



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA**

**CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DA  
CRIANÇA HOSPITALIZADA**

**SANTOS - SP**

**2019**

**ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA**

**CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DA  
CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Regina Viodres Inoue.

**SANTOS - SP**

**2019**

[Dados Internacionais de Catalogação]  
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

---

S586C Silva, Alana Cristina de Sousa Alencar.  
Concepções da equipe de enfermagem sobre o cuidado da criança hospitalizada.  
/ Alana Cristina de Sousa Alencar Silva; orientadora Sílvia Regina Viodres  
Inoue. - 2019.  
80 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de  
Pós-Graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Enfermagem. 2. Concepções. 3. Cuidado. 4. Criança hospitalizada I. Inoue,  
Sílvia Regina Viodres. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.3)

---

Maria Rita C. Rebello Nastasi - CRB 8/2240

**ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA**

**CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DA  
CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Regina Viodres Inoue.

**Aprovada em: 27/ 09 /2019.**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Regina Viodres Inoue – UNISANTOS**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Carolina Luisa Barbieri - UNISANTOS**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Hilda Capelão Avoglia - UNISANTOS**

**SANTOS - SP  
2019**

“...Quando a solidão doeu em mim, quando meu passado não passou por mim, quando eu não soube compreender a vida, Tu vieste compreender por mim. Quando os meus olhos não podiam ver, tua mão segura me ajudou a andar... Quando eu não tinha mais amor no peito, teu amor me ajudou a amar;

Quando os meus sonhos vi desmoronar, me trouxeste outro pra recomeçar,  
Quando me esqueci que era alguém na vida teu amor veio me lembrar,  
Que Deus me ama, que eu não estou só, que Deus cuida de mim e me diz coragem.”

Padre Fábio de Melo

(A presença de Deus em minha vida).

## AGRADECIMENTOS

É difícil chegar nesse momento e não fazer uma reflexão sobre toda essa jornada que provocou tantas mudanças em minha vida e no sujeito que me tornei. Lembro-me do olhar assustado e o medo que se apresentou em meus olhos diante daquele novo mundo. Meu coração palpitava, mas algo dentro de mim também dizia que eu não estaria só e nem desamparada. Essa voz que não calava e ao mesmo tempo acalentava o meu coração era Deus, o meu Deus de amor e misericórdia que nunca me deixou desistir e nem desacreditar de mim, e mesmo diante das sombras sempre me mostrou a luz e a esperança. E me dizia: menina vá! O céu é seu limite, o mundo lhe chama, assim como todos os outros que você poderá ajudar. E eu fui! Com medo, mais fui! Confiante que sua mão sempre me sustentaria e com a certeza que eu não estaria sozinha, jamais!

E nessa jornada muitos outros surgiram e me sustentaram pra eu chegar até aqui, desde o primeiro momento da seleção. Pessoas que embarcaram comigo nesse projeto e sonho.

Á você Rafaelle, minha irmã e amiga que a vida me deu. Sem seu olhar acadêmico e suas palavras de coragem eu não teria feito a seleção, nem experimentado esse novo na minha vida.

Minha grande amiga e incentivadora de todas as horas, Socorro. Tantas vezes ao longo da minha jornada, enxugou minhas lágrimas e me impulsionou a não desistir. Sempre me apoiando e repetindo: “você tem potencial!”

Á você Déborah Nadja, sempre me inquietando pra que eu buscasse ampliar o meu olhar e me cobrando para que eu me aventurasse na formação da docência.

Aos meus pais (Severino e Lourdes), que sempre cuidaram dos meus filhos quando precisei me ausentar pra assistir as aulas, especialmente a você, minha mãe, grande incentivadora dos meus estudos, sempre!

Aos meus irmãos (Amanda e Adolfo) que sempre fizeram uma rede de sustentação todas as vezes que necessitei me ausentar de casa.

As minhas colaboradoras do lar: Aleksandra e Karla, que mantêm minha casa funcionando e cuidam com amor das minhas crianças: Ana Emília e Miguel.

Aos meus queridos discentes, que sempre me inspiraram a buscar mais conhecimento para somar com nossas partilhas acadêmicas. Em especial: Bruna,

Thaís, Julliany, Lourrany, Elizabethy, Vitória, Nadine, Letânia, que sempre ouviram minhas inquietações teóricas e me auxiliaram com suas críticas construtivas, até mesmo quando me ensinaram a olhar com mais cuidado os meus construtos.

E como não ressaltar minhas companheiras de aventuras acadêmicas: Mônica, Anadélia, Karina, e Adriana, as médicas mais gente boas e comprometidas com o cuidado que já conheci!

E a vocês meus companheiros e amigos de jornada: Téssya, Simone e Yordan. Vocês foram peças importantes e fundamentais pra eu ter chegado aonde cheguei. Juntos em uma só vibração, sabemos como fora tempos de lutas e de abdicação para concluirmos essa jornada de conhecimentos.

Não posso deixar de registrar aqui a gratidão que sinto pelo apoio de minhas amigas e colegas de trabalho: Wanessa, Daniela e Glaucia. Sem o suporte de vocês junto aos meus estagiários, em minhas ausências, não teria conseguido dar conta dessa tarefa árdua.

E como não lembrar uma alma iluminada que Deus colocou no meu caminho. Claro que é você meu amigo Pierre, sempre me impulsionando e me ajudando com minha escrita.

E por fim, e não menos importante a você minha querida orientadora Sílvia Viodres Inoue, que embarcou comigo nesse sonho e jornada de almas. Sempre acolhendo minhas inquietações e me mostrando como transpor as barreiras das minhas limitações. Vencemos juntas!

Agora de uma forma muito especial e com o coração cheio de gratidão, à você meu Amor (Júnior) e vocês meus filhos (Ana Emília e Miguel), sei que perdi momentos importantes na vida de vocês e precisei me ausentar para conseguir concretizar o meu sonho de ser mestre. Contudo, tenho plena convicção que, se não fosse o amor, que me une a vocês, eu não teria conseguido chegar até aqui. Vocês sempre serão a razão que me inspira a querer ser melhor todos os dias. Eu os amo!

Obrigada também, de modo especial, a professora Lourdes pelo seu cuidado e carinho comigo. A senhora foi um anjo enviado por Deus para cuidar e interceder por mim nessa jornada do mestrado.

Obrigado a minha banca de qualificação nas pessoas das professoras Carolina Barbieri e Tarciana Sampaio pelo carinho e cuidado que tiveram ao contribuírem com o meu trabalho. Nunca esquecerei a prontidão de vocês comigo! E também a minha

banca de defesa nas pessoas da professora Carolina Barbieri e da Hilda Capelão sou muito grata por vocês estarem comigo nessa reta final e por toda a contribuição de vocês no meu trabalho final.

E para concluir os meus agradecimentos, a vocês minhas participantes da pesquisa, que buscam assim como eu compreender uma forma terapêutica que possa minimizar os danos causados as nossas crianças hospitalizadas.

A todos, o meu mais sincero MUITO OBRIGADO!



## RESUMO

Os hospitais pediátricos são espaços que requerem uma diferenciação não apenas física, mas principalmente na fluidez das relações entre os profissionais da equipe interdisciplinar, o paciente e seu acompanhante/familiar. Diversas são as situações que podem levar uma criança a ser hospitalizada, por isso, a assistência humanizada é de fundamental importância no cuidar das práticas em saúde, para que esse processo de hospitalização seja o mais breve e menos traumático possível. O estudo objetivou compreender as concepções da equipe de enfermagem sobre o cuidado da criança hospitalizada. A partir de uma investigação com abordagem qualitativa, participaram da pesquisa oito profissionais da equipe de enfermagem de um hospital pediátrico. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada. Os dados foram levantados através da Análise de Conteúdo, sistematizada por Bardin, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens através de procedimentos temáticos. A partir da análise dos relatos das participantes, emergiram quatro categorias, sendo elas: O cuidado da equipe de enfermagem com crianças hospitalizadas; A interface entre o cuidado humanizado e o cuidado técnico; Trabalho interdisciplinar/relação interpessoal e Relação com o trabalho/rotina. Concluiu-se que os componentes que constroem o relacionamento interpessoal entre os sujeitos são primordiais no desenvolvimento do cuidado com vistas a sua humanização, contemplando a empatia e a escuta da necessidade do outro. Possibilitando formas mais eficientes de cuidar e organizar o trabalho. Pois o processo de trabalho da equipe de enfermagem deve ser organizado no sentido de envolver tanto a criança quanto o acompanhante/familiar, com o propósito de oferecer ações de assistência singular. O conhecimento gerado nesse estudo poderá proporcionar subsídios para a (re)construção de uma concepção de cuidado à criança hospitalizada, pela equipe de enfermagem, atrelado às necessidades da criança, que refletirá diretamente no processo saúde-doença e na construção do vínculo gerado na relação Equipe-paciente-família.

