempenho técnico, afetivo e sua saúde física e mental é preciso discutir a proposição de novas vias para a reconfiguração do trabalho da enfermagem e a articulação entre as equipes. Propõe-se a adoção de uma gestão participativa, que promova o diálogo e a integração com os usuários e demais profissionais (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; GOMES; <i>et al.</i> , 2011).
Valorização das relações tecidas entre equipe, pacientes e acompanhantes	No cotidiano em pediatria, o cuidado é construído através da interdependência que se estabelece na relação entre a equipe de saúde, a criança e a família. Portanto, é imperativo valorizar e canalizar força para que estas relações culminem na produção de subjetividades protagonistas e responsáveis pelo cuidado. Estimular a participação familiar no processo de hospitalização é fundamental para a melhoria da criança, pois ela tem na figura dos pais uma fonte de segurança, propiciando a adaptação e aceitação ao ambiente hospitalar (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009; FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007; ROJAS; MACHUCA, 2009). Além disso, a relação de cooperação e parceria entre profissionais e pais pode atenuar a angústia paterna e materna, além de facilitar a aceitação da doença e da hospitalização da criança (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007; MELO; MARCON; UCHIMURA, 2010).
Construção do cuidado compartilhado com a família	A doença e a hospitalização de uma criança representam para a família um momento repleto de dificuldades a serem enfrentadas, por isso, não raro os familiares, em especial a mãe, podem desenvolver falta de confiança em seus recursos e medo de não saber cuidar do filho tão bem quanto os profissionais de saúde. Portanto, desde o primeiro momento em que a família entra no ambiente hospitalar é necessário que a equipe de saúde esteja atenta aos impactos decorrentes de tal vivência e trabalhe no sentido de fortalecer emocionalmente a família, oferecendo informações, demonstrando compreensão diante das dificuldades e apontando que, paulatinamente, através de sua participação cotidiana na assistência, ela irá aprender a cuidar (COLLET; ROCHA, 2004; PINTO; <i>et al.</i> , 2009).

Racionalização do uso da medicação analgésica	A avaliação da dor é extremamente importante para aliviar a dor na criança internada, pois é através de uma mensuração confiável, com instrumentos adequados à idade e de acordo com a cognição da criança que torna-se possível a escolha da terapêutica mais adequada (KANAI; FIDELIS, 2010).
Utilização da arquitetura para proporcionar interação social e privacidade às crianças hospitalizadas e suas famílias	A pediatria cuja arquitetura projeta ambientes abertos e de uso coletivo (brinquedoteca, sala de estar e cozinha) parece fomentar a interação social, uma vez que permite que a criança internada e seus pais recebam apoio dos demais que compartilham o mesmo espaço. Por outro lado, ambientes fechados proporcionam maior privacidade a criança e sua família, resguardando-os de atividades e barulhos provenientes do posto de enfermagem que podem ser estressantes (ROLLINS, 2009).
Participação da criança na escolha do tema, da cor e de artes que compõem a unidade pediátrica	Para que o ambiente hospitalar proporcione conforto, recomenda-se que a criança participe da escolha do tema, da cor e de artes que compõem a unidade pediátrica. Considerando que tal escolha pode variar de acordo com o gênero e faixa etária, faz necessária a utilização de um carrinho de arte, que ofereça várias opções para as crianças colocarem em seu quarto (EISEN; <i>et al.</i> , 2008). Além disso, podem ser estimuladas a inclusão de acessórios pessoais, como almofadas, quadros e tapetes, de forma a configurar o ambiente pediátrico em uma casa longe de casa (COAD; COAD, 2008).

Da mesma forma que a criança, pais e familiares precisam ser estimulados a exercitar o protagonismo por meio da coparticipação no processo de produção de saúde. Mas, comumente, eles são deixados à margem na tomada de decisões, sendo inclusos como mão de obra para a execução de cuidados considerados domésticos, ou seja, aqueles já realizados em casa e que não necessitam de conhecimentos elaborados para serem desenvolvidos. Estabelecendo-se, assim, uma divisão entre trabalho intelectual e manual, visto que os cuidados prestados pela equipe de enfermagem e de saúde caracterizam-se pelo conhecimento técnico-científico especializado (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Essa forma de relação estabelecida entre a família e equipe de enfermagem e de saúde solidifica o distanciamento existente entre ambas e delineia um modelo de assistência tecnicista e fragmentado, marcado pela divisão do cuidado e impessoalidade das relações, que desconsidera as particularidades que envolvem a hospitalização infantil (QUIRINO; COLLET, 2009). Evidenciando um ponto de resistência em direção à construção de espaços que possibilitem a coparticipação do familiar e efetivem ambiências humanizadas, bem como de tensão em relação ao exercício ético da profissão, uma vez que a enfermeira ao delegar atividades indiscriminadamente para a família pode se deparar com situações que se opõem à lei do exercício profissional.

Pesquisa que investigou a negociação dos cuidados entre a equipe de enfermagem e mães de crianças hospitalizadas apontou que as enfermeiras, muitas vezes, se utilizam da justificativa de treinar as mães para o cuidado em casa e delegam a elas cuidados mais complexos, como administração de medicação e dieta por sonda nasogástrica, sem qualquer negociação prévia (COLLET; ROCHA, 2004). Ao assumir o cuidado da criança no ambiente

hospitalar, a família tem sua função permeada de sentidos do universo da enfermagem, corroborando para a construção de um espaço sem limites claros sobre o que é competência da enfermagem e do familiar (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011).

Em consonância a essa evidência, estudo realizado com o objetivo de identificar as atividades desenvolvidas por familiares ou acompanhantes e equipe de enfermagem, em uma unidade de internação pediátrica, revelou que os familiares ou acompanhantes que permanecem por mais tempo no hospital, ou que reinternam com frequência, introjetam a cultura hospitalar passando a utilizar terminologia científica e elaborando estratégias para proteger a criança de novas punções e de infecção hospitalar, como: preenchimento do microfix com soro ou simulação de situações de contaminação desse equipo (SOUZA; OLIVEIRA, 2010). Nesse sentido, pesquisadores alertam que delegar e transmitir conhecimentos técnicos aos acompanhantes de crianças pode causar problemas a serem gerenciados pela equipe de enfermagem, pois abrem caminho para a ocorrência de erros.

Contudo, a presença do familiar produz uma situação paradoxal de ajuda, pois de um lado encontra-se o profissional de enfermagem em sobrecarga de trabalho e, de outro, a possibilidade de contar com alguém para realizá-los (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009). Mesmo os serviços de saúde, que adotam o modelo de cuidado humanizado e integral à criança, exibem um discurso eficaz do ponto de vista ideológico, mas com a efetividade dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho, falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais (QUIRINO; COLLET, 2009). Assim, suscitando adequações as necessidades que emergem no desenvolvimento do processo de trabalho: a coparticipação da família no cuidado à criança hospitalizada de forma responsável, respeitável e ética.

A coparticipação do familiar implica no desenvolvimento de um projeto terapêutico que integre família e equipe de enfermagem e de saúde ao cuidado da criança, o qual suscita habilidades e capacidades de comunicação, diálogo, acolhimento de diversas demandas e oportunidades de exercitar-se como protagonista no cuidado (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009). No entanto, a literatura tem mostrado que a relação de coparticipação está sendo construída e, por isso, ainda não é aceita e praticada por todos os profissionais. Pesquisa que explorou a perspectiva de enfermeiros acerca da parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria indicou que a maioria dos participantes (52,1%) costumava negociar sempre os cuidados de enfermagem com os acompanhantes, mas ressalva que uma porcentagem elevada de enfermeiros (44,5%) referiu que só às vezes e ainda outros (3,4%) que nunca o fazem (LOPES; SANTOS; SOUSA, 2012).

Embora a família possa conquistar espaços de participação na medida em que vai desenvolvendo e dominando um saber acerca dos cuidados hospitalares, são as atitudes dos profissionais de enfermagem e de saúde que poderão criar um ambiente em que ela se sinta segura e fortalecida para enfrentar a hospitalização da criança. Quando a relação entre eles é marcada pela impessoalidade, falta de informações e de atenção, o resultado são familiares confusos e inseguros em relação ao que deles é esperado ou permitido fazer durante sua permanência no hospital (LIMA, A. S.; *et al.*, 2010).

Considerando que a enfermagem já possui um acervo de conhecimentos empíricos e teóricos que lhe permitiriam negociar com os familiares um plano de cuidado humano e integral, esforços devem ser empreendidos para superar as resistências à mudança, valorizando o relacionamento entre o trinômio criança-família-profissionais de saúde, introduzindo experiências que modifiquem a sua prática (LIMA, A. S.; *et al.*, 2010). Essa perspectiva pode ser viabilizada a partir de um novo modo de produção de subjetividade, capaz de tornar a coparticipação genuína. Entretanto, o maior desafio parece estar em abrir-se ao exercício da cidadania em que haja respeito mútuo entre a criança, família e profissionais de enfermagem e da saúde, ponderando informações e experiências que melhor atendam as necessidades da criança hospitalizada e contribuam para a qualidade do cuidado.

4.3.3 AMBIENTE DE PEDIATRIA: ESPAÇO DE INTERAÇÃO QUE POTENCIALIZA A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E AUTONOMIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

O enfermeiro de pediatria, como integrante da equipe de saúde e como prestador de cuidados à criança, frequentemente enfrenta dilemas relacionados à inadequação do espaço para o atendimento, a falta de protocolos, o conflito acerca de sua autonomia, entre outros fatores, que podem dificultar a assistência integral e humanizada (FONSECA, 2013). Para mudar esse panorama, a humanização necessita ser assumida como um processo de construção participativa, cuja relação dos gestores com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si e desses com os pacientes seja pautada em valores e princípios humanos.

No entanto, o que se observa no contexto hospitalar é a tendência em conservar os padrões já conhecidos e, relativamente, “mais seguros” diante do desafio de articular dimensões técnicas, éticas e políticas, num ambiente em que atuam múltiplos e diversos atores – profissionais de formações diversas e usuários de todas as origens e culturas (RIOS, 2009). Assim, ainda, prevalecem relações de dominação e subordinação, as quais acarretam um

processo de assujeitamento, que interfere na decisão do enfermeiro permitir-se ou não pensar, questionar, ocupar os diferentes espaços e exercer sua autonomia, como sujeito. Também, pode ser expressa pelo paciente e sua família quando o enfermeiro, no exercício de sua autonomia, assume uma posição arbitrária, colocando-os em uma situação de submissão, sem considerar a possibilidade de compartilhar decisões na prática do cuidado; (re)produzindo subjetividades que atendam às normas estabelecidas para o “bom paciente” (BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013).

Para romper esse processo de assujeitamento, a PNH não aponta padrões prontos, nem características generalizáveis, pois compreende que cada profissional, cada equipe e instituição terá seu processo singular de humanização. Nesse sentido, emerge a importância de uma abordagem diferenciada acerca do cuidado de Enfermagem na dimensão humana, resgatando a subjetividade que permeia esse processo.

Para tanto, é imprescindível considerar todas as formas de manifestação da subjetividade, possibilitando aos profissionais expressar e buscar concretizar seus desejos e vontades. Entretanto, as singularidades do dever ser ou do modo de ser enfermeiro historicamente é construído numa rede de relações de poder, em que uma diversidade de agentes, com diferentes formações e posições hierárquicas, decompõe o cuidado em atividades diversificadas e isoladas, implicando numa assistência descontínua e fragmentada (RIBEIRO; PORTO; THOFEHRN, 2011).

Essa forma de relação implica, necessariamente, na redução da subjetividade, pois não há a participação do trabalhador na concepção e execução da tarefa. Em geral, ele não toma conhecimento do processo por inteiro e cada agrupamento atua com base em seus saberes particulares, de forma independente aos demais profissionais e agentes envolvidos no processo de produção de saúde. Consequentemente, institui-se uma prática pautada na alienação em relação à importância de cada um para a assistência integral e humana (RIOS, 2009).

Para modificar esta situação, emerge como alternativa a formação de equipes interdisciplinares, que transcendem a somatória das diversas práticas, pressupondo o respeito às diferentes habilidades e competências para assim construir um saber coletivo, que de forma compartilhada e negociada baseie o julgamento e a tomada de decisão acerca do cuidado a ser ofertado. Isso significa conectar os diferentes processos de trabalho, horizontalizando os saberes e as relações de poder por meio da valorização do conhecimento de cada profissional que integra a equipe de enfermagem e da saúde, em busca de soluções para os problemas reais encontrados no cotidiano, nas suas múltiplas dimensões (SILVA *et al.*; 2013).

Dessa forma, a diversidade de profissionais que poderia constituir-se em um fator gerador de conflitos passa a permitir discussões acerca do cotidiano da prática assistencial, sendo um importante meio de sensibilizar a equipe em relação aos problemas inerentes à rotina de trabalho das diferentes categorias profissionais. Consequentemente, potencializa-se a capacidade da equipe de saúde em conhecer e reconhecer as peculiaridades do ambiente de pediatria, consequentemente, de resolver e enfrentar os problemas relacionados à assistência da criança (LIMA; PARANHOS; FERREIRA, 2012).

A própria PNH propõe o desenvolvimento de processos de trabalho em que diferentes profissionais, com seus distintos saberes e contribuições, possam se aproximar, desenvolver trocas e romper com a tradicional atuação por categoria. Logo, cada profissional da equipe de saúde, sem deixar de ser médico, psicólogo, enfermeiro, haverá de ser também um pouco educador, sociólogo, economista, ambientalista, compartilhando práticas em um dado ambiente, isto é, o deslocamento fundamental para a construção de ações coletivas e comuns (BRASIL, 2009).

Nas relações de cuidado a interdisciplinaridade possibilita compreender o ser cuidado na sua totalidade e singularidade, considerando as suas diferentes dimensões: biológica, social, psicológica, cultural e espiritual. Contribuindo para um “ser” e “fazer” em enfermagem consciente e crítico na perspectiva da integralidade e da humanização como proposto pelo Sistema Único de Saúde na Política Nacional de Humanização (PNH) (SILVA *et al.*; 2013).

Entretanto, a interdisciplinaridade não é algo fácil de conseguir, tampouco de se consolidar. Na prática, constata-se um distanciamento entre o proposto pela PNH e a forma de trabalho predominante nos hospitais, em que os profissionais se agrupam por categorias e não há, de fato, investimento na subjetividade e no protagonismo do coletivo, na reunião de diferentes pessoas, profissionais e saberes em torno de dados que passem a ser objeto de coanálise e codecisões. Assim, corre-se o risco do cuidado configurar-se pela realização de tarefas, semelhante a uma linha de montagem, em que cada profissional executa uma parte do processo de trabalho sem compreendê-lo de forma integral. Já as crianças internadas na unidade pediátrica, parecem circular pela esteira da linha de montagem da saúde, recebendo de cada membro da equipe, partes da assistência (FONSECA, 2013).

Pesquisa que analisou o cotidiano da gestão do trabalho de enfermagem, numa enfermaria pediátrica de média e alta complexidade, à luz dos princípios e diretrizes da PNH, revelou que as reuniões interdisciplinares, entre a chefia da enfermagem e a equipe médica, apresentava baixa efetividade em relação à discussão de casos, uma vez que o debate acerca da mudança ou permanência de uma dada conduta mantinha-se restrita aos pequenos grupos,

divididos por categorias profissionais, que expressavam a centralidade médica (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011). Evidenciando que, na prática, muitos profissionais, ainda não utilizam as experiências advindas da diversidade para enriquecer o seu conhecimento e encontrar soluções criativas e inovadoras.

Dentre esses profissionais, destaca-se a clássica dicotomia medicina-enfermagem. Fato que leva pesquisadores a apontar a necessidade de se investir na relação entre enfermeiros e médicos, pois a mesma é percebida pelos pacientes hospitalizados como um dos fatores preditores de qualidade do cuidado (SHEN *et al.*, 2011).

Complementando o exposto, Cardoso e Hennington (2011), apontam que os profissionais de saúde desejam encontrar uma forma efetiva de trabalhar em equipe que resulte num cuidado integral e humanizado, mas, ainda prevalece uma postura de espera pelo sujeito das mudanças. Salientando a necessidade de se promover o protagonismo desses sujeitos, de forma que se torne visível à gestão que os trabalhadores da saúde fazem o seu próprio processo de trabalho, fomentando e aprimorando os mecanismos de gestão participativa com a ampliação do grau de transversalização entre os profissionais envolvidos no cuidado, em uma perspectiva de gestão em que todos sejam corresponsáveis pelos desfechos da assistência prestada.

Para que o desejo dos profissionais se transforme em realidade é preciso que os desconfortos experimentados no cotidiano da assistência ensejem momentos de reflexão, levando-os a perceber que a maneira vigente de fazer e pensar são insuficientes para dar conta dos desafios impostos ao cuidado integral e humano. Assim, preconiza-se a criação de espaços de discussão e contextualização dos impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais da saúde no seu dia a dia (RIOS, 2009).

O ambiente de trabalho deve, portanto, constituir-se em um espaço de interação e convívio no qual se estabeleçam relações intersubjetivas. Por meio dessas relações possibilita-se aos profissionais da saúde a apropriação do espaço e a (re)invenção do ambiente de trabalho, consequentemente, produzindo a subjetividade e autonomia do trabalhador. No entanto, ainda há muitos enfermeiros que permanecem à mercê de uma subjetividade que os coloca em uma postura de submissão em relação aos sistemas hierárquicos, fortemente marcada pela cultura da divisão social do trabalho, da autonomia *versus* abnegação (BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013).

A PNH não hierarquiza profissões, tampouco valoriza uma em detrimento de outra, pois concebe que nenhum profissional consegue sozinho prestar uma assistência integral à saúde. Assim, identifica-se a importância da instauração de outras formas de subjetivação que

possibilite superar a postura de submissão e vigorar, na prática, profissionais de enfermagem autônomos, comprometidos com a evolução científica e com os princípios de valorização da profissão (BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013).

Portanto, o ponto chave do trabalho de humanização está em articular o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o diferente e o singular (BRASIL, 2001). Abrangendo tanto questões objetivas (gestão, aperfeiçoamento e qualidade profissional), como subjetivas (autoconhecimento, empatia e relações interpessoais) que busquem melhorias nas práticas de saúde e nas condições de trabalho em pediatria.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico refere-se ao caminho a ser percorrido durante o trabalho de pesquisa para atingir os objetivos propostos. Nesse sentido, o presente capítulo explicita o delineamento da pesquisa qualitativa, os ambientes e os sujeitos investigados, instrumentos e operacionalização da coleta de dados, os aspectos éticos envolvidos, e, por fim, a análise dos dados com o emprego do software *Nvivo*.

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA QUALITATIVA

A adoção do delineamento da pesquisa qualitativa justifica-se pelo interesse da pesquisadora em analisar a ambiência de unidades pediátricas, a partir da percepção dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: familiares das crianças, trabalhadores e gestores de enfermagem e da saúde.

Segundo Godoy (2005), esse delineamento deve ser empregado justamente quando se deseja descobrir e compreender quais os significados que os participantes atribuem a um dado fenômeno, ou seja, a percepção dos envolvidos. Assim, torna-se possível produzir explicações contextuais com ênfase no significado do fenômeno, visto que as técnicas qualitativas constituem-se em uma oportunidade para que as pessoas possam revelar seus sentimentos (ou a complexidade e intensidade dos mesmos); cuja linguagem usada e as conexões realizadas expõem o mundo como é percebido por elas (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A pesquisa qualitativa fundamenta-se no paradigma naturalístico, o qual parte da suposição de que a realidade é subjetiva e, por isso, pode existir múltiplas realidades, em vez de apenas uma. Dessa forma, o processo de pesquisa é indutivo e deve começar com objetivos exploratórios mais amplos que forneçam o foco para o estudo, sem esvaziar, prematuramente, aspectos da experiência que possam ser julgados importantes ou relevantes (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

Considerando que a Política Nacional de Humanização (PNH) orienta a realização de adequações e transformações na ambiência, as quais não são simples de serem realizadas e

requerem a detecção de elementos que possam apoiá-las, a presente pesquisa também adotou o caráter exploratório e descritivo, uma vez que esse visa proporcionar maior familiaridade com o fenômeno em estudo, especificando suas propriedades e características, de forma a identificar os fatores que determinam ou contribuem para sua ocorrência (GIL, 2008; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

5.2 AMBIENTES DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa qualitativa centraliza-se na experiência humana, nos cenários reais (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004), portanto, a presente pesquisa teve como ambientes de investigação a Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) e do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPel). A escolha destas instituições foi motivada pelo fato de serem referência de atendimento à população da micro e macro-região sul do Rio Grande do Sul, além de possuírem semelhanças históricas em relação à origem, envolvimento com ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde.

O **Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG)** foi criado em 1966 no intuito de viabilizar as atividades práticas e teóricas do curso de Medicina, tendo como instalação inicial a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Em 1988 foram inauguradas as novas instalações do Hospital de Ensino que, a partir de então, recebeu a denominação de Hospital Universitário, colocando à disposição da população serviços básicos, totalmente equipados, tendo uma unidade de internação com 54 leitos.

Atualmente, é um hospital referência no atendimento materno-infantil, com destaque para a adesão a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), desde 2002. Possui 186 leitos destinados a usuários do SUS, distribuídos entre as unidades de Pronto Atendimento, Ambulatório Geral, Centro Cirúrgico, UTI Geral, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, UTI Neonatal, Internação Obstétrica e Internação Traumatológica. Atendendo a micro-região litoral lagunar, a qual compreende as populações das cidades de Rio Grande, São José do Norte, Santa Vitória do Palmar e Chuí. Recebe, ainda, pacientes dos municípios de Pelotas, Camaquã, Jaguarão, Arroio Grande, Tavares, entre outros.

A Unidade de Pediatria do HU possui 21 leitos destinados a crianças com idades entre zero e doze anos incompletos que internam tanto para atendimentos clínicos, como cirúrgicos. Os leitos são distribuídos da seguinte maneira: um leito de isolamento, uma enfermaria com

cinco leitos e cinco enfermarias com três leitos, que funcionam com sistema de alojamento conjunto, todos para crianças atendidas pelo SUS.

As enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem atuantes nesta unidade encontram-se divididas em seus respectivos turnos de trabalho (manhã, tarde, noite I e noite II). A equipe de enfermagem que presta serviços neste setor é composta por 5 enfermeiras e 21 auxiliares de enfermagem assim distribuídas: pela manhã: 2 enfermeiras e 5 auxiliares de enfermagem; à tarde: 1 enfermeira e 5 auxiliares de enfermagem; na noite I: 1 enfermeira e 5 auxiliares de enfermagem e na noite II: 1 enfermeira e 6 auxiliares de enfermagem.

Da mesma forma que o HU/FURG, o **Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPel)** surgiu da necessidade de um ambiente para o aprendizado prático dos alunos da Faculdade de Medicina. Inicialmente, este aprendizado era feito nas dependências da Sociedade Portuguesa de Beneficência, a qual disponibilizava 30 leitos para esta finalidade. Em 1981, ainda dentro de suas dependências, criou-se o Hospital Escola (HE), com 117 leitos abrangendo as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Pronto Socorro.

Em 1987, o HE mudou-se para as instalações da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, possibilitando o alojamento no prédio em que permanece até hoje. Esta instalação trouxe melhorias para o atendimento oferecido, viabilizando projetos e remodelações que continuam sendo executados permanentemente, sempre em busca de um melhor atendimento à população. Atualmente, o HE é uma unidade da Universidade Federal de Pelotas e presta atendimento a 22 municípios da região exclusivamente pelo SUS, representando uma estrutura de saúde de referência para Pelotas e macro-região.

A Unidade de Pediatria do HE possui 20 leitos destinados a crianças com idades entre zero e doze anos incompletos que internam tanto para atendimentos clínicos, como cirúrgicos. Os leitos são distribuídos da seguinte maneira: um leito de isolamento, três enfermarias com cinco leitos, uma enfermaria com quatro leitos, que funcionam com sistema de alojamento conjunto, todos para crianças atendidas pelo SUS.

As enfermeiras e auxiliares de enfermagem atuantes nesta unidade encontram-se divididas em seus respectivos turnos de trabalho (manhã, tarde, noite I, noite II e noite III). A equipe de enfermagem que presta serviços neste setor é composta por 5 enfermeiras, 21 técnicos e 9 auxiliares de enfermagem, assim distribuídas: pela manhã: 1 enfermeira, 4 técnicos e 3 auxiliares de enfermagem; à tarde: 1 enfermeira e 7 técnicos de enfermagem; na noite I: 1 enfermeira, 4 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem; na noite II: 1 enfermeira, 3

técnicos e 2 auxiliares de enfermagem; e na noite III: 1 enfermeira, 3 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem.

5.3 SUJEITOS INVESTIGADOS

Segundo Minayo (2010), os sujeitos selecionados para uma pesquisa devem deter as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer, de forma que, no conjunto, possibilitem a apreensão de semelhanças e diferenças. Dessa forma, a presente pesquisa investigou os sujeitos diretamente envolvidos no processo de produção de saúde na unidade de pediatria: usuários, trabalhadores e gestores de enfermagem e saúde

Para tanto, compreende como usuários os familiares das crianças internadas na unidade de pediatria, visto que esses possuem papel fundamental na hospitalização infantil, configurando-se em principal fonte de segurança e carinho, exercendo, também, papel de mediadores da relação terapêutica. Os trabalhadores de enfermagem são representados pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem responsáveis pela assistência na unidade de pediatria das instituições referidas anteriormente. Já, os gestores são representados pelos gerentes do Serviço de Enfermagem responsáveis pela articulação política e defesa dos interesses da enfermagem na instituição e pelos diretores das instituições hospitalares.

Foram selecionados 20 usuários, sendo 10 de cada ambiente de investigação; 20 trabalhadores de enfermagem, distribuídos nos diferentes turnos de trabalho (manhã, tarde, noite I, noite II e noite III), sendo 10 de cada ambiente de investigação; e quatro gestores, dois de cada ambiente de investigação, sendo um gerente do Serviço de Enfermagem e outro diretor da instituição hospitalar.

Esses sujeitos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- Usuários: com idade mínima de 18 anos; familiar da criança hospitalizada e envolvido no seu cuidado no ambiente hospitalar.
- Trabalhadores de enfermagem: enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem atuante efetivamente na unidade de pediatria há pelo menos seis meses.
- Gestores:
 - Gestores de enfermagem: enfermeiro atuante na gestão dos serviços de enfermagem na instituição de saúde.
 - Gestores de saúde: diretor atuante na gestão da instituição hospitalar.

Foram excluídos do estudo familiares cuidadores eventuais da criança no hospital, enfermeiros e gestores de férias ou licença saúde no período da coleta dos dados. Com vistas a garantir os princípios éticos relativos a pesquisas que envolvem seres humanos, os sujeitos selecionados foram incluídos no estudo, somente, após manifestarem sua concordância em participar do mesmo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Na elaboração do referido termo seguiram-se as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; constando de duas vias, de forma que o sujeito participante e o pesquisador responsável fiquem cada um com uma cópia.

5.4 INSTRUMENTOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Considerando que a humanização envolve processos complexos que são influenciados pelo contexto em que ocorre, a pesquisa da ambiência em pediatria pode beneficiar-se se utilizar múltiplos métodos para abordar os diversos aspectos envolvidos (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004). Nesse sentido, a triangulação metodológica na pesquisa qualitativa desponta como forma de oferecer um quadro mais completo acerca de um fenômeno (o que as pessoas pensam de alguma coisa e como agem em relação a ela), uma vez que combina diferentes abordagens que possibilitam um excedente principal de conhecimento (FLICK, 2009).

Além de produzir resultados muito mais profundos, detalhados e abrangentes, possibilita entender o sentido subjetivo e uma descrição de práticas e meios sociais, consequentemente, ampliando o potencial de conhecimento quando comparado com estudos baseados em uma única abordagem. Ressalta-se que a triangulação metodológica na pesquisa qualitativa é construída a partir de, pelo menos, dois pontos. Portanto, somente tem sentido se as abordagens combinadas abrirem diferentes perspectivas (por exemplo: conhecimento e prática), introduzirem uma nova dimensão (interação de grupo versus entrevistas individuais), começarem de níveis diferentes (imagens versus dados verbais) ou se a aquisição potencial de conhecimento for sistematicamente ampliada em comparação com o método único (FLICK, 2009).

Nessa pesquisa, a triangulação começou de níveis diferentes, utilizando imagens e dados verbais obtidos através de fotos do ambiente das Unidades de Pediatria, da foto-elicitación e de entrevistas semiestruturadas, respectivamente (Figura 2). Para tanto, a coleta de dados ocorreu em dois momentos. No primeiro, foram informados os objetivos da pesquisa à

diretoria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) e à Coordenação de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPel).

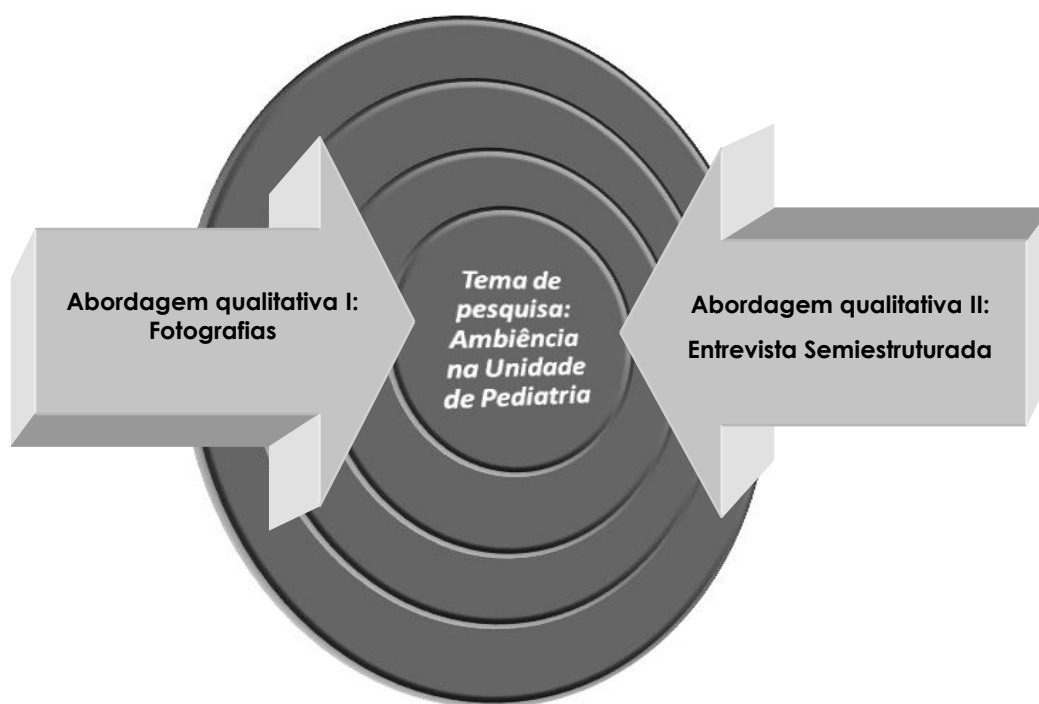


Figura 2- Triangulação metodológica na pesquisa qualitativa: uso de diferentes abordagens.

Fonte: Adaptado de FLICK, 2009.

Com a ciência e aprovação dessa pesquisa por ambas as instituições (Anexo A, Anexo B), ela foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS/FURG, sendo aprovado pelo parecer Nº 85/2014 (Anexo B). Após a aprovação do referido comitê, procedeu-se o recrutamento dos sujeitos mediante convite para participar da pesquisa. Dando seguimento, o ambiente da unidade de pediatria foi fotografado em suas nuances, de forma que as imagens geradas possam vir a serem tratadas como dados descritivos, além de auxiliar, posteriormente, na obtenção de dados verbais na entrevista, através da foto-elicitación.

O uso da fotografia, inicialmente, possibilitou captar um registro mais detalhado do real, como o espaço físico, os gestos das pessoas, seus trajés e posturas, reduzindo possíveis distorções ou julgamentos a que poderiam estar sujeitas se descritas apenas pela fala dos sujeitos da pesquisa ou descrita do pesquisador (SARTORIO, 2011). Considerando que, eventualmente, os sujeitos da pesquisa foram fotografados durante a coleta de dados, as

implicações éticas e legais que envolvem o uso da imagem foram trabalhadas no TCLE (Apêndice A).

O direito de imagem é exercido pelo consentimento, que representa o direito de seu titular de autorizar a captação, reprodução de sua imagem de acordo com seu interesse, por isso o TCLE observou a legislação vigente sobre o uso de Direito de Imagem: Constituição Federal, em seu artigo 5º, incisos X e XXIII, e Código Civil em seu artigo 11 e seguintes (LEMO FILHO, 2013). Além disso, o anonimato dos sujeitos participantes foi preservado por meio de editor de imagem que possibilitou desfocar os rostos das fotos, tirando sua nitidez.

No segundo momento, utilizou-se a entrevista semiestruturada, pois esta abordagem permite que o entrevistador coloque-se o mais próximo possível da perspectiva do sujeito entrevistado, assim, acessando o sentido subjetivo dado a ambiência (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; FLICK, 2009). Para descobrir estruturas de sentido próprias do sujeito foi usado um roteiro de entrevista (Apêndice B, Apêndice C, Apêndice D), composto por questionamentos básicos que interessavam a pesquisa, a partir do qual entrevistador e entrevistado deram continuidade a uma ideia ou resposta em maiores detalhes (BRITTEN, 2009).

Ainda nesse momento, ocorreu o emprego da fotografia por meio da foto-elicitación, que trata-se de uma abordagem que tem por objetivo utilizar fotografias no decorrer de uma entrevista semiestruturada para evocar comentários, memórias e discussões. A foto possui potencial para retratar a complexidade da maior quantidade de elementos da realidade, como espaço, movimento, sentimento e subjetividade, auxiliando na identificação ou verificação dos principais problemas relatados pela pessoa, inclusive trazendo à tona determinados aspectos mais difíceis de serem explicitados (SALVAGNI; SILVEIRA, 2013).

Com isso, almejou-se que os ambientes e as relações sociais retratadas nas fotografias possibilitassem a compreensão de generalidades e subjetividade, aumentando, assim, tanto a quantidade, como a qualidade das informações, capturando associações de experiências dos participantes, evocando elementos mais profundos da consciência humana, com uma resposta que leva a conhecimentos distintos, do que seria possível apenas com as palavras (SARTORIO, 2011).

Além disso, a fotografia adiciona benefícios no sentido de facilitou a relação entrevistador-entrevistado durante a entrevista, visto que a timidez que uma pessoa pode sentir ao ser posta em evidência e examinada pelo entrevistador foi passível de ser diminuída

pela presença de fotografias para discutir. Dessa forma, prestando-se para preencher os eventuais silêncios embaraçosos, enquanto se olha as fotografias (SARTORIO, 2011).

Em conjunto, a fotografia e a entrevista se complementam. O detalhe de cada imagem associado ao conjunto de dados verbais tecem o texto e o contexto, tornando seus fios mais densos e melhor tramados na medida em que a fotografia serve de apoio a fala do sujeito, inserindo conteúdo onde não há palavras e facilitando a produção de sentido. Além disso, possibilitou a descrição de elementos imperceptíveis pela análise das falas, mergulhando o pesquisador no universo simbólico das representações dos ambientes onde estas falas foram produzidas (SALVAGNI; SILVEIRA, 2013).

Buscando assegurar a privacidade e conforto dos sujeitos durante a coleta de dados, a entrevista semiestruturada e foto-elicitación foram realizadas em um ambiente neutro e de fácil acesso, como uma sala da área acadêmica do HU/FURG e do HE/UFPel, previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade local. Para preservar o conteúdo original e aumentar a acurácia dos dados verbais obtidos pela entrevista semiestruturada e foto-elicitación foram capturados por um gravador de áudio. O período de realização da coleta de dados foi de 1º de agosto a 31 de outubro de 2014.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS COM O EMPREGO DO SOFTWARE NVIVO

A pesquisa qualitativa, diante da quantidade e diversidade de dados gerados, vem suscitando o uso de ferramentas que auxiliem os pesquisadores na análise dos mesmos. Ao encontro de tal necessidade, desponta a utilização de programas de computador para substituir o trabalho manual dos pesquisadores, facilitar e agilizar o processo de desenvolvimento do relatório final da pesquisa (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003). Nesse sentido, a presente pesquisa utilizou um dos *softwares* mais empregados no Brasil: o *Nvivo* (AMES, 2013).

Desenvolvido pela Universidade de La Trobe, em Melbourne na Austrália, o *Nvivo* foi lançado em meados do ano de 2002, tendo como uma de suas maiores vantagens a capacidade para operar e agrupar uma diversidade de dados que tenham algo em comum. Fundamentado no princípio da codificação e armazenamento de textos, tende a ser especialmente útil na organização dos dados, permitindo sua codificação em categorias, pensadas durante o desenvolvimento da pesquisa, e posterior análise interpretativa criativa por parte do pesquisador (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003; AMES, 2013).

Nessa pesquisa, o emprego do *Nvivo10* seguiu as seguintes etapas: preparo dos dados, codificação e análise dos dados. Na primeira etapa, o **preparo dos dados** foi realizado por meio da formatação, pois antes de serem importados para o *software*, os dados (fotos e falas) precisam estar na forma de documentos com a extensão *.rtf (*rich text format*) disponível no *Microsoft Word®* (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

Após a importação dos dados em forma de texto, procedeu-se a **codificação**, etapa que compreende a leitura e reflexão do material, foto por foto, fala por fala, para a criação de categorias que respondam aos objetivos da pesquisa. No *Nvivo* as categorias são chamadas de Nós, os quais permitem a criação de Sub-nós, ou seja, subcategorias que possibilitam classificações mais específicas dos dados (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003; AMES, 2013).

A codificação descrita e adotada por este estudo refere-se à forma manual de codificar os dados, entretanto, existe outra forma por busca, que consiste na construção automática de categorias a partir da pesquisa de determinada palavra. Considerando que a palavra contida nas frases utilizadas para formar as categorias nem sempre se refere ao tema específico que se quer pesquisar, a codificação manual se mostrou mais útil e adequada, permitindo analisar as falas conforme as suas temáticas centrais, independente das palavras usadas para expressá-las (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

Na terceira e última etapa de **análise dos dados**, as categorias e subcategorias, ou nós e sub-nós, previamente formulados pelo pesquisador, foram analisados com base no referencial teórico utilizado por esta pesquisa para compreender a realidade das unidades de pediatria em relação a ambiência (AMES, 2013). Para auxiliar no desenvolvimento dessa etapa, foi proposta uma matriz de análise, a qual foi construída em consonância aos objetivos e referencial utilizado pela pesquisa (Figura 3).

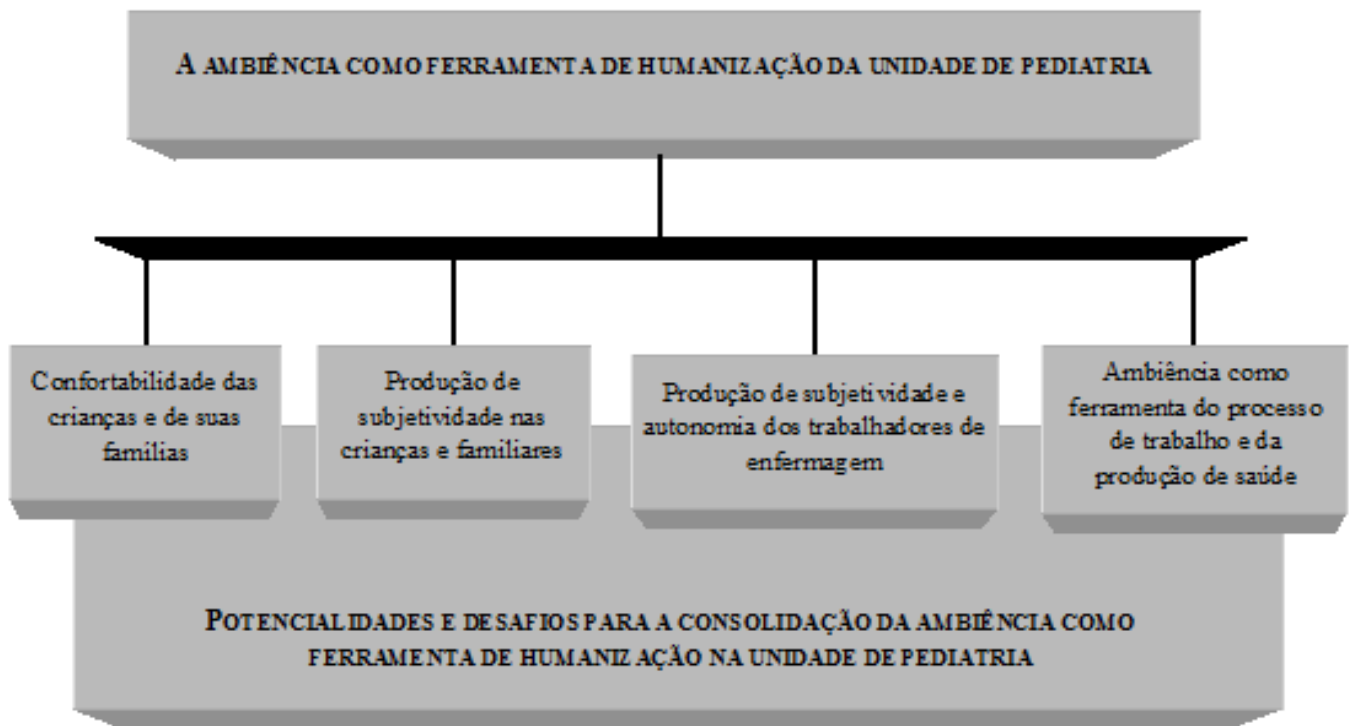


Figura 3 – Matriz de análise.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS/ FURG), sendo aprovado pelo parecer N° 85/2014 (Anexo B).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para participar do estudo, sendo devidamente informados do objetivo do estudo, justificativa, metodologia, benefícios e riscos esperados e formas de divulgação dos resultados do estudo. Além disso, os mesmos foram deixados à vontade para comunicarem à pesquisadora verbalmente sua desistência em participar da pesquisa em qualquer de suas etapas, pessoalmente, por telefone ou carta.

Com vistas a garantir o anonimato dos sujeitos, as falas foram identificadas pelas letras U para os usuários, E para os trabalhadores de enfermagem e G para os gestores, sucedidos de algarismos arábicos que indicam o número da entrevista. Já, os ambientes investigados foram identificados como HA e HB.

6 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Neste capítulo são apresentadas as características dos sujeitos investigados e, posteriormente, a análise dos dados da pesquisa, as quais refletem a proposta da matriz de análise com as seguintes categorias: Confortabilidade das crianças e de suas famílias; Produção de subjetividade nas crianças e familiares; Produção de subjetividade e autonomia dos trabalhadores de enfermagem; Ambiência como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e da produção de saúde. Cada categoria exibe subcategorias que expõem a perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, profissionais de enfermagem e gestores.

6.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS INVESTIGADOS

Participaram deste estudo 20 usuários, 20 profissionais de enfermagem e quatro gestores, totalizando 44 sujeitos investigados. Os usuários caracterizam-se exclusivamente por mulheres, com idades que variavam entre 19 e 48 anos, com predominância entre 19 e 29 anos (n=12; 60%). Destas, 19 são mães da criança hospitalizada e uma é tia. Com relação ao estado civil, dez são solteiras, sete casadas e três divorciadas. Dez possuem grau de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto, quatro o ensino médio completo, três o ensino médio incompleto, duas com graduação de nível superior e uma com o primeiro grau completo. Doze possuem atividade laboral e oito dedicam-se às atividades domésticas.

Os trabalhadores de enfermagem caracterizam-se predominantemente pelo sexo feminino, sendo 18 mulheres e dois homens, com idades que variam entre 35 e 55 anos, a maioria entre 45 e 55 anos (n=11; 55%). Destes, dez são enfermeiros, cinco são técnicos e cinco são auxiliares de enfermagem; cujo tempo de atuação na unidade de pediatria variou entre seis meses e 23 anos, com média de sete anos de atuação. Os gestores caracterizam-se exclusivamente pelo sexo feminino, com idades entre 40 e 55 anos e formação acadêmica em enfermagem. O tempo de atuação na gestão variou entre um e 20 anos.

6.2 CONFORTABILIDADE DAS CRIANÇAS E DE SUAS FAMÍLIAS

6.2.1 PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

De acordo com os usuários, a unidade de pediatria, visando a confortabilidade, deve atender a aspectos ambientais que proporcione comodidade tanto para a criança hospitalizada quanto para o familiar cuidador. [...] *um ambiente que ficasse melhor para a criança e para a família que fica cuidando dela* (U8_HA); *Conforto primeiramente para as crianças, porque o objetivo é o conforto para eles e, também, o conforto para as mães, porque a gente passa praticamente o tempo todo aqui dentro* (U6_HA).

No entanto, constata-se que a confortabilidade é direcionada somente para a criança. *Para ele tem todo esse conforto. Tem a cama, tem tudo, mas para nós não tem* (U5_HB); *Os quartos pelo menos estão direitinhos, tem o bercinho deles pelo menos* (U6_HB); *É bom esse quartinho dá para colocar uma criança* (U2_HA).

Mesmo com ressalvas, o ambiente de pediatria é apontado com condições mínimas de conforto à criança, especialmente no que se refere ao mobiliário. Os usuários apontam que para o familiar cuidador o conforto resume-se a oferta de uma cadeira próxima ao leito da criança. Entretanto, a mesma não atende as suas necessidades de conforto, principalmente em internações por longos períodos. *Tu estas passando por uma situação de estresse com o filho e quer um pouquinho de conforto e não tem. Conforto é assim, te dão uma cadeira para sentar e tu tens que passar um mês, dois. O que é uma cadeira para passar um mês, dois* (U8_HB); *As crianças ficam na cama e a gente tem que ficar sentada, a gente passa mais trabalho. Tinha que ser como se fosse um quarto como na casa da gente* (U6_HB).

As cadeiras mostram-se inviáveis aos familiares cuidadores no turno da noite, visto que não permitem aos mesmos deitar. Assim, a postura adotada para o descanso noturno acarreta dores e desconforto. *Eu tenho que dormir numa cadeira, a gente fica dolorida, teria que ter alguma coisa mais confortável para a mãe que está cuidando do seu filho* (U2_HB); *Eu só queria uma coisa, a minha cama. Eu durmo encostada numa cadeira, com os pés na ponta da cama dela. A minha cama é só o que eu quero na hora de dormir. As cadeiras são boas para sentar, não para dormir* (U7_HB); *A gente dorme na poltrona, então é complicado, a gente fica meio tortinha, com dor na coluna. Tu olhas, assim, de dia ela é maravilhosa, mas chega à noite, dói tudo* (U1_HA); *Eu durmo porque eu preciso dormir, preciso descansar, mas não quer dizer que eu fique confortável* (U4_HA).

As dores e o desconforto acarretados pelo uso da cadeira persistem para além do turno da noite, com consequências que podem refletir no cuidado à criança. *Tu acabas ficando o dia*

todo ruim porque passou a noite numa cadeira (U1_HB); A primeira coisa que eu mudaria seria aquelas poltronas nos quartos porque o familiar que fica com o paciente fica muito mal acomodado e aí nem consegue cuidar direito da criança (U8_HA).

Nesse sentido, alguns usuários reivindicam a troca das cadeiras existentes por outras que sejam de fato confortáveis, que permitam reclinar o corpo para o descanso noturno. *Falta uma cadeira melhor para pessoa que vai ficar com a criança, porque isso aí é duro (U9_HB); Colocar uma cadeira que não seja dura para a mãe, porque as cadeiras que tem não são confortáveis (U2_HA); Se tivesse uma cadeira que deitasse um pouquinho mais seria melhor, porque essas cadeiras a gente deita elas, mas só ficam sentadas. Se ela pudesse deitar um pouco mais, teria um conforto a mais (U3_HA); Vai ser difícil botar uma cama para cada acompanhante, mas podia ter uma cadeira mais confortável (U8_HB).*

Outros usuários sugerem que na unidade de pediatria seja ofertada cama próxima ao leito para o familiar cuidador, pois desta forma proporciona-se conforto e estimula-se o contato e cuidado com a criança. *Ter um berço pequeno e uma cama que uma mãe relaxe, fique perto (U7_HA); Acho que teria que ter uma cama para as mães. Eu colocaria uma cama para o filho e uma para a mãe. Acho que é a melhor coisa que poderia fazer para confortar a mãe e para dar força para poder ficar com o filho (U2_HB).*

Ainda com relação ao mobiliário, os usuários apontam a necessidade de armários maiores para acomodar seus pertences. Os armários disponíveis não possuem espaço suficiente para guardar o que os familiares trazem de casa, assim, formando-se depósitos de utensílios no chão ou embaixo do leito da criança. *A gente que vai carregando a casa nas costas e o armário que tem ali mal consegue guardar algumas coisas. Se for colocar mais alguma coisa ali, imagina o aperto que vai ficar (U9_HB); Tinha que ter um armário para colocar tuas roupas, tuas coisinhas, porque as minhas estão tudo aqui no chão, dentro de sacola. Não dá para dobrar, fica tudo amassado. Falta espaço (U7_HB); Colocaria um guarda roupa, para guardar as coisinhas e não ficar tudo jogado (U6_HB); Tu não tens um lugar adequado para tu colocares as tuas coisas, ficam tudo pegando pó e sujeira (U4_HA).*

Além disso, os armários existentes, no HA (Figura 4), deixam os familiares receosos e com medo, uma vez que apresentam risco de acidente por se tratarem de armários aéreos e sem portas, fixados acima do leito da criança. *Esse armário aqui deveria ser mais para baixo. Aí as coisas vão cair na tua cabeça. Cai na cabeça da minha filha, mata a minha filha. Deus o livre (U 7_HA); Eu acho um perigo aqueles armários que nem armário é. É uma prateleira que tem em cima da cama das crianças com dois parafusos que tá arriscando a cair em cima*

da criança, eu fiquei com medo (U8_HA). A única coisa que tem que ser confiscados lá dos quartos são aqueles negócios que fizeram em cima das camas, para colocar as bolsas. De repente até colocar um armariozinho do lado da cama ficaria melhor, porque as vezes ele está deitado e tem que subir na cama. Também, é um perigo, porque fica em cima da cabecinha deles. Se cair alguma coisa pesada, aí complica (U3_HA).



Figura 4 – Enfermaria da Unidade Pediátrica do HA.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

O aspecto estrutural também foi citado pelos usuários. Os mesmos enfatizam a questão do espaço, apontando que o número de leitos existentes compromete a acomodação do mobiliário, da criança e de seu familiar na enfermaria. *Eu aumentaria mais os quartos* (U5_HA); *Eu tiraria varias pessoas do quarto. É apertado* (U3_HB); *Eu acho que deveria ter mais quartos com menos gente. No caso, com quatro camas seria mais espaçoso, seria bem melhor* (U10_HA).

Igualmente, o banheiro das enfermarias (Figura 5, Figura 6) carece de atenção em relação a sua estrutura, pois não possuem qualquer adaptação para atender ao seu público alvo, as crianças. *Ele não está estruturado para criança, e sim para adulto* (U2_HB); *Esse nosso banheiro ele resvala, teria que ter alguma coisa para criança agarrar para não cair, não se bater. A pia teria que ser um pouco mais baixa, uma criança menor não alcança* (U10_HA); *Não é um banheiro feito para as crianças, já que é pediatria, poderia ter um vaso um pouquinho mais baixinho, uma pia mais baixinha, adequada para eles. Eu acho que para as crianças que tomam banho direto no chuveiro poderia ter alguma coisinha na parede que*

eles pudessem se segurar. Para mim está bom, para criança não, não é um banheiro adequado (U7_HB).



Figura 5 – Banheiro de uma enfermaria da Unidade Pediátrica do HA.

Fonte: RIBEIRO, 2015.



Figura 6 – Banheiro de uma enfermaria da Unidade Pediátrica do HB.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

A falta de estrutura dos banheiros faz com que os familiares cuidadores improvisem estratégias para realizar a higiene das crianças menores, que necessitam utilizar banheira e trocador. *A gente dá banho neles aqui em cima das almofadas, das poltronas, porque não tem uma estrutura dentro do banheiro para dar banho no bebê, um espaço para uma banheira, alguma coisa, um tipo de um trocador que pudesse vestir o bebê (U10_HA); O banho a gente dá em cima da poltrona. Aqui no banheiro poderia fazer um espacinho ou botar um trocador, porque aí eu dava banho no banheiro (U7_HA).*

Ademais, a forma como o banheiro está arquitetado dificulta sua utilização por crianças com necessidades especiais como os cadeirantes. *O banheiro teria que ser maior, para uma criança cadeirante ele se torna apertado (U2_HB).*

A limpeza da unidade é apontada como importante contribuinte para a confortabilidade das crianças e seus familiares, colaborando, inclusive para a promoção da saúde. *O importante é que o ambiente esteja limpinho para a criança (U2_HA); [...] um ambiente limpo, uma pediatria limpa, com camas limpas, enfim, que não prejudique a saúde da criança (U8_HA).*

No entanto, os usuários expressam descontentamento com a higienização realizada na pediatria, visto que observam a presença de moscas e mau odor no ambiente. *Quem fica aqui o tempo todo vê que a higienização não é boa. Tu entras aqui e vês um monte de moscas. Eu acho que um hospital não deveria ter mosca. Tinha que ter mais higienização, mais limpeza (U2_HB); A única coisa que eu notei, principalmente no final de semana, é que elas ficam só em duas para limpar. Aí, o banheiro já começa a ficar com aquele cheiro horrível, que não tem quem troque o lixo (U3_HA).*

A fala dos usuários indica que a própria estética da unidade se adequada às especificidades do público atendido proporciona confortabilidade. *As paredes, ter pintura, desenhos, coisas assim, que chame a atenção dele. Mais colorido, para ficar mais a vontade (U4_HB); Eu penso assim, o ambiente da pediatria, onde a criança está, tem que ser um ambiente alegre, que possa ter televisão para a criança olhar, ter brinquedos, que seja um lugar bom e agradável para que eles não fiquem com tanto sofrimento (U8_HA).*

Para que as unidades pesquisadas de fato se caracterizem como pediatria, espaço para o tratamento de crianças, os usuários sugerem a utilização de pinturas, desenhos, brinquedos e televisores, aspectos que resgatam o universo infantil, minimizando o sofrimento e tornando-o agradável às crianças. *A cor tem que ser diferente, tem que ser mais clarinha, uma cor que tu identificasses que é uma pediatria (U8_HB); Eu botaria mais bichinhos, mais colorido. Acho*

até que não está feio, mas botaria mais bichinhos, mais desenhos que dissesse que ali é um quarto de criança (U7_HA); Eu deixaria mais colorido isso aqui. Botava uma TV para eles se entreterem, uns brinquedos (U6_HA); Para ele se sentir a vontade, não se sentir assim tão deprimido [...] ele olhar uma TV, ou ter um brinquedinho ali para ele brincar, se distrair (U4_HA).

Apesar das duas pediatrias investigadas possuírem espaços de recreação ou brinquedoteca, com pinturas e desenhos nas paredes, brinquedos e televisores, os usuários evidenciam o desejo de ter estes recursos na enfermaria para entreter e confortar as crianças no leito. *Eu acho que podiam colocar um pouco de brinquedo no quarto, que daí já se entretém (U7_HB); Uns brinquedinhos, desenhos, alguma coisa que chamassem a atenção dela no quarto, não tem nada (U10_HA); Deveria ter no quarto uma televisão. Seria bastante importante para entreter a criança (U9_HA); Uma televisão nos quartos e não só no corredor. Uma televisão que tivesse um canal com programas infantis e educacionais, que a criança ficasse bem confortável no quarto (U8_HA).*

O televisor, especificamente, é apontado como recurso de entretenimento e conforto não só para as crianças, mas também para os familiares cuidadores. *Acho que tanto para nós quanto para eles uma TV, coloca só num canal de desenho já que é pediatria, a gente e eles se entreteriam (U1_HB); Uma televisão que a gente pudesse ver, assistir, porque se não é a gente fazer amizade com as outras o tempo demora a passar (U7_HB); TV para olhar novela um DVD para olhar desenho com eles. Isso me daria conforto (U10_HA); Entretanto, os usuários reconhecem que ter tal recurso poderia gerar tensão entre as crianças e familiares da enfermaria devido ao gosto pessoal de cada um. *Eu gostaria de televisão, mas nem todo mundo iria estar satisfeito, porque cada um olha um canal. Iria gerar briga, então, está descartado (U1_HA).**

Com relação ao aspecto relacional, os usuários suscitam a presença de um acompanhante junto ao familiar para revezar na oferta de cuidado a criança, permitindo aos mesmos dividir suas preocupações e descansar. *Poder ficar outra pessoa junto para gente poder descansar, porque, hoje mesmo eu dormi pouco. Tem que ficar cuidando ela, então, não posso fazer quase nada. Se tiver outra pessoa reveza, isso poderia ser melhor (U9_HA).*

Os usuários citam a relação com a equipe de enfermagem, estabelecida desde o acolhimento, como aspecto contribuinte para a sensação de bem estar no ambiente de pediatria. *Primeira coisa que tem que ter é a parte da enfermagem, acolher bem, para ter um ambiente bem tranquilo, ainda mais que é com criança. Acho que o atendimento por parte da enfermagem, eles te recebem bem, tu te sentes bem no ambiente que estas. Tu já estás aqui*

por uma situação complicada, então tu tens que te sentires bem no ambiente que estas, eles te acolhem bem, te recebem bem, acho que isso é importante (U8_HB).

Além disso, a experiência prévia de hospitalização da criança, quando positiva, tranquiliza os familiares, pois eles confiam no cuidado ofertado pelos profissionais. *Fui muito bem acolhida, nas duas vezes que meu filho esteve aqui. Eu vi como era o tratamento deles com as crianças. Os profissionais são muito queridos, muito educados. Te dão tranquilidade. Tu sabes que eles estão bem cuidados (U1_HA).*

Por fim, os usuários expõem que a confortabilidade está relacionada com o tratamento recebido na unidade de pediatria e, consequente, constatação de melhora no estado de saúde da criança. *Para mim é confortável saber que ela sai de casa num estágio bem ruim e aqui fica bem, fica forte, fica tranquila. Para mim é um conforto saber (U10_HB); Só em ver a melhora do meu filho eu já estou satisfeita, porque eu vi o jeito que ele chegou, o jeito como ele é tratado fez toda a diferença (U1_HA).*

6.2.2 PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Os trabalhadores referem que o ambiente pediátrico deve ofertar conforto não só a criança, mas também ao familiar, visto que o mesmo acompanha todo o processo de hospitalização. *Eu acho que como em qualquer unidade tem que ter um ambiente amplo confortável para o acompanhante e para o paciente (E10_HA); Eu acho que a unidade de pediatria tem que envolver a criança e a mãe, um tratamento que seja ideal para os dois, porque a mãe acompanha todo aquele processo (E8_HA).*

Especificamente para a criança, a confortabilidade deve buscar aproximar a pediatria ao seu ambiente domiciliar, incluindo cores e brinquedos, reduzindo as referências ao ambiente hospitalar. *A pediatria tem que ser parecida com a casa da criança para ela se ambientar, que seja colorida, com brinquedos (E10_HB); No caso de crianças, acho que tem que ter um local para a criança sair de dentro da enfermaria ou do quarto, porque o quarto representa muito procedimento. Um lugar em que a criança possa esquecer um pouco que está dentro de um ambiente hospitalar (E10_HA).*

Nesse sentido, revela-se o esforço dos trabalhadores em adequar a cama ao tamanho do usuário, oferta de brinquedos e espaço para recreação. *Para a criança tem a cama adequada para o tamanho dela, a gente sempre tenta colocar uma cama adequada ao tamanho dela para ficar confortável, têm alguns brinquedos que ela pode brincar por aqui, a brinquedoteca que elas podem usufruir, eu acho que isso é bom para a criança (E3_HB).*

Mesmo com o esforço dos trabalhadores, a instituição impõe restrições às adequações realizadas. Medida a qual os trabalhadores de enfermagem consideram que precisa ser revista diante dos novos recursos que despontam no cenário internacional, como a inclusão de animais de estimação no ambiente pediátrico. *Já foi mais alegre, que antes tinha enfermeiro que produzia. Agora a gente não pode colocar nada. Eu não sei até que ponto, nos Estados Unidos até cachorro entra. Animais de estimação. Nós estamos desatualizados quanto a isso. Muito desatualizados (E9_HB).*

As restrições impostas refletem na estética da unidade, que não possui características de pediatria, devido à ausência de cores e decorações, distanciando-se do mundo infantil e do cuidado humanizado, que preconiza o bem estar da criança e do familiar cuidador. *Em termos de área física assim eu não vejo nada de diferente que foi projetado para cá que seja diferente das outras unidades (E3_HB); Eu acho que tem que ter mais motivos infantis nela, mais voltadas para crianças mesmo (E8_HA); Falta alguma coisa aqui, falta alguma coisa que tu diz: estou no setor pediátrico. Eu mudaria o tom das paredes colocaria desenhos aqui, já daria outra aparência, quando olhasse saberia que é pediátrico (E5_HA); Acho que poderia ter um pouco mais de decoração no ambiente, uma coisa mais alegre, mais humanizada, que a criança se sentisse um pouco melhor e a mãe também (E4_HA).*

Ademais, a unidade possui inadequações em sua estrutura que somadas às restrições supracitadas e ao momento que, por si só é estressante, podem refletir em sobrecarga emocional nos usuários. [...] *algumas condições do ambiente que são inadequadas eu acho que isso sobrecarrega aquele paciente que já está passando por um momento de estresse (E2_HB).*

Para modificar este cenário, os trabalhadores propõem modificações na estrutura física da pediatria, com a ampliação do ambiente, inclusão de rampas, equipamentos, luz de cabeceira, cômodas, camas adequadas e espaço para o cuidador junto ao leito. *Em primeiro lugar, transformaria tudo fisicamente, a estrutura física seria outra. Ela seria ela teria espaços amplos, rampas, berços e camas adequadas, lugares para os familiares ficarem, com equipamentos, luz adequada, luz de cabeceira [...] (E1_HB); A nossa área física é pequena, os leitos são pequenos, a enfermaria é pequena (E9_HB); A questão das camas, as camas, os berços, as cômodas, eu acredito que teria que ser todo remodelado, teria que ser camas específicas para a faixa etária (E5_HA).*

Dentre as inadequações estruturais citadas, a falta de instalação de tubulação e saída de gases em quantidade suficiente para atender a todos os leitos constitui-se em desconforto, pois a criança e o seu acompanhante precisam deslocar-se pela enfermaria para acessá-los. O

oxigênio mesmo falta [...] a criança fica lá no canto tem que tirar de lá pra vir fazer nebulização. Então não considero um ambiente confortável (E9_HB); Agora mesmo a gente está com uma mãe que tem de ir lá ao outro leito para fazer nebulização, então ela tem que acordar de hora em hora e isso é muito frustrante para a mãe que está acompanhando (E8_HA).

No banheiro das enfermarias as inadequações dificultam sua utilização pelo público atendido na unidade, pois não possui qualquer adaptação, assemelhando-se a um banheiro residencial. *Só tem banheiro para as mães na verdade, não é adequado para criança (E7_HA); Só tem vaso sanitário e pia para adulto, não são adequados para as crianças. Quando fizeram, fizeram pensando só nos adultos (E9_HA); Não tem nada de especial para a criança. Nem se fosse um banheiro para a enfermaria de adulto ele estaria adequado, porque não tem nada, é um banheiro como se fosse na casa da gente (E10_HA); Não foi projetado com esse enfoque, para crianças, com uma pia mais baixa, um sanitário reduzido, adequado para elas (E6_HA).*

A falta de estrutura do banheiro mostra-se especialmente desconfortável para a realização de banho em crianças menores, que necessitam utilizar banheiras, e crianças com necessidades especiais, como cadeirantes. *O banheiro é horrível também, a mãe não tem onde dar banho no bebê. Ela tem que botar a banheira em cima da cadeira onde ela senta, que é uma cadeira desse tipo cadeira do papai, e ela dá banho no bebê ali, a gente não tem um local adequado (E10_HA); A estrutura não permite que entremos com cadeiras de rodas dentro dos banheiros, aqui a estrutura não nos favorece (E6_HA).*

Os trabalhadores atribuem tais desconfortos a falta de espaço e, também, a falta de planejamento para utilização do espaço da unidade, o que, não raro, dificulta a acomodação dos leitos existentes nas enfermarias. *Eu acho muito, muito apertado. Eu acho que não houve planejamento. Não tem um planejamento, eles vão ali e botam, não tem um estudo. Eu acho que teria que ter, para dispor do espaço melhor (E8_HB); Eu acho muito apertadinho. Aqui mesmo, não tem espaço para a poltrona da outra cama. Tudo muito pequeno, muito apertado (E1_HA); A estrutura é muito pequena. É tudo muito apertadinho, falta espaço. As enfermarias possuem cinco leitos com espaço para quatro (E1_HB).*

Diante desta problemática, os trabalhadores sugerem ampliar a quantidade de enfermarias para distribuir de forma adequada os leitos, ou a redução do número de leitos da unidade, conseqüentemente, diminuindo a quantidade de leitos por enfermaria. *Eu acho que faltam quartos, acho que teriam que ampliar, tinha que ter mais enfermaria para distribuir melhor (E6_HB); [...] que não fossem muitas crianças numa enfermaria, que tem enfermarias*

que comportam cinco crianças mais um acompanhante já dá dez, se fica mais um acompanhante já dá acima de dez (E9_HB); [...] menos pacientes por quarto, tem muito paciente pelo espaço, um paciente um familiar de cada um com cinco leitos, quantas pessoas tem ali dentro? (E4_HA).

Para superar as restrições e proporcionar bem estar à criança, a disponibilização de televisores na enfermaria é apontada como recurso que atende ao gosto da criança e resgata uma atividade realizada no âmbito domiciliar. *Vê uma televisão, que eles estão fora de casa muito tempo e eles gostam de ver TV é muito importante (E4_HA); Se fosse possível, eles gostam muito de televisão dentro do quarto (E7_HB).*

As unidades pesquisadas contam com a brinquedoteca e sala de recreação (Figura 7, Figura 8) como espaço de entretenimento as crianças, que transcende os horizontes da enfermaria e permite a elas brincar e realizar atividades próprias à sua idade sob a supervisão profissional. *A brinquedoteca é muito importante, a criança não fica confinada no quarto (E8_HB); Para criança é maravilhoso, porque eles adoram, vão para lá e se entretém (E9_HB); As crianças adoram porque lá eles vão pintar, fazer brincadeiras, tem o pessoal da psicologia e artes visuais, tem brinquedos, faz parte da terapia (E10_HB).*



Figura 7 – Sala de recreação da Unidade Pediátrica do HA.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

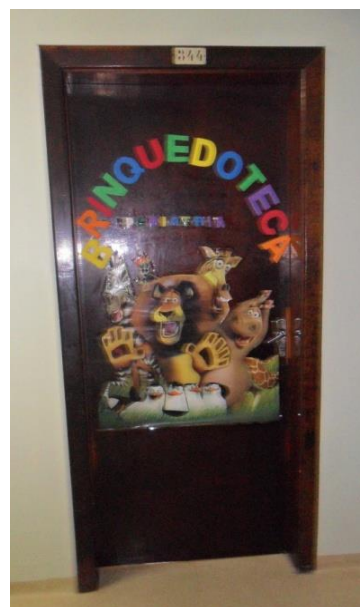


Figura 8 – Brinquedoteca da Unidade Pediátrica do HB.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

Esse espaço, além de entreter a criança, propicia ao familiar acompanhante momentos de descanso e descontração, modificando a rotina centrada no cuidado a criança. Entretanto, é imperativa a ampliação dos dias e horários de seu funcionamento, de forma a assegurar a confortabilidade de acordo com as necessidades de seus usuários. *Para as crianças é muito importante e para a família também. Tem mãe que fica sozinha e o pouco tempo de descanso que tem é quando a criança está ali (E4_HA). Com a brinquedoteca a mãe tem um descanso naquele momento em que a criança está lá dentro brincando, é uma trégua. Muda um pouquinho a rotina, aquele compromisso de sempre estar olhando a criança, onde está onde não está. Para ambos é um momento de descontração. Seria bom se ela fosse aberta de manhã e de tarde, que tivessem mais trabalhadores disponíveis para ver essas crianças em mais horários e finais de semana também (E2_HB).*

Os trabalhadores sugerem, também, a ampliação e reestruturação do espaço da brinquedoteca e da sala de recreação, pois o espaço disponibilizado dificulta a organização dos brinquedos e restringe a mobilidade e o acesso das crianças internadas na unidade. *Se eu fosse desenhar uma pediatria a recreação seria maior, é um cubículo aquilo ali, iria fazer amplo, cheio de luz, com mais janelas (E9_HA); Ela é pequena, tem um acúmulo de materiais ali dentro e quando a gente leva as crianças que tem um sorinho, uma bomba de infusão, é uma dificuldade para conseguir achar uma tomada, porque aquela criança pode ficar ali, ela só tem que ter aquele acesso. São mil e uma jogadas para conseguir, porque tem muita coisa em pouco espaço. O espaço é super válido, mas ele está saturado, precisa oferecer mais conforto, espaço para as crianças (E1_HB); [...] a idealização é uma sala de recreação um pouco mais ampla, a que nos temos aqui é praticamente 2x2, imagina com as 16 crianças que nós temos aqui dentro da unidade, então muitas vezes a gente tem que controlar e fazer um contato com as mães para que as crianças fiquem um pouco brincando e saiam para que outras crianças possam usar e fazer outras atividades (E6_HA).*

Outro recurso apontado como promotor de confortabilidade são as ações realizadas por voluntários (Figura 9). Essas ações modificam pediatria, promovendo uma ambiência alegre e harmônica, sendo perceptível o contentamento das crianças com as mesmas através de suas reações, sorrisos e gargalhadas. *Toda vez que eles vêm eles deixam o ambiente muito, muito, muito harmônico, muito sorrisos, muitas gargalhadas, eles deixam um ar bom (E5_HA); Muito gratificante, eu gosto de música, que alguns senhores que vem cantar, deixa o ambiente mais alegre, não só para as crianças, mas para nós também (E9_HA); Toda sexta-feira a oficina da alegria está aí. Tem um menino, o Tales, que dizem que está em estado vegetativo, mas nesse dia ele fica bem diferente. Vieram e cantaram para ele as*

musiquinhas e tu vês a diferença, a reação da criança. É bom, quem não gosta de música? Todo mundo gosta (E10_HB).