**Palavras Chave:** Enfermagem; Concepções; Cuidado; Criança hospitalizada.

## ABSTRACT

Pediatric hospitals are spaces that require not only physical differentiation, but especially in the relations between interdisciplinary team professionals, the patient and their companion/family. There are several situations that needs a child to be hospitalized, so humanized care is the fundamental importance in taking health practices care, to make the hospitalization process brief and less traumatic. The study aimed to understand the nursing team conceptions about the hospitalized children care. From an investigation with a qualitative approach, eight professionals from the nursing team in pediatric hospital participated. The instrument used for data collection was a semi-structured interview. Data were collected through Content Analysis, systematized by Bardin, which uses systematic procedures and objective description of message content through thematic procedures. From the participants' reports analysis, four categories emerged, namely: The nursing staff care with hospitalized children; The interface between humanized care and technical care; Interdisciplinary work/interpersonal relationship and Relationship with work/routine. It was concluded that the components that build the interpersonal relationship between the subjects are paramount in care development with a humanization view, contemplating empathy and listening the others' need. Enabling efficient ways to care and organized work. The nursing work process must be organized in order to involve both the child and the companion/family, with the purpose of offering singular assistance actions. The knowledge generated in this study may provide subsidies for the (re) construction of care concept for hospitalized children, by the nursing team, linked to the child's needs, which will reflect directly on the health-disease process and the bond construction in the patient-family-team relationship.

**Keywords:** Nursing; Conceptions; Watch out; Hospitalized child.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da Análise das Entrevistas realizada como fonte de dados da pesquisa, 2019 .....	42
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das entrevistadas .....	40
Quadro 2 – Categorias e subcategorias das análises .....	444
Quadro 3- O cuidado da equipe enfermagem com crianças hospitalizadas.....	455
Quadro 4- A interface entre o cuidado humanizado e o cuidado técnico .....	511
Quadro 5- Categoria: Relação interpessoal/Trabalho interdisciplinar .....	555
Quadro 6- Categoria: Relação com o trabalho/Rotina.....	599

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO .....	144
2. OBJETIVOS .....	199
2.1. OBJETIVO GERAL .....	199
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	199
3. MARCO TEÓRICO .....	20
3.1. O CUIDADO E A HUMANIZAÇÃO .....	20
3.2. O CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA PELA ENFERMAGEM .....	277
3.3. AS RELAÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E A PRÁTICA DO CUIDADO .....	311
4. MÉTODO .....	333
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	333
4.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	344
4.3. PARTICIPANTES .....	355
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	357
4.5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	357
4.6. ANÁLISE DOS DADOS .....	389
4.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	401
5.1. CATEGORIZAÇÕES DAS ENTREVISTAS .....	444
5.1.1 - Categoria 1 - O cuidado de equipe de enfermagem com crianças hospitalizadas .....	455
5.1.2 - Categoria 2 - A interface entre o cuidado humanizado e o cuidado técnico .....	511
5.1.3 - Categoria 3 - Trabalho interdisciplinar/Relação interpessoal .....	555
5.1.4 - Categoria 4 - Relação com o trabalho/Rotina .....	599
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	622
REFERÊNCIAS.....	644

APÊNDICES .....	733
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Equipe de Enfermagem .....</b>	<b>733</b>
APÊNDICE B - Entrevista Semiestruturada para coleta de dados com a Equipe de Enfermagem.....	755
APÊNDICE C - Termo de Compromisso do Pesquisador.....	766
<b>ANEXO A – Aprovação do projeto no comitê de ética .....</b>	<b>777</b>
ANEXO B - Declaração da Instituição Coparticipante .....	80

## 1. INTRODUÇÃO

O hospital é caracterizado principalmente por seu sistema organizacional complexo e dinâmico, visto que são designados a lidar cotidianamente com pessoas, esses são convocados, cada vez mais, a pensar sobre o atendimento humanizado. Esses espaços coletivos defendem diariamente não só suas crenças, valores e convicções, como também apresentam realidades divergentes umas das outras (FOSSARI, 2018).

Nos hospitais pediátricos, especificamente, é requerido uma diferenciação não apenas física, mas principalmente na fluidez das relações entre os profissionais da equipe interdisciplinar. Por exemplo, a presença de um responsável é primordial no atendimento à criança, seja por um familiar ou alguém que esteja prestando assistência durante sua doença. Nesse período as crianças se sentem vulneráveis devido ao isolamento e distanciamento do seu espaço de convívio e segurança, por isso elas precisam ser acolhidas integralmente pela equipe de cuidados, que por sua vez esses devem compartilhar da mesma linha de tratamento (FOSSARI, 2018).

Diversas são as situações que podem levar uma criança a ser hospitalizada, seja por um adoecimento breve ou uma doença crônica que poderá afastá-la do seu ambiente familiar (GOMES; ERDMANN, 2005). O ambiente hospitalar por se tratar de um espaço desconhecido para criança, com pessoas estranhas e procedimentos que podem, por vezes, levá-las a se sentirem frágeis e desprotegidas, é um local susceptível a deixar marcas na memória, podem, inclusive, deixar marcas no corpo do infante.

Para criança adoecer pode ser um processo que traz à tona diversas fantasias, além de limitá-la diante das atividades do cotidiano. Nesse sentido, para esses pacientes a doença lhes podam frente essas possibilidades que a rotina doméstica lhes proporciona. Dessa maneira, a equipe de enfermagem deve considerar a subjetividade da criança, pois ela pode entender a doença como um ataque a si, à sua integridade e ao seu desenvolvimento emocional (NASCIMENTO, 2013).

Contudo, se houver um acolhimento e entendimento entre a criança, a família e a equipe de enfermagem, esse vínculo poderá favorecer a recuperação desse

paciente, assim como propiciará o enfrentamento de possíveis problemas que possam surgir no período da hospitalização infantil. O acolhimento e atenção integral devem visar compreender as necessidades específicas das crianças e minimizar as ameaças a sua integridade psíquica. Essa ação pode ser favorecida mediante a escuta e o respeito dos seus próprios direitos, envolvendo-as no processo de tratamento e nos aspectos biológicos da enfermidade, em uma assistência ampliada (NASCIMENTO, 2013).

Dessa forma, oferecer um ambiente cercado de um cuidado humanizado durante esse período de hospitalização para essa criança proporcionará a esse paciente um processo de adoecimento menos traumático e doloroso, e garantirá conforto ao acompanhante. Gomes e Erdmann (2005; p. 22) assinalam que:

O cuidado humano à criança requer a interação com a sua família da forma mais integral possível: ouvindo-a, percebendo a sua problemática, suas perspectivas... Para um cuidado humanizado o assistir deve ir além do atendimento focalizado exclusivamente no risco biológico.

Consoante Ayres (2004) perceber que por trás da patologia existe um sujeito com uma história própria, pode transformar essa relação de cuidado num encontro terapêutico singular. Nesse sentido, o autor ressalta que o cuidado humanizado é a junção da aplicabilidade da técnica com o auxílio terapêutico singular, levando em consideração a subjetividade do sujeito, e como este lida com seu processo saúde-doença, proporcionando um diálogo entre essas duas vertentes e a permeabilidade nos dois espaços, oferecendo à criança hospitalizada um espaço cercado de cuidados.

Ayres (2006) ressalta ainda que a assistência humanizada seja de suma importância no cuidar das práticas de saúde, pois o exercício prático de um saber em saúde, para aquele que executa o cuidado, se apoiara pelo saber teórico, e possibilitará, no desenvolvimento de suas atividades, verdadeiros encontros intersubjetivos.

Segundo Batista (2012, p. 15), “humanizar significa ir ao encontro do outro”, pois o profissional de saúde poderá se respaldar nas ações de políticas públicas da área, igualmente na gestão dos serviços, no trabalho ético com os demais profissionais assim como nas orientações que possam trazer melhorias entre as



relações afetivas de quem cuida e do paciente. A partir dessas práticas o cuidado na relação equipe-paciente se desenvolverá de forma humanizada e integral, que estão diretamente implicados nas relações afetivas construídas através do acolhimento e dos vínculos afetivos.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 881 de 19 de julho de 2001, lança o PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, apresenta propostas e ações definidas para enfrentar desafios de melhorias da qualidade do atendimento público à saúde e valorização do trabalho dos profissionais desta área. O programa convoca os profissionais de saúde para criar condições que proporcionem possibilidades onde as demandas da população possam ser atendidas com qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2001; p. 5-6).

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas para transformar a assistência prestada ao usuário nos hospitais públicos do país e as melhorias na qualidade e na eficácia dos serviços prestados por estas instituições. O objetivo fundamental é aprimorar as relações entre o profissional de saúde e o usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, valorizando assim a dimensão humana e subjetiva das relações entre os autores envolvidos no processo.

Dessa forma, a humanização da assistência à saúde é uma conquista de uma melhor qualidade no atendimento para os usuários, assim como desenvolvem melhores condições de trabalho para os profissionais da área (BRASIL, 2001; p. 7-11). Entretanto, a PNH – Política Nacional de Humanização só foi consolidada como política em 2003, estabelecendo nas práticas de saúde as seguintes diretrizes do HUMANIZASUS:

- **Acolhimento:** que tem por objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre os serviços, equipes e usuários, diante da rede social afetiva que deve ser construída de forma coletiva;

- **Gestão Participativa:** essa expressa à inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisões, transformando os espaços de análises dos contextos, da política em geral como um espaço de aprendizado coletivo;

- **Ambiência:** são os espaços acolhedores que respeitam a privacidade, e propiciam mudanças no processo de trabalho, constituindo-se em lugares de convivência entre pessoas;

- **Clínica ampliada e compartilhada:** é uma ferramenta teórica e prática com a finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade no seu processo saúde/doença;

- **Valorização do Trabalhador:** que busca dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, oferecendo credibilidade à capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho;

- **Defesa dos Direitos dos Usuários:** busca garantir que os direitos destes sejam respeitados, assim como incentivar o conhecimento e o cumprimento dessas leis em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (BRASIL, 2015).