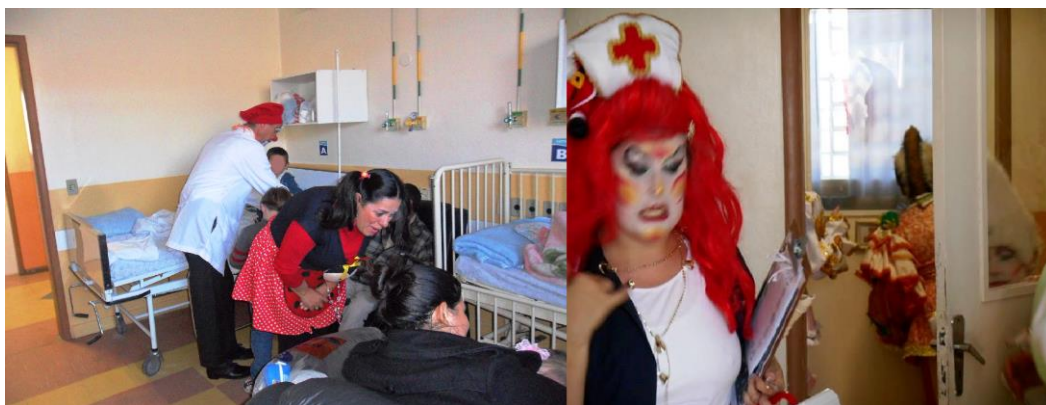


Figura 9 – Ações desenvolvidas por voluntários.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

Se para as crianças a confortabilidade encontra entraves para efetivar-se, para os familiares as condições são ainda mais reduzidas, chegando a ser consideradas como ausência de conforto quando comparadas as condições que o ambiente oferece à criança. *Eu acho que poderia ser mais confortável, porque o acompanhante também precisa descansar, em questão de material, cama, lençóis, poderiam ser um pouco melhor (E7_HA); Ela oferece conforto para a criança e não para o acompanhante, para a mãe não (E10_HB).*

Ao familiar o conforto resume-se a utilização de uma poltrona ou cadeira reclinável. Independentemente ao período que permanece junto à criança a poltrona mostra-se desconfortável, principalmente para o acompanhante que passa a noite nela, cujo desconforto é tamanho que o impede de dormir. *A mãe fica mal acomodada numa cadeira, não tem uma cama para descansar, então acho que tem que ver tudo isso (E8_HB); Elas ficam numa poltrona, a gente consegue um cobertor ou uma coisa para elas ficarem nessa poltrona, mas esses cobertores são para as crianças (E8_HA); [...] a mãe não tem tanto conforto, porque é uma poltrona que está um pouco estragada elas ficam mal acomodadas para dormir (E4_HA); A mãe senta numa cadeira que reclina, tem banquetas para colocar os pés, mas não é uma realidade de uma cama confortável (E2_HB); [...] em casos de internações longas, permanente, as mães ficam mal acomodadas. Às vezes, ficam 10, 15, 30 dias internadas conosco e sem estrutura nenhuma, dormindo numa poltrona (E6_HA).*

Os trabalhadores indicam a necessidade de reforma na unidade, de maneira a proporcionar maior conforto aos familiares, com a inclusão de um espaço de convivência em

que os mesmos pudessem realizar guardar seus pertences, realizar refeições, descansar em poltronas mais confortáveis, interagir com demais acompanhantes e, também, com a criança. Assim, ampliando seu deslocamento para além do espaço restrito pelo leito e poltrona. *Primeira coisa que eu faria, seria uma reforma. Colocaria poltronas mais confortáveis para as mães, espaço físico, a questão do ambiente eu mudaria e também em conforto, lugar para poder guardar seus pertences (E6_HB); Um espaço assim que elas pudessem ter sua louça, sua roupa, um armário com chave, coisas básicas, não é muito, mas eu acho que é o básico, acesso ao sol, luz solar, que tivesse como tomar um banho de sol, sentar num lugar assim ao ar livre ou pegar um pouco de ar, eu acho que isso é importante, poder sair se deslocar um pouco (E1_HB); Um espaço que as mães, os acompanhantes conseguissem ficar juntos, que as mães tivessem um refeitório, que elas saíssem do ambiente do quarto para fazer as refeições, como a gente tem em casa, um ambiente mais saudável. Ter um ambiente assim mais apropriado, sentar direitinho, apoiar seu prato, comer e se puder fazer isso com as crianças melhor ainda (E10_HB).*

Além disso, a inclusão de atividades recreativas e de lazer, com supervisão profissional, demonstra-se uma alternativa para suavizar a hospitalização, respeitando e preservando a dignidade humana, de forma que o familiar recupere a energia necessária à continuidade do cuidado. *Eu acho que deveriam ter momentos de lazer, alguma coisa assim que elas fizessem. Elas ficam sentadas numa cadeira do lado de uma criança que esta doente, às vezes, uma semana sem ter nada para fazer, sem ter nem um pouco de conforto (E2_HB). [...] também ter uma sala de artesanato, por exemplo, aqui com uma moça que vai vir três vezes na semana ensinar vocês a fazer crochê, então as mães também vão ter atividade na medida do possível (E3_HB); Eu acho que teria que ter um espaço onde elas pudessem conversar, tivesse um lugar como tem para as crianças, com o lúdico, a brincadeira, que elas pudessem fazer o que elas têm habilidade. Proporcionar esse momento, com uma equipe que vá conduzindo as atividades para tornar aquela ação das pessoas um pouquinho mais suave, um pouquinho melhor, porque algumas crianças ficam muito tempo internadas aqui e é sufocante [...] é a dignidade da pessoa, onde ela recarrega as suas baterias e está pronta para recomeçar o dia seguinte (E1_HB).*

Os trabalhadores referem que outrora atividades semelhantes eram realizadas, mas a reformulação no quadro de funcionários e as demandas de trabalho da unidade impossibilitaram a continuidade das mesmas. Tal fato leva-os a considerar que o atual processo de trabalho desenvolvido na pediatria desconsidera a humanização do cuidado. *Há algum tempo atrás nós tínhamos mais funcionários, então a gente conseguia fazer bingo com*

as mães, a gente conseguia fazer teatro, a gente conseguia fazer hora do conto. Quando reduziu o número de funcionários, quando ficou mais apertado, a gente não conseguiu fazer mais nada, então eu vejo o nosso trabalho muito mais voltado para tarefas, procedimentos, administrar e gerenciar nossa unidade. São coisas que vão tomando o tempo e que são necessárias, mas que numa pediatria eu acredito que fique faltando a parte da humanização (E2_HB).

6.2.3 PERSPECTIVA DOS GESTORES HOSPITALARES

Os entrevistados relataram que a oferta de conforto às crianças e suas famílias é embasada em aspectos estruturais da unidade de pediatria, com a existência de sala de recreação, espaço reservado à permanência de acompanhante junto ao leito e mobiliário, que visam garantir a conformidade às normas regulamentadoras, bem como a adaptação do espaço às necessidades e especificidades da população atendida.

Tais aspectos refletem na oferta de um espaço tranquilo e acolhedor, possibilitando a manutenção da relação da criança com seus familiares e trabalhadores da saúde. *A gente tem a unidade da criança conforme as normas. Então, tem um berço com conforto físico, tem espaço para a mãe ficar junto. A criança fica 24 horas acompanhada pela mãe. O ambiente é limpo e acolhedor (G2_HA); A gente tem a acolhida dos pais, a orientação para os pais, uma sala de recreação que tem por objetivo garantir às crianças um espaço mais tranquilo dentro do ambiente hospitalar (G1_HA).*

Especificamente para a criança são ofertados espaços lúdicos com recreacionista e palhaçoterapia, que além de distrair da rotina hospitalar a aproxima do universo infantil. *Nós temos a recreacionista e esses profissionais que vem fazer a palhaçoterapia, que descontraí também. As crianças têm acesso à sala de recreação em tempo integral, direcionada em determinados horários quando a pedagoga acompanha. A ludoterapia é extremamente importante porque a criança, diferentemente do adulto, não foca na doença. Se tu ofereces à criança brinquedos ou algo que a distraia ela vai viver aquilo ali. Não vai lembrar o doloroso do procedimento. Isso também deve ser visto, propiciando que a criança tenha vida de criança (G1_HA).*

Os gestores indicam que é imperativo ampliar os recursos disponíveis na unidade, pois mesmo que estes aproximem a criança do universo infantil, com brinquedos e programas televisivos, não são suficientes para atender de forma integral suas necessidades de saúde e

desenvolvimento. Assim, o cuidado ofertado precisa atender tanto as demandas advindas da doença que ocasionou a internação quanto englobar as demandas próprias a idade da criança, como convivência com os iguais e acompanhamento pedagógico; dando continuidade ao seu processo de crescimento. *Hoje nós não temos muitas coisas, nós temos alguns brinquedos, temos televisão, mas isso não é tudo, a gente precisa remodelar* (G2_ HB); *A pediatria dos meus sonhos é maravilhosa. Tem espaço de convivência de mães, espaço de convivência de criança. Uma coisa que me preocupa muito é a questão do acompanhamento pedagógico das crianças, porque não estão na escola. De uma forma mais organizada, eu acho que isso vai facilitar que a gente possa prestar para essa criança, mesmo que ela esteja internada por uma patologia, um atendimento mais integral* (G1_ HB).

Nesse sentido, a confortabilidade aproxima-se do cuidado integral, suscitando a valorização da condição humana em suas multidimensões biopsicossocioespiritual. Para tanto, faz-se necessário que a unidade de pediatria possua recursos materiais, agregue saberes e valorize as relações, de forma a ser percebida pelos usuários como um ambiente capaz de acolhê-lo e responder às suas variadas demandas. *O ambiente da pediatria tem que ser um ambiente acolhedor, que de conta da necessidade tanto técnica quanto humana, porque eu entendo que as crianças assim como todos os seres humanos têm multidimensões biopsicossociais e espirituais. Esse ambiente tem que atender a necessidade física e tem que atender a essas outras necessidades, então ele precisa ser um ambiente humanizado, ou seja, que atenda o indivíduo na sua integralidade. Para isso é preciso que tenha toda a questão técnica, aquela tecnologia dura para atender as necessidades físicas, as tecnologias leve duras, os protocolos, porque não pode se fazer nada sem protocolo, sem ter evidência científica, porque a gente está lidando com vidas. E precisa ter as tecnologias leves, que são as relações, as quais são extremamente importantes, para atender essas necessidades psíquicas e espirituais* (G2_ HA).

Para garantir o conforto, os gestores não se atêm à criança, pois compreendem que o cuidado deve estender-se à família, de forma a acolhê-la e apoiá-la neste momento de fragilidade ocasionado pela internação da criança. Logo, as instituições hospitalares lançam mão de uma rede de serviços como psicologia e serviço social para trabalhar conjuntamente a enfermagem no diagnóstico de fragilidades psíquicas e sociais. *Apesar das nossas restrições, a gente tenta acolher a família de forma integral. Tem atendimento psicológico, tem o serviço social. As acompanhantes ficam acomodadas numa poltrona. Uma preocupação que nós temos é de também atender a integralidade dessa mãe, atender suas fragilidades psíquicas, fragilidades sociais, que ela também vai demonstrar naquele momento que o filho está*

internado (G2_HA); A gente sempre tem o serviço de psicologia e o serviço social, na maioria dos hospitais, dando apoio à família. Esse apoio à família é mais um apoio de orientação, de explicação, de permitir uma flexibilidade maior, de perceber a hora que aquela mãe não tem mais condições de estar ali e, de repente, outro familiar possa ocupar esse papel. Explicar o que está acontecendo. Às vezes, não sabe o que está acontecendo. Deve ser horrível imaginar que teu filho vai morrer e que tem que estar ali e passar por aquilo. Esse apoio psicológico e do serviço social eu acho que ele é imprescindível nesse momento para a família, não que a enfermagem não preste esse apoio também (G1_HB).

Os gestores expressam a preocupação com o fato de que dificuldades estruturais existentes possam interferir no ambiente relacional e, conseqüentemente, na formação de vínculo e de confiança entre os profissionais da saúde e família, na adesão ao tratamento e continuidade de cuidados à saúde da criança. *Temos dificuldade aqui no hospital devido à estrutura física, mas, dentro do que podemos oferecer, nós temos muita preocupação de fazer com que esse ambiente seja acolhedor, que tenha essa relação harmoniosa e horizontal com todos os profissionais da saúde, com a família da criança. Isso é extremamente importante para a adesão ao tratamento, para criar vínculo, confiança no profissional com a família e na família com o profissional, para dar continuidade à saúde dessa criança (G2_HA).*

Como forma de superar as restrições estruturais e proporcionar maior conforto às crianças e suas famílias, a reestruturação da unidade de pediatria é apontada como alternativa pelos gestores. A partir da observação das fotos da unidade (Figura 10, Figura 11), na foto-elicitación, algumas modificações são propostas, dando destaque à ampliação das enfermarias, proporcionando espaço para comodidade da criança e acompanhante; ampliação da sala de recreação; construção de refeitório; climatização da unidade; modernização do mobiliário hospitalar, especialmente berços e poltronas para acompanhantes.

No ponto de vista físico é necessária uma área maior, ter uma sala de recreação maior, que acomode melhor essa família, pois, muitas vezes, usam a sala de recreação como refeitório. Então, o ideal é que tivéssemos um refeitório, neste ponto teríamos muito que melhorar se tivéssemos como (G2_HA); O ambiente da unidade de pediatria não oferece conforto. Eu estou lembrando principalmente das poltronas onde ficam sentadas as mães, que vão ficar ali muito tempo. Os pés delas não ficam elevados, As camas podem ser melhoradas para as crianças, os berços também. As temperaturas são diferentes nos corredores. A gente não tem uma mesma climatização em todo ambiente pediátrico (G1_HA).

Acho que esses berços já são bastante ultrapassados. Hoje existem camas automáticas, que são camas para pediatria com barra lateral de segurança. A cama da mãe

ali, que é obrigatório ter um acompanhante, também precisa ser mais confortável. Se é obrigatório ter um acompanhante eu não posso deixar ela ali um ano dormindo na cadeira, à noite. Acho que seria bem complicado. E o próprio ambiente como um todo poderia ser um ambiente mais agradável (G1_HB).



Figura 10 – Enfermaria da Unidade Pediátrica do HA.

Fonte: RIBEIRO, 2015.



Figura 11 – Enfermaria da Unidade Pediátrica do HB.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

A mudança estética na unidade de pediatria, com a inclusão de desenhos e personagens infantis, é expressa como um recurso a ser utilizado na confortabilidade, pois, além de ser um tratamento ao ambiente embelezando-o, também, é tido pelos gestores como auxiliar na redução da dor e estresse da criança, por conseguinte, proporcionando tranquilidade à família. *Um ambiente físico que seja agradável, onde você tenha alguma coisa visual para que essa criança se sinta a vontade é muito importante. Eu já coloquei uma vez numa pediatria uns adesivos de parede, que são hospitalares, ficaram um encanto. Cada parede tinha uma imagem de um desenho da televisão, Sininho, Peter Pan e ficaram show de bola as enfermarias. Então, ali a criança se sente num outro espaço, num outro ambiente. Isso diminui a dor, o estresse e, consequentemente, a mãe consegue ficar mais tranquila, porque a criança se sente melhor (G1_HB).*

A mudança com a adequação do ambiente as normatizações e políticas vigentes direcionam a atenção dos gestores à dignidade das crianças e seus usuários e familiares, de forma que é evidente a preocupação em viabilizar uma estrutura hospitalar que contemple as necessidades básicas dos mesmos, com segurança e conforto. *O gestor tem que dar, é*

obrigado a dar um lugar onde a mãe possa dormir, onde a mãe possa comer, onde a mãe possa ter uma vida digna, onde possa tomar banho, enfim (G1_HA). Uma das coisas que acho que falta, é um vaso infantil, que a gente não tem. Temos um suporte. Então, temos um vaso que possa atender as necessidades da mãe e adaptável para a criança, mas o ideal é que tivéssemos mais espaço físico para esses vasos infantil (G2_HA).

Referiram que o olhar deve ser voltado para a realização de adequações no ambiente, visando, principalmente, a segurança do paciente. Atentando para a inclusão de barras de proteção, para a limpeza do ambiente e para propiciar a higienização frequente das mãos das crianças (Figura 12). *O que falta nos nossos banheiros para os nossos pacientes como um todo, são justamente as barras de proteção, a revisão desse material, do azulejo para que seja mais lavável, que sejam fáceis de limpar. Tem a questão da lavagem das mãos, então, deixar mais na altura da criança. Eu tenho que fazer a adequação do ambiente de acordo com quem vai usar (G1_HA).*



Figura 12 – Banheiro de uma enfermaria da Unidade Pediátrica do HA.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

Mesmo reconhecendo as restrições estruturais, os gestores apontam a possibilidade de proporcionar conforto. Para tanto, reivindicam a equipe de saúde a busca por alternativas que aproximem o hospital a realidade da criança, como por exemplo, a inclusão no ambiente

pediátrico de brinquedos próprios e alimentos de interesse da mesma; sem deixar de atentar as normas regulamentadoras.

Não é porque eu tenho uma área física restrita que eu não posso ter uma ambiência adequada, porque dentro daquilo que eu tenho, eu posso proporcionar conforto (G2_ HA). Nós poderíamos sim trabalhar de uma forma diferente, Eu já tive essa experiência e eu achei muito interessante ter a possibilidade de você ofertar um refrigerante quando a criança pede. Naquele momento faz parte da rotina de vida dela, ela está acostumada a tomar, a mãe dela sempre deu para ela. Se a mãe dela vai procurar uma nutricionista depois e corrigir o hábito dela é diferente, mas não é porque ela está internada que eu tenho que livrar ela de um hábito (G1_ HB).

Com relação ao ambiente físico eu acho que ele deve ser o mais próximo possível da realidade daquela criança. Isso cabe à equipe. Então quando a gente fala em humanização eu falo em trazer para o hospital um pouco da realidade daquela criança para que ela se sinta a vontade. Se tem uma criança que gosta de um bichinho, a gente sabe que o bichinho de pelúcia é proibido pela ANVISA, mas você pode usar alternativas, eu posso ter outros instrumentos ou envolver aquele bichinho em alguma coisa para que ela possa brincar se é um bichinho de pelúcia que ela gosta. Trazer um pouco da realidade daquela criança e do que aquela criança está acostumada no dia a dia para o hospital (G2_HB).

6.3 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NAS CRIANÇAS E FAMILIARES

6.3.1 PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Os usuários apontam que em função da hospitalização e das consequentes modificações no cuidado há produção de subjetividade nas crianças e seus familiares. A rotina hospitalar e utilização de recursos complexos exigem condutas e comportamentos diferentes aos anteriormente manifestados em casa. *Na minha casa não é só eu que cuido. Meu marido ajuda a cuidar, mas aqui não. Aqui já é brabo, em casa é mais tranquilo. Aqui eles não deixam ficar dois (U9_HB); Modifica porque o cuidado do lar é diferente do cuidado do hospital, de repente a gente lá não tem todas as coisas para oferecer e aqui tem todas as coisas que ela precisa (U10_ HB).*

A rotina hospitalar impõe restrições e normatizações, reduzindo a autonomia dos familiares, gerando-lhes o sentimento de impotência diante das ações comumente realizadas

no âmbito domiciliar. *A gente no hospital não é a mesma coisa. Comida, horário, tudo (U6_HB); Em casa tu dás banho a hora que tu queres, tu deitas onde tu queres, tu ficas de pé a hora que tu queres. Aqui não, aqui tu tens que depender das pessoas (U7_HA). Só o fato de ficar aqui dentro já é diferente, pelo fato de estar no hospital é complicado. Tu procuras as tuas coisas, tu não achas. Tu queres fazer uma coisa diferente, tu és barrada. Tu queres fazer, não podes fazer no quarto, tens que ir lá embaixo na cozinha, tu não podes comer, não podes isso não podes aquilo, então tem um monte de restrição, mas faz parte (U8_HB).*

Como forma de amenizar o sentimento de impotência, os usuários reivindicam um espaço de convivência. Local que disponibilize meios para que eles realizem atividades como lavar roupa, aquecer água, preparar e realizar as refeições, interagir com a criança e guardar pertences. *Se pudesse eu colocaria um lugar para lavar roupa, para pegar água quente. Um lugar para todo mundo usar. Uma salinha assim para botar as coisas, é tipo uma salinha, vai ali botava um micro-ondas, uma jarra e lugar para lavar roupa (U7_HA); [...] uma cozinha que pudesse fazer alguma coisa. Um fogão, um micro-ondas no corredor para aquecer uma janta, alguma coisa que alguém te traz de tarde e ficou fria (U10_HA); Que a gente tivesse um lugar mais digno de ficar com eles. Um espaço com uma mesinha, com cadeira decente, para fazer um almoço, uma janta, um lanche (U8_HA).*

Já os usuários que tiveram experiência prévia positiva de hospitalização na instituição sentem-se seguros e tranquilos, pois confiam que o cuidado prestado pelos profissionais suprirá as necessidades da criança. *Eu fui muito bem acolhida, nas duas vezes que meu filho esteve aqui. Porque ele nasceu aqui, foi para a semi-intensiva e eu vi como era o tratamento deles com as crianças. Os profissionais são muito queridos, muito educados. Te dão uma tranquilidade. Tu sabes que eles estão bem cuidados (U1_HA).*

As crianças, por sua vez, manifestam comportamentos de estranhamento ao ambiente. *Ele é bebê, mas senti sim. Nos primeiros dias ele ficava olhando, olhando, para ver onde ele estava. Meio perdido (U1_HA); Eu acho que ele mudou. Está muito manheiro, passa no colo, larga na cama chora, está ficando muito mimado (U6_HB).*

Ressalta-se que os comportamentos manifestados variam de criança para criança, enquanto umas demonstram-se ativas e desinibidas, outras se demonstram hipotivas e inibidas pelo ambiente hospitalar. *Em casa ele é quietinho e aqui ele é elétrico, entra alguém na porta e ele já da risada. Está mais ativo (U4_HB); Eu acho que ela fica mais viva, mesmo tendo problema. Fica mais viva, mais tranquila, mais disposta (U10_HB); Ele está mais quieto. Ele não é quieto, ele brinca. Ele não está acostumado, ele nunca baixou, não está acostumado com o ambiente (U1_HB); Ele muda, muda bastante. Fica renegado. Pede para*

ir embora para casa, mas depois ele se conforma, ele sabe que está doente. Não é a mesma coisa que estar em casa, ele muda (U2_HB).

Os usuários salientam que a forma como se dá a interação entre os trabalhadores de enfermagem e a criança influencia a percepção da mesma e, conseqüentemente, na manifestação de comportamento de aceitação ou não dos cuidados ofertados. *Se chega uma enfermeira com quatro pedras nas mãos ele não deixa encostar nele. Ele fica com medo (U2_HB); Tu precisas fazer uma medicação e chega sem agradar aquela criança ela se renega para fazer, não aceita. Ou, tu vir com uma agulha para fazer alguma coisa. Tem que ter um jeito para tratar aquela criança para tu poder fazer aquilo ali. A pessoa tem que passar uma coisa positiva para aquela criança, para ela ficar tranquila, para tu fazer a medicação (U4_HA).*

Além disso, os comportamentos manifestados pelas crianças ocorrem em função das mudanças em sua rotina, em que objetos, atividades e pessoas são retirados de seu convívio. *Eu já vi criança que reclama de estar sem uma televisão, sem brinquedo, aqueles brinquedos não servem eles querem os deles, eles querem a televisão deles, eles querem estar em casa (U8_HB).*

Mesmo a pediatria sendo uma unidade própria ao tratamento de crianças, os usuários expõem a necessidade de adequações no ambiente para aproximá-las ao universo infantil. *[...] é um ambiente de criança, então tem que ter algum brinquedo, uma coisa para a criança se entreter, porque, muitas vezes, a criança até fica estressada. Quando vai botar um medicamento teria que ter uma coisa para distrair a criança (U9_HA); Apesar de a gente estar num lugar de doença, para mim tinha que ter mais animação para as crianças. Aqui mesmo, parece coisa de adulto, não parece com uma pediatria. Não diz que é de crianças, tinha que ser mais animado (U2_HB); Não tem nada para se entreter, não tem um bichinho na parede para ela olhar, nada. Eu botaria mais bichinhos, mais colorido. Acho até que não está feio, mas botaria mais bichinhos, mais desenhos que dissesse que ali é um quarto de criança (U7_HA).*

Como forma de amenizar as mudanças provocadas pela hospitalização e aproximar a criança do universo infantil, os usuários apontam como benéfico os espaços de brinquedoteca e recreação. Esses espaços possibilitam as crianças sair do leito, sair da enfermaria e brincar, distraindo-se das rotinas hospitalares e alegrando-se. *Com certeza, é uma boa porque aí as crianças vêm para cá e não ficam só os quartos, não ficam só trancadas nos quartos, da para vir para cá, brincar, fazer a bagunça (U2_HA); Acho que a criança fica bem mais leve, bem feliz. Tira aquela coisa de hospital, para alegrar mais. Eu acho interessante e importante.*

Eles vêm, podem brincar (U1_HA); É muito importante porque distrai a criança, a criança fica mais alegre com brinquedo. As crianças, aqui dentro, cheias de acesso e tudo nos bracinhos, vão para ali e tem brinquedos para se distrair (U9_HA); É uma distração para ele. Ele pode vir aqui brincar, se distrair um pouquinho e passar as horas. Eles não ficam sem poder brincar. Criança gosta muito de poder brincar (U3_HA); Eu acho legal, já que não tem brinquedo aqui [no quarto], pelo menos lá eles podem brincar um pouquinho. Vê a felicidade da minha filha brincando (U7_HB).

Os usuários referem que devido à atenção recebida nesses espaços a criança não se percebe como doente, em tratamento, mas expressa comportamento próprio à idade. *É a atenção, são as coisas que tem aqui, a criança se sente curada da ferida, não se sente assim: Ah, estou morrendo! A criança não fica assim: Estou doente, estou morrendo, quero remédio, estou com dor. Mas brinca, ri, conversa (U10_HB).*

Da mesma forma, as ações desenvolvidas por voluntários por meio de músicas, livros e palhaços distraem as crianças, divertindo e alegrando-as. *Eu achei muito legal o trabalho deles, de vir, trazer músicas, livrinhos para eles. Isso importa muito na recuperação deles. Ele gostou muito, ficou faceiro com os livrinhos, participou. A felicidade para uma criança é tudo (U3_HA); Eu gostei porque eles divertem as crianças. A minha filha estava chorando e eles chegaram aqui e ela ria para eles. Achei muito legal (U5_HA).*

A brinquedoteca, a sala de recreação e as ações voluntárias caracterizam a pediatria como espaço próprio para o tratamento de crianças, pois trazem cor e diversão à unidade, amenizando o sofrimento decorrente do adoecimento e da hospitalização tanto nas crianças quanto em seus familiares. *Acho que é importante, porque é pediatria. Uma sala colorida, cheia de brinquedos, chama a atenção (U4_HB). É um direito para eles se divertirem, amenizar a dor (U2_HA); Bom, muitos brinquedos para a criança brincar, para se entreter. Para mim é bom, eu vou lá para esfriar a cabeça (U5_HB); Isso aqui é muito bom, porque a criança passa aqui dentro um momento difícil, um momento de dor. O familiar também sofre junto com a criança e eles vêm e trazem um momento de alegria para o paciente e para a família, muito bom (U8_HA).*

No entanto, o espaço, a localização e o horário de funcionamento da brinquedoteca e da sala de recreação dificultam sua utilização pelas crianças. *Eu acho que teria que ser mais perto da pediatria, está muito longe. É pequena também, teria que ter mais espaço, porque se todas as crianças fossem lá junto ficaria apertado. O horário é pouco também, teria que ter dois horários, de manhã e a tarde (U2_HB); Essa recreação tem uma vez que lá na semana, tinha que ser todos os dias, principalmente de tarde. Se tivesse algum horário, da 1 às 5 da*

tarde, uma pessoa recreando as crianças na sala entretendo as crianças. Alguém com horário fixo (U6_HA).

Mesmo com esses espaços e ações, os usuários apontam a necessidade de atentar para as necessidades dos familiares e acompanhantes durante o período de hospitalização, desenvolvendo atividades específicas para os mesmos. *Ah, que tivesse também uns momentos de recreação com a gente também, que a gente como familiar tivesse uns momentos de mais recreações (U8_HA).*

Além disso, os usuários reivindicam atenção dos profissionais de saúde, escutando-os, pois os mesmos percebem que não há valorização de seu conhecimento acerca da criança e das alterações observadas em sua saúde. *Eu acho assim, atenção mais pra mãe, para os pais, para conversar mais, por que às vezes assim tu vê que as mães e os pais falam e parece que eles não dão bola (U8_HB); A gente só precisava que eles nos escutassem mais. Se eles nos escutassem mais, eles saberiam o que ele tem. Tá certo que tem que perguntar para a criança também, porque só ele sabe o que ele está sentindo, mas acho que eles precisavam nos escutar mais (U1_HB).*

Diante das mudanças provocadas pela hospitalização na rotina da família, muitas vezes, os profissionais assumem o papel de referência e apoio a mesma, sendo, inclusive, associados à figura familiar. *A gente não tem contato muito com a família aqui dentro, porque só pode uma visita por dia [...] eu estou me dando super bem com os enfermeiros. Eu acho importante [essa relação] porque se tu precisas de um auxílio imediato, tu tens como socorrer a elas. É primeira vez que interno com ela ruim, então, eu não tinha noção do que pode acontecer ou não com ela. Eu peço auxílio para as enfermeiras, e elas sempre me suprem nessas coisas (U6_HA); [...] da minha família eu não tenho apoio nenhum. Eu tenho mais apoio das enfermeiras, ou de pessoas que estão aqui no quarto, do que da minha família. Eles chegam aqui de manhã e já perguntam como passou a noite, se ele passou bem, se deu convulsão, brincam com ele, conversam com ele (U2_HB); Elas são tipo família, porque elas entram aqui e ficam a vontade com ele. Eu fico a vontade com elas. A gente conversa, fica amiga. Elas querem o melhor para ele e eu também (U4_HB).*

Nesse sentido, a atenção reivindicada transcende a escuta, mas envolve uma relação de confiança e reciprocidade, que envolve o cuidado compartilhado, com a valorização de trabalhador de enfermagem e do usuário. *Acho que eles precisam da gente aqui para ajudar eles e a gente precisa deles para tratar do nosso filho [...] (U1_HB); [...] se eu tenho que fazer alguma coisa eu vou lá e pergunto, ouço as enfermeiras, eu gosto de saber das*

enfermeiras e do médico também, pergunto para o médico também, então é sempre junto (U7_HA).

6.3.2 PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Os trabalhadores expõem que a hospitalização deixa as crianças receosas por entrar em um ambiente que lhes é estranho. Não raro, já na chegada elas respondem as mudanças percebidas com reações de pânico e estresse, demonstrando-se chorosas, agressivas e arredias. *Pode-se dizer que chegam com pânico. As crianças de dois, três anos para cima já chegam receosas. Às vezes chorando que não querem ficar (E1_HA); A criança quando está numa situação que é ruim ela acaba achando um jeito de chamar atenção, ela fica mais estressada, ela fica mais arredia, ela fica mais agressiva, mas tudo isso é consequência de toda a mudança que ela está sofrendo naquele momento (E3_HB).*

Tais reações ocorrem em função da criança, na maioria das vezes, ainda não possuir maturidade suficiente para compreender sua doença e necessidade de tratamento. Consequentemente, associa o local de tratamento e o profissional de saúde, que veste branco, a sensações dolorosas. *A internação da criança é sempre dramática, a criança nunca está preparada, eles ficam com medo da gente, por ver o branco do jaleco eles já se assustam, para dar menos medo, às vezes, entramos sem o jaleco (E6_HB); Geralmente, as crianças quando estão doentes ficam agressivas. Tu chegas perto e eles ficam em pânico, porque eles sabem que talvez já vá ter alguma dor. A criança não entende porque que dói (E1_HA).*

Por esta razão, os trabalhadores apontam que a recepção e o acolhimento da criança no ambiente hospitalar possui extrema importância para que ela sinta-se protegida e perceba a pediatria e as rotinas de tratamento de forma menos traumática e agressiva. *A recepção é importante para criança se sentir protegida. Se chegar numa unidade e não tiver uma boa recepção ele vai olhar aquilo de uma maneira como se fosse uma coisa ruim para ele, e aí o tratamento todo vai ser prejudicado (E4_HB); A coisa mais importante é a recepção. A criança dependendo da maneira que tu trata ela na hora que chega [...], às vezes, a pessoa é um pouco mais áspera na maneira de falar, um pouco mais rígida e eles sentem. Isso prejudica, depois tu quer chegar e não tens como chegar (E8_HB).*

As crianças são sensíveis à forma como os profissionais interagem com elas. Logo, estabelecem sua relação a partir de suas percepções acerca de tal interação. Podendo ser uma relação de abertura, em que há facilidade para realização de procedimentos, quando o

profissional de enfermagem à cativa e demonstra-se empático. Ou, uma relação de distanciamento, com dificuldades para manejá-la e realizar procedimentos, quando o profissional apresenta-se emburrado e mal-humorado. [...] *quem trabalha com crianças não pode entrar aqui, emburrada, mal-humorada, no momento que tu tens o contato com a criança, tem que lidar com a criança de outra maneira, se não a criança pode sentir, não vai se abrir para ti* (E7_HA); *Tem que cativar a criança. Tu consegues fazer tudo que tu quiseses com a criança se tu conseguir cativar ela. Se tu és muito rígida, chega na criança e ela não te deixa fazer nada, não te deixa nem ver o sinal vital dela. Então, tem que ter aquela empatia* (E10_HB).

Com base nisto, os entrevistados afirmam que o cuidado à criança hospitalizada transcende as habilidades técnicas da profissão de enfermagem, envolvendo características humanas que potencializam a relação de cuidado, como receptividade, calma, carinho e atenção. *Tem que ter esse jeitinho, como eu digo, esse carinho. Todo esse processo de ir e conversar bastante. Não pode chegar e já querer ir fazer teu serviço e deu, não. Tu tens que chegar com jeito, com calma* (E1_HA); [...] *mais atenção com as crianças, com os pais, porque não basta tu só fazer a medicação, é mais do que isso. E acredito que a hospitalização é mais do que ir lá e dá o antibiótico* (E3_HA); *Se tu chegar só no profissional, ou fizer sem avisar, sem dar um sorriso, a pessoa já fica diferente. A recepção é outra* (E1_HB); *A gente tem que procurar fazer o nosso serviço, mas acho que tem que ter mais um carinho junto. A gente tem que procurar agradar, fazer o carinho, porque criança é criança, não adianta se tu for somente cuidar da parte do que é serviço mesmo, não adianta. Tem que dar um carinho para criança, tem que conversar com a mãe. Tu não pode só chegar lá fazer a tua medicação, o teu serviço e deu. Não é assim, eu acho que tu tem que dar um pouquinho de atenção* (E7_HB).

Os trabalhadores reconhecem que o ambiente hospitalar e a rotina imposta por ele, com novos horários para alimentação, convívio com pessoas desconhecidas e com hábitos diferenciados, realização de procedimentos e medicações dia e noite, é estressante para qualquer pessoa. Já, para criança atinge proporções maiores, como uma agressão, pelo fato de ainda estar em processo de desenvolvimento e, muitas vezes, não possuir a maturidade suficiente para compreender o que está ocorrendo. *É um ambiente muito estressante, a criança, às vezes, muda hábito de alimentação, de sono. Eu acho que isso atrapalha um pouco, muda a rotina. A hospitalização é assim, para qualquer pessoa é marcante* (E10_HA); *Tem medicação toda hora, injeção, pessoas estranhas. Tem que distrair, é um ambiente estranho, é gente estranha e isso tudo para ela é uma agressão* (E7_HB); *Além do ambiente,*

o fato de ficar internado muda a rotina, tem que conviver com uma pessoa estranha com hábitos diferenciados, nós profissionais ascendemos luz durante a noite, verificamos sinais, fazemos medicação dia e noite, nós tocamos a criança, por necessidade de procedimento acabamos fazendo para a criança uma agressão. A nebulização é uma agressão, todas essas coisas que mudam a rotina delas (E2_HB).

Ressaltam, ainda, que se deve atentar para a emergência de algumas mudanças no comportamento da criança que podem ocorrer em função de dor ou mesmo pela realização de sucessivos procedimentos invasivos e dolorosos. Se a criança é extremamente manuseada, se está sendo feito muitos procedimentos, ela se torna uma criança mais irritada, mais chorosa. Então, isso aí a gente tem que atentar, porque, às vezes, é questão de dor, manuseio (E2_HA).