Corroborando com o exposto, segundo Batista (2012) o processo de trabalho da equipe de enfermagem deve ser organizado no sentido de envolver tanto a criança quanto o familiar/acompanhante, com o propósito de oferecer ações de assistências de qualidades, singularizada, integralizada, comprometida e capaz de promover o pleno restabelecimento da criança que se encontra hospitalizada e, em algumas situações, tem dificuldades de lidar com a situação de sua doença e hospitalização.

Essas crianças e familiares tem suas vidas atravessadas pelo processo de adoecimento, e, por vezes, necessita de uma assistência direta no período da hospitalização e/ou na pós-alta. Ocorre, igualmente, nesse processo de adoecimento, uma intensa inquietação por parte da criança e de seus familiares que em algumas situações, não se sabem lidar com esse processo nesses pacientes infantes, que poderá sofrer com a hospitalização. Posto isto, cabe à equipe de enfermagem, por ser o grupo da área interdisciplinar diretamente ligado ao paciente durante a hospitalização, acolher e orientar essas famílias e pacientes sobre como proceder durante o processo de cuidar da melhor forma (BATISTA, 2012).

Desse modo, o interesse pelo objeto de estudo surgiu na vida profissional da autora, com a prática como psicóloga no ambiente hospitalar que perdurou por treze anos entre um Hospital Geral e um Infantil. O propósito para o trabalho com essa análise permanece, nos dias atuais, enquanto orientadora e supervisora de estágio específico I e II, na Ênfase de Psicologia Promoção e Prevenção em Saúde na Área da Psicologia Hospitalar, assim como docente das disciplinas de Psicologia Hospitalar e Psicologia e Políticas Públicas da Saúde, no curso de Psicologia das Faculdades

Integradas de Patos - FIP. E hoje não mais como psicóloga da equipe multiprofissional que outrora já fez parte do corpo de profissionais do equipamento de saúde em que a pesquisa fora feita.

No Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISANTOS – Universidade Católica de Santos, enquanto mestranda visualizei a possibilidade de compreender e ampliar minhas inquietações pessoais e profissionais, no intuito de trazer à tona o entendimento desses profissionais que estão presentes na rotina dos hospitais, vinte quatro horas por dia, junto a seus pequenos pacientes. Para que seja possível ‘pensar’, em ações de humanização com enfoque em uma clínica ampliada e compartilhada sobre o cuidado que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do seu processo saúde-doença.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Compreender como as concepções de cuidado influenciam no modo de tratar a criança hospitalizada.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Compreender as concepções da equipe de enfermagem sobre o cuidado com a criança hospitalizada;
- b) Entender as relações do modo de cuidar no processo saúde-doença da criança hospitalizada.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. O CUIDADO E A HUMANIZAÇÃO

A Saúde Coletiva como campo do conhecimento traz também no âmbito das suas práticas, o processo Saúde-Doença-Cuidado como base de esforços no sentido de compreensão e formulação dos modelos e formas para intervenção. Discutindo a conceituação e operacionalização do Cuidado à Saúde, com a ‘possibilidade’ de apresentar desafios teóricos e práticos para a Saúde Coletiva e sua construção conceitual, abrindo novos diálogos no campo do conhecimento, saberes e práticas em saúde, constituindo um objeto privilegiado de pesquisa (CRUZ, 2009). O campo supracitado, também está

situado no espaço de relações entre as ciências sociais, a vida cotidiana e as ciências naturais assim como um conjunto de campos disciplinares que fundamenta suas práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial envolvendo determinadas práticas que tornam como objeto as necessidades sociais de saúde. E tendo como instrumentos de trabalho os distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades-intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, *apud* CRUZ, 2009, p. 7).

Conduzindo assim, enquanto movimento ideológico e comprometido com a transformação social, a perspectiva de apresentar possibilidades de articulação entre novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto Saúde-Doença-Cuidado (CRUZ, 2009). Nesse sentido, o cuidar deve ser construído de forma articulada as iniciativas teóricas e práticas que vinculem o cuidado individual para o tratamento dos grandes coletivos. O diagnóstico situacional, o planejamento das ações, o monitoramento de processos, os resultados relativos a determinados agravos e a situação de grupos populacionais específicos, promovem uma construção do cuidado com o sujeito inserido no coletivo, assim como no cuidado exclusivo, e, por conseguinte, pode promover ou emergir para um cuidado destinado ao grande coletivo (AYRES, 2004).

Termo polissêmico e atravessado pelas concepções de saúde e doença, o conceito de **Cuidado** no campo da saúde indica um objeto complexo, não linear, sintético, plural, emergente, multifacetado, alvo de diversas miradas e

fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência (CRUZ, 2009; p. 9).

Nesse aspecto, diversos são os usos, sentidos e significados do termo *cuidado*, sua conceituação e operacionalização, apresenta-se como grande desafio teórico e prático no campo da Saúde Coletiva (CRUZ, 2009).

Sendo assim, não se cuida efetivamente de indivíduos sem auxiliar as populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos. E se dispor a ouvir o paciente, percebendo quais os aspectos que podem fazer de um encontro terapêutico uma relação de cuidado, estabelece uma correlação entre o humano e o cuidado nas práticas de saúde (AYRES, 2004).

Dessa maneira, perceber que por trás de cada patologia existe uma história e um sujeito subjetivo é compreender que é possível reconstruir as práticas de saúde promovendo a humanização da atenção a essa. Assim, *Humanizar* também significa para Ayres (2004) transformar as ações assistenciais propriamente ditas, pois a estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Ayres ressalta ainda que o cuidado é uma designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento físico ou mental, e, por conseguinte também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Enquanto para Deslandes (2004) o termo “*humanização*” tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde, definindo-se, nessa área, como o cuidado do ponto de vista técnico associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional, valorizando o diálogo Intra e Inter equipes. Dessa forma, os entornos teóricos e operacionais sobre o conceito do que se designa humanização, não são consensuais, assim, é conveniente demarcar sua abrangência e aplicabilidade. Além de ser considerado um novo campo de saberes e de muitas possibilidades: “tanto para o aumento da qualidade na assistência quanto para uma nova ordem relacional pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo” (DESLANDES, 2004, p. 8).

Visto isto, corroborando com a autora supracitada, faz-se necessário compreender melhor sobre a política da humanização, tema no qual a discussão foi intensificada nos últimos anos, nas pesquisas que buscavam melhorias nos serviços

e ações em saúde. Em 2000 foi criado no Brasil o **PNHAH – Programa Nacional de Humanização Hospitalar**, que depois foi substituído pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), para que direitos como: equidade, integralidade e participação social do usuário fossem garantidos.

O movimento no Brasil intitulado “Humaniza – SUS” vem trabalhando questões emergentes nas áreas de prevenção, atenção e recuperação da saúde da população. Tendo como finalidade, dar suporte ao atendimento aos pacientes, com ações em saúde direcionadas para o atendimento humanizado. Faz-se necessário compreender os processos e interações entre os atores envolvidos, equipe-paciente-família, para promover uma cultura favorável de atendimento voltado para a relação interprofissional e interpessoal existentes nos processos de atendimento em saúde (FOSSARI, 2018. p.39).

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge no ano de 2003 com o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, na rotina das práticas de atenção e gestão em saúde, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do Sistema Único de Saúde, com o intuito de proporcionar a comunicação entre estes três grupos para que seja possível promover uma série de debates em direção as mudanças que possibilitem uma forma mais eficiente de cuidar e organizar o trabalho em saúde (BRASIL, 2010).

Posto isto, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula não só a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, como também possibilita a construção de processos coletivos para o enfrentamento diante das relações de poder, trabalho e afeto, que por vezes induzem atitudes e práticas desumanizadoras inibindo a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2010).

Em 2004 foi realizado o 1º Seminário Nacional de Humanização em Brasília com o prêmio “David Capistrano: O SUS que dá certo”, desde então, é através das experiências positivas, concretas e vividas nos equipamentos de saúde por todo o território nacional, que a PNH se respalda, aglutina forças e fomenta novas práticas de saúde. Portando como lema: “SUS que dá certo”, a humanização ascende à condição de política pública, deixando de ser opção de uma determinada gestão ou partido, assim, são criadas sem portarias, com o intuito de estar presente no interior

das políticas de saúde, enfatizando que os processos de humanização são determinados pelas características locais de cada realidade, e não podem ser generalizáveis (BRASIL, 2011).

De acordo com Mitre (2006), a humanização na ótica desses documentos pressupõe, entre outros, o atendimento de boa qualidade, o respeito à singularidade e aos direitos dos usuários e, igualmente, uma melhora na relação entre profissionais da saúde e usuários. Posto isto na área de cuidados pediátricos, significa reconhecer a criança como cidadão, portador de direitos e promover condições para que seja participante no processo de produção da área.

Nesse sentido, como a instituição hospitalar é regida por regras pautadas em disciplina, eficiência e hierarquização de saberes, a produção de rotinas que os usuários encontram, dispõem, no geral, de pouco espaço para expressar sua singularidade e autonomia. Assim, é sabido que essas particularidades institucionais 'podem' desencadear na criança um processo despojador, no qual o indivíduo vai sendo gradativamente destituído de seus papéis sociais e torna-se um 'caso' (FOSTER; ANDERSON, 1978), passando muitas vezes a ser visto apenas como uma doença personificada e não como um sujeito (MITRE, 2006).

Essa situação é reforçada por um modelo de atendimento no qual, muitas vezes, espera-se da criança e de seus acompanhantes o completo conhecimento dessas rotinas e regras, além da habilidade para lidar com os dispositivos desse complexo território. Esquece-se que o que se constitui como rotina de trabalho para a equipe de saúde é um acontecimento especial e impactante para a criança e sua família. Portanto, os códigos e condutas hospitalares podem se apresentar como extremamente distante de suas experiências de vida vindo a gerar sentimentos de perplexidade e inadequação (MITRE, 2006, p. 285).

Para falar de uma atenção integral à saúde da criança, como promoção e produção de saúde, bem como de uma humanização dessas práticas, a equipe de saúde precisa demonstrar percepção e sensibilidade em relação às condutas infantis, e não apenas às rotinas assistenciais (CECCIM; CARVALHO, 1997). Torna-se necessário repensar estratégias de intervenção que contemplem as necessidades da criança em sua complexidade, vendo-a não apenas como um corpo que precisa de cuidados, mais como um sujeito que sente e pensa de modo particular o seu processo saúde-doença (MITRE, 2006).



A experiência da hospitalização traz consigo uma marca de ruptura com a vida cotidiana, acarretando uma série de alterações ao paciente e a sua família. O ingresso no hospital significa um abandono – mesmo que temporário – do ambiente familiar, ambiente que, a priori, dá segurança e sobre o qual é possível ter controle (MITRE, 2006, p. 286).

Mesmo as rotinas mais simples da vida diária, como se alimentar, tomar banho, dormir, brincar e ir à escola sofre modificações significativas, elas passam a existir através do cotidiano hospitalar. À vista disso, mudam-se horários, o sono às vezes é interrompido, a alimentação pode ser restrita ou suspensa, seja em função do quadro clínico ou de procedimentos. Algumas crianças passam a utilizar fraldas ou sondas, o banho às vezes tem a ser dado no leito, causando, principalmente em crianças maiores, desconforto e constrangimento (MITRE, 2006).

No Brasil dados do DATASUS (2016), ressaltam que em território nacional aproximadamente 1.209,356 crianças passaram pelo processo de hospitalização no ano de 2015, seja por um adoecimento agudo ou crônico (últimos dados lançados no sistema do DATASUS). No estado da Paraíba esses números marcam 25, 788 mil internamentos e na cidade de Patos, sertão do Estado, as internações hospitalares pediátricas somam o número de 972 atendimentos ao ano. O hospital é um ambiente cercado de hábitos e rotinas próprias, que quando a criança se encontra hospitalizada, sua rotina e costumes passam a existir a partir dos cuidados hospitalares ofertados a ela através da equipe de cuidados.

A criança é afastada de seu ambiente, familiares, amigos, brinquedos e escola, passando a conviver com pessoas e situações por vezes desconhecidas. É comum em enfermarias pediátricas que o ambiente físico seja repleto de estímulos estressores e pouco adequados à clientela infantil (SANTA ROZA, 1997).

Aparelhos desconhecidos e barulhentos, a ausência de janelas ou iluminação natural, a presença constante de luz artificial compõem, em geral, um cenário de aspecto pouco acolhedor e com poucos elementos que lembrem que ali é um espaço para crianças (MITRE, 2006, p. 286).

O entendimento que a criança tem sobre o universo hospitalar indicam que a primeira reação apresentada, ao adentrar no contexto hospitalar, é o estranhamento. Tudo é impactante, do espaço físico ao domínio da cor branca (que geralmente é a

cor do uniforme dos profissionais), além dos procedimentos aos termos técnicos utilizados. Desse modo, o hospital é percebido pela criança como um local associado à dor, ao castigo, a proibições e ao próprio isolamento (OLIVEIRA, 1993). O período de internação pode tornar-se uma lacuna na vida dessas crianças, na qual tudo parece ficar entre parênteses, ocasionando um distanciamento da criança, de tal modo que algumas perdem seus referenciais de espaço e tempo (MITRE, 2006).

É comum no período de hospitalização que a criança quando interpelada quanto ao tempo que está longe de casa, não consiga se perceber nesse espaço de tempo cronológico. No entanto, é importante ressaltar que cada criança é única e, dessa forma, esse tipo de critério não deve ser utilizado como regra. Não é pelo fato da internação ser curta que a criança necessariamente a perceberá como menos traumática (MITRE, 2006).

Isso se deve ao fato de que o adoecer é sempre uma experiência singular. Crianças com o mesmo diagnóstico, internadas no mesmo local se apropriam e vivem, juntamente com suas famílias, a experiência do adoecimento de diferentes maneiras. O conceito de doença vai depender de um julgamento de valor do próprio paciente (MITRE, 2006, p. 287-288).

No entendimento da criança, “o sentimento de estar doente não envolve apenas ser diferente dos outros, mas também estar diferente de como se era anteriormente” tudo mudou no seu entorno (MITRE, 2006, p. 288). E quando se pensa em produção de saúde com base no conceito de integralidade, “vê-se que é necessário que essa criança seja percebida como um agente, complexo e singular, e que tenha a seu dispor recursos para mostrar-se como tal” (MITRE, 2006, p. 288).

E como no ambiente hospitalar a criança encontra-se cercada de aparelhos, exames e de uma linguagem técnica apropriada para o ambiente, os pequenos hábitos de sua rotina, tais como “fazer xixi” (diurese), “cocô” (evacuar), se “caminhou” (deambulou), além da rotina de sono e alimentação, se transformam em termos técnicos de propriedade da equipe, o que confere para o infante um cotidiano hospitalar próprio desse espaço, e que a cada dia hospitalizado só aumenta sua angústia em relação ao desconhecido. Nada é da ordem do privado, tudo é público e todos sabem de tudo (MORSCH; ARAGÃO, 2006).

No modelo biomédico os tratamentos são apoiados na crença da imaturidade infantil, considerando que a criança não compreende o processo de doença e hospitalização. Este pensamento também pode ser corroborado por alguns pais e responsáveis que assim como os profissionais de saúde, também consideram que as informações referentes ao processo de hospitalização não são necessárias serem repassadas para as crianças (MENEZES, 2010).

Muitas são as pessoas que a cada dia se debruçam sobre o leito de uma criança doente. Mas poucas iniciam um diálogo sobre suas dúvidas ou sobre o que poderia deixá-la mais confortável ou ainda como ela desejaria que se realizassem determinados procedimentos. O desejo de quem necessita permitir que seu corpo seja cuidado e sua forma de interpretar o que irá ocorrer não são trazidos para as dispensáveis negociações, uma vez que não se oferece escuta a pessoa em tal situação, a equipe de cuidados adentram as enfermarias e muitas vezes ou quase sempre executam sua rotina de cuidados sem pedir licença aquele que por hora necessita de seus cuidados (MORSCH; ARAGÃO, 2006, p. 239-240).

Para Menezes (2010), o processo de hospitalização infantil representa em qualquer fase do seu ciclo vital uma realidade desconhecida e provocadora de ansiedade, mesmo que a permanência no hospital também represente a possibilidade de receber os cuidados necessários no período do seu adoecimento e sua possível melhora.

Nesse sentido, oferecer à criança a possibilidade de trazer para o ambiente hospitalar registros do espaço pessoal como, por exemplo, o próprio travesseiro, o lençol, o brinquedo predileto ou ainda fotos de amigos e familiares, podem lhe proporcionar segurança e acolhimento na sua singularidade. Porque os registros do ambiente familiar e pessoal podem trazer ao paciente a segurança necessária para enfrentar esse momento repleto de incertezas que é o processo de saúde-doença (MORSCH; ARAGÃO, 2006).

O ideal é tornar o hospital, outrora conhecido por seu aspecto frio, num ambiente familiar para a criança, e, por sua vez, viabilizá-la de que se aproprie desse espaço. Esta tem sido uma ferramenta indispensável para que o paciente possa se organizar em relação ao processo de hospitalização, considerando que “As referências subjetivas de cada uma das crianças – trazidas por ela mesma ou por seus representantes – são fatores fundamentais a ser pensado no espaço hospitalar, visto

que isso provoca uma dialética capaz de oferecer referências e significações ao que é vivenciado nesse espaço” (MORSCH; ARAGÃO, 2006; p. 242-243).

A equipe de saúde deve focar a sua prática do cuidado não só na doença/tratamento, mas também nas intervenções que proporcionará a criança hospitalizada o mínimo de ‘danos traumáticos’ ao passarem pelo processo de hospitalização (MORSCH; ARAGÃO, 2006).

O cuidado com a criança no hospital implica em mudanças de valores e atitudes por parte não só dos familiares/acompanhantes das crianças, como também dos profissionais da equipe de enfermagem. Tendo em vista que ambos têm o objetivo comum de tornar a hospitalização infantil menos traumática e o mais breve possível, é importante que a enfermagem demonstre a iniciativa na negociação do cuidado à criança com seu cuidador, reconhecendo suas crenças, valores e saberes. Dessa forma, o tratamento hospitalar possibilitará, inclusive, a familiaridade com as normas e rotinas do hospital, auxiliando-o a adquirir habilidades e competências para aperfeiçoar no cuidar estimando uma (re) construção de um cuidado sensível às necessidades da criança e sua família (CHAGAS, 2015).

Portanto, é necessário ressaltar que esse período de hospitalização ocorre de forma diferenciada entre crianças que passam pelo processo de internamento de um adoecimento agudo ou por uma doença crônica. No adoecimento agudo, comumente, a criança em tratamento tem ‘data prevista’ para a alta hospitalar, em contrapartida, o paciente acometido por uma doença crônica só tem conhecimento da data que entrou no hospital, pois sua saída é algo incerto e imprevisto, devido às complicações de sua patologia. E nesses casos é de extrema importância propiciar à criança e seus familiares um ambiente acolhedor e humanizado (MORSCH; ARAGÃO, 2006).