Ao longo da hospitalização, os profissionais indicam que a criança passa a ter compreensão acerca das rotinas de tratamento e modificam o comportamento inicial de medo e receio, adotando um comportamento amigável com a enfermagem. Quando a gente chega para conversar, para brincar, elas no início são receosas, algumas com o tempo vão cedendo e acabam ficando amigas (E2_HB); [...] depois, quando ela vai te conhecendo, todo aquele universo vai se abrir para ela ver como as coisas funcionam e aí pode até virar tua amiga, mas no começo é sempre difícil (E3_HB); É elas ficam meio receosas, no primeiro momento elas não querem que chegue perto. Para tratar com a criança, para puncionar, qualquer procedimento invasivo que vá fazer, mas depois elas ficam que parece que não tem mais medo nenhum, brincam, correm pelo corredor, e vem conversar conosco (E9_HB).

Para tanto, a brinquedoteca ou a sala de recreação mostram-se essenciais na rotina hospitalar, pois as brincadeiras desenvolvidas nesse espaço distraem e relaxam a criança, tornando o ambiente hospitalar menos estressante e traumático. Eles tão num ambiente estranho para eles. Para eles, às vezes, é traumático fica aqui. Tem que ter uma recreação para a criança se distrair, não ficar só naquele ambiente (E7_HB); A gente tem aquela parte da recreacionista que faz as brincadeiras, que proporciona algo menos marcante como um hospital, torna o ambiente menos pesado (E2_HA); [...] ela se desliga um pouco daquilo, esquece um pouco de que ela está no hospital, ela não fica com medo (E8_HB); Eu acho que relaxa a criança, também quebra um pouco o medo dela com os outros profissionais, porque ela tem medo de todo mundo que veste branco, então ela sabendo que ali tem alegria, tem brinquedos, tem diversão, talvez ela fique menos estressada dentro do hospital, porque é muito estressante para criança ficar cinco, seis dias, até muito mais, sentada na cama (E3_HB).

Da mesma forma, as ações voluntárias desenvolvidas na pediatria transformam a rotina hospitalar e proporcionam as crianças e seu familiar um ambiente mais leve, deixando-os mais tranquilos e receptivos. *Esses profissionais do teatro e de música, quebra a rotina deles, trás eles para o mundo leve (E6_HA); [...] tu sabes que os palhações quando passam aqui tu percebe diferença no comportamento das crianças e das mães, parece que fica tudo mais leve, as crianças ficam mais receptivas, as mães ficam mais tranquilas. Então, eu acho que um ambiente que tivesse mais momentos de lazer, mais momentos felizes, como a hora do conto, com brinquedo, com palhaço, mudaria bastante essa percepção da mãe e da criança a respeito do ambiente e do contato com o outro (E2_HB).*

A brinquedoteca e a sala de recreação em conjunto com as ações voluntárias constituem-se em oportunidade para a criança ser criança, expressar-se de acordo com sua idade e interagir com as demais crianças hospitalizadas, o que lhes proporciona momentos de alegria. *Para as crianças ela é imprescindível, porque é o momento em que eles se sentem mais felizes (E3_HA); Válvula de escape, único momento de ser criança. Único momento que eles têm para ser criança e socializar com outras crianças (E4_HA); Eles adoram interagir, principalmente com teatro e com a música. Eles chegam a dançar junto. No olho tu nota o brilho (E6_HA); Tem criança que está há muito tempo aqui e está sofrida, a mãe está muito sofrida. Às vezes, o pouco que eles têm de alegria é quando esses profissionais chegam, porque eles cantam, se distraem (E1_HA).*

Por preservar aspectos do mundo infantil dentro do ambiente hospitalar, os trabalhadores de enfermagem consideram que esses espaços e ações auxiliam, não só na mudança de comportamento, como também, na melhora do quadro clínico. Ou ainda, pode constituir-se em um indicativo de melhora quando a criança volta a buscar por eles. *A sala de recreação eles adoram, assim tem paixão, melhora o humor deles e até a recuperação, isso eu noto no dia a dia (E5_HA); O palhaço e a ajudante, melhoram o sorriso, melhoram a autoestima deles. Os pais também ficam motivados (E8_HA); [...] um momento que eles têm para brincar, quando eles estão melhorzinhos, voltam a querer se divertir na sala de brinquedos, ter contato com outras crianças, melhoram em termos de saúde, ficam mais alegres (E8_HB).*

No entanto, os recursos disponíveis na brinquedoteca e sala de recreação são limitados e, por vezes, não atendem as expectativas de crianças acostumadas com brinquedos tecnológicos. *[...] as gurias vêm, conversam, entendesse, o pessoal da recreação trás um pouco para brincar, dentro das limitações do que tem. Às vezes, a gente tem pacientes que já*

é acostumado com tablet, que usa a internet, aí a criança fica braba não brinca com brinquedo mais comum (E4_HA).

Além disso, o horário restrito de funcionamento acarreta ansiedade diante da expectativa de poder usufruir do espaço e dos brinquedos. *A gente tem uma brinquedoteca aqui que tem uns horários e uns dias específicos e eles ficam muito ansiosos esperando esse dia para brincar, então eu acho que a humanização ela tinha que ter o ambiente para criança se divertir, isso importa no tratamento (E3_HB); Quando eles dão uma melhoradinha eles querem a brinquedoteca, mas não abre de manhã porque não tem quem fique ali (E7_HB).*

Diante disso, os trabalhadores suscitam a contratação de um profissional específico para recreação, de forma a proporcionar as crianças um horário mais amplo de convívio com o universo infantil. *Eu entendo que precisa ter uma pessoa para cuidar dos brinquedos, mas eu acho que o hospital tinha que ter a possibilidade de ter profissional para isso, porque faz falta no convívio das crianças (E3_HB); Acredito que a sala de recreação teria que ter a recreacionista num horário mais amplo (E5_HA).*

Também, adaptações na estética da pediatria se fazem necessárias, no sentido de caracterizá-la como unidade específica ao tratamento de crianças e, por meio de pinturas coloridas e brinquedos, possibilitar a criança reconhecer que o hospital, mesmo sendo um ambiente de tratamento à saúde, pode ser um ambiente alegre e lhes ofertar momentos de felicidade. *Quando eu penso em pediatria, tem que ser colorido, tem que se ter espaço para as crianças brincarem. Eu penso que o ambiente tem que ser diferente do resto do hospital. A criança não pode se sentir entrando no hospital. Ela tem que saber que ela veio tratar a saúde, mas que o ambiente é alegre (E3_HB); [...] tornar o ambiente alegre e colorido e que não lembrasse um hospital, que fugisse daquela imagem que tu tens do hospital que é a parede branca, o cheiro, a roupa das pessoas, que é aquela coisa assim formal, que fugisse disso que lembrasse um momento de alegria de felicidade, que aquele lugar tem coisas ruins, mas também tem coisas boas (E1_HA).*

Especificamente, em relação à família, os trabalhadores apontam que a hospitalização da criança pode gerar estresse em seus integrantes, pois desestrutura a rotina e afeta os vínculos familiares. *A família está desestruturada naquele momento, porque muitas mães e pais que internam seu filho aqui tem outro pequeno em casa. Têm muitas mães que estão amamentando, tem criança com dois meses internada e outra de um ano e meio em casa. Ela tem leite no seio e ela fica estressada. Até questão vínculo familiar marido e mulher, filho[...] (E5_HA).*

Além disso, a falta de compreensão da família acerca da patologia e do tratamento acarretam reações de choro, desmaio e mal estar, que, por vezes, ganham maiores proporções do que quando manifestados por crianças. *Às vezes, os familiares estão mais nervosos que as próprias crianças, as crianças não sabem muito bem o que esta acontecendo, mas a família sabe, aí acaba que a mãe chora, desmaia, pai que passa mal (E6_HB); Geralmente o familiar está numa situação de estresse, uma situação diferente para ele, ele não sabe o que vai acontecer, por mais simples que a gente saiba que é, para ele é muito complicado, então ele está muito estressado [...]* (E3_HB).

Em virtude disso, os trabalhadores advertem que informar sobre o tratamento, realização de procedimentos e exames, bem como, esclarecer as dúvidas que emergem diante dos mesmos, transmite maior segurança e tranquilidade aos familiares. Além de caracterizar-se como uma atitude de respeito e valorização da participação do familiar no tratamento da criança. *A gente procura sempre informar a família. Esclarecer o que vai ser feito, como vai ser feito, que tipo de tratamento é, o que coletar, o que vai fazer de exames [...] na medida do possível, se procura esclarecer sempre. Tenta-se esclarecer a família para transmitir mais tranquilidade, mais segurança (E2_HA); [...] conversa-se com a mãe, instrui a mãe a respeito do que vai ser feito, de que forma vai ser feito, quais os efeitos que poderão ter, em cima de todas essas informações, que, muitas vezes, ela nem tem o conhecimento adequado para discernir se é bom ou se é ruim. Mas, assim ela se sente respeitada, se sente valorizada, se sente parte daquele tratamento, então isso que é primordial (E6_HA).*

Muitas vezes, é por meio dessas informações e esclarecimentos que se estabelece a relação entre o profissional de enfermagem e o familiar cuidador, e que subsequentemente facilitará o acesso e interação com a criança. *Eu acho que quando se tem um bom diálogo com a mãe, explicar o que vai fazer, se ela faz alguma pergunta tu procura uma resposta, isso facilita o diálogo, é a maneira de chegar na criança (E8_HA); [...] tu tens que conquistar o cuidador, conseguir vencer barreiras através desse cuidador, aí tu vai conseguir chegar ao paciente (E6_HA).*

A criança, por estar em processo de desenvolvimento, pode não ter a compreensão acerca da necessidade de realizar ações de autocuidado, portanto, é por meio do familiar que tais ações, de fato, são efetivadas. *Aqui a gente procura trazer a família para o autocuidado da criança. Orientar como é que cuida, como é que não cuida (E2_HA); A criança não tem consciência que está doente, ela não sabe da patologia, ela não sabe que está com um acesso no braço porque precisa fazer medicação. Com a criança tu tens que interagir através de*

outras pessoas, como o cuidador, para que seja efetivo o cuidado, não é um roteiro natural da vida social deles (E6_HA).

Nesse sentido, os trabalhadores buscam aproximar o familiar para o desenvolvimento do cuidado compartilhado, de forma a prepará-lo na manutenção do cuidado no âmbito domiciliar. Entretanto, eles salientam que há cuidados que são específicos à enfermagem e, por isso, o familiar não é convidado a participar. [...] *uma criança que vai com uma gastrostomia para casa a gente tem que passar esse cuidado para mãe, temos que habilitar ela a manusear a gastrostomia. Tem cuidados que são só nossos e tem outros que são compartilhados, por exemplo, o banho quem dá é a mãe, a não ser uma criança que está em respirador, aí nós fazemos, mas do contrário a mãe é convidada a participar (E2_HB).*

6.3.3 PERSPECTIVA DOS GESTORES

Os gestores compreendem que a forma como a enfermagem interage com as crianças e seus familiares durante a hospitalização influenciam na produção de subjetividades, refletindo no comportamento dos mesmos. Considerando que a criança encontra-se em uma fase de crescimento e desenvolvimento, a interação ocorrida nesse momento poderá ter desdobramentos para o resto de sua vida, incluindo o cuidado com a sua própria saúde e a relação que essa terá com os profissionais e serviços de saúde. [...] *tem que voltar o enfermeiro para pensar na família, na inserção daquela criança, na orientação durante a internação. Saber que esse paciente pode modificar seu comportamento para o resto da vida se ele for bem orientado durante a internação. Então, eu tenho que ter ideia de que cuidar durante a infância influencia na formação da criança enquanto um ser humano. Estamos participando da formação dela. Tu podes modificar sua condição ou seu comportamento pelo resto da vida dele (G1_HA).*

Nesse sentido, a hospitalização mostra-se um momento importante para a oferta de cuidados que visem à promoção de comportamentos saudáveis. Portanto, faz-se imperativa a inclusão e a participação da criança como protagonista do seu processo de produção de saúde, incluindo-a nas discussões e orientações junto com a família. *Dentro da nossa estrutura o importante é que a gente tenha um processo de trabalho e ele seja compartilhado. E que se tenha um projeto terapêutico que atenda a necessidade da criança como protagonista desse processo, mantendo a autonomia dela (G2_HA).*

Segundo o G1_HA, a participação da criança nas discussões e orientações do processo de produção de saúde deve atender ao fato de que se trata de uma pessoa ainda em formação e

desenvolvimento, sendo assim, sem capacidade plena para tomar decisões e assumir as consequências das mesmas. *A unidade de pediatria ela tem que trabalhar com a fragilidade do nosso público, porque esse paciente é o paciente mais frágil pela sua própria composição física, mental e biológica, falando em termos de formação. Ele é muito mais frágil de todos os pontos de vista que se possa olhar, ele é mais frágil que os meus outros pacientes, que gestam a sua própria existência (G1_HA).*

Cabe aos trabalhadores de enfermagem respeitar a incapacidade da criança em gestar a sua própria existência e acolhê-la junto à família, de forma que o processo de produção de saúde seja compartilhado com o binômio criança-família, já que a família, além de ser sua responsável, é sua maior referência. Através de uma relação horizontal, em que haja valorização dos saberes de todos os sujeitos envolvidos: criança, família e profissionais de saúde, as propostas de cuidado são combinadas e ganham o caráter de pactuações, com maiores chances de adesão. *Entender a criança e a sua família como sujeito desse processo, que sejam protagonistas, que tudo que for feito com eles, do que for proposto, seja combinado, que não se tenha mais aquela relação tecnicista, em que não se valorizava o saber do sujeito, do paciente, da família. Porque se a gente não considerar aquilo que ele trás, eles também não vão aderir ao tratamento (G2_HA).*

Não investir no cuidado compartilhado significa não investir na saúde e vida da criança, pois, quando ele não ocorre, menores são as chances de compreensão da terapêutica proposta, consequentemente, não havendo continuidade do cuidado pela família. Tal fato contribui para a ocorrência de um círculo vicioso de alta e (re)internação hospitalar da criança. *Muitas vezes, esses tratamentos e esses protocolos são colocados boca a baixo, e que eles fazem porque são obrigados, porque aquilo não faz sentido, e quando eles saem dali, eles não vão dar continuidade e aí a gente tem um ciclo vicioso, logo esse paciente retorna porque a gente na verdade deixou de investir naquele paciente, naquela família, para que ele tenha vida. Porque a gente deixa de investir nessas questões que fazem sentido para ela (G2_HA).*

Além disso, no ambiente hospitalar, quando o cuidado é desenvolvido adotando-se uma postura de superioridade em relação ao saber e a terapêutica, impondo ações ao invés de interagir e conquistar a confiança das crianças para realizá-las, tem-se como resultado agitação e choro, devido ao medo do procedimento desconhecido e pela forma rude de realizá-lo, sem qualquer explicação. *Uma coisa é você chegar lá e puxar o braço dele para punccionar de qualquer maneira, amarra, prende aquele escândalo todo. Outra coisa é sentar*

do lado e interagir com aquela criança e tentar a permissão dele para você fazer aquilo dali, conquistar a confiança dele. Só que aí dá um pouco mais de trabalho (G1_HB).

Como ferramenta para auxiliar na redução do temor das crianças em relação ao hospital, bem como auxiliar na interação com os trabalhadores de enfermagem, os gestores propõem trazer para o ambiente hospitalar um pouco da realidade da criança. Para tanto, o cuidado não pode estar focado somente no tratamento de doença e na administração de medicamentos, deve ser individualizado, reconhecendo cada criança como ser humano que possui necessidades pessoais. *Trazar para o ambiente hospitalar um pouquinho da realidade daquela criança, acho que essa é uma ferramenta muito útil, muito válida, até mesmo num paciente grave. Eu posso proporcionar fotos para ela ver, de repente tem alguém que ela não vai ver, eu posso botar um vídeo, eu posso pegar um computador e a criança pode assistir, pode interagir, acho que isso tudo é importante. Eu me preocupo com a característica pessoal daquele indivíduo, então eu não estou me preocupando só em medicar, tratar um paciente não é só medicar. Quando a gente trata um paciente, a gente tem que tratar o todo. Quando ele está internado eu tenho que avaliar que ele é um ser humano e ele tem as suas necessidades pessoais (G1_HB); Quando eu vou atender uma criança eu sei que essa criança tem interesse em outras coisas do que eu, então eu tenho que trazer algumas coisas para fazer com que a criança goste daquele ambiente. Eu tenho que ver o que está mais no momento, por exemplo, eu sei que hoje para um ano até um ano de idade é a galinha, eles adoram a galinha pintadinha, depois dos dois anos é a Pepa, enfim, eu tenho que ter alguém dentro da área de recreação que entenda disso (G1_HA).*

Mas, o cuidado individualizado não é inerente aos trabalhadores de enfermagem, sendo necessário preparo para desenvolvê-lo. Pois, ainda vigora a visão do hospital como uma instituição que tem por finalidade isolar o doente da sociedade e isso dificulta a introdução de ações que visem aproximar a criança de sua realidade extra-hospitalar, de fazê-la sentir-se em sua própria casa, o que poderia ser feito através de simples ações que permitisse a expressão de gostos e interesses próprios à infância, como escrever, desenhar e brincar. *Se ela gosta de escrever, se ela gosta de desenhar, se ela gosta de brincar ou jogar bola, então, eu acho que a pediatria ela tem que proporcionar esse ambiente e os profissionais tem que estar preparados para isso. Às vezes, eu tenho profissional que não está preparado para esse tipo de atividade. Os colaboradores do hospital estão preparados com um modelo de hospital como se fosse um local trancado e que não tem a liberdade, então as pessoas criam um muro e você não vai além nunca. Você não consegue transpassar aquela barreira que foi colocada entre hospital e sociedade, hospital e ambiente daquela criança (G1_H B).*

Atualmente, as instituições hospitalares estudadas possuem espaços específicos para a expressão de tais gostos e interesses, como a brinquedoteca (Figura 13) ou a sala de recreação (Figura 14), em que há supervisão de profissional da pedagogia e/ou psicologia. Estes foram construídos por se perceber que, mesmo reprimindo a demanda, as crianças manifestavam suas necessidades de brincar nos espaços existentes. *Nós temos hoje a brinquedoteca, que estamos reativando com uma pedagoga, com uma psicóloga, com um grupo bastante especializado para prover a questão do ensino para as crianças que ficam hospitalizadas e também a questão do lúdico (G2_HB); É a recreação foi muito bom. Quando a pediatria iniciou, nós não tínhamos a recreação, isso há uns vinte anos atrás. Era muito complicado manter as crianças que caminhavam, para fazer um tratamento transitório e que queriam brincar e que não tinham onde brincar (G1_HA).*

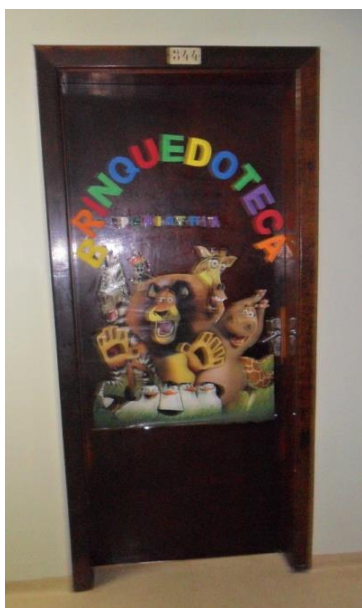


Figura 13 – Brinquedoteca da Unidade Pediátrica do HB.

Fonte: RIBEIRO, 2015.



Figura 14 – Sala de recreação da Unidade Pediátrica do HA.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

Buscando ampliar as alternativas e respeitar a individualidade das crianças, os gestores reconhecem que os espaços existentes são insuficientes e anseiam por salas de vídeos, sala de refeições, que propiciem maior socialização das mesmas. Inclusive, inspiram-se na realidade de outras instituições para encontrar alternativas não só as necessidades das crianças como de sua família, de forma que ambos sejam cuidados durante o momento de hospitalização. *Eu acho que é um espaço interessante para as crianças e tem que ter, não só a brinquedoteca*

como a sala de vídeos, salinha de refeições para as crianças, com as mesinhas deles. Eu acho que isso respeita a individualidade da criança (G1_HB); Na pediatria tem, principalmente, barreiras físicas. A pediatria ela não é o lugar onde tenha, por exemplo, uma sala de socialização, uma sala onde as crianças possam fazer a alimentação juntas (G2_HB); Eu já vi em vários hospitais coisas maravilhosas que eu quero fazer, só que a gente tem pouco tempo. Três anos parece muito tempo, mas não é. Eu já visitei hospitais em que as crianças têm atividades pedagógicas, lúdico-pedagógicas, enquanto isso as mães ficam recebendo outro tipo de informação. Então, é isso que a gente tem que ter na unidade de pediatria. Enquanto as crianças estão tendo atenção, as mães também têm (G2_HB).

Entretanto, a estrutura física coloca-se como principal barreira para tal ampliação, inclusive desestimulando o desenvolvimento de alternativas compatíveis ao espaço existente. Dessa forma, vislumbra-se que, somente, com a adequação dos espaços será possível implementar atividades que contemplem as crianças e suas famílias, proporcionando um ambiente menos estressor. *Existem quartos com pacientes a mais do que deveria existir, então eu acho que a barreira física ela é complicada e acaba desestimulando também as pessoas a fazer alguma coisa. A partir do momento que a gente tiver quarto com menos crianças, em que a gente possa fazer essas atividades também com as mães, desestressá-las, a gente vai ter essa melhor harmonia (G2_HB).*

6.4 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

6.4.1 PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Os usuários expõem que a produção de subjetividade e autonomia dos trabalhadores de enfermagem está relacionada às condições de trabalho ofertadas pela unidade de pediatria, cuja falta de estrutura, recursos materiais e humanos impõem limites ao cuidado prestado, consequentemente, gerando estresse e cansaço aos trabalhadores. *O profissional, às vezes, quer fazer alguma coisa para te ajudar, mas também não tem como te oferecer uma coisa que não está no poder dele (U6_HA); Eu gosto muito mais da condição desse hospital do que do outro, quando agente estava lá era crítico. Então, perto de lá, aqui é um paraíso. Até os profissionais, porque lá tu vê que eles trabalham saturados, cansados. Não que aqui não tenha estresse, acredito que deve ter, mas tu vê que é diferente (U1_HA).*

O comprometimento do trabalhador de enfermagem em suprir as limitações do ambiente é reconhecido pelos usuários, principalmente em relação à debilidade de recursos humanos, que se estende para além da área da enfermagem, incluindo desde profissionais de higienização até médicos. Tal esforço reflete por um lado o cuidado da enfermagem para com as crianças internadas e por outro o descuido da instituição para com os profissionais, acarretando a sobrecarga dos mesmos. *Elas acabam fazendo o trabalho das outras. Elas procuram o médico, aí ele não pode te atender e elas dão um jeito para não te deixar na mão. Se estiver sujo algum negócio, elas dão um jeito de limpar. Não é o trabalho delas, tem um setor para fazer isso. Então, cada setor tinha que fazer a sua parte, porque elas estão sobrecarregadas* (U 6_HA).

Nesse sentido, destaca-se a necessidade da unidade de pediatria ser um ambiente de trabalho confortável, não só para o desenvolvimento do cuidado à criança, mas também, em respeito ao profissional que o executa; com recursos adequados a realização do processo de trabalho e espaços próprios para o intervalo e descanso dos trabalhadores de enfermagem. [...] *ter um ambiente mais agradável de trabalhar. Um ambiente mais gostoso, mais limpo, porque as enfermeiras que te atendem acabam se envolvendo também na limpeza. Acabam fazendo uma função que não é delas* (U4_HA); *Eu acho que um conforto maior pra eles porque eles cuidam dos pacientes. Assim, uma mesa com coisa que tem assim? Eu acho que deveria ter algum conforto, uma sala que tivesse alguma coisa pra pessoa descansar, até mesmo porque descansar para atender melhor os pacientes* (U9_HA).

O comprometimento do trabalhador de enfermagem é reconhecido pelos usuários, também, pelo contato diário com as crianças, em que são partilhadas as ações de cuidado com os familiares. Enquanto os familiares assumem atividades já conhecidas e realizadas no cuidado cotidiano da criança, como banho e alimentação, a enfermagem realiza procedimentos e cuidados específicos, embasados em conhecimento especializado, que lhe confere o título de detentores do conhecimento científico. *Acho que é tudo bem, tudo tranquilo também, tudo parceria. A gente cuida de um lado, o lado do banho, da alimentação e eles o lado da ciência* (U10_HB); *Acho que eles precisam da gente aqui para ajudar eles e a gente precisa deles para tratar do nosso filho, porque nem sempre os médicos tratam a gente. Na maioria do tempo quem trata é a enfermagem, eles que dão remédios, tudo certinho* (U1_HB).

Entretanto, a utilização e manifestação do conhecimento dos trabalhadores de enfermagem, ainda, são mediadas por um sistema de relações hierárquicas historicamente construídas, o qual atribui à figura do médico o poder supremo acerca da terapêutica. Esta

forma de relação, entre as distintas áreas, aporta consequências no planejamento e exercício do cuidado de enfermagem, portanto, na autonomia do profissional, visto que é percebida como barreira à expressão de seu saber e julgamento clínico e científico. *Educação das pessoas, que tem um grau maior que os outros, têm gente que é melhorzinho, um grau acima e quer passar por cima dos outros. Vamos supor, o médico quer ser mais que o enfermeiro [...] Tem enfermeiras boas que chegam aqui e dizem: Se eu pudesse fazer eu faria, mas eu não posso fazer, porque nós não podemos dar palpite* (U7_HA).

Outro aspecto que influencia na construção da subjetividade do profissional de enfermagem é o gosto pela profissão. Para os usuários, gostar do que se faz contribui para o desenvolvimento do cuidado humanizado, que atendendo as expectativas das crianças e seus familiares envolve carinho, atenção, educação e paciência. Logo, o cuidado que vai de encontro ao esperado por eles é efetivado por trabalhadores não realizados profissionalmente, que não gostam do seu fazer. *A gente vê muita atenção, mas também vê de outra parte que tem uns que estão naquela profissão, mas não gostam muito de fazer o trabalho deles como tem que ser feito* (U3_HA); [...] *tu já estás doente e vê uma pessoa com cara feia. A gente depende deles, se a gente vai chamar é porque uma coisa tem* (U1_HB); *Têm umas enfermeiras que são mal educadas que não tratam bem, porque a gente pede para vir para ver a criança e elas ficam brabas* (U5_HA); *Eles tão esperando ser tratados com carinho, atenção, com jeito. Eu acho que tem que ter a maior paciência entre os enfermeiros. A enfermeira de ontem, pelo jeito, não gosta muito do trabalho dela, porque ela foi chegar perto do meu filho, aí ele tocou com o pé no uniforme dela e ela disse: “não, não encosta os teus pés sujos em mim. Tu já não és mais criancinha pequena, para quieto”* (U8_HB).

Não gostar do fazer enfermagem, além de revelar o cuidado inumano, indica que o trabalhador realiza a atividade profissional devido à necessidade remuneração financeira. Não havendo realização pelo desenvolvimento do cuidado, mas sim pela obtenção do salário ao final do mês, recebido em função do cumprimento de suas obrigações na instituição hospitalar. [...] *as pessoas que realmente gostam de trabalhar e que tem coração. Porque tem umas que são ser humano mesmo e outras que não, trabalham porque tem que trabalhar, porque precisam do emprego, não tem humanidade* (U7_HA).

Por fim, os usuários apontam que o trabalhador de enfermagem será humano e cuidará de forma humana se está for uma característica pessoal, que independe das motivações externas manifestar-se-á. *Eu acho que a humanidade das pessoas vem das pessoas, vem de dentro do coração, da alma, da vontade de ser, não é eu que vou chegar e dizer: “Vocês têm*

que ser mais humano. Te garanto que ele não vai ser, porque ele não consegue ser. O que eu vou fazer?” (U7_HA).

6.4.2 PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Os trabalhadores referem que a forma como o ambiente da pediatria está estruturado influencia na produção da subjetividade e na autonomia dos trabalhadores de enfermagem. A falta de recursos materiais é apontada como geradora de tristeza, irritação, estresse e desilusão, pois exige que os enfermeiros empreendam esforços em conseguir os meios que deveriam ter na unidade e que são necessários para assistir ao usuário. *A gente se irrita. Fica até muito triste às vezes, porque não tem material, tu tens que está sempre pedindo. É isso aí que deixa mais irritado, a gente tem que está sempre improvisando (E7_HB); Se falta material, se tem problemas de roupa, não tem como vestir os leitos [...] isso estressa, porque tu tira daqui e dali para não deixar de atender ninguém (E4_HA); [...] acho que influencia até no humor da equipe, se tu não tens material para trabalhar, um espaço adequado, como tu vai fazer? Deveria existir mais material e equipamentos, às vezes, acaba se desiludindo, por não ter o material suficiente (E7_HA).*

Além disso, o contato direto e frequente com os usuários faz com que os trabalhadores sintam-se impotentes diante da falta de recursos e das constantes reivindicações dos usuários por melhores condições. *A gente fica na frente, então, tu acabas que toda hora tu tens que ouvir uma reclamaçãozinha. Às vezes, no final do plantão, não é o médico, não é a criança, mas a falta de estrutura que te enche a cabeça, porque tu ficas amarrado, não tem o que fazer. Eu sei que aquela pessoa gostaria de estar deitada e ela tem o direito a uma cama melhor para o filho dela, mas não tem e é isso que estressa (E4_HA).*

A necessidade de adequações na área física, como a inclusão de espaço para os trabalhadores guardarem seus pertences e a ampliação do posto de enfermagem, faz com que os trabalhadores sintam-se desrespeitados e sem suporte no desenvolvimento de seu trabalho, o que, por vezes, desmotiva-os. *[...] adequar a área física, ter onde colocar a nossa roupa e pertences. Isso é conforto para o funcionário, é ser respeitado como tal (E9_HB); [...] não tem um suporte. Nós não temos um armário para guardar bolsa, as coisas pessoais. Então, tu chegas aqui e anda com documento no bolso, celular no bolso, porque não tem onde guardar, não tem armário [...] não tem espaço no posto para evoluir. Eu começo a evoluir numa cadeira, da cadeira eu vou para o balcão, aí a colega tem que fazer a medicação e eu vou*

para a maca, na maca tem uma coleta e aí tu ficas andando. O funcionário fica, as vezes, meio desmotivado (E4_HA).

Com o tempo, as inadequações são absorvidas como parte do cotidiano de trabalho e, os trabalhadores sujeitam-se a realidade existente, sem expressar qualquer sugestão de melhoria mesmo quando julgam necessário fazê-la. [...] *todo mundo aqui trabalha há muitos anos, então, já internalizou essa estrutura no cuidado (E10_HB); Eu acho que a gente está tão acostumada a trabalhar de qualquer jeito, que a gente nem sente, a gente acha que aquilo ali é o normal (E10_HA); Tantos anos de adaptação que a gente parece até que perde uma referência (E1_HB); Tu ouves tanto: não isso é inviável para o hospital, isso é inviável. Falam tanto que acaba que tu sabes que precisa, mas tu não consegues expressar o que tu queres (E4_HA); A gente já está acostumada a não dizer nada, a não opinar nada (E7_HB).*

Diante deste cenário, os profissionais suscitam o estreitamento das relações com os gestores para que suas solicitações sejam ouvidas e valorizadas, de forma que o ambiente da unidade de pediatria possa aproximar-se ao idealizado. *Eu acho que os gestores precisam levar em consideração as várias reivindicações. Procurar escutar, eu sei que pode ser utópico, mas ver o mais próximo do ideal que a gente pode ficar [...] precisam estar em contato com a equipe e ver o que ele pode proporcionar. Não pode mudar o prédio, a estrutura, comprar, mas consegue mobilizar as pessoas para fazer diferente, para fazer melhor (E1_HB).*

Por hora, os profissionais apoiam-se no entrosamento da própria equipe para enfrentar as inadequações existentes na unidade e tornar o ambiente humanizado para si e para o usuário. *Faltam recursos, muitas vezes é desumano para a equipe de enfermagem. Mas, o maior recurso para humanização ainda é a equipe. É, é a equipe (E9_HB); Em questão de recinto, de material, poderia ser melhor, então é tudo questão de entrosamento da equipe mesmo (E7_HA).*

Em função disso, há valorização de todas as pessoas que compõem a equipe de saúde da pediatria, englobando acadêmicos e profissionais das diferentes áreas, de maneira a integrar a contribuição de cada um para melhoria da ambiência e assistência à criança. *Cada pessoa aqui é valorizada, desde o acadêmico que está chegando de uma série mais inicial até aquele que está se formando. Todos os profissionais são muito respeitados e valorizados, pois cada um tem a sua contribuição (E1_HB); Eu sempre falo, não existe a parte médica sem a enfermagem e não existe enfermagem sem os clínicos gerais, psicólogos [...] (E6_HB); A equipe multiprofissional, todas as profissões, cada uma vai contribuir com uma necessidade. A enfermagem tem a sua importância, a medicina, a psicologia, o serviço social, o terapeuta*

ocupacional, o educador físico, o fisioterapeuta, então todas essas pessoas realmente convivendo aqui e trocando necessidades (E8_HB).

A relação da equipe de saúde possibilita a oferta do cuidado integral, cujas especificidades da assistência de enfermagem não se caracterizam em limites, mas na continuidade do cuidado por outro profissional da equipe multidisciplinar. [...] *quando passa da minha parte, do que eu não posso fazer, a gente entra em contato com o pessoal da psicologia, elas vêm e conversam; o pessoal da recreação brinca um pouco, conta história (E4_HA).*

A enfermagem assume papel fundamental na manutenção desta relação multidisciplinar, estabelecendo elos e integrando os diversos setores de apoio e seus profissionais no cuidado à criança. *A enfermagem está no centro de todo o resto. É a enfermagem que faz o elo entre a lavanderia, a portaria, a fisioterapia, a nutrição (E3_HB); Na pediatria é tranquila a questão multidisciplinar, tem nutrição, psicologia, medicina, tem o pessoal da educação física, todo mundo interage, tem uma boa comunicação. A enfermeira foi lá, fez a visita ao paciente e viu que aquela mãe está precisando de roupa, aquele bebê está com pouca fralda, então, ela entra em contato com a assistente social e a assistente social vê essa parte. Ah, aquela mãe não está muito bem, de repente falar com a psicologia, aí chama a psicóloga. Eu acredito que é bem tranquila a questão multidisciplinar dentro do hospital, funciona bem (E5_HA).*

No entanto, o fato da equipe multiprofissional não atuar somente na unidade, mas em âmbito institucional, atendendo as demais unidades do hospital, dificulta a construção de um espaço formal e coletivo para a discussão de casos de forma multidisciplinar. Embora não se constitua em um impeditivo à comunicação entre as equipes, a ausência deste espaço formal faz com que os trabalhadores de enfermagem percebam-se como informantes das demais categorias, comunicando alterações e necessidades da criança, sem que ocorra de fato a discussão e elaboração conjunta de um plano de cuidados, visto que este ocorre, frequentemente, de forma compartimentada, por categoria.

[...] a gente tem uma equipe multiprofissional e eu coloco entre aspas, porque para mim equipe multiprofissional é a que tem todos os profissionais dentro do setor. Por que eles não estão aqui dentro? A psicóloga, o que adianta a psicóloga lá em baixo? O que adianta ela lá na sala dela? Ela não teria que vir aqui todos os dias? Ela não tem que chegar ao posto e perguntar para nós. Ela tem que chegar, conhecer os pacientes, conversar com os pacientes, identificar, participar e discutir (E10_HA); [...] é muito compartimentando, esse grupo, essa equipe. As pessoas se movimentam e se deslocam dentro dos seus grupos. Cada

um dentro do seu espaço. Não existe um lugar onde fique todo mundo, onde as pessoas podem trocar, falar sobre o trabalho. Formalmente não existe. Informalmente o pessoal vem até a unidade, conversar sobre certos pacientes e colhe informações da enfermagem (E3_HB); Eu acho que podia ter permanentemente uma equipe multiprofissional aqui dentro, a equipe que trabalha na pediatria, composta daqueles vários profissionais, enfermeiros, médicos, estudantes, psicólogo, todos. Todos trabalhando juntos e discutindo a situação de determinado paciente, o que ele precisa. Acho que o básico é fazer essa equipe e que ela pense junto esse paciente, esse cuidado, essa atenção, essa humanização. É o que falta (E1_HB).

Para que a equipe de saúde constitua-se e atue multidisciplinarmente, os trabalhadores de enfermagem propõem a realização de reuniões periódicas, em que os profissionais atuantes na unidade de pediatria possam junto discutir os casos clínicos de seus usuários, bem como estabelecer rotinas e protocolos que guiem a assistência prestada e respaldem as ações realizadas. *Primeira coisa, a gente tinha que ter reunião periódica. Poderia ser turno por turno, mas teria que ter um momento em que a gente reunisse todo mundo para discutir (E10_HA); Eu acho que tem que ter reunião de equipe, tem que ter o round diário. Todos os dias, a aquela equipe do dia se reúne e discute todos os casos (E1_HB); Se eu tivesse uma reunião de equipe e que a gente combinasse que as coisas iriam trabalhar assim! Se a gente tivesse uma rotina, com protocolos, eu me sentiria melhor trabalhando num ambiente assim, porque a gente não tem nada, fica tentando fazer o melhor que pode. Eu acho que a gente se sente melhor trabalhando num local que tem que tem rotinas, que a gente sabe que tem respaldo, tu sabes que tu estás fazendo aquela coisa, bom é assim que a gente tem que trabalhar, tem um respaldo se tiver qualquer problema tu sabes que vai ter a quem recorrer, eu acho que isso pode melhorar o local de trabalho da gente (E1_HA).*

Tais reuniões, também, proporcionam aos integrantes da equipe conhecer as especificidades de cada profissão e a contribuição que as mesmas agregam ao seu fazer, mas, principalmente ao cuidado da criança hospitalizada. *Eu acho que é fazer algo junto, que tu conheças o teu trabalho, como desenvolve, qual a função, como faz, de que maneira faz, tu conhecer melhor a profissão do outro, porque isso iria te dar estrutura para tu respeitar um pouco mais o trabalho daquele profissional. Acho que isso é o que falta. Conhecer o trabalho da fisioterapeuta, da psicóloga, para notar dentro do teu trabalho a importância das outras profissões (E6_HA).*

Consequentemente, auxiliam a reduzir a distância entre os profissionais e o reconhecimento dos limites e potencialidades da assistência prestada, permitindo a

reformulação de posturas e atitudes em prol do bem da criança. *Deveria ter reuniões para discutir o que está bem, o que pode melhorar, porque a distância da enfermagem e da medicina ainda está muito grande. Então, deveria ter reuniões em conjunto, porque agente está aqui para uma coisa só (E1_HB).*

Mesmo com ressalvas, aspectos históricos acerca do distanciamento entre os trabalhadores de enfermagem e medicina são revelados no discurso dos sujeitos investigados apontando que, de forma não explícita, a subjetividade do ser enfermeiro, ainda, é permeada pela relação de submissão à autoridade médica. *Com os médicos, a gente se dá bem, se relaciona bem. Mas, às vezes, eles querem as coisas como eles querem. Às vezes, nem as enfermeiras podem opinar (E7_HB); Antigamente, Deus nós livre dar a opinião para o médico. Ainda tem muita restrição, mas agente trabalha dia a dia com a criança, vê o desenvolvimento, quando chega ruim, que está melhorando, que está piorando, então agente tem sim abertura. Eu acho que a enfermeira e o médico estão conseguindo conversar mais. Todo mundo fala a mesma língua para o bem da criança (E1_HA); Até que aqui na pediatria a gente tem um bom relacionamento. A parte médica trabalha com a gente, junto. Assim, discutem alguma coisa com a gente. Eu sei que tem outros setores que é bem mais difícil de ter esse contato, mas aqui a gente tem um bom contato com eles até, eles são acessíveis (E2_HA).*

Por outro lado, desponta a trajetória de valorização da profissão de enfermagem, cujo conhecimento e competência na área de atuação contribuem na construção de subjetividades e de autonomia. *Tu tens que mesclar a tua autonomia com a competência [...] Nunca me senti privada de verdade com relação a minha atuação aqui, de maneira alguma, até porque sempre procuro contribuir de alguma forma que venha a somar (E1_HB); [...] existe uma valorização da profissão. A enfermagem vem se posicionando melhor através de mais rendimentos e estudos. Estão vendo o valor de cada área, cada um tem seu papel, todos na verdade precisam ficar juntos (E8_HA); Para ser respeitada tem que ser responsável no trabalho, fazer com segurança e saber o que está fazendo. E nós não temos mais aquela coisa de inferioridade. Nós não somos alienadas. Então, a gente sabe que antibiótico está usando, porque está usando aquele antibiótico. Não sou médica, mas dentro da minha área de enfermagem eu sei. Quando eu não sei eu tento pesquisar porque estão usando aquele antibiótico ou qualquer outra medicação, os efeitos colaterais (E9_HB).*

Sob este prisma, desponta a necessidade de que o enfermeiro esteja capacitado para atuar em pediatria e lidar com as especificidades da unidade. Desta forma, mantem-se a harmonia no ambiente, evitando-se desconfortos e conflitos que possam emergir diante da

insegurança sentida pela própria equipe e pelos familiares das crianças hospitalizadas. *Tem setores que tem suas especificidades e a pediatria é um, todo o profissional que entra na pediatria deveria ser capacitado, porque é tudo diferente, o lidar com a criança é diferente, o lidar com o acompanhante da criança é diferente [...] (E3_HB); Tem certos funcionários que não estão aptos para trabalhar na pediatria, então é onde gera mais o conflito, começa a dar os atritos na enfermagem, com mães ou com outro parente (E7_HA); Eu acho que existe uma harmonia muito grande entre as pessoas e essa harmonia ela é muito maior se os membros da equipe são pessoas vocacionadas para estarem aqui e para fazer o seu trabalho da melhor maneira possível. Um fator que gera um desconforto e insegurança é quando pessoas de fora precisam vir, que não são habituadas ao cuidado com a criança, acho que aí pode haver um desequilíbrio (E1_HB).*

Além do conhecimento e da capacitação, o profissional precisa ter gosto pelo que faz e estar preparado psicologicamente para vivenciar as situações cotidianas do trabalho, as quais podem afetar positivamente quando ocorre a melhora do quadro clínico da criança ou, ao contrário, abalar e desestruturar a equipe pelo sentimento de impotência sentido diante da morte da criança. *Tu tens que gostar do que tu fazes, em primeiro lugar tem que gostar do que faz, tem que ter uma preparação, um psicológico muito bom, porque tudo que tu vê te afeta [...] se tu estás vendo uma resposta positiva, tu conseguiste fazer alguma coisa que deu um resultado, quando é o contrário a gente fica completamente abalada. Eu me sinto derrotada quando a gente perde um paciente, mesmo em caso grave eu me sinto muito derrotada parece que eu não dei tudo que eu podia dar de mim (E4_HB); [...] tu vês a criança chega mal e tu corres, corres, corres praticamente o tempo todo. No outro dia, tu chegas e a criança está brincando no corredor [...] eu fiz uma coisa e está ali o resultado. É claro que a gente já teve situações que a equipe toda se desestruturou, a criança fica muito tempo com a gente e depois morre (E10_HB).*

Os entrevistados revelam que, independentemente de qualquer situação vivenciada na pediatria, se sentem gratificados profissionalmente quando sua dedicação no cuidado é reconhecida pelas crianças e seus familiares. *Sinto-me gratificada quando uma mãe sai e diz: muito obrigada. Para mim não precisa a enfermeira me dizer: ah, como tu trabalha [...], não para mim o que eles reconhecem para mim está bom (E3_HA); [...] ficamos talvez mais vulneráveis ao nosso sentimento seja ele de amor, de carinho, de afeto, tu lembrás que deixou teu pai, tua mãe, teu marido, tua esposa em casa, teus filhos e veio te doar. [...] a questão que te renova a cada dia é um muito obrigado, então eu acho que essa parte pra enfermagem é muito gratificante (E5_HA).*

6.4.3 PERSPECTIVA DOS GESTORES HOSPITALAR

Os gestores compreendem que a produção de subjetividade e de autonomia na enfermagem estão vinculadas diretamente com a forma com que as relações de trabalho na unidade de pediatria se desenvolvem. Para tanto, o gestor deve atuar como facilitador, propiciando a liberdade para que o enfermeiro da unidade faça sua própria gestão, em conformidade às necessidades sentidas pela equipe local, assim, aumentando a coesão e confiança entre eles. *As relações elas são fundamentais, então, às vezes, tu chegas aqui e eu sei que a folga dentro dos parâmetros dos celetistas ela tem que ser dada de sete em sete dias, tem direito a número X de domingos. Aí chega a enfermeira da unidade e diz: eu preciso dar uma folga para fulano na segunda- feira que vem. Ela precisa dessa folga. Eu não posso tirar essa autonomia dela, entendes? Porque eles vão ter problema, então tu dás a folga, tu encaminhas a folga. Ela é o gestor da unidade. A primeira coisa é isso, é eu dar ao enfermeiro a liberdade de gestar a unidade dele para que consigam criar confiança entre eles. Também, que o gestor não mude o pessoal de lugar a bel prazer como se diz. Ou então, ligar na sexta-feira para avisar de uma reunião na segunda. Não, eu tenho que facilitar o trabalho, eu não posso dificultar o trabalho (G1_HA).*

Potencializar as relações de trabalho é considerar que o trabalhador de enfermagem necessita, além dos recursos materiais, ser compreendido como ser relacional, que desenvolve vínculos com seus pares e, por isso, precisa ser acolhido, ter uma boa relação com os demais profissionais, para que se sinta a vontade para exercer o seu processo de trabalho e expressar sua singularidade, sua forma de cuidar, seu modo de ser enfermeiro. *Nós, como profissionais, também temos a nossa integralidade, então [a ambiência] influencia diretamente. A pessoa precisa estar se sentindo acolhida, ela precisa ter uma boa relação com os profissionais da equipe, para que ela se sinta a vontade de exercer o processo de trabalho dela (G2_HA); Com certeza na pediatria, e em qualquer lugar, o vínculo é muito importante. Quando tu tens certeza que eu farei realmente o que eu estou te falando, isso é fundamental no ambiente de trabalho. Por isso, a nossa gerencia procura não mexer no pessoal das unidades (G1_HA).*

Nesse sentido, os gestores ressaltam a importância de respeitar as escalas de acordo com as combinações e solicitações da unidade, evitar trocas desnecessárias no quadro de pessoal, bem como a oferta de reuniões facilitadas e atendimento aberto na direção para os trabalhadores. *Nós temos uma possibilidade de atendimento aberto aqui na direção para os*

trabalhadores. Os trabalhadores chegam aqui eles podem conversar conosco a hora que quiserem para expor as suas necessidades e as suas dificuldades (G2_HB); A gente procura também fazer reuniões, que são reuniões facilitadas e não vigiadas. Tipo assim, eu vou lá e vou fazer, eu vou coordenar a reunião. Não, eu tenho que ir lá e até coordenar uma reunião se for necessário, eu vou lá e vou facilitar o trabalho deles vou entender o que eles querem e vou facilitar (G1_HA).

Por meio dessas ações, os gestores acreditam que potencializam as relações de trabalho, minimizando as possibilidades de conflito, conseqüentemente, tornando o ambiente de trabalho agradável, o que reflete na qualidade e comportamento assumido pelo profissional no atendimento a criança e sua família. *Se eu tenho algum conflito dentro do ambiente de trabalho eu vou ter lá na ponta o reflexo desse conflito. O profissional não vai atender da mesma maneira que ele atenderia se ele tivesse num ambiente agradável de trabalho (G1_HB).*

Os gestores entendem que o ambiente físico também contribui na construção da subjetividade do trabalhador, visto que além deste refletir na estética da unidade de pediatria é importante para a manutenção das condições de operacionalização do cuidado. Logo, servindo de estímulo ao profissional de enfermagem quando adequado as suas necessidades de trabalho e inversamente quando não adequado, podendo, inclusive, fazer com que o trabalhador sintasse um agressor por não proporcionar um ambiente humanizado. *A gente faz ambiente para que a gente se sinta um pouco melhor, para não torturar tanto as criancinhas. A gente não faz para eles, a gente faz um pouco para nós. Então, eu tenho que procurar ambientes que sejam mais humanizados do ponto de vista da decoração para a criança e, assim, eu me sentir menos agressor (G1_HA); Nós passamos por uma crise no hospital em que não tínhamos nem tinta para pintar as paredes. Isso também dificultou com que a gente propiciasse para os trabalhadores uma ambiência positiva e que eles pudessem se sentir bem para poder atender bem. Não que justifique, mas isso incentiva a partir do momento que eu humanizo o ambiente físico do meu trabalhador ele também se sente estimulado. Essas questões eu sei e sei de cór, mas é para operacionaliza-las que a gente encontra entraves, como o entrave econômico (G2_HB).*

Entretanto, a garantia de tais condições esbarra em entraves econômicos, que são sentidos pelos gestores, não só na manutenção do ambiente físico, mas também, na questão salarial dos trabalhadores de enfermagem, o que não raro acarreta na assunção de dois empregos, portanto, dupla jornada de trabalho pelos mesmos. Em vista disso, os gestores reconhecem que o ambiente de trabalho deve ofertar conforto aos trabalhadores. *O pessoal*

contratado ganha muito pouco e não é raro terem dois empregos. O pessoal concursado até ganha um pouco mais. Então a gente precisa proporcionar para essa gente, para nossa gente, um pouco mais de conforto durante a estada no trabalho (G1_HA).

Propiciar um ambiente de trabalho confortável não só recai na barreira financeira como também no processo de trabalho percebido como ideal pelos gestores e trabalhadores de enfermagem. Enquanto, a gestão de enfermagem defende a confortabilidade com a melhoria do ambiente de trabalho, materiais e mobiliário adequado, espaço digno para intervalo e refeições; evidencia-se o impasse com a gestão geral que parece desconhecer, ou querer burlar, o processo de trabalho da enfermagem, bem como os direitos do trabalhador, ao visualizar prioritariamente a ampliação de leitos em detrimento à manutenção de espaços de cuidado voltados ao trabalhador.

Por outro lado, tem-se o assujeitamento do trabalhador de enfermagem, que imbuído neste contexto assimila que as condições dadas, embora não sejam as ideais e nem em conformidade às normas e diretrizes regulamentadoras, são suficientes para o desenvolvimento do cuidado à criança, sem considerar a si como sujeito a ser cuidado. Os nossos registros de enfermagem, que a gente sabe que são tão importantes, eles são feitos com a gente sentada, o agente do registro está sentado e sentado mal. Tu pedes, tu repetes, tu pedes de novo, mas as pessoas sempre acham que o profissional da enfermagem pode estar em pé fazendo um procedimento. O sentar na enfermagem é criminoso. Dentro dos locais de trabalho, dentro das unidades e postos de enfermagem tu vai ver cadeiras, às vezes, daquelas de madeira. É justamente para dificultar que tu te sentes, porque na cabeça do gestor o ideal seria que tu tivesses sempre em pé trabalhando. Não sei qual é o processo de trabalho que ele encara, mas nós temos que quebrar isso. E quebrar isso é uma coisa muito complicada, porque até teu trabalhador, o teu colaborador, também acredita nisso, porque foi imbuído nesse conceito, então é difícil (G1_HA); Hoje tem na pediatria uma sala, onde funciona uma cozinha, onde o pessoal deve lanchar, tem a recreação ou a sala 230 onde o pessoal da noite faz intervalo e nos temos a sala dos enfermeiros, que tanto os da UTI quanto os da pediatria utilizam. Mas aquilo ali é um horror, é a toda hora os gestores querem te tirar aquela sala para fazer quarto (G1_HA).

Atentar a estrutura física, aos recursos materiais, as relações de trabalho, a confortabilidade, colabora para que o profissional de enfermagem sinta-se pertencente ao ambiente de trabalho, à unidade de pediatria. Todavia, os gestores apontam que a pediatria é uma unidade singular, cujo objeto de cuidado suscita a emoção do trabalhador e, por esta razão, espera-se que o profissional tenha um determinado perfil, que tenha, não só a

capacidade técnica, como também atitudes pessoais de sensibilidade que, por conseguinte, implicarão em seu desempenho profissional. *Eu acho que nossos leitos são um pouco ruins para o que seria o ideal para o atendimento a criança. Eu lembro mais da estrutura física, eu acho que de pessoal, o pessoal atende dentro da sua capacidade técnica, eles atendem bem, mas nós não temos só a parte técnica. Nós temos a parte técnica e a parte pessoal. Não adianta eu chegar para uma pessoa querer que ela tome uma atitude se isso não faz parte do pessoal dela, por isso eu preciso identificar o perfil do profissional para colocar no setor. Esse perfil é como a pessoa atende aquela criança, não só tecnicamente, mas no geral, no todo. A gente trabalha muito com a emoção na pediatria. É isso é uma coisa que eu considero bastante importante e que interfere no desempenho profissional (G1_HB).*

Os gestores compreendem que sua posição hierárquica implica poder, portanto, devem exercitar a compreensão do outro, da realidade do outro, visto que somente quem vivencia a realidade local poderá ser porta voz das necessidades sentidas e a emergência do que há para ser melhorado na unidade de pediatria. Portanto, seu papel é de facilitador, promovendo condições para que os trabalhadores de enfermagem constituam sua subjetividade e exercitem a autonomia por meio da liberdade de fazer reivindicações em prol de uma ambiência adequada ao cuidado. *Eu tenho que entender que, daqui onde eu estou, eu não sei nada do que pode ser melhorado para eles. São eles que vão me dizer e eu vou trazer as condições para que isso ocorra. Eu tenho que ter essa ideia, a humildade de entender. Isso para o poder é muito complicado, porque as pessoas que exercem o poder, geralmente, elas se empoderam e costumam dizer que sabem o que a pediatria precisa. Mentira, eu não sei, eu tenho que ir lá dentro do processo de trabalho deles e ver o que facilita para eles (G1_HA).*

6.5 AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA FACILITADORA DO PROCESSO DE TRABALHO E DA PRODUÇÃO DE SAÚDE

6.5.1 PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Os usuários apontam que o ambiente de pediatria contendo equipamentos e os materiais necessários para o desenvolvimento do cuidado diário, bem como a existência de unidade de tratamento intensivo (UTI) na instituição hospitalar, facilitam o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, inclusive em situações em que a assistência à criança exige maior complexidade. *Acho que tem tudo aqui. As coisas de examinar as crianças [...]*

tudo facilita para eles desenvolverem o trabalho deles, se não tivesse seria mais difícil (U9_HA); Eu acho que os equipamentos, as coisas tudo que têm. Também, porque aqui tem UTI neonatal, o que é fundamental, porque qualquer coisa eles vão para UTI. Até porque não são todos hospitais que tem (U1_HA); Na troca de turno elas já vêm aqui e examinam ele, daqui a pouco elas voltam de novo, estão toda hora aqui. Elas já vêm com todo o material que precisa. Acho que tem tudo que elas precisam, com o material ali à mão, os remédios para ele. Desde que ele chegou aqui nunca faltou nada (U4_HB).

Salienta-se que a forma como tais equipamentos estão dispostos na unidade podem favorecer o acesso e emprego dos mesmos no cuidado à criança. Por meio da análise de fotos do posto de enfermagem, na foto-elicitação (Figura 15, Figura 16), os usuários referiram que a estrutura e espaço do mesmo permitem que os trabalhadores circulem com facilidade, que a identificação dos locais de armazenamento de materiais agiliza o exercício das atividades laborais, que a existência de quadro de pacientes internados e seus respectivos relatórios facilitam a identificação das crianças e proporciona maior dinamicidade à assistência. *Pelos materiais, por eles, eu acho tudo muito organizado. Os profissionais que eu peguei, eu acho que eles são bem organizados, bem profissionais. Eu acho que [o ambiente] facilita, porque está tudo pertinho (U1_HA); Acho o posto bem organizado, bem estruturado, bem etiquetado, tudo bem arrumadinho (U10_HA); Aqui fica tudo que é aparelho. Acho que é adequado e confortável porque eu nunca vi o posto de enfermagem muito cheio (U4_HB); Tem ali tudo direitinho, o nome das crianças, onde eles estão internados, os relatórios [...] tudo limpinho e arrumadinho (U3_HA).*



Figura 15 – Posto de Enfermagem da Unidade Pediátrica do HA.

Fonte: RIBEIRO, 2015.



Figura 16 – Posto de Enfermagem da Unidade Pediátrica do HB.

Fonte: RIBEIRO, 2015.

A própria localização do posto de enfermagem é apontada como aspecto facilitador do desenvolvimento do processo de trabalho, uma vez que permite acesso rápido, não só aos trabalhadores de enfermagem as enfermarias, como também, dos usuários à equipe de saúde sempre que necessário. *O que facilita é o posto deles ali, fica bem próximo dos quartos. Assim é bom, que não fica muito longe e qualquer coisa que precise o acompanhante pode ir ali ligeirinho e elas já estão no quarto (U3_HA); Eu acho que eles estão sempre ali dentro do quarto, sempre dando atenção, qualquer coisa que precise tu vais ali ao posto, que fica bem*

próximo do quarto. Tu vais ali se tu precisas de alguma coisa elas sempre se dispõem, se tu precisa de um médico elas vão lá e chamam o de plantão (U5_HA).

Outro aspecto facilitador é a organização dos trabalhadores para o exercício do cuidado que, além de favorecer o acesso e utilização de equipamentos e materiais, reduz o risco de erro na assistência à criança. Da mesma forma, a organização do trabalho em equipe é percebida como positiva, visto que mesmo diante de uma grande demanda não há sobrecarga do trabalhador, pois um ajuda o outro. *Elas vêm fazer as coisas delas por ordem, que aí elas não se perdem, porque é muita criança para elas atenderem (U1_HB); As pessoas em si, uma ajuda à outra. É uma equipe (U1_HA).*

O tempo de atuação do trabalhador de enfermagem na unidade constitui-se em um facilitador à medida que a sua desenvoltura na assistência, explicando procedimentos e medicamentos, transmite tranquilidade e segurança aos usuários, favorecendo laços de confiança entre eles. *É bem tranquilo. Acho que de repente por elas já trabalharem a bastante tempo, porque gostam do que fazem, é bom. Elas têm um cuidado, que tu te sentes melhor, mais segura. Tu sabes que estão fazendo porque gostam, não precisa te preocupar. Elas chegam ao quarto e falam o que ele está tomando, o horário, tudo. Tu acabas tendo aquela confiança (U8_HB).*

A reciprocidade em relação à confiança entre a equipe e acompanhante da criança é destacada como necessária ao processo de trabalho. Quando os profissionais também confiam no potencial do acompanhante para o cuidado, eles obtêm ajuda no manejo e interação com a criança, acarretando maior fluidez à assistência. *Acho que as mães que ajudam, tomam conta do seu filho. Ajudando no processo de lidar com as crianças. Sem a ajuda elas perdem mais tempo, aí atrasa a medicação (U9_HB); Eles têm que confiar também no familiar para ajudar, para dar o medicamento [...] aí já é uma ajuda para eles (U2_HA).*

A brinquedoteca e as atividades realizadas por recreacionistas e voluntários, não só entretêm as crianças divertindo-as, mas, também, auxiliam os trabalhadores de enfermagem na realização de procedimentos, proporcionando maior qualidade ao cuidado. *A sala [brinquedoteca] é boa para a criança brincar, se diverte um pouco, assim melhora mais rápido[...] tem mais qualidade de cuidar direitinho dela lá (U10_HB); [...] tem um moço e uma moça que vem nos quartos, eles entretêm as crianças, por exemplo, se a enfermeira está aqui querendo fazer uma medicação e a criança está chorando eles ajuda. Isso é muito importante (U 4_H A); Na hora da medicação eles ficam chatinhos e, de repente, uma pessoa ali brincando, entretendo, eles fariam a medicação com mais facilidade (U6_HA).*

6.5.2 PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Os trabalhadores de enfermagem apontam que a organização da unidade faz-se imperativa para a efetivação do processo de trabalho e produção de saúde, de forma que recursos materiais e humanos estejam à disposição diante da emergência das necessidades do trabalho. *Eu acho que tem que ter tudo organizado em questões de materiais, em questão de escala, tudo certinho, não faltar material nenhum, chegar e ter tudo em mãos* (E8_HA).

A organização possibilita aos trabalhadores dos distintos turnos de trabalho manter uma assistência sistematizada e com fluidez, respeitando as características e a idealização do cuidado na unidade de pediatria. *Com certeza, a organização é primordial para efetividade do trabalho. Aqui somos quatro turnos diferentes e se não tiver uma organização, um ideal de atendimento, procedimento, como se é feito, de que forma e onde é feito, vira uma torre de babel, que ninguém sabe onde está o material, onde foi parar, para onde vai, tem que ter organização* (E6_HA).

Além disso, os trabalhadores conferem ao ambiente organizado o sinônimo de ambiente agradável, tanto para si quanto para os usuários, visto que conserva a funcionalidade da unidade e o desenvolvimento do processo de trabalho, sem que ocorram eventualidades que surpreendam à equipe e, conseqüentemente, agitem à criança e sua família. [...] *um ambiente agradável tanto para o profissional quanto para o paciente, ainda mais em pediatria, se não for organizado e agradável não funciona, porque as mães se agitam, as crianças se agitam e aí não colabora em nada. Então, tem que ser organizado, tem que ser o mais organizado possível e agradável para se ter um clima bom para se trabalhar* (E4_HA).

Por sua vez, a funcionalidade da unidade e o desenvolvimento do processo de trabalho estão atrelados ao estabelecimento de rotinas, que embasadas no processo de enfermagem atendem as especificidades do cuidado à criança hospitalizada, bem como direcionam o fazer dos trabalhadores de enfermagem na assistência diária. *O que eu percebo é que aqui na pediatria existem muito estabelecidas algumas rotinas que eu acho que facilita trabalhar, uma delas é que aqui tem a prescrição da enfermagem, prescrição de cuidados, uma lista de problemas e uma lista de cuidados, que eu acho que isso facilita bastante e a própria equipe da enfermagem ela trabalha muito, desenvolve ações baseada naquela discussão da enfermagem* (E1_HB).

O direcionamento dado pelas rotinas proporciona aos profissionais o amparo e a confiança de que estão trabalhando de forma correta. *Eu acho que a gente se sente melhor*

trabalhando num local que tem regras, que tem rotinas, que a gente sabe que tem respaldo, tu sabes que estás fazendo aquela coisa, bom é assim que a gente tem que trabalhar (E10_HA).

Os trabalhadores expõem que a própria equipe de enfermagem é um aspecto facilitador do processo de trabalho, pois o quantitativo de pessoal é adequado para atender a demanda da unidade. Assim, permitindo desenvolver as ações de cuidado com o carinho e a atenção necessária a produção de saúde na criança. *O que a gente tem de positivo no processo de trabalho é a equipe. Assim, para o número de pacientes a gente tem uma equipe adequada. Às vezes falta, mas por problema de organização de escala, período de férias coisas assim, mas a gente tem bastante profissional. Em outros locais tu não consegue dar conta do serviço porque é pouca gente para muito paciente (E10_HA); Aqui, não é um lugar que tem pouca gente para trabalhar. É mais ou menos o ideal. Então, agente tem condições de dar atenção. Acho que carinho, atenção para lidar com a criança. Todo um acolhimento na hora que chega. Todo com mais jeitinho (E1_HB).*

As dificuldades que por ventura possam ocorrer, como a falta de estrutura e materiais, são minimizados frente aos atributos da equipe: união e entrosamento, os quais permitem aos trabalhadores vislumbrar a assistência humanizada. *Faltam recursos, muitas vezes é desumano para a equipe de enfermagem. Mas o maior recurso para humanização ainda é a equipe. É, é a equipe (E9_HB); Em questão de recinto, de material, poderia ser melhor, então é tudo questão de entrosamento da equipe mesmo (E7_HA); Essa união que a gente tem, um exemplo, numa urgência que a gente precisa de material que não tem eu saio a pedir correndo, a outra sai e se o paciente for meu, eu não fico sozinha, a gente nunca fica sozinha com o paciente, estamos sempre amparadas (E4_HB).*

A união e entrosamento da equipe fazem com que o profissional não se sinta solitário na assistência, mas desenvolvendo um trabalho em (con)junto aos demais colegas, com apoio. Corroborando para um processo de trabalho dinâmico, pois não há divisão por tarefas e o entrosamento dos trabalhadores permite-os conhecer as necessidades de todas as crianças internadas na pediatria. *A gente trabalha aqui muito unida, juntas, não tem aquela divisão. É uma equipe e tem que trabalhar junto (E7_HA); A equipe é maravilhosa, em termos de trabalho se ajuda muito bem e não tem problema de divisão de tarefas, não existe cobrança, é uma equipe que trabalha junto, trabalha junto mesmo (E3_HB); Eu acho que o apoio mútuo, isso é muito importante. Auxiliando quando precisa, quando necessário, chega laboratório tem que fazer uma coleta, ao invés de ficar sentada te levanta e vai lá ajudar tua colega a imobilizar o bebê para fazer a coleta (E4_HB); Agora mesmo elas ficam fazendo sinais vitais e medicando, então elas se ajudam, ficam fazendo tudo junto. Elas são bem dinâmicas. A*

gente acaba conhecendo todas as crianças, as técnicas não ficam presas só a uma enfermaria. Só no isolamento que aí é diferente (E9_HA).

O tempo de trabalho dos profissionais na unidade e a manutenção da mesma equipe de enfermagem por longo tempo permitem afinar as relações de coleguismo e amizade. *A relação da equipe que eu trabalho a relação de coleguismo assim é boa a gente trabalha há bastante tempo juntos, desde que eu vim para cá, há muito tempo a equipe praticamente é a mesma, a gente tem uma relação de coleguismo e de amizade (E10_HA).*

Os profissionais indicam que, além do tempo de trabalho e da relação estabelecida entre a equipe de enfermagem, faz-se necessário espaços de reunião, discussão e treinamento acerca das especificidades da assistência na unidade de pediatria. *Mas, aqui a nossa união ainda é boa, porque tem gente com bastante tempo. Mas, acho que poderia ser melhor nessa parte. Agente se reunir mais seguido, ver o que precisa e o que não precisa (E1_HB); Eu não trocaria minha equipe, mas proporcionaria talvez mais treinamentos, mais opção de palestras específico em relação a pediatria (E2_HA). Eu acho que em termos de equipe, onde se tem uma equipe com experiência e preparada, ajuda bastante, tu não se sentes desamparada para trabalhar (E7_HA).*

Ao aliar experiência adquirida pelo tempo de trabalho ao conhecimento técnico, o profissional transmite segurança à criança e sua família por saber, de fato, o cuidado que está realizando. *Eu acho que o conhecimento técnico dá uma segurança para família. Alguém que saiba o que está fazendo, dentro das suas competências. Eu acho que transmite segurança, a família precisa disso. A criança precisa daquele olhar que sabe o que está fazendo, essa é a base (E1_HB); [...] os funcionários já são normalmente muito antigos, então tem um manejo com mães e crianças com mais habilidades, uns até chamam os funcionários de vó, pela idade das pessoas. Então, acredito que o tempo de trabalho no ambiente facilita, ajuda a ter segurança (E2_HB).*

Para atuar na pediatria o profissional deve ter perfil, pois se trata de uma unidade diferenciada, devem-se atentar as especificidades do público atendido: a criança e sua família. Requer, além do conhecimento técnico, gosto pela profissão, sensibilidade e envolvimento emocional. *Para trabalhar na pediatria o profissional tem que ter perfil, posso treiná-lo, medicações, diluições, ele entra numa rotina, mas tem que ter perfil, porque temos que ter um jogo de cintura com as mães, os pais, as crianças, é um lugar diferente, uma qualidade de assistência diferenciada (E6_HA); [...] tem setores que tem suas especificidades e a pediatria é um, porque é tudo diferente, o lidar com a criança é diferente, o lidar com o acompanhante da criança é diferente. A gente precisa estar sensível, porque tens sempre que te por no lugar*

do outro. Tu tens que ter sensibilidade, tem que ter o teu lado humano ali bem firme para tentar entender o que aquela pessoa está passando. Assim, tu já contribuíste como ser humano para aquela pessoa (E3_HB); [...] em primeiro lugar tem que ter profissional atuando na área em que ele tenha prazer no que ele faz, ele não pode ter só o emprego. Chegar aqui, fazer as seis horinhas, contando as horas para passar. Não, tem que se envolver de tal forma naquele cuidado que quando viu passou o turno. Agora, tem muita gente que chega e faz exatamente aquilo que tem que ser feito, não se envolve, não se envolve emocionalmente (E10_HB).

Dentre outras características, o perfil descrito como desejável aos profissionais atuantes na pediatria envolve: calma, educação, comprometimento, preocupar-se com o outro, carinho, afeto e empatia (capacidade de colocar-se no lugar do outro). Tais características são apontadas como facilitadoras ao desenvolvimento do processo de trabalho, por agregar fluidez ao mesmo. *Eu tenho impressão que cada tipo de serviço requer um perfil. Aqui na pediatria quase todo mundo tem o mesmo perfil, são pessoas calmas, educadas, comprometidas e isso só contribui (E3_HB); Ali todo mundo é mãe, avó e todo mundo se coloca no lugar do familiar, e esse lado mais humano que a gente tem. Isso faz com que o trabalho vá fluir melhor (E4_HA); As pessoas que trabalham aqui na enfermagem, a maioria é mulher e tem aquele olhar maternal, então se a criança tem ou a mãe tem alguma necessidade de coisas básicas elas vão lá, se preocupam, oferecem, conversam, orientam. Vejo que tem um carinho que é um item bom dentro de uma pediatria. As pessoas têm um perfil para a pediatria que é superimportante, são carinhosos e afetuosos (E1_HB).*

A relação estabelecida com o familiar da criança hospitalizada reflete no processo de trabalho da enfermagem, portanto, a assistência deve voltar seu olhar ao mesmo, englobando-o nas ações de cuidado e valorizando sua participação. Dessa maneira, o familiar sente-se tranquilo e confia no cuidado ofertado pelos profissionais. *Tu tens que valorizar o familiar, porque aí tu trabalhas bem, o trabalho rende, o profissional trabalha melhor, fica muito mais tranquilo [...] (E4_HA); A maneira como tu trata eles, eles te devolvem, tu tens que tratar muito bem para ser bem tratado. As crianças e as mães estão estressadas, se o ambiente da pediatria estiver muito agitado, tu os agitas, eles não confiam em ti, não rende teu trabalho (E8_HB); Tu tens sempre que te colocar no lugar deles. Quanto mais humana fores, melhor tu trabalhas. A pessoa que chega aqui precisa daquele carinho, daquele bom dia, porque a gente tem que trabalhar junto com eles, senão não é bom nem para nós nem para eles. Eu acho que a interação é essa, tu fazes o teu profissional, mas sempre respeita o familiar e o*

paciente, que eles não batem de frente contigo, o teu trabalho vai ter bom resultado (E6_HA).