### **3.2. O CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA PELA ENFERMAGEM**

O cuidado sempre foi considerado a essência da prática de enfermagem, cuja profissão foi reconhecida no final do século XIX, com Florence Nightingale (WALDOW, 2006; ARAUJO; MEDEIROS; QUENTAL, 2015; GRAÇAS & SANTOS, 2019). Essa prática é também reconhecida como a profissionalização cuja capacidade humana de cuidar é compreendida por um conjunto de comportamentos e atitudes que

demonstram ações pertinentes, asseguradas por lei, e desenvolvidas com habilidades e competências, no sentido de favorecer certas potencialidades de pessoas que serão capazes em manter e/ou melhorarem a condição humana no processo de viver e morrer (WALDOW, 2006).

Sendo assim, o cuidado para a enfermagem é compreendido como um fenômeno resultante do processo de cuidar que poderá ocorrer mediante o encontro ou situação de cuidado entre a pessoa que executa e a outra que recebe o cuidado (WALDOW, 2006). Para que haja essa ação de cuidar, deve ser levado em consideração àquele que recebe esse cuidado, pois este é um ser humano digno de atenção e que se deve ter responsabilidade e compromisso de promover bem-estar, segurança, conforto e buscar minimizar riscos e danos de vulnerabilidade ocasionada pelo ato de cuidar diante do que forem expostos em seu processo de adoecimento (WALDOW, 2008).

De acordo com a literatura, não é possível descrever como o paciente deve ser cuidado. Já que este se dá no ato de cuidar, ocasionado por dois sujeitos presentes, no processo de cuidar frente a cada situação originada no processo saúde-doença, que se coloca ao longo da relação enfermagem-paciente (GRAÇAS; SANTOS, 2019; BARROS; GOMES, 2011; MARTINES; MACHADO, 2010).

Ayres (2005) ressalta a importância de ser levado em consideração por aquele que executa o cuidado, os projetos de felicidade do sujeito que recebe o auxílio. Visto que o cuidado só poderá verdadeiramente ser executado se for feito para e com o sujeito que o receberá, levando em consideração suas particularidades e singularidades.

O autor supracitado aponta ainda a relevância do diálogo entre os saberes teóricos de quem cuida e os saberes do próprio paciente acompanhado no tratamento, como estes se percebem, para que assim seja escolhido o que se fazer, assim como o que deve ser proposto nas diversas situações de cuidado (AYRES, 2009).

Sendo assim, o cuidado em enfermagem pode ser compreendido como o conjugar de conhecimentos, habilidades manuais, intuição, experiência e a expressão da sensibilidade, isto posto sempre considerando os aspectos éticos, técnicos e científicos, não permitindo que a relação construída entre enfermeiro e paciente se

torne uma relação focada apenas no técnico e na cura daquele que recebe o tratamento (WALDOW, 2004).

Nesse sentido, deve-se considerar o enfoque humanista que traz o conceito da humanização em saúde, e designandó-lo como parte primordial do processo de cuidar, desenvolvendo assim, através da compreensão e o respeito a singularidade de cada pessoa, uma forma de personalizar a assistência a ela prestada (WALDOW; BORGES, 2011).

É necessário compreender o ser cuidado não como um objeto que precisa ser consertado, mas como um ser em possibilidades de existência, que traz uma bagagem de experiências e vivências que devemos levar em consideração, visando a promoção à saúde, a prevenção de doenças, ou, ainda, ao restabelecimento humano. [...] Volta-se a referendar o cuidado em sua totalidade e plenitude, desvinculando-o exclusivamente das ações e das técnicas e voltando-o para as questões humanísticas, ou seja, um cuidar-ajuda que percebe o outro em seu modo de ser mais próprio, em suas possibilidades de existir, contribuindo para a melhoria da qualidade devida da população (VAGHETTI et al, 2007).

Comparado as relações estabelecidas entre enfermeiro-paciente, a relação enfermeiro-criança é extremamente delicada, pois como se trata de um indivíduo em formação, em fase de crescimento e desenvolvimento, este vem acompanhado não só de sua história de vida, mas também por alguém responsável, e esses aspectos serão refletidos na relação construída na tríade enfermeiro-paciente-familiar (GIACOMELLO, 2016).

É apenas em meados da década de 1960, de acordo com a literatura, que veio a se compreender que a família é fundamental na prática do cuidado, assim como uma das principais influências no processo de saúde da criança. É nessa mesma década que surge o termo cuidado centrado no paciente e na família (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997; PINTO; RIBEIRO; PETTENGILL; BALIEIRO, 2010). Enquanto no Brasil, só com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, que a criança hospitalizada pôde ter o direito legal de ser acompanhada por um responsável durante seu processo de hospitalização (BRASIL, 1991).

Destarte, pensar sobre o cuidado direcionado a criança hospitalizada e seu bem estar, só faz sentido se isto acontecer com a presença da família (SILVA; LINS; LEITE, 2015). A doença provoca uma desarticulação na vida familiar e uma ruptura na vida da criança, mas é o processo de hospitalização que determina seu

afastamento da rotina doméstica, esse, por vezes, ocorre de maneira abrupta, e poderá provocar construções no imaginário infantil e fazer surgir fantasias e temores na vida do pequeno paciente (MIRANDA; OLIVEIRA; TOIA; STUCHI, 2015).

Nesse sentido é possível observar na prática que é inegável e inúmero os benefícios causados pelo cuidado centrado na criança/paciente e na família. Assim, refletir acerca da parceria da equipe de cuidado com a família é aumentar a possibilidade de arranjos viáveis para oferecer a criança um cuidado integral e de qualidade (COLLET, 2012).

E, deve-se lembrar que assim como a família é unidade de cuidado, faz parte deste serviço prestado à criança, que esses familiares também sejam cuidados como tal, pois, geralmente, o cuidador principal dessa criança é, na maioria das vezes, a sua mãe, possuindo influência direta ou indiretamente significativa, na forma como a equipe conseguirá promover o cuidado integral a essa criança (MIRANDA, OLIVEIRA, TOIA e STUCHI, 2015; TALLON; KENDALL; SNINDER, 2015).

Dessa maneira, tem se enfatizado na Pediatria que o cuidado à criança hospitalizada seja centrado neste aspecto e busque a colaboração da família, com base na assistência integral, ampliando o olhar da avaliação, analisando esse paciente, desde o seu contexto antes do processo de adoecimento, considerando suas relações familiares e, por conseguinte, incluindo esses membros nesse cuidado (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997; COLLET, 2012; RODRIGUES et al, 2013).

No entanto, como referido na literatura, e também observado na rotina hospitalar, ainda é possível ter membros na equipe de enfermagem que tratam o auxílio ao paciente apenas por um viés técnico, desprovido de valor humanístico, seguindo o modelo biomédico e com o foco apenas e/ou principalmente na criança, desconsiderando a família como parte desse cuidado (ROSSI; RODRIGUES, 2010; SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Verifica-se que a equipe de enfermagem, por vezes, justifica a falta ou ausência de um cuidado integral em decorrência da sua sobrecarga de trabalho, dificultando assim, a possibilidade de ouvir mais os familiares desse paciente infante hospitalizado, fragmentando assim esse cuidado (ROSSI; SILVA; LINS; LEITE, 2010; SILVA; RODRIGUES, 2015). Apesar de identificarem que é possível através do diálogo e dos recursos lúdicos, encontrarem recursos que possam viabilizar um

cuidado humanizado e integral a essa criança. Pois, esses fatores, podem gerar uma relação de confiança que além de suavizar o processo de hospitalização da criança, pode aproximar e gerar vínculo com a equipe de enfermagem com a criança e sua família (SOUZA; GOMES; SILVA; SILVA, 2011; LIMA; SILVA; COLLET; REICHERT; OLIVEIRA, 2010; ROSSI; RODRIGUES, 2010; LEMOS et al, 2010).

Entretanto, o diálogo enfatizando tanto na prática e no envolvimento da literatura da área que conceitue o cuidado integral a criança hospitalizada, em algumas situações se apresenta de forma atravessada pelo enfermeiro, no sentido de, por vezes, informar e/ou orientar o familiar/acompanhante sobre a importância do seu papel no auxílio do tratamento, entretanto, esses profissionais não os incluem no processo de cuidado a criança que é seu foco principal (LIMA, 2010; ROSSI, 2010; SOUSA, 2011).

Reconhecer que a família também deve ser implicada no cuidado da criança hospitalizada é importante para que esse acompanhante/família possa contribuir nas necessidades afetivas deste paciente, bem como ser o interlocutor para este diante do diálogo com a equipe de enfermagem, auxiliando, desta forma, no processo de cuidado ofertado ao paciente e a sua recuperação (LIMA, 2010; ROSSI, 2010; SOUSA, 2011; QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010; SOUZA, 2010; LIMA; COLLET; REICHERT, 2010), pois “não há outra maneira de perceber e dar sentido e significado ao cuidado a não ser a partir da ação dos sujeitos envolvidos no processo” (COLLET, 2012; p. 7).

### **3.3. AS RELAÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E A PRÁTICA DO CUIDADO**

A prática da enfermagem é reconhecida socialmente por possuir em suas atividades de equipe, dois aspectos: um como agente de cuidados que executa suas tarefas e outro como integrante de um agrupamento de pessoas que executa o cuidado (PEDUZZI, 2001).

Sendo assim, o conjunto de indivíduos só funciona de forma integrada e articulada, se esses agentes de cuidado estiverem articulados enquanto equipe. Nesse contexto as relações de trabalho, devem ser compreendidas com o intuito de



favorecer um vínculo pessoal entre os membros dessa equipe baseados em uma relação ética e de respeito (URBANETTO; CAPELLA, 2004).

Silva (2003) destaca que na função de cuidar, a linguagem é um elemento essencial, já essa ação envolve pessoas que são diretamente afetadas com as atividades exercidas por essa equipe. Para Habermans (2003) como citado por Araújo et al. (2016), a ação comunicativa é uma interação entre esses membros da equipe, que recorrem a linguagem para comunicarem aquilo que é pretendido a quem será cuidado. Nesse contexto, o grupo precisa agir de forma integrada e articulada, respeitando as diferenças, a fim de desenvolverem um trabalho em equipe satisfatório e produtivo (SILVA, 2003).

Araújo et al. (2016) ainda citando Habermans (2003), enfatiza que as ações comunicativas entre pessoas envolvidas com os mesmos propósitos podem gerar ações executadas e coordenadas no plano de ação. E essas ações estão imbuídas da fala dos sujeitos envolvidos na relação comunicativa que necessitam acolher e validar o que lhe é dito. Caso contrário, essas ações coordenadas são efetivadas em seus planos de ação de forma falha e desarticuladas.

Trazer a prática comunicativa, para o contexto da enfermagem, poderá possibilitar aos profissionais construir um “projeto comum de trabalho mais adequado, diariamente, a fim de possibilitar uma comunicação favorável entre a equipe de enfermagem” (ARAÚJO et al, 2016; p. 3). Desse modo, a ação comunicativa, entre a equipe, possibilitará aos membros, um entendimento mútuo, coordenado, do ato de cuidar a partir de um ambiente laboral e de relações interpessoais harmoniosas e favoráveis aos sujeitos que circulam nessa equipe (ARAÚJO et al, 2016).

O contexto hospitalar “é um ambiente profissional definido por diversas especialidades e sujeitos, trabalhadores e clientes” (ARAÚJO et al., 2016; p. 3) que encontra-se inserido na equipe de enfermagem, como componente indispensável das ações de cuidado. Entretanto, se essa equipe tem dificuldade de relacionamentos, podem prejudicar diretamente o processo de cuidado executado por esses sujeitos. Além de tornar o ambiente laboral desagradável e ainda mais estressante não só pra eles como também para aqueles que procuram seus cuidados (ARAÚJO et al., 2016).

Araújo et al. (2016, p.3) enfatiza ainda que “o relacionamento interpessoal da enfermagem pode ser um fator facilitador ou conturbador do ambiente laboral”, que

poderá causar consequências positivas e/ou negativas tanto nos membros da equipe como também nos próprios pacientes. E essa fragilidade destacada aponta diretamente para uma falha de integração entre a equipe, e acarreta na interação da mesma.

Contudo, se a equipe de enfermagem for capaz de utilizar a linguagem como instrumento para diminuir as fragilidades e potencializar as qualidades existentes na construção do relacionamento entre os membros dessa equipe, essa compreensão permitirá que o entendimento sobre a heterogeneidade e as particularidades existentes entre esses sujeitos, sirva de fortalecimento de vínculos, proporcionando, assim, a comunicação e participação plural de todos os membros da equipe (ARAÚJO et al. 2016).

Sendo assim, focar mais na ação comunicativa entre os membros da equipe de enfermagem, proporciona um melhor relacionamento interpessoal entre esses que são por excelência agentes de cuidados (ARAÚJO et al, 2016).

## **4. MÉTODO**

### **4.1. TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que, para Campos (2008), demanda do pesquisador a disposição de participar, compreender e interpretar informações de uma determinada população ou de seus fenômenos, buscando uma compreensão mais ampliada.

Minayo (2001) ressalta que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado, além de trabalhar com um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes a um espaço mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Portanto, o tipo de pesquisa escolhida se deu em decorrência de apresentar a melhor adequação aos objetivos propostos pelo estudo, supondo que será possível identificar não só os significados e suas repercussões nas práticas de cuidado, como

também quais as concepções que a amostra estudada apresenta sobre o cuidado humanizado, em suas práticas já instituídas.

#### **4.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

A coleta de dados foi realizada em um Hospital Infantil público, localizado no interior da Paraíba, após passar pelo Comitê de ética da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, onde, após análise e aprovação, recebeu o **CAAE: 80697517.3.0000.5536**.

O hospital apresenta, em sua estrutura física, um serviço de Urgência e Emergência, com atendimento ambulatorial diário, um Bloco Cirúrgico, que atende a cirurgias gerais e de pequeno porte, uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com seis leitos e um isolamento para casos infectocontagiosos. A clínica médica (enfermarias para internamentos) conta com a disponibilidade de sete enfermarias, onde quatro atendem à Clínica pediátrica geral, totalizando 24 leitos, uma enfermaria cirúrgica com seis leitos e duas enfermarias para isolamento de doenças infectocontagiosas (totalizando quatro leitos). No geral, o Hospital Infantil disponibiliza 34 leitos para seus atendimentos de internação, onde recebem crianças de faixa etária diversas, com diagnósticos de doenças respiratórias, enteroinfecções variadas e quadros cirúrgicos de apendicectomia e amígdala.

Vale ressaltar que atualmente, o Hospital Infantil é o único hospital pediátrico de toda região do sertão paraibano. Referenciado por mais de 40 cidades polarizadas por Patos, atravessa fronteiras com outros estados circunvizinhos à Paraíba, com uma demanda diária de mais de 300 atendimentos ambulatoriais, de urgência e emergência. Os casos de maior complexidade como os poli traumatismos, são encaminhados para a capital do estado.

### **4.3. PARTICIPANTES**

A amostra foi composta por oito profissionais do sexo feminino, que fazem parte da equipe de enfermagem da instituição estudada. Entre as participantes, cinco possuem formação acadêmica em enfermagem e três formação profissional em técnico de enfermagem. As profissionais entrevistadas, atuam na instituição a mais de um ano, sete delas com rotina de plantão de doze horas e excepcionalmente uma no regime de vinte e quatro horas. A faixa etária varia entre 20 e 52 anos, o que pode sinalizar um modo de pensar a prática da rotina de cuidados de forma diferenciada devido um distanciamento significativo entre as participantes que estão na casa dos vinte anos e com pouco tempo de prática profissional e aquelas que se encontram na casa dos cinquenta anos e que estão a pouco mais de trinta anos no mercado de trabalho. Nesse sentido, foi possível observar ao longo de seus discursos, em alguns momentos, que essas profissionais com maior tempo de prática na rotina de cuidados pensam o executar técnico como um cuidado humanizado. Essa pontuação será trazida ao longo das discussões das categorizações das entrevistas.

### **4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Adotaram-se como critérios de inclusão: (1) profissionais de enfermagem na categoria de técnicos de enfermagem e enfermeiros, (2) que atuem na instituição pesquisada, (3) com uma jornada laboral de 12 e/ou 24 horas de plantão, (4) para ambos os sexos, feminino e masculino, e com idade de 20 a 55 anos. Pretendeu-se excluir do estudo, (1) os profissionais que estavam de férias ou licença no período da coleta dos dados e (2) os que não tinham vínculo institucional comprobatório.

### **4.5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Inicialmente foi solicitada a autorização da instituição para realização da pesquisa, através da Declaração da Instituição Coparticipante (ANEXO B). E após a

autorização institucional, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisantos- Universidade Católica de Santos, onde, depois de avaliado e aprovado, recebeu o parecer N° 2439.475 (ANEXO A).

Com as devidas autorizações recebidas, a pesquisadora entrou em contato com a Coordenação de Enfermagem da instituição a ser pesquisada, para que, na ocasião, lhe fosse entregue uma cópia do projeto de pesquisa e explicando quais seriam os objetivos esperados pela pesquisa e como se daria a coleta de dados. Informa-se também que a pesquisadora contou com o auxílio de uma colega, também psicóloga, treinada por ela própria e com experiência na área de psicologia hospitalar para auxiliá-la na coleta e transcrição das entrevistas.

A coordenadora do setor se disponibilizou para auxiliar no que fosse preciso para viabilizar a coleta dos dados e/ou para quaisquer necessidades que surgissem ao longo da realização da pesquisa, dispondo, inclusive, sua sala, para que houvesse mais privacidade no momento da realização das entrevistas.

A equipe de enfermagem foi contatada pela pesquisadora e sua auxiliar na pesquisa no Posto de Enfermagem da instituição, quando aquela se encontrava no seu turno de trabalho (plantão) e após fornecer informações sobre a pesquisa, todo o grupo foi convidado a participar, deixando livre o acesso à sala, onde a entrevista aconteceria.

As participantes se encontravam de plantão e foram comunicadas sobre a pesquisa no posto de enfermagem. Não houve objeção, por parte das enfermeiras, todas decidiram participar espontaneamente da pesquisa. Conduziram-se à sala, onde a entrevista fora realizada aleatoriamente e de forma espontânea. Mas, ao longo da aplicação das entrevistas, observou-se um pouco de resistência por parte das técnicas de enfermagem, que demonstraram certa inibição em cooperar por nunca terem participado de uma pesquisa.

Essa postura foi interpretada pela pesquisadora, como uma preocupação da parte entrevista em questão, em não ultrapassar a barreira do sigilo e em evitar que quaisquer dessas informações cheguem de alguma forma, na administração da instituição, já que, em alguns pontos da entrevista, as profissionais relataram algumas de suas dificuldades enfrentadas nas relações de trabalho. Após a pesquisadora esclarecer que elas não seriam identificadas nas entrevistas e assegurar que os dados

revelados não seriam divulgados, com enfoque que pudesse expor nenhuma das participantes, a desconfiança por hora apresentada se diluiu e foi possível chegar a essa quantidade de 8 participantes na pesquisa.

Outro dado relevante, que deve ser observado é que no período da aplicação das entrevistas, nos dias em que as pesquisadoras estiveram na instituição, nenhum profissional da enfermagem do gênero masculino estava de plantão. A instituição pesquisada tem em sua grande maioria profissional do gênero feminino.

Ao concordarem em participar da pesquisa, foi solicitado que antes de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) houvesse uma leitura conjunta e as que concordassem participar da pesquisa, assinassem o TCLE, que informava sobre os procedimentos e objetivos da análise. É válido ressaltar que, durante o procedimento, as entrevistas seriam gravadas, se autorizado por elas.

Dentre as oito participantes da pesquisa, apenas uma não consentiu a gravação da entrevista, alegando não se sentir confortável com a gravação, pontuando que era tímida e preferia que a sua entrevista não fosse gravada. Foi comunicado e acordado com a equipe de enfermagem pesquisada, que as gravações e o que fosse dito durante a entrevista, não seria exposto a nenhum membro da gestão do hospital. Mas mesmo assim, uma das participantes da pesquisa, não consentiu a gravação, reiterando sempre, que confiava na pesquisadora, mais preferia participar sem gravar a sua fala. Sua vontade foi respeitada e incluída nos dados da análise.

A coleta de dados aconteceu em agosto de 2018, em horário de melhor conveniência para as profissionais, na sala da Coordenação de Enfermagem, visando preservar o sigilo das identidades das participantes e das informações por estas fornecidas.

O instrumento utilizado, na coleta de dados, foi uma Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE B) que abordou questões relacionadas às concepções que os profissionais de enfermagem têm a respeito do cuidado da criança hospitalizada, mediante a vivência prática dessas profissionais. Além disso, verificou-se como este conhecimento, poderia influenciar direta ou indiretamente na sua relação de cuidado com esta criança que se encontrava hospitalizada e/ou com seu responsável no momento em que esse cuidado seja ofertado.

#### 4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização da coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra com as falas categorizadas para uma pré-análise do material. Os dados passaram por uma conferência de fidedignidade, que se deu pela escuta do áudio e leitura da transcrição, simultaneamente, com o objetivo de corrigir erros e evitar que houvesse a indução de respostas por parte das pesquisadoras, buscando reavaliar o andamento da investigação (DUARTE, 2004).

Os resultados coletados foram investigados, através da Análise de Conteúdo, sistematizada por Bardin, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens através de procedimentos temáticos (BARDIN, 2011). Para uma aplicabilidade coerente do método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a Análise de Conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização desses dados.

Desse modo, as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: 1. A pré-análise – que objetiva a sistematização, para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise e a formulação de hipóteses para a elaboração de indicadores na interpretação final; 2. A exploração do material, que consiste em uma operação classificatória visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, a analista busca encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

A categorização consiste em um processo de redução do texto a palavras e expressões significativas. É uma etapa delicada e densa, pois os dados também são codificados, agrupados por semelhanças e diferenças e organizados em categorias e subcategorias; 3. Por fim, tratamento dos resultados: que é a percepção e a interpretação dos conteúdos coletados. A partir destes, o analista propõe inferências e realiza interpretações, sugeridas pela leitura do material (BARDIN, 2011).

Portanto, o percurso da análise-interpretativa dos dados se deu pela organização, a partir da leitura flutuante das transcrições de todas as entrevistas. Posteriormente, selecionaram-se os materiais que foram submetidos à análise e originaram-se os indicadores que sustentaram a análise final, assim como é indicado

na pré-análise. Em seguida, foi realizada a exploração do material em que se fez recorte dos discursos em unidades de análise (categorias e subcategorias), com o objetivo de separar as informações. Ao final, realizou-se o tratamento e a interpretação dos dados obtidos, buscando propor inferências e interpretações à luz dos referenciais teóricos.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A realização deste estudo considerou rigorosamente as normas de ética em pesquisa, envolvendo seres humanos, segundo as resoluções N° 466/2012 e a N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo aos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos envolvidos na pesquisa.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Santos, obtendo aprovação no **parecer N° 2439.475** e todas as participantes envolvidas na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), que antecedeu o início dos procedimentos da coleta de dados. As informações contidas nos termos através de uma leitura prévia de forma conjunta (participantes da pesquisa e pesquisadoras), foram apresentadas e esclarecidas, além do acesso a vias impressas do termo, uma para a participante e outra para a pesquisadora. Para assegurar a garantia da privacidade e integridade das participantes, não se utilizaram nomes ou dados que possivelmente possam identificá-las, sendo estas informações localizadas ao longo do corpo do trabalho na discussão dos resultados pela sigla **S** – para sujeito, e a numeração em seguida para identificar a quem pertence à entrevista, exemplo: **S1**. No decorrer da aplicação das entrevistas não foi observado nenhum comportamento das profissionais que conotasse algum indicador de sofrimento de ordem física ou emocional.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quadro 1 - Caracterização das entrevistadas

Sujeitos	Idade	Sexo Biológico	Profissão	Tempo de atuação na Instituição	Setor do Plantão	Regime de Plantão	Possuem outro Vínculo Empregatício
S 1	47a	Feminino	Enfermeira	10 anos	Enfermaria Pediátrica	12h	Não
S 2	32a	Feminino	Enfermeira	5 anos	Enfermaria Pediátrica	12h	Não
S 3	36a	Feminino	Enfermeira	8 anos	Urgência	24h	Sim
S 4	27a	Feminino	Enfermeira	3 anos	Urgência	12h	Não
S 5	31a	Feminino	Enfermeira	1 ano e meio	Enfermaria Pediátrica	12h	Não
S 6	32a	Feminino	Téc. De Enfermagem	8 anos	Enfermaria Pediátrica	12h	Não
S 7	52a	Feminino	Téc. De Enfermagem/ Enfermeira	33 anos	Enfermaria Pediátrica	12h	Não
S 8	30a	Feminino	Téc. de Enfermagem	10 anos	Bloco Cirúrgico	12h	Sim

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A amostra foi composta por 8 profissionais do sexo feminino, que fazem parte da equipe de enfermagem da instituição estudada. Entre as participantes, 6 possuem formação acadêmica em enfermagem e 3, formação profissional em técnico de enfermagem, sendo que das 3 profissionais, 1 possui ambas as formações: técnico em enfermagem e formação acadêmica em enfermagem.

As profissionais entrevistadas atuam na instituição a mais de um ano, onde 7 delas, com rotina de plantão de 12 horas e excepcionalmente 1 no regime de 24 horas. A faixa etária delas varia entre 20 a 52 anos, o que pode sinalizar um modo de compreender a prática da rotina de cuidados de forma diferenciada, em decorrência de um distanciamento significativo geracional. Nesta população encontramos 2 participantes com prática institucional inferior a 3 anos, 3 entre 5 e oito anos e 3 com tempo superior a 10 anos.

Em relação ao setor de atuação das profissionais na instituição, 5 profissionais são plantonistas em enfermarias pediátricas, 2 situam-se no setor da urgência e 1 no bloco cirúrgico. Nesse sentido, poderá haver diferença no modo de entender o cuidado da criança hospitalizada, pois em cada setor que essas profissionais atuam a demanda de cuidado da criança hospitalizada também é diferenciada.

Para Fontanella, Ricas e Turato (2008), em pesquisas qualitativas, não se possui um número exato de amostras que seja significativo ou não, para que esta pesquisa seja realizada. Basta que se tenha como objetivo a maneira como será feito o critério de saturação teórica dos elementos e a qualidade de informações que estes podem fornecer. Sendo assim, os dados coletados atenderão a saturação esperada.

Os relatos das participantes trazem o modo como estas concebem o cuidado à criança hospitalizada, nos seus setores de atuação profissional. Supõe-se que o tempo de prática em enfermagem, a diferença geracional e os locais onde estas profissionais desenvolvem suas atividades no hospital podem 'implicar' no modo de compreenderem o acompanhamento disposto ao infante hospitalizado. Essas pontuações serão trazidas ao longo das discussões, nas categorizações das entrevistas.