Além disso, a participação do familiar mostra-se um recurso valioso para acalmar a criança e facilitar o desenvolvimento de ações de cuidado, incluindo os procedimentos invasivos. *Tem mãe que facilita nosso trabalho, por exemplo, tem mãe que fica junto que ajuda ali a conter a criança e a presença dela acalma um pouco a criança então ela fica do lado do rostinho da criança conversando segurando e permite que a gente faça, ajuda (E2_HB).*

De forma semelhante, a brinquedoteca e a sala de recreação revelam-se não só como espaço para descontração da criança e de seu familiar, mas como ambiente que as aconchega, fazendo-as não se sentirem ameaçadas pelos procedimentos realizados pelos profissionais, logo reduzindo o distanciamento e estresse tão frequente nesta relação. *Tem criança mais agitada que tu espera ir à recreação, brincar um pouco, vê TV, se distrair e depois tu consegue fazer a medicação (E6_HA); É um momento de descontração para mãe e para criança, tu vai lá fazer medicação a criança já te recebe com outro jeito, não recebe com aquela distância, recebe menos armada (E8_HB); Eu acho que tem que ter um espaço adequado para recreação, para as crianças ficarem com as mães, porque mesmo estando internada ela tem que se sentir mais aconchegada. Onde a criança se sente ameaçada tu não trabalhas bem. Então, a pediatria tem que ser o menos estressante possível para as crianças e para nós. Tem que ser diferenciada, ela tem que ter uma sala de recreação, tem que ter jogos [...] (E4_HA).*

6.5.3 PERSPECTIVA DOS GESTORES

Os gestores reconhecem a influência da ambiência no desenvolvimento do processo de trabalho, ressaltando a importância de um ambiente harmônico para sua melhor fluidez. *A ambiência é extremamente importante, pois a gente sabe que se tiver um ambiente harmonizado o trabalho flui melhor (G2_HA).*

Através de seus relatos é possível elencar aspectos facilitadores que contribuem para tal harmonia e fluidez do processo de trabalho. O primeiro aspecto mencionado é a equipe de profissionais da unidade que, devido ao longo tempo de trabalho na pediatria, possuem uma relação tranquila e afetiva, que propicia o bom funcionamento da mesma. Sustentando esse aspecto, os gestores apontam que o desejo dos profissionais em permanecer na unidade pode ser considerado um indicador de que o ambiente é, de fato, confortável. O quadro de

funcionários da pediatria é bem antigo, então elas querem ficar lá, acho que isso é uma das coisas que pode ser um indicador de que o ambiente é confortável, considerando a ambiência como algo bem mais amplo do que só a questão física. Têm profissionais que estão fixos ali há muito tempo, tem uma relação até afetiva entre eles, então é bem tranquilo. Funciona bem (G2_HA).

Para os gestores, a equipe possui caráter fundamental na conquista de melhorias na estrutura física e de materiais. Portanto, quando bem integrada aumentam as possibilidades de desenvolver e incrementar estratégias para melhorar o cuidado ofertado à criança e sua família. *Para mim a base é a equipe, porque da equipe sai estrutura física, a estrutura de material, então o recurso humano, de equipe, é super importante na enfermagem. Pensando só na enfermagem, a gente tem hoje dentro da pediatria uma equipe muito bem formada, que alavanca mil estratégias para melhorar o atendimento da criança e da família* (G2_HA).

Outro aspecto encontrado é o gosto por trabalhar na pediatria e por cuidar de crianças, que é percebido pelos gestores como algo que unifica, produz coesão e identidade aos profissionais da unidade, inclusive, dando força as relações para superar as adversidades que emergem no cotidiano de trabalho. *Gostar do que se faz, faz muita diferença. Se tu gostas do que tu fazes, tu vens inteiro* (G2_HA). As relações que eles estabelecem na equipe de enfermagem, eu acho que é muito boa, eu vejo como gostam de trabalhar com criança. Eu acho que isso faz toda diferença, supera todas essas coisas que não são tão legais e faz com que eles superem também profissionalmente. *Eu acho que um sinal muito positivo é justamente essas relações interpessoais que existem entre a equipe. Ela tem uma coesão. Então, acho que tem que ter uma característica para trabalhar na unidade de pediatria. Não é qualquer um* (G2_HB).

As relações estabelecidas transcendem o âmbito local, da unidade de pediatria, e abrange a instituição hospitalar como um todo, compreendendo a importância e a coparticipação dos demais setores e equipes na efetivação do cuidado. Os jogos de poder e de vaidade entre as profissões perdem destaque pelo reconhecimento de que o conhecimento e habilidade de cada uma contribuem no alcance de um objetivo maior, do bem da criança. *O que a gente vê é que existe uma integração, tanto entre a equipe de enfermagem e a equipe médica, como entre as demais equipes de apoio* (G2_HB).

A gente trabalha dentro de um grupo de trabalho que é encaixado dentro de uma instituição, então eu não trabalho dentro de um setor isolado. Eu estou na pediatria, eu só trabalho aqui e acabou, o restante não importa. Isso não é verdade. Importa sim, porque o meu trabalho depende do trabalho de outras pessoas, serviço de apoio é importante porque

está ali para fazer o apoio que eu precisar, laboratório, farmácia, higienização. Todos eles tem que andar conforme determinadas rotinas e normas da instituição, e se respeitarem. Ter um bom convívio, pelo menos dentro da instituição, isso é bastante importante (G1_HB); Eu tenho que me utilizar da equipe multiprofissional para o bem e não para: “eu sou melhor que tu”. Isso que é ruim, então hoje a gente tem a visão de que o fisioterapeuta tem uma importância ímpar, indiscutível, a nutricionista, o assistente social, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e a gente tenta delimitar e ver o que cada um trás de melhor para o paciente (G1_HA).

Entretanto, as relações estabelecidas na equipe multiprofissional revelam também desafios para conciliar as distintas profissões, com seus conhecimentos e métodos específicos. Nesse contexto, a educação permanente desponta como recurso valioso para minimizar e, até mesmo, superar tais desafios; pois, auxilia na comunicação e desvendamento das atribuições e processo de trabalho de cada profissão.

Essas relações, às vezes, têm dificuldades. A gente tem a reunião com todos, para tentar amenizar, mas isso acontece. Existe uma dificuldade de comunicação a qual acaba atrapalhando o processo de trabalho. Mas todos os segmentos, as profissões entendem que é importante esse momento de participar dessa reunião interdisciplinar, porque aqui ninguém nega que em determinado momento a comunicação fica prejudicada e, para isso, se tem esse recurso para tentar minimizar (G2_HA); Eu acho que a educação permanente não é só para enfermagem, ela permeia todos os profissionais do hospital. Então, eu acho que no momento em que existe um treinamento ele tem que ser multiprofissional. Assim, existe um desvendamento do que é cada profissão, do que é a atribuição de cada um. Isso é uma coisa que facilita as pessoas conhecerem o processo de trabalho do outro, verem as suas dificuldades e as suas facilidades e como ele pode interagir diante das problemáticas (G2_HB).

Os gestores expõem que mensalmente há o investimento em reuniões interdisciplinares na pediatria, sendo percebidos seus resultados positivamente. Trata-se de um momento de discussão acerca do processo de trabalho da unidade, em que são levantadas as dificuldades vivenciadas pela equipe e, a partir daí, são traçadas metas para solucioná-las, antes da sua eminência como problema. Além disso, a participação de profissionais das diferentes áreas enriquece a discussão tornando possível visualizá-los de diferentes perspectivas. *Nós temos hoje algumas reuniões que são interdisciplinares, acontecem uma vez por mês na pediatria e que elas envolvem toda a equipe que trabalha lá: fisioterapia, nutrição, limpeza, administrativo. Isso para que as coisas fluam bem. Se tiver algum*

problema, de repente, eu consigo solucionar. Essas reuniões dão muito certo (G1_HA); As reuniões interdisciplinares facilitam processo de trabalho, porque tem um momento de discussão. Uma vez por mês os profissionais sentam e discutem o seu processo de trabalho. Isso é bom porque não espera as coisas explodirem. Nesse momento, são levantados problemas, dificuldades, e a partir daí a gente tem uma meta para resolver e na próxima reunião vamos ter que responder aquilo ali (G2_HA).

Os gestores ressaltam a importância em investir não só em educação permanente, mas também em reuniões que aproximem assistência e gestão, de forma a promover uma gestão compartilhada. Dessa forma, possibilita-se o reconhecimento das necessidades sentidas pelos profissionais da unidade pediatria e a elaboração de soluções compartilhadas com a gestão visando a melhoria no cuidado ofertado à criança. *Eu tenho que entender que, daqui onde eu estou, eu não sei nada do que pode ser melhorado para eles. São eles que vão me dizer e eu vou trazer as condições para que isso ocorra. Eu tenho que ter essa ideia, a humildade de entender (G1_HA); Acredito na questão das reuniões. Eu, atualmente, como gestora faço parte de coordenação da gestão participativa, a minha função é fazer reuniões sistemáticas. Fiz na pediatria. A gestão tem que ter essa aproximação. Gestão e atenção precisam ser próximas. Gestão compartilhada, esse é o meu papel (G2_HA).*

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo os resultados da pesquisa são discutidos a luz do referencial teórico adotado – Política Nacional de Humanização (PNH) e a Perspectiva filosófica de Leonardo Boff acerca do cuidado humanizado – como também, utiliza-se a produção científica nacional e internacional sobre a ambiência em pediatria. Para tanto, apresenta-se dividido em quatro subcapítulos: Discutindo a confortabilidade das crianças e de seus familiares: perspectiva dos usuários, da equipe de enfermagem e dos gestores; Discutindo a produção de subjetividade nas crianças e familiares: perspectiva dos usuários, da equipe de enfermagem e dos gestores; Discutindo a produção de subjetividade e autonomia dos trabalhadores de enfermagem: perspectiva dos usuários, da equipe de enfermagem e dos gestores; Discutindo ambiência como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e da produção de saúde: perspectiva dos usuários, da equipe de enfermagem e dos gestores.

7.1 DISCUTINDO A CONFORTABILIDADE DAS CRIANÇAS E DE SEUS FAMILIARES: PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS, DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E DOS GESTORES

Os sujeitos da pesquisa expõem que o ambiente pediátrico deve proporcionar comodidade não só à criança, mas também ao familiar, visto que o mesmo acompanha todo o processo de hospitalização. No entanto, constata-se que a confortabilidade direcionada aos familiares apresenta condições reduzidas, chegando a ser considerada nula quando comparadas às condições que o ambiente oferece à criança. Os gestores, na tentativa de minimizar as limitações da confortabilidade, apontam a existência de uma rede de serviços como psicologia e serviço social que atuam em conjunto com a enfermagem no sentido de acolher e apoiar o familiar ante a fragilidade ocasionada pela hospitalização da criança.

Nesse sentido, é imperativa a observância de que o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, que em seu capítulo I - Direito à Vida e à Saúde - preconiza que os serviços de saúde deverão proporcionar condições para a permanência dos familiares, em tempo integral, nos casos de internação de criança (BRASIL, 1990). Enfatizando que, não basta garantir o direito da criança de ter um acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes da unidade; de forma que eles possam também

ter momentos de encontros, diálogos, relaxamento e entretenimento, como assistir à televisão ou ouvir música (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).

Os resultados deste estudo assinalam a necessidade de reforma nas unidades, de maneira a proporcionar maior conforto aos familiares, com a inclusão de um espaço de convivência em que os mesmos possam guardar seus pertences, realizar refeições, descansar em poltronas mais confortáveis, interagir com demais acompanhantes e, também, com a criança. Assim, ampliando seu deslocamento para além do espaço restrito pelo leito e poltrona. Além disso, a inclusão de atividades recreativas e de lazer, com supervisão profissional, demonstra-se uma alternativa para suavizar a hospitalização, respeitando e preservando a dignidade humana, de forma que o familiar recupere a energia necessária à continuidade do cuidado.

Pesquisadores apontam que, quando o ambiente hospitalar está adaptado e oferece apoio, a presença do familiar é um importante contribuinte para a sensação de conforto e bem estar na criança, semelhante à experiência de estar em casa. Assim, gradualmente, auxiliando-a na aceitação e adaptação à doença, bem como, na participação ativa em seu tratamento (EKRA; GJENGEDAL, 2012).

Diante das preconizações legais e dos benefícios acarretados pela permanência do familiar no ambiente hospitalar, faz-se necessário que as instituições investigadas proporcionem melhores condições e instalações aos mesmos, visto que, por ora, o conforto ofertado resume-se a disponibilização de poltrona ou cadeira reclinável, que independentemente ao período que o familiar permanece junto à criança mostram-se inadequadas, principalmente, à noite, pois não permite reclinar o corpo e deitar, causando dores que persistem ao longo do dia.

Da mesma forma, estudo realizado com mães de crianças hospitalizadas, evidenciou que o conforto ainda é privilégio das crianças, pois as acompanhantes ficam em poltronas que se tornam desconfortáveis após o primeiro dia de internação (STRASBURG; *et al.*, 2011). Outro estudo, que investigou os reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante, mostrou que a falta de uma estrutura física adequada ao seu repouso, acrescidas pela necessidade de se manter continuamente alerta a qualquer alteração na condição clínica da criança e as demandas específicas de cuidado, acarretam cansaço acentuado nos familiares (FERREIRA; *et al.*, 2013).

Especificamente para o conforto da criança as unidades pesquisadas contam além do mobiliário da enfermaria e espaço reservado à permanência de acompanhante junto ao leito, com sala de recreação ou brinquedoteca. Trata-se de um espaço de entretenimento, que

transcende os horizontes da enfermagem e permite a criança brincar e realizar atividades próprias à sua idade, assim distraíndo-a da rotina hospitalar e aproximando-a do universo infantil.

À medida que o cuidado incorpora a atividade lúdica modifica o processo de produção de saúde e constrói uma nova ambiência, menos estressante e mais humana à criança. Ao encontro desse resultado, pesquisa realizada com crianças hospitalizadas indicou que a brinquedoteca possibilita maior aceitação da situação vivenciada, melhor adaptação e familiarização ao ambiente, transformando o hospital em algo familiar e mais agradável, onde se pode conhecer outras crianças e, juntas, praticarem a atividade tão essencial para o desenvolvimento infantil que é o brincar (FERREIRA; *et al.*, 2014).

Evidencia-se que para os gestores há preocupação em garantir a conformidade às normas regulamentadoras, adaptando o espaço às necessidades e especificidades da população atendida. De acordo com a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, é obrigatória a instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação (BRASIL, 2005). Embora essa obrigatoriedade seja um grande avanço para as políticas públicas, há ainda alguns desafios a serem superados, como adequação do espaço e estabelecimento de uma rotina de funcionamento, conforme apontado por este e outros estudos (FERREIRA; *et al.*, 2014; ROLLINS, 2009).

Outro recurso promotor de confortabilidade são as ações realizadas por voluntários, como a palhaçoterapia, que modificam a pediatria, promovendo uma ambiência alegre e harmônica, sendo perceptível o contentamento das crianças com as mesmas por meio de suas reações, sorrisos e gargalhadas. Resultado semelhante a este foi evidenciado por um estudo realizado com crianças internadas em hospitais da Suécia, o qual mostrou que o encontro com o palhaço constrói um espaço mágico e seguro, capaz de proporcionar relaxamento e a sensação de alegria, pois a distancia elas da hospitalização (LINGE, 2012).

Mesmo com brinquedoteca, sala de recreação e o desenvolvimento de ações voluntárias, os participantes da pesquisa sugerem adequações na estética das unidades, com a utilização de pinturas, com desenhos e personagens infantis, brinquedos e televisores, de forma a caracterizá-las como pediatrias, espaços próprios para o tratamento de crianças. Ao resgatar o universo infantil, reduzem-se as referências ao ambiente hospitalar e aproxima-se a pediatria ao ambiente domiciliar, tornando-a agradável às crianças.

Pesquisa desenvolvida em um Hospital Infantil de Sydney, Austrália, demonstrou que a estética agradável do local, com pinturas, fotografias e esculturas confeccionadas pelas próprias crianças internadas, contribuiu para aliviar o estresse emocional ocasionado pela

hospitalização, constituindo-se em uma fonte de entretenimento e distração. Sem parecer-se com um hospital, o mesmo oportunizou a elas sentirem-se em um ambiente construído para crianças (BISHOP, 2012).

Neste sentido, adequar a ambiência da pediatria contribui para a construção de novas situações, em que a promoção da saúde não se restringe à ordem curativa e à redução do tempo de permanência no hospital, mas, sim, à necessidade de auxiliar a criança a atravessar a situação de hospitalização com mais benefícios que prejuízos (BRITO; RESCK; MOREIRA; MARQUES, 2009). Estudo realizado com crianças de 6 a 12 anos, cujo objetivo foi investigar suas experiências e necessidades ambientais, mostrou que o ambiente de tratamento desejado pelas mesmas envolve entretenimento e atividades recreativas, decoração e cores alegres, espaço coletivo para interação com os demais, luz e ambiente natural, que proporcione uma sensação de segurança. Apontando que realizar adequações nesse sentido, além de contribuir para a confortabilidade, podem acelerar processo de reabilitação infantil (EBNESHAHIDI; *et al.*, 2011).

Para tanto, faz-se imprescindível atentar para a forma como o ambiente de pediatria está arquitetado. Especificamente em relação ao espaço físico, a unidade pediátrica deve atender as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2002) e Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004). Esses órgãos estabelecem a estrutura de uma enfermaria em relação ao número de leitos, tamanho de quartos, distância entre os leitos, isolamentos, além de outras especificações acerca desse quarto ou enfermaria, como lavatório, pia, acabamentos, piso, teto, banheiros, iluminação, gases medicinais, tomadas, portas e janelas, banheiros, mobília, corredores, sinalização e acessibilidade.

De encontro a tais normas, as unidades investigadas apresentam inadequações em sua estrutura, tais como: falta de instalação de tubulação e saída de gases em quantidade suficiente para atender a todos os leitos; banheiros que não possuem adaptação para o público atendido na unidade; quantidade de leitos nas enfermarias que compromete a acomodação do mobiliário, da criança e de seu familiar na enfermaria; higienização precária da unidade, que contribui para existência de moscas e mau odor no ambiente; armários que não atendem as necessidades dos familiares e apresentam risco de acidente as crianças.

Além de não atender as normas supracitadas, as inadequações apontadas na estrutura das pediatrias contrariam as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), que prevê, entre outras determinações, que as instituições de internação devem oferecer atendimento personalizado, em pequenas unidades e grupos reduzidos; com instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e

segurança; promovendo um ambiente de respeito e dignidade à criança e ao adolescente; bem como, preserve os seus vínculos familiares.

Os usuários, os profissionais de enfermagem e os gestores propõem modificações na estrutura física da unidade com a adequação do ambiente as normatizações e políticas vigentes, assim viabilizando uma estrutura hospitalar que contemple as necessidades básicas das crianças e seus familiares, com segurança e conforto. Dentre elas as propostas citadas destacam-se a ampliação do ambiente ou redução da quantidade de leitos por enfermaria, inclusão de rampas, barras de proteção, modernização de equipamentos, luz de cabeceira, cômodas, camas apropriadas para as crianças e construção de um espaço de convivência adequado as necessidades e comodidade dos cuidadores.

De forma semelhante, estudo realizado com acompanhantes de crianças internadas em um hospital público do Rio de Janeiro, com o objetivo de identificar as necessidades e questões para adequação do espaço, constatou que, caso eles pudessem construir de novo o hospital pediátrico, preocupar-se-iam com a melhoria das condições de conforto ambiental (ventilação, iluminação, cores, privacidade), também com a ampliação e maior qualidade do atendimento propriamente dito, com a organização, informação e infraestrutura. Além de desejarem a construção de espaços de lazer e de interação para as crianças, como escola, parquinho e sala de brinquedos (BERGAN; *et al.*, 2009).

Considerando os aspectos relacionais, a presente pesquisa constatou que a confortabilidade sustenta-se pelo tratamento recebido na unidade de pediatria e, conseqüente, constatação de melhora no estado de saúde da criança. Portanto, a forma como a equipe de enfermagem interage com a criança e seu familiar, desde o acolhimento, contribui para a sensação de bem estar. Ressaltando assim que o cuidado concretiza-se no estar com o outro, pelo gesto de acolhida, pela atenção e envolvimento (BOFF, 2012).

Corroborando com esse achado, estudiosos evidenciam que a atenção dispensada pela equipe de enfermagem da unidade de pediatria agrega qualidade à assistência, contribuindo para que a humanização se faça presente nesse contexto (STRASBURG; *et al.*, 2011). Pesquisa com o objetivo de identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica apontou que, para os participantes, o cuidar de forma humanizada envolve o olhar holístico, o acolhimento, a relação de vínculo e a comunicação (REIS; NUNES; *et al.*, 2013).

Na atualidade, observa-se que o próprio usuário começou a questionar e a sentir necessidade de que o hospital lhe ofereça não só a terapêutica, como também, a segurança, o conforto e, principalmente, seu bem estar e de sua família (BOEGER, 2008). Nesse sentido, é

imperativo que a unidade de pediatria possua recursos materiais, agregue saberes e valorize as relações, de forma a ser percebida pelas crianças e sua família como um ambiente capaz de acolhê-los e responder às suas variadas demandas.

7.2 DISCUTINDO A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NAS CRIANÇAS E FAMILIARES: PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS, DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DOS GESTORES

Os resultados apontam que as crianças ficam receosas ao entrarem no hospital e manifestam comportamentos de estranhamento ao ambiente, tais como reações de pânico e estresse, demonstrando-se chorosas, agressivas e arredias. Os comportamentos manifestados ocorrem, na maioria das vezes, pelo fato da criança ainda não possuir maturidade suficiente para compreender sua doença, necessidade de tratamento e hospitalização. Além disso, o consequente afastamento de sua rotina, em que objetos, atividades e pessoas são retirados de seu convívio, contribui para que associe o hospital e o profissional de saúde a uma vivência triste e com sensações dolorosas.

A este respeito, estudo realizado com o objetivo de compreender a hospitalização pelo olhar da criança e do adolescente constatou que ela é percebida como uma experiência estressante por causar agravos emocionais, expressos como tristeza, prisão, saudade de casa, falta dos amigos, dos irmãos, dos parentes e impossibilidade de brincar (GOMES; *et al.*, 2012). Por esta razão, o acolhimento da criança no ambiente hospitalar é evidenciado como extremamente importante para que ela sinta-se protegida e perceba a pediatria e as rotinas de tratamento de forma menos traumática e agressiva.

Acolhê-la pressupõe a oferta de um ambiente confortável, cuja disposição promova a interação das crianças com os trabalhadores de enfermagem de maneira não intimidadora (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006), propiciando à criança manifestar, seja pelo corpo ou pela fala, suas ansiedades e necessidades. Assim, o cuidado à criança envolve atentar, para além dos aspectos clínicos, para um ser com inúmeras possibilidades de existência, que carrega consigo experiências e vivências, urdidas de emoções, sentimentos, paixões, sonhos e utopias (BOFF, 2012; ROSETE; VAGHETTI, 2008).

Os sujeitos entrevistados ressaltam que as crianças são sensíveis à forma como os trabalhadores de enfermagem interagem com elas. Logo, estabelecem sua relação a partir de suas percepções acerca de tal interação, aceitando ou não os cuidados ofertados pelos mesmos. Nesse sentido, pesquisa avaliativa sobre qualidade dos cuidados de enfermagem,

realizada com crianças e adolescentes hospitalizados, apontou que os comportamentos adotados pelas enfermeiras influenciavam positiva ou negativamente a percepção da qualidade do cuidado ofertado. Os comportamentos avaliados positivamente foram aqueles que fizeram os respondentes sentirem-se bem, confortáveis, felizes e seguros, pois a enfermeira atendeu as suas necessidades quando precisaram dela, além de avaliá-los frequentemente, administrar medicamentos, ser amigável e escutá-los. Os comportamentos indicados como negativos foram os que fizeram eles se sentirem tristes, mal, com medo e irritados, incluindo acordá-lo e realizar procedimentos que ferem ou são desconfortáveis (RYAN-WENGER; GARDNER, 2012).

Nesse estudo constatou-se que o cuidado à criança hospitalizada transcende as habilidades técnicas da profissão de enfermagem, envolvendo características humanas que potencializam a relação de cuidado, como receptividade, calma, carinho e atenção. De forma semelhante, estudo realizado com o objetivo de identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado assinalou que cuidar de forma humanizada está representada na expressão olhar como um todo, abrangendo o olhar holístico, o acolhimento, a relação de vínculo e a comunicação (REIS; *et al.*, 2013).

Considerando que mesmo hospitalizada a criança não perde suas características infantis, os entrevistados apontam a brinquedoteca e a sala de recreação como espaços essenciais a unidade de pediatria, pois possibilita a criança sair do leito, sair da enfermaria e brincar, distraíndo-se das rotinas hospitalares. Assim, coloca-se como uma ferramenta capaz de amenizar as mudanças provocadas pela hospitalização e aproximar a criança do universo infantil, tornando o ambiente menos estressante e traumático.

Pesquisadores evidenciam que a atividade lúdica possibilita a criança melhor adaptação e familiarização ao hospital, visto que ela pode manipular imaginariamente o ambiente e aproximar-se da realidade cotidiana, ou transformar a situação vivenciada em algo agradável e familiar (FERREIRA; *et al.*, 2014). Portanto, o brincar durante a internação hospitalar constitui-se em um momento em que a criança apropria-se do espaço, preenchendo-o com suas fantasias, experimentando seus limites de tolerância, para encontrar e desenvolver estratégias de enfrentamento ao sofrimento, à dor e à doença (BRITO; PERINOTTO, 2014).

Os resultados do presente estudo apontaram que a brinquedoteca e a sala de recreação em conjunto com as ações voluntárias caracterizam a pediatria como espaço próprio para o tratamento de crianças, oportunizando as mesmas serem crianças, expressarem-se de acordo com sua idade e interagirem entre si, proporcionando-lhes momentos de alegria e diversão. Além disso, modificam a rotina hospitalar, tornando o ambiente mais leve e,

consequentemente, deixando às crianças e seus familiares mais tranquilos e receptivos às ações de cuidado.

Pesquisa realizada com o objetivo de descrever a percepção da criança, acerca do lúdico no ambiente hospitalar destacou que a brinquedoteca é representada como um lugar de socialização, onde se pode resgatar momentos vivenciados no cotidiano normal através do brincar com outras crianças (FERREIRA; *et al.*, 2014). Ao assegurar à criança o direito de brincar e estimulá-la a processos de socialização com as demais, as atividades lúdicas desenvolvidas na pediatria transformam o aspecto triste da internação em momentos alegres, favorecendo as condições para sua recuperação (BRITO; PERINOTTO, 2014).

Através do brincar a criança revela seu aspecto saudável, pois, tem acesso a uma linguagem de seu domínio, o que a possibilita elaborar a experiência de adoecimento e hospitalização, transpondo as limitações impostas pelas mesmas (SILVA; *et al.*, 2010). Assim, é possível estabelecer relações em saúde que não sejam pautadas pelo assujeitamento da criança à normatividade que é colocada sobre a concepção de saúde: regras e um estilo de vida que a impedem de agir de maneira infantil, própria a sua idade. Ao apostar na sua capacidade de expressão e compreensão, permite-se a criança a manifestação de sua subjetividade, bem como ser uma protagonista no enfrentamento da doença e da hospitalização.

De acordo com os entrevistados, ao preservarem-se aspectos do mundo infantil no ambiente hospitalar, por meio das atividades lúdicas realizadas na brinquedoteca, na sala de recreação e com os voluntários, contribui-se para que as crianças não se percebam como doentes e, em função disso, expressem comportamentos próprios à idade. Fato que contribui para que familiares e trabalhadores de enfermagem considerem que a busca por essas atividades constitui-se em um indicativo de melhora do quadro clínico. Nesse sentido, estudo com o objetivo de compreender a influência do ambiente em crianças hospitalizadas com diagnóstico recente de diabetes tipo 1 indicou que o ambiente influencia no desfecho do processo de produção de saúde, pois, quando a criança sente que a pediatria é feita para ela a mesma se envolve ativamente no tratamento e adota novos hábitos (EKRA; GJENGEDAL, 2012).

Para ampliar as alternativas lúdicas e respeitar a individualidade das crianças, os entrevistados sugerem a oferta de sala de vídeo e de refeições, que propiciem maior socialização entre as mesmas; estender o horário de funcionamento da brinquedoteca e sala de recreação, assim reduzindo a ansiedade gerada nas crianças pela expectativa de poder usufruir

do espaço, bem como, modernizar os recursos nelas disponíveis; melhorar a estética da pediatria no sentido de caracterizá-la como unidade específica ao tratamento de crianças.

Os sujeitos investigados apontam que, pelo fato da criança estar em processo de crescimento e desenvolvimento, as vivências ocorridas nesse momento poderão ter desdobramentos para o resto de sua vida, inclusive no cuidado com a sua saúde e na relação que essa terá com os profissionais e serviços de saúde. Nesse sentido, a hospitalização mostra-se um momento importante para a oferta de cuidados que visem à promoção de comportamentos saudáveis.

Para tanto, faz-se imperativa a inclusão e a participação da criança como protagonista do seu processo de produção de saúde, incluindo-a nas discussões e orientações junto com a família, uma vez que ainda não possui capacidade plena para tomar decisões e assumir as consequências das mesmas. A possibilidade de estabelecer uma relação colaborativa entre criança-família e a equipe de enfermagem configura-se como elemento para promoção da autonomia e consequente tomada de decisão compartilhada entre os envolvidos neste processo (CUNHA, 2014).

Pesquisa realizada com o objetivo de descrever a comunicação médico - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança mostrou que o familiar possui papel fundamental como mediador de informações, clarificando ou reiterando as mesmas, assim, auxiliando a criança a compreender e aderir ao tratamento (GABARRA; CREPALDI, 2011). Ressalta-se que, embora a família seja para a criança uma fonte de força e segurança, no momento da internação, muitas vezes, ela própria possui dificuldades em saber como agir no ambiente hospitalar, encarar a doença da criança e, ainda lidar com a demanda das mesmas (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

Com relação à família, os resultados apontam que a hospitalização da criança pode gerar estresse em seus integrantes, pois desestrutura a rotina e afeta os vínculos familiares. Em virtude disso, muitas vezes, os trabalhadores de enfermagem assumem o papel de referência e apoio a mesma, sendo, inclusive, associados à figura familiar.

Ao encontro desses achados, estudiosos ressaltam que a hospitalização da criança interfere significativamente na vida de todos os familiares, especialmente na da mãe, que é a pessoa que, na maioria dos casos, acompanha a criança durante toda a sua internação (FERREIRA; *et al.*, 2013). Trata-se de um momento delicado para a família, pois implica no aumento das despesas, de deslocamentos, faltas ao trabalho e ausência no lar, conseqüentemente, suscitando a reconfiguração da dinâmica e rotina familiar (LOPES; SANTOS; SOUSA, 2012). Assim, afetando significativamente o relacionamento familiar, a

saúde física, a saúde mental e a manutenção da rede social de seus integrantes (FERREIRA; *et al.*, 2013).

Logo, a hospitalização é estressante tanto para criança quanto para seus familiares, por isso, as ações de cuidado desenvolvidas na unidade de pediatria precisam ser planejadas também em torno da necessidade das famílias (LOPES; SANTOS; SOUSA, 2012), de forma que a equipe de enfermagem constitua-se em fonte de apoio e parte de sua rede social, oferecendo-lhe suporte emocional, conforto e segurança durante a vivência desse momento (STRASBURG; *et al.*, 2011).

No presente estudo evidenciou-se que a rotina hospitalar impõe restrições e normatizações que reduzem a autonomia dos familiares, uma vez que, o cuidado passa a ser efetivado com recursos complexos, os quais exigem condutas e comportamentos diferentes aos anteriormente manifestados em casa, gerando-lhes o sentimento de impotência diante das ações comumente realizadas no âmbito domiciliar. Similarmente, pesquisa realizada com o objetivo de conhecer as estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital indicou que, ao tentar adaptar-se e reproduzir os cuidados domiciliares, a família percebe que o ambiente hospitalar, com normas, regras, profissionais, exames e procedimentos é muito diferente de sua casa. Apresentando dificuldades em reproduzir até mesmo alguns cuidados simples como o banho e a alimentação da criança (GOMES; *et al.*, 2014).

Para amenizar o sentimento de impotência no familiar emerge a necessidade de que seja construído um espaço de convivência nas pediatrias investigadas, de forma a disponibilizar meios para que eles realizem atividades como lavar roupa, aquecer água, preparar e realizar as refeições, interagir com a criança e guardar pertences. Na prática, a enfermagem enfrenta desafios para desenvolver o cuidado à família, sendo imprescindível o apoio gerencial para implementar ações com recursos adequados e de qualidade.

Os resultados mostram que a falta de compreensão da família acerca da patologia e do tratamento acarretam reações de choro, desmaio e mal estar, que, por vezes, ganham maiores proporções do que quando manifestados por crianças. Em virtude disso, ressalta-se que informar sobre o tratamento, realização de procedimentos e exames, bem como, esclarecer as dúvidas que emergem diante dos mesmos, transmite maior segurança e tranquilidade aos familiares.

Autores assinalam que o familiar, conforme vai se integrando na unidade, espera receber informações a respeito do estado de saúde da criança, dos cuidados que ela necessita, de que forma pode contribuir para seu cuidado e que condutas estão sendo tomadas. À medida que ele compreende o contexto em que está inserido, tranquiliza-se e pode exercer de forma

mais plena sua autonomia como cuidador (STRASBURG; *et al.*, 2011). Portanto, informar o familiar constitui-se numa atitude de respeito e valorização da sua participação no tratamento da criança, com vistas à produção de uma subjetividade protagonista e responsável no exercício do cuidado.

Os entrevistados apontaram que é por meio da oferta de informações e esclarecimentos que se estabelece a relação entre o profissional de enfermagem e a família, a qual, posteriormente, facilitará o acesso e interação com a criança. Considerando que a família se configura em intermediadora do cuidado infantil durante a hospitalização, estimular sua participação no processo de produção de saúde é fundamental, visto que sua ausência produz insegurança na criança, o que poderá implicar na criação de uma barreira entre a enfermagem e ela (MARQUES; *et al.*, 2014).

Nesse sentido, os trabalhadores de enfermagem buscam aproximar o familiar para o desenvolvimento do cuidado compartilhado, de forma a prepará-lo na manutenção do cuidado no âmbito domiciliar; sem deixar de salientar que há cuidados que são específicos à enfermagem e, por isso, o familiar não é convidado a participar. Estudo com o objetivo de descrever as concepções da equipe de enfermagem acerca do cuidador familiar da criança hospitalizada evidenciou que ele nem sempre vai ter condições físicas ou emocionais de prestar o cuidado, dado que os próprios membros da equipe de enfermagem, providos de capacitação adequada, podem, por vezes, se deparar com adversidades inerentes ao cuidado a ser prestado. Já, para o familiar que, de uma hora para a outra, assume o papel de responsável por aquela criança doente, tendo que aprender a realizar procedimentos os quais nunca foi minimamente preparado, o cuidado torna-se um desafio (MARQUES; *et al.*, 2014).

Apesar da equipe de enfermagem ser detentora de conhecimentos científicos específicos para o cuidado, é o familiar quem consegue captar as pequenas alterações na saúde da criança. Por essa razão, ele pode ser um grande colaborador no tratamento da criança oferecendo informações importantes que auxiliam no cuidado e que devem ser valorizadas pelo enfermeiro devido ao potencial para transformar e enriquecer o cuidado (MURAKAMI; CAMPOS, 2011; COLLET, 2012; MARQUES; *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada com enfermeiras de uma unidade pediátrica assinalou que a troca de informações com a família se faz necessária para que a mesma seja colaborativa durante o tratamento da criança no hospital e dê continuidade à recuperação em casa (URAKAMI; CAMPOS, 2011). Diante do exposto, não investir no cuidado compartilhado significa não investir na saúde e vida da criança, pois, quando ele não ocorre, menores são as chances de compreensão da terapêutica proposta, conseqüentemente, não havendo continuidade do

cuidado pela família, contribuindo para a ocorrência de um círculo vicioso de alta e (re)internação hospitalar da criança.

7.3 DISCUTINDO A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM: PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS, DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E DOS GESTORES

As condições do ambiente de trabalho nas unidades pesquisadas são geradoras de tristeza, irritação, cansaço, estresse e desilusão aos trabalhadores devido à falta de estrutura, recursos materiais e humanos, que impõem limites à realização do cuidado. A desestruturação do ambiente exige que os enfermeiros empreendam esforços em conseguir os meios que deveriam ter na unidade e que são necessários à assistência da criança. Além disso, o contato direto e frequente com os usuários faz com que os profissionais sintam-se impotentes diante da falta de recursos e das constantes reivindicações dos usuários por melhores condições.

O profissional de enfermagem ao entrar no local de trabalho espera encontrar subsídios que permitam a realização do mesmo, como a adequação de recursos humanos, materiais e o estabelecimento de relações favoráveis (NUNES; *et al.*, 2010). Criar um ambiente de trabalho produtivo e saudável desponta como desafio a ser superado, visto que as condições do próprio ambiente, bem como as relações e o processo de trabalho nele desenvolvido afetam a satisfação e a produtividade da enfermagem, bem como a qualidade da assistência ofertada ao usuário (AIKEN; *et al.*, 2012).

Pesquisa realizada com enfermeiros, cujo objetivo foi conhecer os elementos constituintes da satisfação e insatisfação no trabalho, apontou que a falta de subsídios e de condições favoráveis ao desempenho das atividades de trabalho afetam a sua necessidade de autorrealização à medida que não conseguem resolver as necessidades do usuário e suas exigências em relação à qualidade do serviço prestado, consequentemente, sentindo-se insatisfeito com a instituição (NUNES; *et al.*, 2010).

Deste modo, para haver atenção humanizada e reestruturar o processo de produção de saúde na Pediatria, é preciso gestores comprometidos com a ambiência, isto é, com a gestão de gente que cuida de gente, investindo em medidas que viabilizem as demandas de trabalho, tais como dimensionamento adequado de pessoal, espaços de ouvidoria interna, viabilização e disponibilização de materiais e insumos adequados e suficientes para a assistência do paciente (FONTANA, 2010).

Os resultados apontam que a apresentação da unidade também contribui na construção da subjetividade do trabalhador, visto que além deste refletir na estética da unidade de pediatria é importante para a manutenção das condições de operacionalização do cuidado. Logo, servindo de estímulo ao profissional de enfermagem quando adequado as suas necessidades de trabalho e inversamente quando não adequado, podendo, inclusive, fazer com que o trabalhador sinta-se um agressor por não proporcionar um ambiente humanizado.

De forma semelhante, estudo realizado com o objetivo de identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica indicou que falta de estrutura física adequada e condizente com a ambiência da Política Nacional de Humanização (PNH) levou alguns trabalhadores a questionarem a sua própria capacidade de assistir aos pacientes segundo os preceitos da humanização, pois acreditam que sua atuação profissional não é realizada em um ambiente de trabalho, considerado por eles, humanizado (REIS; *et al.*, 2013).

Para a construção de ambiências humanizadas, a arquitetura não pode ser pensada isoladamente, uma vez que suas características também possuem implicação direta na rotina dos trabalhadores e gestores podendo constituir-se em um meio para a mudança na percepção do hospital como um ambiente frio e hostil (BRASIL, 2006). Faz-se imperativo que a concepção de um projeto arquitetônico resulte da análise dos processos que ocorrem no ambiente, gerando um planejamento que perceba quais interferências podem comprometer as ações, relacionando espaço construído, usuários, profissionais e integrando competências multidisciplinares (EBRAHIMI; MARDOMI; HASSANPOUR, 2013).

Nesse estudo evidenciou-se o esforço empreendido pelo trabalhador de enfermagem em suprir as limitações do ambiente, o que reflete por um lado o cuidado da enfermagem para com as crianças internadas e por outro o descuido da instituição para com os profissionais, acarretando a sobrecarga dos mesmos. A respeito disso, pesquisadores expõem que a humanização do cuidado está sendo construída em ambientes cujas características a reprimem, inibindo seu desenvolvimento e visibilidade. Ainda assim, é notável que a humanização advenha da conscientização do profissional de saúde sobre seu trabalho e sobre os direitos do paciente (GOMES; *et al.*, 2011).

Nesse sentido, os entrevistados salientam a necessidade da unidade de pediatria ser um ambiente de trabalho confortável, não só para o desenvolvimento do cuidado à criança, com recursos adequados a realização do processo de trabalho, mas também, em respeito ao profissional que o executa; com espaços próprios para o intervalo e descanso dos trabalhadores de enfermagem. A ausência de tais condições faz com que se sintam

desrespeitados e sem suporte no desenvolvimento de seu trabalho, o que, por vezes, desmotiva-os.

Estudo que analisou a produção de conhecimento acerca das estratégias que as instituições de saúde têm implementado para humanizar a assistência à criança hospitalizada constatou uma lacuna no que se refere às estratégias que visam melhorias no processo de trabalho e bem-estar dos profissionais de saúde, consequentemente, acarretando em pouca motivação, falta de empenho e de iniciativa (RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014). De encontro ao evidenciado, a PNH (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006) propõe a criação de espaços de apoio para o trabalhador, tais como sala de estar, copa e banheiros. Devendo os mesmos estarem bem localizados, em número suficiente e para todos os profissionais da instituição.

Os resultados apontam que, com o tempo, as inadequações do ambiente são absorvidas como parte do cotidiano de trabalho e, os profissionais sujeitam-se a realidade existente, sem expressar qualquer sugestão de melhoria mesmo quando julgam necessário fazê-la. Nesse sentido, pesquisa que objetivou apreender o sofrimento psíquico da equipe de enfermagem que assiste à criança hospitalizada indicou que, enquanto alguns funcionários relatam a falta de recursos materiais e afirmam que isso interfere no desenvolvimento do trabalho, bem como causa sentimentos de estresse, angústia e ansiedade, tendo que usar mecanismos de adaptação para realizar o trabalho, outros funcionários não pontuam a falta de material como um problema na organização do trabalho. Parecem ter assimilado essa situação como “normal”, implícita ao trabalho, à organização, não questionável. Essa aparente adaptação às condições de trabalho pode estar relacionada ao uso de estratégias defensivas contra o sofrimento no trabalho (PAGLIARI; *et al.*, 2008).

Para modificar este cenário, compreende-se que o estreitamento das relações entre assistência e gestão viabilizará condições para que os trabalhadores de enfermagem constituam sua subjetividade e exercitem a autonomia por meio da liberdade de fazer reivindicações em prol de uma ambiência adequada ao cuidado. Autores apontam que para tanto, é imprescindível considerar todas as formas de manifestação da subjetividade, possibilitando aos profissionais expressar e buscar concretizar seus desejos e vontades (RIBEIRO; PORTO; THOFEHRN, 2011).

Levando-se em consideração que o trabalho ocupa um lugar de grande evidência na vida dos indivíduos é pertinente possibilitar a expressão da subjetividade dos trabalhadores e permitir a participação desses no planejamento e organização do trabalho. Assim, quando as informações são compartilhadas podem aproximar os trabalhadores do conhecimento global

do processo de trabalho, evitando alienação e sofrimento, promovendo o prazer e o bem estar no trabalho (NUNES; *et al.*, 2010).

Outro aspecto evidenciado como produtor de subjetividade no profissional foram os limites existentes na realização do cuidado compartilhado entre a enfermagem e a família, os quais distinguem o cuidado leigo do cuidado científico. Enquanto os familiares assumem atividades já conhecidas e realizadas no cuidado cotidiano da criança, como banho e alimentação, a enfermagem realiza procedimentos e cuidados específicos, embasados em conhecimento especializado, que lhe confere o título de detentores do conhecimento científico.

Comumente, o familiar é incluso como mão de obra para a execução de cuidados considerados domésticos, ou seja, aqueles já realizados em casa e que não necessitam de conhecimentos elaborados para serem desenvolvidos. Estabelecendo-se, assim, uma divisão entre trabalho intelectual e manual, visto que os cuidados prestados pela equipe de enfermagem e de saúde caracterizam-se pelo conhecimento técnico-científico especializado (SOUZA; OLIVEIRA, 2010). Mesmo os serviços de saúde, que adotam o modelo de cuidado humanizado e integral à criança, exibem um discurso eficaz do ponto de vista ideológico, mas com a efetividade dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho, falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais (QUIRINO; COLLET, 2009).

A produção de subjetividade e autonomia nos trabalhadores de enfermagem envolve, portanto, não só os aspectos estruturais e materiais, mas também o aspecto relacional. Compreendendo que o trabalhador de enfermagem desenvolve vínculos com seus pares e, por isso, precisa ser acolhido, ter uma boa relação com os demais profissionais, para que se sinta a vontade para exercer o seu processo de trabalho e expressar sua singularidade, sua forma de cuidar, seu modo de ser enfermeiro.

Pesquisadores apontam que a sensação de acolhimento e integração ao grupo está diretamente interligado a relações horizontais no trabalho (JACONDINO; *et al.*, 2010, 2014). Complementando tais ideias, estudo italiano que investigou as dimensões que têm um maior impacto sobre as percepções do clima organizacional, em enfermarias pediátricas, apontou que para os trabalhadores de saúde o relacionamento com o líder e a cooperação com os colegas são as dimensões organizacionais que têm uma grande influência sobre a percepção do clima. Assim, ratificando que as boas relações entre o líder e os trabalhadores geram satisfação, coesão e confiança mútua entre o líder e o grupo (DE SIMONE; ESPOSITO; SIANI, 2014).

Os resultados apontam que a relação existente na equipe de saúde da unidade de pediatria possibilita a oferta do cuidado integral, visto que as especificidades da assistência de enfermagem não se caracterizam em limites, mas na continuidade do cuidado por outro profissional da equipe multidisciplinar. Nesse contexto, a enfermagem assume papel fundamental, estabelecendo elos e integrando os diversos setores de apoio e seus profissionais no cuidado à criança. Entretanto, a ausência de um espaço formal e coletivo para a discussão de casos faz com que os trabalhadores de enfermagem percebam-se como informantes das demais categorias, comunicando alterações e necessidades da criança, sem que ocorra de fato a elaboração conjunta de um plano de cuidados.

A PNH propõe o desenvolvimento de processos de trabalho em que diferentes profissionais, com seus distintos saberes e contribuições, possam se aproximar, desenvolver trocas e romper com a tradicional atuação por categoria (BRASIL, 2009). Assim, contribuindo para um “ser” e “fazer” em enfermagem consciente e crítico na perspectiva da integralidade e da humanização (SILVA *et al.*; 2013).

Na prática, constata-se um distanciamento entre o proposto pela PNH e a forma de trabalho predominante nos hospitais, em que os profissionais se agrupam por categorias e não há, de fato, investimento na subjetividade e no protagonismo do coletivo, na reunião de diferentes pessoas, profissionais e saberes em torno de dados que passem a ser objeto de coanálise e codecisões. Assim, corre-se o risco do cuidado configurar-se pela realização de tarefas, semelhante a uma linha de montagem, em que cada profissional executa uma parte do processo de trabalho sem compreendê-lo de forma integral. Já as crianças internadas na unidade pediátrica, parecem circular pela esteira da linha de montagem da saúde, recebendo de cada membro da equipe, partes da assistência (FONSECA, 2013).

Essa forma de relação implica, necessariamente, na redução da subjetividade. Em geral, o trabalhador não toma conhecimento do processo por inteiro e cada agrupamento atua com base em seus saberes particulares, de forma independente aos demais profissionais e agentes envolvidos no processo de produção de saúde. Consequentemente, institui-se uma prática pautada na alienação em relação à importância de cada um para a assistência integral e humana (RIOS, 2009).

Para que a equipe de saúde constitua-se e atue multidisciplinarmente, os entrevistados propõem a realização de reuniões periódicas, em que os profissionais atuantes na unidade de pediatria possam juntos discutir os casos clínicos de seus usuários, bem como estabelecer rotinas e protocolos que guiem a assistência prestada e respaldem as ações realizadas. Além disso, proporcionar aos integrantes da equipe conhecer as especificidades de cada profissão e

a contribuição que as mesmas agregam ao seu fazer, mas, principalmente ao cuidado da criança hospitalizada.

Nesse sentido, a PNH propõe a criação e adaptação de espaços multifuncionais ou coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros equivalentes, de forma a evitar a compartimentação por especialidades que consolidam verdadeiros “feudos” nos serviços de saúde (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006). Isso significa a possibilidade de conectar os diferentes processos de trabalho, horizontalizando os saberes e as relações de poder por meio da valorização do conhecimento de cada profissional que integra a equipe de enfermagem e da saúde, em busca de soluções para os problemas reais encontrados no cotidiano, nas suas múltiplas dimensões (SILVA *et al.*; 2013).

Dessa forma, a diversidade de profissionais que poderia constituir-se em um fator gerador de conflitos passa a permitir discussões acerca do cotidiano da prática assistencial, sendo um importante meio de sensibilizar a equipe em relação aos problemas inerentes à rotina de trabalho das diferentes categorias profissionais. Potencializa-se a capacidade da equipe de saúde em conhecer e reconhecer as peculiaridades do ambiente de pediatria e, conseqüentemente, de resolver e enfrentar os problemas relacionados à assistência da criança (LIMA; PARANHOS; FERREIRA, 2012).

O presente estudo revelou que a construção da subjetividade e da autonomia do profissional de enfermagem dá-se de forma dual. Por um lado, ainda é permeada pela relação de submissão à autoridade médica, atribuindo à figura do médico o poder supremo acerca da terapêutica. Esta forma de relação aporta conseqüências no planejamento e exercício do cuidado de enfermagem, visto que é percebida como barreira à expressão de seu saber e julgamento clínico e científico. Por outro lado, desponta a trajetória de valorização da profissão de enfermagem, cujo conhecimento e competência na área de atuação contribuem na construção de subjetividades autônomas. Sob este prisma, desponta a necessidade de que o enfermeiro esteja capacitado para atuar em pediatria e lidar com as especificidades da unidade.

Da mesma forma, estudo realizado com o objetivo de compreender a relação entre a produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar assinalou que, ainda, prevalecem relações de dominação e subordinação, as quais acarretam um processo de assujeitamento, que interfere na decisão do enfermeiro permitir-se ou não pensar, questionar, ocupar os diferentes espaços e exercer sua autonomia, como sujeito. (BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013). Ressalta-se que a PNH não hierarquiza profissões, tampouco valoriza uma em detrimento de outra, pois concebe que

nenhum profissional consegue sozinho prestar uma assistência integral à saúde. Assim, identifica-se a importância da instauração de outras formas de subjetivação que possibilite superar a postura de submissão e vigorar, na prática, trabalhadores de enfermagem autônomos, comprometidos com a evolução científica e com os princípios de valorização da profissão (BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013).

Os entrevistados apontam que pelo fato da pediatria ser uma unidade singular exige-se que os profissionais que nela atuem tenham um determinado perfil, o qual abrange não só a capacidade técnica, como também atitudes pessoais de sensibilidade, carinho, atenção, educação e paciência. No entanto, referiram que durante a realização do cuidado o profissional não expressa tais características, indo de encontro ao esperado pelos usuários, pela equipe de enfermagem e pelos gestores. Considera-se que o mesmo foi efetivado por trabalhadores não realizados profissionalmente, que não gostam do seu fazer.

Não gostar do fazer enfermagem indica que o trabalhador realiza a atividade profissional devido à necessidade da remuneração financeira. Não havendo realização pelo desenvolvimento do cuidado, mas sim pela obtenção do salário ao final do mês, recebido em função do cumprimento de suas obrigações na instituição hospitalar.

Ao encontro do exposto, estudo com objetivo desvelar os elementos do cuidado humanizado presentes no encontro entre enfermeiro, família e criança com câncer apontou que alguns sentimentos precisam estar evidentes ao prestar-se o cuidado, como carinho, amor e respeito pelo outro e pela profissão (SANTOS; *et al.*, 2013). Nesse sentido, o cuidado surge como preocupação e inquietação, mas também como zelo, solicitude e gentileza para com as pessoas e com o seu entorno vital e ambiental (BOFF, 2012).

Os últimos séculos se caracterizaram pela ditadura do modo de ser trabalho como intervenção, produção e dominação que, por ser assalariado, está relacionado ao capital. Como consequência, observa-se a entrega de alguns trabalhadores de enfermagem à lógica do modo de ser trabalho depredador, que o retrai sobre seu próprio horizonte, resultando em um processo de desumanização e de embrutecimento das relações (BOFF, 2004). Nesse contexto, a PNH coloca-nos diante de um grande desafio: combinar trabalho com cuidado.

Os resultados mostram que, além das características e gosto pela profissão, faz-se necessário que o profissional de enfermagem esteja preparado psicologicamente para vivenciar as situações cotidianas do trabalho em pediatria. Pesquisa com objetivo de compreender os significados atribuídos pela equipe de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica ao seu cotidiano constatou uma ambiguidade de sentimentos, que ora é

um despertar de emoções trazendo alegrias, sendo gratificante, prazeroso e ora, muito triste e preocupante (THOLL; NITSCHKE, 2012).

Constata-se com frequência que a atitude de cuidado que envolve afetivamente o profissional da saúde e o enche de preocupações para com o paciente é muito exigente. Especialmente, se o cuidado constitui não um ato esporádico, mas uma atitude permanente e consciente. Neste caso, faz-se necessário destacar que os profissionais de saúde são também mortais, sujeitos ao cansaço, ao estresse à vivência de pequenos fracassos e decepções, por isso precisam ser cuidados, sentirem-se acolhidos e revitalizados, caso contrário a vontade de cuidar se enfraquece (BOFF, 2012).

Nesse estudo, os entrevistados revelam que, independentemente de qualquer situação vivenciada na pediatria, o profissional de enfermagem sente-se gratificado quando sua dedicação no cuidado é reconhecida pelas crianças e seus familiares. Autores apontam que a enfermagem cria expectativas de ter sua atividade profissional reconhecida pela instituição, entretanto, como isso nem sempre ocorre, ela busca-o nas atitudes demonstradas pela criança e sua família, suprimindo assim essa necessidade (PAGLIARI; *et al.*, 2008).

7.4 DISCUTINDO AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA FACILITADORA DO PROCESSO DE TRABALHO E DA PRODUÇÃO DE SAÚDE: PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS, DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E DOS GESTORES

Os entrevistados enfatizam a necessidade de que o ambiente de pediatria esteja estruturado e arquitetado para facilitar o desenvolvimento do cuidado, com espaço, equipamentos e materiais adequados ao processo de trabalho e produção de saúde à criança. Além disso, a forma como os mesmos estão dispostos e organizados na unidade podem favorecer seu acesso e utilização pelos profissionais dos diferentes turnos trabalho, conferindo maior dinamicidade e fluidez à assistência de enfermagem.

Ao encontro do exposto, a literatura acerca das estratégias que as instituições de saúde têm implementado para humanizar a assistência aponta a importância em dispor de recursos materiais (incluindo a própria arquitetura) e humanos para melhor assistir a criança hospitalizada (RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014). Por outro lado, a carência de tais recursos implica em dificuldades à promoção e concretização do cuidado sistematizado e, conseqüentemente, afeta a qualidade da assistência ao cliente pediátrico (SILVA; *et al.*, 2014).

Estudo europeu, com o objetivo de determinar como a boa organização dos cuidados pode afetar o atendimento ao paciente, verificou que a qualidade do ambiente de trabalho da enfermagem está significativamente associada à satisfação do paciente, a qualidade e a segurança do cuidado ofertado (AIKEN, *et al.*, 2012). Os resultados deste estudo apontam que o ambiente de pediatria, quando organizado, é considerado agradável, tanto para os profissionais quanto para os usuários, visto que conserva a funcionalidade da unidade e o desenvolvimento do processo de trabalho, sem que eventualidades surpreendam à equipe e, consequentemente, agitem à criança e sua família.

Além da organização da unidade, faz-se necessária a organização da enfermagem para o trabalho em equipe, de forma que o exercício do cuidado, mesmo diante de uma grande demanda, não sobrecarregue o trabalhador, pois um ajuda o outro. A respeito disso, pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem indicou que os mesmos percebem a interação em equipe como favorável e conveniente para a realização do trabalho, por agregar aspectos como cooperação e união ao desenvolvimento do cuidado (JACONDINO; *et al.*, 2014).

Com vistas a manter a funcionalidade da unidade, os entrevistados ressaltam o estabelecimento de rotinas, que embasadas no processo de enfermagem direcionem o fazer dos trabalhadores de enfermagem às especificidades do cuidado à criança hospitalizada. Assim, proporcionando-lhes amparo e confiança de estarem trabalhando da forma correta.

Não raro, as variabilidades, prescrições, normatizações e imprevistos presentes no processo de trabalho são elementos que desestabilizam os trabalhadores impelindo-os à criação de estratégias para efetivarem o cuidado (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011). Nesse contexto, o estabelecimento de rotinas constitui-se em um instrumento administrativo que é utilizado pelos profissionais para garantir a produção de um cuidado integral e com maior qualidade mesmo no atendimento às situações de urgência (SANTOS; LIMA, 2011).

A própria equipe de enfermagem é explicitada como um aspecto facilitador do processo de trabalho, pois o dimensionamento de pessoal está adequado para atender a demanda da unidade; bem como os atributos da equipe, como união e entrosamento. O uso desses atributos podem auxiliar a superar as dificuldades que por ventura possam ocorrer. O trabalho (con)junto aos demais trabalhadores de enfermagem desenvolver ações de cuidado com o carinho e a atenção necessária a produção de saúde na criança.

Pesquisadores apontam que a inadequação ao dimensionamento de pessoal resulta em acúmulo de atividades e falta de tempo aos trabalhadores de enfermagem para cumprir com as rotinas de cuidado, corroborando assim para o predomínio da impessoalidade no processo de trabalho em detrimento a relação com os usuários, consequentemente, dificultando a

construção de vínculo entre a enfermagem, criança e familiares (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011).

Os resultados desse estudo mostram que o tempo de trabalho dos profissionais na unidade de pediatria e a manutenção da mesma equipe de enfermagem por longo tempo permitem afinar as relações de coleguismo e amizade. Da mesma forma, pesquisa com o objetivo de conhecer os vínculos profissionais no processo de trabalho de uma equipe de enfermagem expos que vínculos profissionais agregadores e positivos, como o coleguismo e a amizade, favorecem o desenvolvimento do cuidado (JACONDINO; *et al.*, 2014).

O tempo de atuação na unidade aliado à experiência e aquisição de conhecimento técnico mostrou-se um facilitador do processo de trabalho, transmitindo segurança à criança e sua família, pois o profissional de enfermagem evidencia saber, de fato, o cuidado que está realizando. Nesse sentido, os profissionais expõem a necessidade de estarem em constante qualificação, reivindicando espaços de reunião, discussão e treinamento acerca das especificidades da assistência na unidade de pediatria.

A PNH elege a Educação Permanente (EP) como principal estratégia para o desenvolvimento e qualificação profissional na área da Saúde. A EP projeta espaços coletivos com a inclusão de diferentes saberes para as discussões da transformação na ambiência, de forma a favorecer a problematização sobre os modos de operar, as práticas instituídas e os processos de trabalho, contribuindo para o aumento da capacidade de análise e intervenção sobre esses processos e a construção de novas situações, relações de trabalho e convivência (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2006).

Entretanto, as relações estabelecidas na equipe multiprofissional revelam desafios para conciliar as distintas profissões, com seus conhecimentos e métodos específicos. Nesse contexto, a educação permanente mostra-se recurso valioso para minimizar e, até mesmo, superar tais desafios; pois, auxilia na comunicação e desvendamento das atribuições e processo de trabalho de cada profissão.

Pesquisa com o objetivo de identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica assinalou que a humanização é compreendida como uma modalidade assistencial cujo processo resulta do conhecimento e da prática das várias categorias profissionais atuantes na produção de cuidados em saúde, proporcionando um olhar mais amplo para o sujeito cuidado (REIS; *et al.*, 2013).

Para que o profissional de saúde possa desenvolver o cuidado humanizado, os entrevistados evidenciam que há necessidade de investir não só na educação permanente, mas

também em reuniões que aproximem assistência e gestão, de forma a promover uma gestão participativa. Dessa forma, possibilita-se o reconhecimento das necessidades sentidas pelos profissionais da unidade pediatria e a elaboração de soluções compartilhadas com a gestão visando a melhoria no cuidado ofertado à criança.

Ao encontro do exposto, Boff (2012) enfatiza que o cuidado não é uma meta a se atingir somente no final da caminhada, mas um princípio a ser investido em cada passo, possibilitando aos profissionais da saúde crescer na prática do cuidado em cada circunstância, no tempo e no contratempo. Assim, deixando de existir profissionais de saúde “prescrevedores” de receitas e aplicadores de fórmulas, mas, sim, “cuidadores” de vidas enfermas que buscam saúde (BOFF, 2004).

Constatou-se que o gosto por trabalhar na pediatria e por cuidar de crianças auxilia no desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem, uma vez que unifica, produz coesão e identificação entre os profissionais da unidade, inclusive, dando força as relações para superar as adversidades que emergem no cotidiano de trabalho. Para tanto, é necessário saber combinar as aptidões com as motivações, pois não basta ter aptidão para a profissão se não sentir motivação para desenvolvê-la (BOFF, 2012).

Pesquisa com o objetivo de compreender os significados atribuídos pela equipe de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica a seu cotidiano evidenciou que fazer o que se gosta torna o dia a dia dos profissionais gratificante, proporcionando prazer e satisfação. Permite um colorido no cotidiano que, mesmo esbarrando em limitações, se renova com a experiência de ir e vir para um fazer melhor (THOLL; NITSCHKE, 2012).

Considerando que a pediatria trata-se de uma unidade diferenciada, cujo público atendido possui especificidades, é desejável pelos sujeitos entrevistados que o profissional de enfermagem possua perfil para atuar na pediatria, englobando características como: calma, educação, comprometimento, preocupar-se com o outro, carinho, afeto e empatia (capacidade de colocar-se no lugar do outro). Isso não significa limitar a assistência humanizada a expressão de sorrisos meigos, mas sim a um contexto mais amplo, como a atenção direta ao paciente e ao familiar no sentido de diálogo, esclarecimento de dúvidas, acolhimento, realização de procedimentos com conhecimento teórico e prático, desenvolver ações burocráticas e administrativas, relações entre a equipe, com vistas a qualificar a assistência e atingir a satisfação do cliente (ROCHA; MATIA; NAUMES, 2014).

Na literatura, as características que compõe o perfil desejado as enfermeiras são associadas a um “roteiro da virtude”, em que as enfermeiras são colocadas como anjos ou pessoas dóceis e queridas, que retrata a profissão de forma infantil e não profissional. Logo,

representa um desafio à enfermagem contemporânea que busca dar visibilidade à profissão combinando o cuidado a base técnica e científica da competência da enfermagem (NELSON, 2011).

A participação do familiar mostrou-se um recurso valioso para acalmar a criança e facilitar o desenvolvimento de ações de cuidado, incluindo os procedimentos invasivos. Evidenciando assim que a assistência deve voltar seu olhar ao mesmo, englobando-o nas ações de cuidado e valorizando sua participação, pois quando os profissionais confiam no seu potencial para o cuidado eles obtêm ajuda no manejo e interação com a criança, acarretando maior fluidez ao processo de trabalho.

Portanto, no cotidiano em pediatria, o cuidado é construído através da interdependência que se estabelece na relação entre a equipe de saúde, a criança e a família. Sendo, fundamental estimular a participação familiar no processo de hospitalização, pois a criança encontra nele a força e segurança necessária para enfrentar o medo, a dor e os demais sentimentos gerados em função da doença (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

De forma semelhante, a brinquedoteca, a sala de recreação e as ações realizadas por voluntários revelaram-se não só como entretenimento as crianças, mas também como recurso auxiliar que transforma o ambiente, fazendo-as não se sentirem ameaçadas, facilitando a realização de procedimentos. Logo reduzindo o distanciamento e estresse tão frequente nesta relação. Ao encontro desses achados, pesquisadores apontam que o brinquedo ao ser utilizado como instrumento terapêutico, também remodela o hospital tradicional, facilitando a dinâmica de interações e conquistando a cooperação das crianças para os procedimentos (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008; SILVA; *et al.*, 2010).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO DA UNIDADE DE PEDIATRIA

A presente pesquisa objetivou analisar a ambiência de unidades pediátricas como ferramenta para a humanização do cuidado a partir da percepção dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Para tanto, explorou a ambiência por meio de seus três eixos norteadores: confortabilidade, produção de subjetividade e ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

Em relação à confortabilidade evidenciou-se que as unidades investigadas estão voltadas, mesmo que minimamente, para a criança internada, em detrimento do familiar que a acompanha. Contribuindo para a confortabilidade emergiram potencialidades no ambiente tais como mobiliário da enfermaria (cama, berço e poltrona reclinável), que assegura a existência de um espaço destinado ao tratamento da criança e proporciona sua permanência junto ao familiar; a brinquedoteca, a sala de recreação e as ações desenvolvidas por voluntários, que promovem um ambiente alegre, de entretenimento, que a aproxima do universo infantil; a relação com a equipe de enfermagem contribui para a sensação de bem estar; a constatação de que o tratamento ofertado está sendo eficaz acalma a família pela melhora no estado de saúde da criança.

Os resultados apontam que a confortabilidade está direcionada, mesmo que com ressalvas, ao cumprimento de normas e diretrizes que regulamentam a estrutura e o funcionamento da unidade, sem de fato atender as expectativas dos usuários, dos trabalhadores de enfermagem e da gestão. Logo, a confortabilidade dá-se à medida que exigências são impostas à instituição para o funcionamento da pediatria.

Dessa forma, emergem desafios a serem superados para que as unidades pediátricas pesquisadas constituam-se em ambiências confortáveis e humanizadas, tais como inclusão de cores, brinquedos e decoração nas enfermarias; modernização de mobiliários e equipamentos; ampliação do espaço ou redução da quantidade de leitos nas enfermarias; construção de espaço de convivência, incluindo refeitório; climatização do ambiente; melhoria da higienização; adaptação dos banheiros ao público atendido; ampliação do horário de funcionamento da brinquedoteca e sala de recreação; inclusão de atividades recreativas para os familiares. Tendo em vista que os desafios à confortabilidade envolvem aspectos

estruturais, faz-se imperativo o investimento no potencial das relações estabelecidas entre os trabalhadores de enfermagem, às crianças e seus familiares.

Em relação à produção de subjetividade constatou-se a influência da ambiência na criança, no familiar que a acompanha e nos trabalhadores de enfermagem. Contribuindo, especificamente, para a produção de subjetividade na criança destacam-se como potencialidades a recepção e o acolhimento, bem como, a forma como o profissional de enfermagem se relaciona com a criança, contribuindo para que ela sinta-se protegida, percebendo o ambiente hospitalar de forma menos traumática e agressiva. A brinquedoteca, a sala de recreação e as ações desenvolvidas por voluntários, distraem as crianças das rotinas hospitalares, fazendo com que nesses momentos ela não se perceba como doente, mas como criança que brinca e interage com as demais, expressando comportamentos próprios à idade.

Como desafios aponta-se a rotina hospitalar, que provoca reações de estranhamento na criança, sendo percebida, muitas vezes, como uma agressão à ela. Assim, suscitando adequações no ambiente de forma a aproximá-lo do universo infantil ou domiciliar, por meio de brinquedos, cor, pinturas e desenhos nas enfermarias; ampliar o horário de funcionamento da brinquedoteca e sala de recreação, como também, a modernização dos recursos nelas disponíveis, incluindo brinquedos digitais e tecnológicos.

Contribuindo para a produção de subjetividade nos familiares identificou-se como potencialidades a experiência prévia positiva de hospitalização, pois transmite segurança e tranquilidade em relação à equipe e aos cuidados ofertados pela mesma; a relação estabelecida com os trabalhadores de enfermagem, que, por vezes, assume o caráter de familiar, de apoio e referência durante a hospitalização da criança. Além disso, informar o familiar sobre o tratamento e realização de procedimentos e exames, bem como esclarecer as dúvidas que emergem dos mesmos, transmitem segurança e tranquilidade, propiciam a sensação de respeito e valorização como cuidador. O cuidado compartilhado valoriza o protagonismo dos familiares, aumentando as chances de adesão à terapêutica e à continuidade do cuidado.

Como desafios assinalam-se as normas e rotinas hospitalares, as quais exigem condutas e comportamentos diferentes aos manifestados em casa, limitando suas ações de cuidado, conseqüentemente, gerando-lhes sentimento de impotência diante da hospitalização da criança. Nesse sentido, apenas flexibilizar as normas e rotinas hospitalares não demonstra ser a melhor saída para humanizar a assistência, pois consistiria apenas em pactuar com as limitações existentes. A proposta de incluir uma sala de convivência, ampliando o espaço para interação e autonomia dos familiares na realização de atividades cotidianas como preparar suas refeições, descansar, tomar banho e assistir televisão, mostra-se positiva no sentido de

amenizar o sofrimento e as dificuldades acarretadas pela hospitalização da criança.

Outro desafio é a realização da escuta, visto que o familiar sente-se desvalorizado como cuidador ao não ser consultado sobre seu conhecimento acerca do comportamento e da saúde da criança. Assim, enfatizando a necessidade de maior horizontalidade na relação estabelecida entre trabalhadores de enfermagem e familiar cuidador, pois não basta ofertar informações e esclarecer dúvidas, há também que se valorizar o conhecimento de seu usuário, pois, a partir de tal valorização torna-se possível atentar para as especificidades de cada criança cuidada e ofertar o individualizado, conforme proposto pela PNH.

Em relação à produção de subjetividade nos trabalhadores de enfermagem, revelaram-se como potencialidades o gosto e o perfil para a profissão, sendo referidos pelos entrevistados como um preditor de realização profissional e de cuidado humanizado; a relação com a equipe de saúde caracteriza o enfermeiro como integrador entre os diversos setores e profissões, assim possibilita a oferta do cuidado integral; o conhecimento e a competência dos profissionais na área de atuação contribuem para a valorização da profissão e conquista da autonomia; a boa relação da equipe de enfermagem faz com o profissional sinta-se à vontade para expressar sua singularidade, sua forma de cuidar, de ser enfermeiro; o reconhecimento profissional faz com que a enfermagem sinta-se gratificada com a profissão exercida, independentemente da situação vivenciada.

Como desafios a serem superados identificou-se que as condições do ambiente de trabalho geram sentimento de tristeza, irritação, cansaço, estresse e impotência, devido às inadequações existentes que limitam o cuidado ofertado, levando os profissionais a sentirem-se desrespeitados e sem suporte para devolver o processo de trabalho; o compartilhamento do cuidado com os familiares confere aos profissionais o título de detentores do conhecimento científico, o que pode constituir-se em uma divisão entre o trabalho manual e o intelectual e distanciá-los da efetivação do cuidado compartilhado; a relação de submissão à autoridade médica interfere na produção da autonomia do profissional de enfermagem, colocando-se como uma barreira a expressão do saber e do julgamento clínico e científico da enfermagem; a incorporação das inadequações do ambiente ao cotidiano de trabalho revela o assujeitamento dos profissionais, que deixam de expressar-se e participar da busca por melhorias no ambiente; a relação com a equipe de saúde caracteriza o profissional de enfermagem como elo integrador dos diferentes setores e profissionais, podendo contribuir para a desvalorização do profissional, pois a inexistência de um espaço próprio para discutir e estabelecer um plano conjunto de cuidado à criança faz com que o profissional sinta-se um mero informante das alterações e necessidades da criança.

Diante do exposto, emerge como proposta a adequação do ambiente de trabalho, com melhorias na estrutura e nos recursos materiais; oferta de espaço próprio para intervalo e descanso do profissional; estreitamento da relação entre profissionais e gestores, como possibilidade de que solicitações e reivindicações sejam atendidas; criação de espaço para realização de reuniões multidisciplinares, assim propiciando a discussão conjunta de casos clínicos, bem como o estabelecimento de rotinas e protocolos que guiem a assistência; preparo psicológico dos profissionais para enfrentar as adversidades que surgem no cotidiano de cuidado à criança.

Ao explorar a ambiência como ferramenta do processo de trabalho, constatou-se que as pediatrias pesquisadas contam com potencialidades que favorecem o seu desenvolvimento, tais como: organização da enfermagem para o trabalho em equipe, que não sobrecarrega o trabalhador, pois um ajuda o outro; o adequado dimensionamento de pessoal, que possibilita atender as demandas da unidade com a atenção necessária; o entrosamento da equipe de enfermagem é apontado como capaz de superar as dificuldades que por ventura possam ocorrer; os profissionais com bastante tempo de trabalho na unidade apresentam afinidade nas relações interpessoais, além de experiência para lidar com as crianças e familiares, transmitindo-lhes segurança; os profissionais com gosto e perfil para atuar na pediatria são apropriados para atender as especificidades e necessidades do público da unidade; a participação do familiar no cuidado, a existência de brinquedoteca, sala de recreação e de ações realizadas por voluntários, acalmam a criança, possibilitando a interação da equipe de enfermagem e a realização de procedimentos.