Figura 1: Fluxograma da Análise das Entrevistas realizada como fonte de dados da pesquisa, 2019

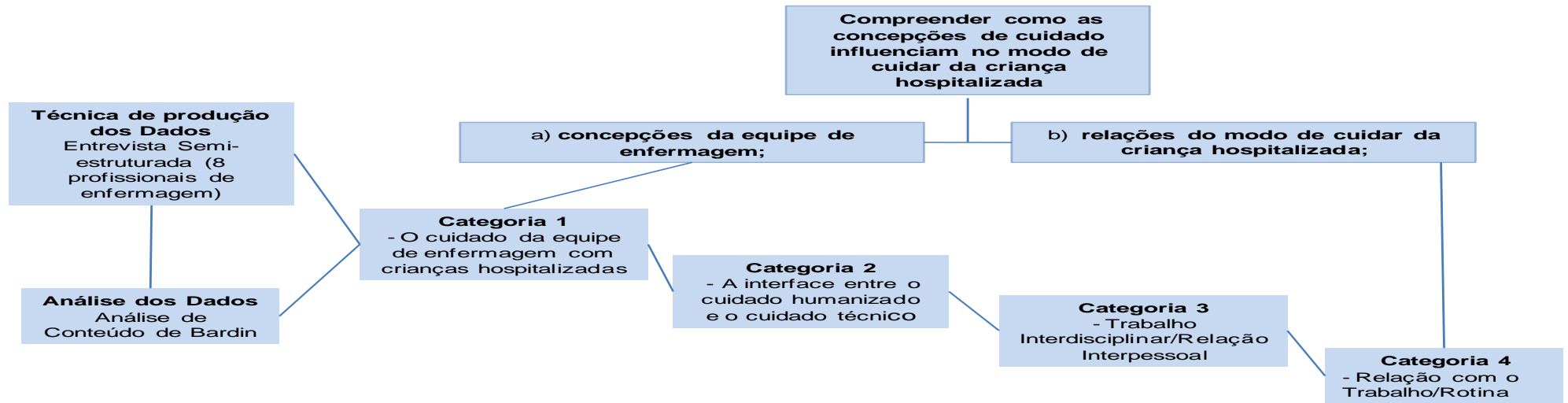


Figura 1: Fluxograma da Análise das Entrevistas realizada como fonte de dados da pesquisa, 2019.

Xavier, Almeida & Regazzi (2010) traz o cuidar da criança hospitalizada como algo complexo e que demanda sensibilidade da equipe de profissionais, que atuam na pediatria. O cuidado oferecido à criança hospitalizada envolve as relações e as inter-relações construídas no período da hospitalização entre equipe, paciente e família (acompanhante), considerando-se suas peculiaridades e momentos do desenvolvimento e crescimento humano.

Para ofertar o cuidado a alguém é necessário conhecer suas limitações e necessidades, sabendo que o tratamento, oferecido pela equipe de saúde no hospital, é dinâmico e apresenta especificidade. Portanto se deve ter em mente que esse cuidado é respaldado pela integração de saberes e ações, que permitem avançar nas estratégias e abordagens específicas para trabalhar o cuidado com a criança hospitalizada. Nesse sentido, as equipes de profissionais devem compartilhar saberes e espaços que possam auxiliar na adesão de um discurso voltado para o cuidado humanizado e singular (XAVIER, ALMEIDA & REGAZZI, 2010).

Desse modo a pesquisa teve como objetivo compreender as concepções de cuidado pela equipe de enfermagem com crianças hospitalizadas e se esse modo de compreender o cuidado influencia no modo de cuidar da criança e no processo saúde-doença desse pequeno paciente.

Sendo assim, a partir da análise minuciosa das entrevistas semiestruturadas aplicadas com membros da equipe de enfermagem da instituição pesquisada, chegaram-se às categorias que serão discutidas ao longo da discussão dos achados da pesquisa. As categorias surgiram em decorrência da prevalência dos conteúdos e temáticas que foram relatados pelas entrevistadas ao longo da aplicação da coleta de dados, que fora feita a partir de uma entrevista semiestruturada.

## 5.1 CATEGORIZAÇÕES DAS ENTREVISTAS

A partir da análise dos relatos das participantes, emergiram quatro categorias, a saber: 1) - O cuidado da equipe de enfermagem com crianças hospitalizadas; 2) - A interface entre o cuidado humanizado e o cuidado técnico; 3) - Relação interpessoal/Trabalho interdisciplinar, 4) - Relação com o trabalho/rotina. As categorias e subcategorias que surgiram a partir da análise das entrevistas, estão dispostas no **Quadro 2**, assim como é estabelecida na análise de conteúdo, sistematizada por Bardin (2011). Nessa perspectiva, cada categoria apresenta trechos de relatos das entrevistadas (equipe de enfermagem) com a finalidade de proporcionar uma melhor compreensão do universo pesquisado.

**Quadro 1 – Categorias e subcategorias das análises**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Categoria 1 - O cuidado da equipe de enfermagem com crianças hospitalizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepções sobre a prática de enfermagem com criança;</li> <li>- A relação da equipe de enfermagem com o acompanhante/familiar (mãe);</li> <li>- O papel da família (mãe) no processo de hospitalização da criança;</li> </ul>
Categoria 2- A interface entre o cuidado humanizado e o cuidado técnico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construir vínculos e estabelecer diálogo no ato de cuidar;</li> <li>- Perceber o outro na sua singularidade;</li> </ul>
Categoria 3 - Trabalho Interdisciplinar/ Relação interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação e segurança;</li> <li>- Características próprias da equipe em questão;</li> <li>- Equipe plantonista fixa X Equipe rotativa;</li> </ul>
Categoria 4 – Relação com o Trabalho/Rotina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descoberta profissional;</li> <li>- Satisfação/Insatisfação laboral;</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

### 5.1.1- O cuidado da equipe de enfermagem com crianças hospitalizadas

Quadro 2- O cuidado da equipe enfermagem com crianças hospitalizadas

Categoria	Subcategorias	Núcleos de sentido	Nº de respostas comuns
O cuidado da equipe enfermagem com crianças hospitalizadas	- Concepções sobre a prática de enfermagem com criança;	- Hospitalização; - Crianças; - Cuidado; - Acompanhante/familiar (Mãe);	8
	- A relação da equipe de enfermagem com o acompanhante/familiar (mãe);	- Vínculo; - Diálogo; - Segurança;	8
	- O papel da família (mãe) no processo de hospitalização da criança;	- Dificuldade (relação/acompanhante); - Cooperação; - Recuperação;	8

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A categoria surge a partir da análise das entrevistas, quando as profissionais de enfermagem discorrem sobre como compreendem o cuidado prestado pela equipe de enfermagem à criança hospitalizada. Essa categoria apresenta como subcategorias: - Concepções sobre a prática de enfermagem com crianças hospitalizadas; - A relação da equipe de enfermagem com o acompanhante/familiar (mãe) e – O papel da família (mãe) no processo de hospitalização da criança. Essa categoria tem como núcleos de sentido: Hospitalização, Crianças, Cuidado, Acompanhante/familiar (mãe), Vínculo, Diálogo, Segurança, Dificuldade (relação/acompanhante), Cooperação e Recuperação.

Para Barra et al. (2010) o cuidado é uma característica fundamental da prática de enfermagem e que esses profissionais podem contribuir para que a “essência deste cuidado permaneça centrada na sensibilidade, na ciência e na arte, refletindo sobre o seu fazer e o conhecimento envolvido” (p. 203). Como podemos visualizar no recorte de fala de uma das profissionais de enfermagem entrevistada:

*“[...] Gosto demais, gosto de trabalhar com crianças, tenho paciência, eu sempre disse. Tem gente que diz: ah eu não gosto de ver criança sofrendo, eu não vejo por esse lado de sofrer, eu gosto, eu vejo o lado que a gente está aqui pra aliviar o sofrimento, as vezes ela já vem sofrendo e a gente está aqui*

*pra aliviar, ah, porque vai furar, não sei o que [...] não, a gente está aqui pra ajudar, e eu gosto de trabalhar com crianças, me sinto muito bem [...] Porque lidar com crianças, a questão dos pais, as vezes eles já vem abalados, eles falam muito pela criança, então alguns interferem um pouco no tratamento, na conduta, querem agir de determinadas formas, traz certas culturas e realidades de casa [...] Então de certa forma os pais interferem um pouco, eu acho. Não são todos, mas alguns [...] a gente tem que respeitar porque são crianças [...] a gente tenta mostrar, tenta dizer, mas se eles resistirem, como eles são responsáveis, tem determinadas situações que a gente tem que respeitar” [S. 3].*

Broca & Almeida (2012) enfatizam que a enfermagem tem como objetivo promover o cuidado, visando manter a saúde e a dignidade humana. Consideram que o estabelecimento de vínculos, a construção de redes de cooperação além da participação coletiva no processo de gestão, só serão viáveis quando os pares envolvidos, na rede de cuidado, compreender a importância de valorizar os sujeitos em questão. Para os autores supracitados, a comunicação é um elemento essencial no ato de cuidar e é entendido como o alicerce das relações interpessoais, que se formam na rotina de cuidado. Comunicar-se, em suas mais variadas formas, tem um papel significativo e a equipe de enfermagem precisa estar disponível e empenhada para estabelecer essa relação, geradora de vínculo. Compreendendo que é primordial reconhecer o cliente como sujeito do cuidado e não passivo a ele.

*“[...] Eu adoro a enfermagem eu amo, essa parte de urgência [...] Ah, eu amo, adoro trabalhar com crianças. O máximo que eu poder fazer pra mim ainda é pouco [...] eu não queria vir trabalhar com crianças, eu tinha pena, minha compaixão era demais, mas depois eu fui aprendendo, vi que pra mim é o melhor lugar, é com crianças [...] os pais, até entendo por que eles estão com seus filhos doente, ai eles chegam abordando a gente como se tivesse numa guerra, eu sei que é psicológico deles, por estarem com o filho, mas eu gostaria que eles tivessem mais paciência, a gente entende, mas não tem como ajudar se eles não ajudar a gente. Pronto, eu só acho dificuldades, os pais[...] Eu tento convencer eles, explicar, reexplicar