Como desafios despontam a necessidade de melhorias na estrutura e organização do ambiente, de forma a favorecer o acesso e utilização de equipamentos e materiais pela equipe de enfermagem; a implantação da educação permanente como estratégia para o desenvolvimento e qualificação profissional; o estabelecimento de rotinas que orientem a atuação dos trabalhadores de enfermagem no cuidado à criança.

Os resultados dessa pesquisa apoiam a tese que: ***“a unidade de pediatria para ser percebida como humanizada deve ser projetada de tal forma que a sua ambiência comporte aspectos que visem a confortabilidade das crianças e suas famílias; possibilite a produção de subjetividades nas crianças, familiares e a autonomia dos trabalhadores de enfermagem por meio da reflexão acerca dos processos de trabalho e possibilite a utilização do próprio espaço como ferramenta facilitadora da produção de saúde”.***

Os resultados apontaram que os sujeitos implicados no processo de produção de saúde, ao não terem suas necessidades e expectativas atendidas pela ambiência ofertada na unidade

de pediatria, sugeriram meios para torná-la adequada à criança e ao familiar que a acompanha, bem como, para o profissional que nela atua. Evidenciando a relação de interdependência entre os eixos que norteiam a ambiência, visto que não se pode pensar em ações isoladas, tampouco priorizar a atenção a um sujeito em detrimento do outro. Portanto, ao desconsiderar a oferta de confortabilidade, a ocorrência de produção de subjetividade na criança, na família e no profissional de enfermagem, ou o processo de trabalho realizado na unidade, a pediatria distancia-se do cuidado humanizado.

Sugere-se a realização de estudos acerca da Ambiência como ferramenta de humanização em outras Unidades e contextos como forma de mostrá-la como estratégia a ser apropriada pelos trabalhadores de enfermagem para a efetivação do cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR nº 9050:2004. Acessibilidade a edifícios, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 30 de junho 2004.

AIKEN, L. H.; *et al.* Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **British Medical Journal**. 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>> Acesso em: 13 jan. 2015.

AMES, V. D. B. As possibilidades de uso do software de análise qualitativa Nvivo. **Sociologias Plurais - Revista Discente do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná**, v. 1, n. 2, 230-47, ago. 2013.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Challenges of humanization in the context of pediatric nursing care of medium and high complexity. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.581-94, 2009.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. The management of nursing work in a pediatric ward of medium and high complexity: a discussion about co-management and humanization. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.351-61, abr./jun. 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de Saúde. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 20 de março 2002.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n. 1, p.132-35, 2006.

BARROS, S. D. O. L.; QUEIROZ, J.C.; MELO, R. M. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam essa prática. **Rev. enferm. UERJ.**, v.18, n.4, p. 598-603, out./dez., 2010.

BAZUIN, D.; CARDON, K. Creating healing intensive care unit environments: physical and psychological considerations in designing critical care areas. **Crit Care Nurs Q**; v.34, n.4, p.259-67, Oct./Dec., 2011.

BERGAN, C.; *et al.* Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm.** v.30, n.4, p.656-61, dez., 2009 .

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização Como Dimensão pública das Políticas de Saúde. **Ciênc.. saúde coletiva**, v 10, n. 3, Setembro 2005a.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n.17, p.389-406, Mar./Ago. 2005b.

BELTRAM, G. S.; CAMELO, A. C. O. Hotelaria Hospitalar e alguns aspectos da gestão hospitalar necessários para melhorar a qualidade no atendimento. **FCV Empresarial**, v.1, p.53-72, 2007.

BISHOP, K. The Role of Art in a Paediatric Healthcare Environment from Children's and Young People's Perspectives. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**. v.38, p.81-8, 2012. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1877042812008063/1-s2.0-S1877042812008063-main.pdf?_tid=6f7ebb82-bdc1-11e4-b470-00000aab0f6b&acdnat=1424960102> Acesso em: 13 jan. 2015.

BOEGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar**. 3ªed. São Paulo: Atlas, 2008.

BOEGER, M. **Hotelaria hospitalar: gestão em hospitalidade e humanização**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – paixão pela terra**. 11ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis: Vozes, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização** / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm> Acesso em: 13 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência. . Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466. Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 23-31.

BRITO, L. S.; PERINOTTO, A. R. C. O brincar como promoção à saúde: a importância da brinquedoteca hospitalar no processo de recuperação de crianças hospitalizadas. **Revista Hospitalidade**. v. XI, n.2, p.291-315, Dez. 2014. Disponível em: <<http://www.rev Hosp.org/ojs/index.php/hospitalidade/article/view/557/578>> Acesso em: 13 jan. 2015.

BRITO, T. R. P.; *et al.* As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.4, p.802-08, Out./Dez. 2009.

BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W. D.; KERBER, N. P. C. Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.2, p.140-7, 2013.

CARRARO, T. E.; MADUREIRA, V. F.; RADÜZ, V. Florence Nightingale: teoria ambientalista. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 66-74.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, supl.1, p. 85-112, 2011.

CATÃO, MO. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

CERIBELLI, C.; NASCIMENTO, L. C.; PACÍFICO, S. M. R.; LIMA, R. A. G. A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças hospitalizadas. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.1, p., 2009.

COA, T. F.; PETTENGILL, M. A. M. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.4, p.433-8, 2006.

COAD, J.; COAD, N. Children and young people's preference of thematic design and colour for their hospital environment. **J Child Health Care** [Internet], v.12, n.1, p. 33-48, 2008. Disponível em: <<https://curve.coventry.ac.uk/open/file/5d0bd357-9818-3075-eda3-3d39d7985e76/1/children%20and%20young%20people.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.

COLLET, N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a Enfermagem Pediátrica. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.1, p.7-8, 2012.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n. 2, p.191-7, 2004.

CORRÊA, I.; GUEDELHA, D. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. **Invest Educ Enferm** [Internet], v.27, n.1, p.46-53, 2009. Disponível em: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2840/2313>> Acesso em: 10 jul. 2013.

CUNHA, M. L. R. Tomada de decisão da criança e família: visão da enfermagem. In: **Anais do 2º Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas**. v.1, n.4, 2014. Disponível em: <<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/tomada-de-deciso-da-criana-e-familia-viso-da-enfermagem-11178>> Acesso em: 07 fev. 2015.

DE SIMONE, S.; ESPOSITO, A.; SIANI, P. Organizational Factors Impacting on Climate Perceptions: A Mixed Method Study in Health Care Units. **International Journal of Business and Social Science**. v.5, n.7, June 2014. Disponível em: <http://www.ijbssnet.com/journals/Vol_5_No_7_1_June_2014/7.pdf> Acesso em: 13 jan. 2015.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.4, p.684-8, 2007.

EBNESHAHIDI, M.; et al. The Study of environmental needs of patients and disabled persons with 6 to 12 years old based on their experiences, to increase the quality of pediatric-treatment spaces in Isfahan city: Aphenomenological study. **Journal of Research in Rehabilitation Sciences**. v.7, n.4, p.488-98, 2011. Disponível em: <<http://en.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=255949>>. Acesso em: 26 Fev. 2015.

EBRAHIMI, A.; MARDOMI, K.; HASSANPOUR RAHIMABAD, K. Architecture capabilities to improve healthcare environments. **Trauma Mon**. v.18, n.1, p.21-

7, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860645/>> Acesso em: 13 fev. 2015.

EISEN, S. L.; *et al.* The stress-reducing effects of art in pediatric health care: art preferences of healthy children and hospitalized children. **J Child Health Care** [Internet], v.12, n.3, p.173-190, 2008. Disponível em: <<http://chc.sagepub.com/content/12/3/173.full.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.

EKRA, E. M. R.; GJENGEDAL, E. Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness - A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital. **Int J Qualitative Stud Health Well-being** [Internet], v.7, 2012. Disponível em: <<http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/18694/23823>> Acesso em: 10 jul. 2013.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enferm**, v.16, n.4, p.609-16, Out./Dez. 2007.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o Burnout. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 3, p.319-28, 2005.

FERREIRA, N.; *et al.* Social representation of the hospital ludic: look of the child. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v.24, n. 2, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n2/pt_11.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2015.

FERREIRA, S. L.; *et al.* Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.4, p.473-8, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 04 fev. 2015.

FLICK, W. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, A. S. Aspectos éticos e legais na assistência à criança, adolescente e família. In: FONSECA, A. S. **Enfermagem pediátrica**. São Paulo: Martinari, 2013. p.29-46.

FONSECA, A. S.; CALEGARI, R. C. Assistência humanizada na unidade de pediatria. In: FONSECA, A. S. **Enfermagem pediátrica**. São Paulo: Martinari, 2013. p.129-148.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene.**, v. 11, n. 1, p. 200-7, 2010.

FORSNER, M.; JANSSON, L.; SORLIE, V. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. **J Child Health Care**, v. 9, n. 2, p. 153-65, 2005.

GABARRA, L. M., CREPALDI, M. A. A comunicação médico - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. **Psicol. Argum.** v.29, n.65, p.209-218, 2011. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=4600&dd99=view>> Acesso em: 04 fev. 2015.

GIL, A. C. **Metodologia do Ensino superior**. 4 Ed., São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Gestão.Org.**, v. 3, n. 2, p.80-9, mai./ago. 2005. Disponível em:

<<http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/viewFile/136/118>> Acesso em: 02 de abr. 2014.

GOMES, G. C.; *et al.* Estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital. **Rev. Eletr. Enf.** v.16, n.2, p.434-42, 2014. Disponível

em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a21.pdf> Acesso em: 05 fev. 2015.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L.; BUSANELLO, J. Refletindo sobre a Inserção da Família no Cuidado à Criança Hospitalizada. **Rev Enferm UERJ**, v.18, n.1, p.143-7, 2010.

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

GOMES, I. L. V.; *et al.* A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enferm.** v.17, n.4, p.703-9, 2012. Disponível

em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/30378/19654>> Acesso em: 13 jan. 2015.

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C. O.; OLIVEIRA, D. L. L. C. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 24, n.1, p. 53-60, Abr. 2003.

JACONDINO, M. B.; *et al.* Vínculos profissionais no trabalho da enfermagem: elemento importante para o cuidado. **Enfermería Global**. v.13, n. 34, p. 160-71, 2014. Disponível

em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_docencia2.pdf> Acesso em: 05 fev. 2015.

KANAI, K. Y.; FIDELIS, W. M. Z. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. **Rev Dor** [Internet], v.11, n.1, p.20-27, 2010. Disponível

em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1495.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Responsabilidade ética como princípio básico para o cuidado. In: SOUZA, F. G. M.; KOERICH, M. S. **Cuidar – Cuidado: reflexões contemporâneas**. Florianópolis: Papa-Livro, 2008. p.59-75.

LEMOS FILHO, O. A normatização do direito de imagem e suas limitações. **Âmbito Jurídico**, XVI, n. 108, jan 2013. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12670>

Acesso em: 31 de mar. 2014.

LEOPARDI, M. T. Florence Nightingale: teoria ambientalista. In: LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2º. Ed. rev. ampl. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006. p. 177-190.

LIMA, M. G. S. Atendimento psicológico da criança no ambiente hospitalar. In:

BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. **A prática da Psicologia Hospitalar**

na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LIMA, A. S.; *et al.* Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.4, p.700-8, Out./Dez. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/13.pdf> > Acesso em: 27 fev. 2014.

LIMA, G. Q.; PARANHOS, M. E.; FERREIRA, V. R. T. **A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis.** Porto Alegre: EdUPUCRS, 2012.

LIMA, F. E. T.; JORGE, M. S. B.; MOREIRA, T. M. M. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n.3, p.291-6, maio/jun. 2006.

LINGE, L. Magical attachment: Children in magical relations with hospital clowns. **Int J Qual Stud Health Well-being**. v.7, p.1-12, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286793/pdf/QHW-7-11862.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2015.

LOBO, M. L. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 33-43.

LOPES, N. Q.; SANTOS, M. R.; SOUSA, P. C. Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros. In: CARVALHO, J.C.; *et al.* **Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família.** Porto: ESEP, 2012. p.174-180.

MAGNABOSCO, G.; TONELLI, A. L. N. F.; SOUZA, S. N. D. H. Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p.103-8, 2008.

MAIA, A. R.; VAGHETTI, H. H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUZA, F. G. M.; KOERICH, M. S. **Cuidar – Cuidado: reflexões contemporâneas.** Florianópolis: Papa-Livro, 2008. p.15-34.

MARQUES, M.; ET al. O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**. v.13, n.3, p.541-8, 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/22133/pdf_227> Acesso em: 13 jan. 2015.

MELO, W. A.; MARCON, S. S.; UCHIMURA, T. T. A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p.565-71, 2010.

MENDES, L. R.; BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p.530-36, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2010.

MONTAGUE, K. N.; BLIETZ, C. M.; KACHUR, M. Ensuring Quieter Hospital Environments: Nurses provide valuable input during a unit redesign at one hospital. **AJN**, v.109, n.9, p. 65-67, September 2009. Disponível em: <<http://planetree.org/wp-content/uploads/2012/12/3.-Ensuring-Quieter-Hospital-Environments.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 2, p.254-60, 2011.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

NUNES, C. M.; *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n.2, p.252-7, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a04.htm> Acesso em: 13 jan. 2015.

OLIVEIRA, S. R. Assistência de enfermagem à criança e à família. In: FONSECA, A. S. **Enfermagem pediátrica**. São Paulo: Martinari, 2013. p.95-108.

OLIVEIRA, E. C. V.; TEIXEIRA, J. B. A.; ALMEIDA, D. V. Assistência humanizada para a equipe de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v.5, n.1, p.3375-82, Jan./Mar. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1987/pdf_697> Acesso em: 27 fev. 2014.

PAGLIARI, J. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.1, p.63-76, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a06.htm>> Acesso em: 07 fev. 2015.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 982-88, 2005.

PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.3, p.622-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a18v43n3.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2013.

PINTO, M. C. M.; *et al.* Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. **Einstein**, v. 7, n. 1, p. 18-23, 2009.

QUIRINO, D. D.; COLLET, N. “Fácies” do trabalho de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enfermagem** [Internet], v. 11, n. 3, p.681-7, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a28.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2013.

QUIRINO, D. D.; COLLET, N.; NEVES, A. F. G. B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p.300-6, 2010.

REIS, L. S.; *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.** v.34, n.2, p.118-24, 2013.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a15.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2015.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; THOFEHRN, M. B. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 48, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf> Acesso em: 17 jan. 2015.

RIBEIRO, J. P.; PORTO, A. R.; THOFEHRN, M. B. A construção do ser humano no grupo para o trabalho em equipe de enfermagem. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 10, n. 23, jul. 2011. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/reflexion2.pdf>> Acesso em: 13 fev. 2014.

RIOS, I.C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

ROCHA, P. D.; MATIA, G.; NAUMES, A. B. Fatores Intervenientes da Prestação da Assistência Humanizada Pelos Profissionais de Enfermagem. In: Anais do V Seminário Nacional Sociologia & Política 14, 15 e 16 de maio de 2014, Curitiba – PR. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/portal/seminariosociologiapolitica/files/2014/08/24173_1397219222.pdf> Acesso em: 05 fev. 2015.

ROJAS, A. K. A.; MACHUCA, R. P. A. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. **Rev. Ped. Elec.** [en línea], v.l 6, n.1, p.36-54, 2009. Disponível em: <http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALES.pdf> Acesso em: 27 fev. 2013.

ROLLINS, J.A. The Influence of Two Hospitals' Designs and Policies on Social Interaction and Privacy as Coping Factors for Children With Cancer and Their Families. **J Pediatr Oncol Nurs** [Internet], v.26, n.6, p.340–353, 2009. Disponível em: <<http://jpo.sagepub.com/content/26/6/340.full.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2013.

RYAN-WENGER, N. A.; GARDNER, W. Hospitalized Children's Perspectives on the Quality and Equity of Their Nursing Care. **J Nurs Care Qual**, v. 27, n. 1, p. 35–42, Jan./Mar. 2012.

SALVAGNI, J.; SILVEIRA, M. A. N. Discursos Imagéticos: a fotografia como método da pesquisa social. In: **Anais Eletrônicos do II Encontro História, Imagem e Cultura Visual**; 2013, Porto Alegre (RS). Porto Alegre: PUC, 2013.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5ª Ed. São Paulo: Penso Editora LTDA, 2013.

SANTOS, M. R.; et al. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. **Texto contexto - enferm.** v. 22, n. 3, p.646-53, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a10.pdf>> Acesso em: 07 fev. 2015.

SARTORIO, N. A. **Potencialidades e limitações do uso da fotografia na pesquisa qualitativa de enfermagem**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SILVA, C. R. L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N. M. A. Ambiente e tecnologia: uma reflexão acerca do cuidado de enfermagem e conforto no ambiente hospitalar. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online**, v.2, n.2, p.883-8, Abr/Jun. 2010.

Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/313/pdf_23> Acesso em: 27 fev. 2013.

SILVA, F. D.; CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.15, n.4, p.686-693, Out./Dez. 2011.

SILVA, F. R.; *et al.* Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades e potencialidades. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. v. 12, n. 2, p.580-90, 2014. Disponível

em: <[HTTP://PERIODICOS.UNINCOR.BR/INDEX.PHP/REVISTAUNINCOR/ARTICLE/VIEWFILE/1609/PDF_237](http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/viewFile/1609/pdf_237)> Acesso em: 13 jan. 2015.

SILVA, R. C. C.; *et al.* A leitura como método de cuidado humanizado na clínica neurológica pediátrica: um estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 2, 2010.

Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3002/677>> Acesso em: 13 jul. 2013.

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. **Moreira Jr. Editora. Pediatria Moderna**, v. 46, n. 3, p.101-4, 2010.

SILVA, T. P.; *et al.* A interdisciplinaridade e suas contribuições para o cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line.**, v.7, n.(spe), p.4823-30, July. 2013.

Disponível

em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3276/pdf_2993> Acesso em: 27 fev. 2014.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; *et al.* Pesquisa qualitativa: uma alternativa para a análise da saúde no ambiente de trabalho. **J Nurs UFPE on line.**, v.7, n.(spe), p.4972-7, July. 2013.

Disponível

em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2923/pdf_3065> Acesso em: 27 fev. 2014.

SHEN, H.C.; *et al.* Hospital environment, nurse–physician relationships, and quality of care: questionnaire survey. **Journal of Advanced Nursing**, v.67, n.2, p.349–358, 2011.

SOARES, B. G.; SILVA, B. J. R. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Rev. esc. enferm. USP**, v.42, n. 3, p. 422-29, 2008. Disponível

em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a01.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2013.

SOARES, I. M.; GARCIA, C. A. Problemas comuns entre acompanhantes e equipe de enfermagem em pediatria. **Rev Enferm UNISA**. v.10, n.2, p.154-7, 2009. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-2-10.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2015.

SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery** (impr.), v.14, n.3, p. 551-9, Jul./Set. 2010.

STRASBURG, A. C.; *et al.* Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: percepção de mães acompanhantes. **Rev. enferm. UERJ**, v.19, n.2, p.262-7, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a15.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2015.

SVALDI, J. S. D.; SIQUEIRA, H. C. H. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.14, n. 3, p.599-604, 2010.

THOLL, A. D.; NITSCHKE, R. G. A ambiguidade de sentimentos vivenciados no cotidiano da equipe de enfermagem pediátrica. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.12, n.1, p.17-26, 2012. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol12-n1/v.12_n.1-art2.pesq-a-ambiguidade-de-sentimentos-vivenciados-no-quotidiano.pdf> Acesso em: 13 jan. 2015.

TORRES, G. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. P. 38-48.

VILLAÇA, T. M. Minimizando os traumas da hospitalização: a utilização do brinquedo terapêutico na assistência da criança e sua família. In: FONSECA, A. S. **Enfermagem pediátrica**. São Paulo: Martinari, 2013. P.149-162.

APÊNDICES



APÊNDICE A – Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a):

Eu, _____ concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/FURG) Juliane Portella Ribeiro (ju_ribeiro1985@hotmail.com, CI: 1074123215), intitulado “**A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO DA UNIDADE DE PEDIATRIA**” sob a orientação da Profª. Drª. Enfª Giovana Calcagno Gomes (giovana.calcagno@furg.br, CI: 4029635838 / telefone: 32338858). O mesmo tem por objetivo analisar a ambiência de unidades pediátricas como ferramenta para a humanização da assistência a partir da percepção dos diferentes atores implicados no processo de produção de saúde.

A pesquisa possui delineamento qualitativo exploratório e será realizada por meio de fotos, entrevistas semiestruturadas e foto-elicitação que serão gravadas para posterior análise.

Declaro que fui informado (a):

- dos objetivos e da justificativa do trabalho;
- de que a coleta de dados será realizada através de fotografias do ambiente de pediatria, entrevista semiestruturada com emprego de foto-elicitação;
- de que serão respeitadas as implicações éticas e legais que envolvem o Direito de Imagem, conforme o disposto na Constituição Federal, em seu artigo 5º, incisos X e XXIII, e Código Civil em seu artigo 11 e seguintes;
- da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado, e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos Éticos e Legais durante e após o término do trabalho, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como, dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
- da liberdade de obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS, da FURG, localizado no HU ou mediante contato com a pesquisadora responsável.

O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito desta pesquisa, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso de câmera fotográfica e gravador nos momentos em que se fizer necessário, bem como o uso de minha imagem no relatório final dessa pesquisa e, posteriormente, em artigos publicados em revistas e em apresentações de eventos na forma de pôster e tema livre.

Rio Grande, _____ de 2014.

Dda. Juliane Portella Ribeiro PPGEnf/FURG

Assinatura do participante

Profª. Drª. Enfª Giovana Calcagno Gomes
Contato: (53) 32338858

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista para os Trabalhadores da Unidade de Pediatria

Data: ____/____/2014.

Identificação codificada: ☐ ☐**Parte I – Dados de Identificação**

Idade: _____

Sexo: () Masculino

() Feminino

Local de trabalho: () Pediatria HU/FURG

() Pediatria HE/Hospital A

Ano de formação em Enfermagem: _____

Tempo de trabalho na Unidade de Pediatria: _____

Pós-graduação: () Não

() Sim. Especifique: _____

Parte II – Ambiência da Unidade de Pediatria

1-Em sua opinião, como deve ser o ambiente de uma Unidade Pediátrica?

2- Como você percebe o ambiente da Unidade de Pediatria?

3- Em sua opinião que aspectos devem ser valorizados quando buscamos a humanização da Unidade de Pediatria?

4- Em sua opinião, o ambiente da Unidade de Pediatria exerce influencia no comportamento das crianças e de seus familiares durante a hospitalização? De que forma?

5- Fale-me como se dá a participação criança-família-profissionais no cuidado realizado na Unidade de Pediatria?

6- Em sua opinião, que recursos podem auxiliar a criança e seus familiares no enfrentamento da hospitalização?

7- Fale-me quais recursos a Unidade Pediátrica dispõe para auxiliar a criança e seus familiares no enfrentamento da hospitalização e humanização da assistência?

8- Em sua opinião, o ambiente da Unidade Pediátrica oferece conforto as crianças e seus familiares? De que forma?

9- Em sua opinião, a forma como o ambiente da Unidade Pediatria está organizado influencia no processo de trabalho da equipe de enfermagem? Explique.

10- Quais aspectos você considera que facilitam o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?

11- Quais aspectos você considera que dificultam o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?

- 12- Em sua opinião, que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar o trabalhador de enfermagem no desenvolvimento do seu processo de trabalho na Unidade Pediátrica?
- 13- Em sua opinião, o ambiente da Unidade Pediátrica oferece conforto aos trabalhadores de enfermagem? De que forma?
- 14- Em sua opinião, que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar na humanização do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?
- 15- Fale-me sobre a relação interpessoal dos profissionais da equipe de enfermagem no ambiente da Unidade de Pediatria?
- 16- Fale-me sobre a relação interpessoal estabelecida entre os profissionais de enfermagem e os diversos profissionais da saúde (diferentes formações) que atuam no ambiente da Unidade de Pediatria?
- 17- Em sua opinião, as relações interpessoais no ambiente da Unidade de Pediatria influenciam no seu modo de ser enfermeiro? De que forma?
- 18- Em sua opinião, que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar a integração entre os profissionais da equipe de enfermagem? E, que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar a integração entre os profissionais da equipe de enfermagem e os diversos profissionais da saúde (diferentes formações) que atuam no ambiente da Unidade de Pediatria?
- 19- Se você pudesse modificar a Unidade de Pediatria, em qualquer aspecto (estrutura física, organização do processo de trabalho, relações interpessoais, etc.), o que você mudaria? Por quê?

Parte III – Encerramento

A entrevista está terminando. Há alguma informação que você gostaria de compartilhar?

Agradeço você por compartilhar estas informações comigo. Obrigada pelo seu tempo e participação.

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista para os Usuários da Unidade de Pediatria

Data: ____/____/2014.

Identificação codificada: ☐ ☐**Parte I – Dados de Identificação**

Idade: _____

Sexo: () Masculino

() Feminino

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Grau de parentesco com a criança hospitalizada: _____

Constituição familiar: _____

Local em que a criança está internada: () Pediatria HU/FURG

() Pediatria HE/Hospital A

Parte II – Ambiência da Unidade de Pediatria

1-Em sua opinião, como deve ser o ambiente de uma Unidade Pediátrica?

2- Em sua opinião que aspectos devem ser valorizados quando falamos em humanização da Unidade de Pediatria?

3- Em sua opinião, o ambiente da Unidade de Pediatria exerce influencia sobre o comportamento da criança durante a hospitalização? De que forma?

4- Em sua opinião, o ambiente da Unidade de Pediatria exerce influencia sobre o seu comportamento durante a realização de cuidados a criança hospitalizada? De que forma?

5- Fale-me como se dá a participação criança-família-profissionais no cuidado na Unidade de Pediatria?

6- Em sua opinião, que recursos podem auxiliar a criança e você no enfrentamento da hospitalização e tornar o ambiente da Unidade de Pediatria humanizado?

7- Fale-me quais recursos a Unidade Pediátrica dispõe para auxiliar a criança e você no enfrentamento da hospitalização e humanização da assistência?

8- Em sua opinião, o ambiente da Unidade Pediátrica oferece conforto a crianças e a você? De que forma?

9- Em sua opinião, a forma como o ambiente da Unidade de Pediatria está organizada influencia no processo de trabalho da equipe de enfermagem? Explique.

10- Quais aspectos você considera que facilitam o trabalho da enfermagem na Unidade Pediátrica?

11- Quais aspectos você considera que dificultam o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?

12- Em sua opinião, que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar o trabalhador de enfermagem no desenvolvimento do seu processo de trabalho na Unidade Pediátrica?

13- Em sua opinião, o ambiente da Unidade Pediátrica oferece conforto aos trabalhadores de enfermagem? De que forma?

14- Em sua opinião, que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar na humanização do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?

15- Se você pudesse modificar a Unidade de Pediatria, em qualquer aspecto (estrutura física, organização do processo de trabalho, relações interpessoais, etc.), o que você mudaria? Por quê?

Parte III – Encerramento

A entrevista está terminando. Há alguma informação que você gostaria de compartilhar?

Agradeço você por compartilhar estas informações comigo. Obrigada pelo seu tempo e participação.

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista para os Gestores da Instituição Hospitalar

Data: ____/____/2014.

Identificação codificada: ☐ ☐**Parte I – Dados de Identificação**

Idade: _____

Sexo: () Masculino

() Feminino

Local de trabalho: () HU/FURG

() HE/Hospital A

Ano de graduação e curso: _____

Tempo de trabalho na Gestão: _____

Pós-graduação: () Não

() Sim. Especifique: _____

Parte II – Ambiência da Unidade de Pediatria

1-Em sua opinião, como deve ser o ambiente de uma Unidade Pediátrica?

2- Em sua opinião que aspectos devem ser valorizados quando buscamos a humanização da Unidade de Pediatria?

3- Em sua opinião, que recursos podem auxiliar a criança e seus familiares no enfrentamento da hospitalização e tornar o ambiente da Unidade de Pediatria humanizado?

4- Fale-me quais recursos a Unidade Pediátrica dispõe para auxiliar a criança e seus familiares no enfrentamento da hospitalização e humanização da assistência?

5- Em sua opinião, o ambiente da Unidade Pediátrica oferece conforto as crianças e seus familiares? De que forma?

6- Em sua opinião, a forma como o ambiente da Unidade Pediatria está organizada influencia no processo de trabalho da equipe de enfermagem? Explique.

7- Quais aspectos você considera que facilitam o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?

8- Quais aspectos você considera que dificultam o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?

9- Em sua opinião, que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar o trabalhador de enfermagem no desenvolvimento do seu processo de trabalho na Unidade Pediátrica?

10- Em sua opinião, o ambiente da Unidade Pediátrica oferece conforto aos trabalhadores de enfermagem? De que forma?

11- Em sua opinião, que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar na humanização do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?

12- Em sua opinião, as relações interpessoais estabelecida entre profissionais da equipe de enfermagem influenciam no desenvolvimento do processo de trabalho no ambiente da Unidade de Pediatria? De que forma?

13- Em sua opinião, as relações interpessoais estabelecida entre os profissionais de enfermagem e os diversos profissionais da saúde (diferentes formações) influenciam no desenvolvimento do processo de trabalho no ambiente da Unidade de Pediatria? De que forma?

14- Em sua opinião, que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar a integração entre os profissionais da equipe de enfermagem? E, que recursos poderiam ser utilizados/implantados para auxiliar a integração entre os profissionais da equipe de enfermagem e os diversos profissionais da saúde (diferentes formações) que atuam no ambiente da Unidade de Pediatria?

15- Se você pudesse modificar a Unidade de Pediatria, em qualquer aspecto (estrutura física, organização do processo de trabalho, relações interpessoais, etc.), o que você mudaria? Por quê?

16_ Que estratégias a direção da instituição implantou ou pretende implantar para qualificar a assistência prestada no hospital e na Unidade de Pediatria?

Parte III – Encerramento

A entrevista está terminando. Há alguma informação que você gostaria de compartilhar?

Agradeço você por compartilhar estas informações comigo. Obrigada pelo seu tempo e participação.

ANEXOS



ANEXO A – Parecer de aprovação para Realizar Pesquisa no Hospital Escola e Outras Unidades (Hospital A/FAU)

Zimbra

ensino@heufpel.com.br

FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO REALIZAR PESQUISA HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS(UFPel/FAU)

De : FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO REALIZAR PESQUISA HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS <ensino@heufpel.com.br> Dom, 11 de Mai de 2014 23:36

Maicon

Assunto : FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO REALIZAR PESQUISA HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS(UFPel/FAU)

Para : ensino@heufpel.com.br, ensino he <ensino.he@gmail.com>, guilherm3@gmail.com



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR PESQUISA NO HOSPITAL ESCOLA e OUTRAS UNIDADES (UFPel/FAU)

Este formulário destina-se a todo usuário que deseja utilizar serviços / setores do Hospital Escola e/ou demais unidades para o desenvolvimento de pesquisa.

Documento nº: 00483/14

Título do trabalho: A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO DA UNIDADE DE PEDIATRIA

Registro/ Comitê Ética: NAO Qual comite: XX Nº Registro: XX

Autor principal: JULIANE PORTELLA RIBEIRO

Email: ju_ribeiro1985@hotmail.com

Telefone: 053-32721106, 053-84248513

Formação: MESTRE EM ENFERMAGEM

Colaboradores: GIOVANA CALCAGNO GOMES

Tipo de trabalho: TESE

Instituição vinculada: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)

Objetivo principal do trabalho: ANALISAR A AMBIÊNCIA DE UNIDADES PEDIÁTRICAS COMO FERRAMENTA PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS DIFERENTES ATORES IMPLICADOS NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SAÚDE.

Área principal: ENFERMAGEM Outra: XX

Tipo de pesquisa: PESQUISA DE INTERESSE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Recursos / Modalidade : FINANCIAMENTO COM RECURSOS PRÓPRIOS

Despesas (descrever as principais PF, PJ e etc): MATERIAL DE CONSUMO, TINTA PARA IMPRESSORA, FOLHAS DE OFÍCIO-A4, MATERIAL BIBLIOGRÁFICO, GRAVADOR DE ÁUDIO, CÂMERA FOTOGRÁFICA DIGITAL, DESLOCAMENTO URBANO E INTERURBANO, SOFTWARE NVIVO.

TOTAL: R\$ 6.780,00

Data prevista para início: 15/06/2014, data prevista para término: 31/11/2014 (a data para início está condicionada ao prazo de tramitação deste formulário nos órgãos responsáveis)

Local para aplicação: HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS (HE/UFPel) E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR. (HU/FURG)

Setor / serviço: UNIDADE DE PEDIATRIA

Público Alvo: FAMILIARES DE USUÁRIOS, TRABALHADORES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E GESTORES DE ENFERMAGEM E SAÚDE

Nº da amostra: 44

Carga Horária necessária / dia: 6

Periodicidade: DIÁRIA

Turnos: MANHÃ, TARDE E NOITE

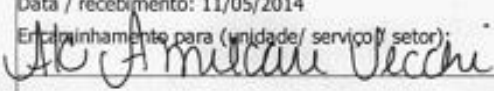
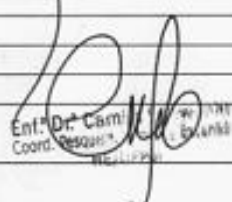
Horários: 9 as 11h; 15 as 17h; 20 as 22h.

Nº de participantes que realizarão coleta de dados: 3

Obs: O Autor Principal deverá enviar a relação dos participantes para o e-mail educacao@fau.com.br após a aprovação do CEP.

Data da solicitação: 11/05/2014

Nome do responsável pela solicitação: JULIANE PORTELLA RIBEIRO

CAMPO DESTINADO A COMISSÃO DE ANÁLISE E PARECER	
Nº do documento: 00483/14	
Data / recebimento: 11/05/2014	
Encaminhamento para (unidade/ serviço/ setor):	
	
Data / encaminhamento: <u>13.05.14</u>	
Assinatura e carimbo / Coord. Ensino, Pesquisa e Extensão:	
	
Data / recebimento: <u>15.5.14</u>	
Parecer / área:	
☒ Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão, tendo sido analisado questões físicas, de estrutura e de ocupação, além dos benefícios para o serviço e/ou setor.	
☐ Aprovo parcialmente a execução / aplicação do trabalho em questão.	
Encaminhamento para parecer do departamento / serviço:	
Solicito que sejam analisadas questões referente a	
☐ Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.	
Motivo:	
Data / encaminhamento: <u>15.5.14</u>	
Assinatura e carimbo / Chefia / Área:	
	
Data / recebimento: ____/____/____	
Outro / parecer:	
Área:	
☐ Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.	
☐ Não aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.	
Motivo:	
Data / encaminhamento: ____/____/____	
Assinatura e carimbo / Chefia / Área:	
Parecer Final / Direção (A autorização para realização desta pesquisa está condicionada a entrega da carta de aprovação do CEP e Apólice de Seguros na Coord. Ensino, Pesquisa e Extensão.)	
☒ Aprovado, dependente de avaliação e parecer final do CEP	
☐ Com restrições / Motivo:	
☐ Não aprovado	
Diretor:	Em: <u>13.05.14</u>
	Prof. Dr. Camila Schwörke Coord. Pesquisa, Ensino e Extensão HE/UFPEL

**ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
(CEPAS/FURG)**



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 85/ 2014

CEPAS 033/2014

CAAE: 31172914.6.0000.5324

Título da Pesquisa: A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO DA UNIDADE DE PEDIATRIA

Pesquisador: Giovana Calcagno Gomes

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no parecer 068/2014, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **“A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO DA UNIDADE DE PEDIATRIA”**.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado **relatório semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 01/02/2015

Rio Grande, RS, 15 de julho de 2014.

Prof^a. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG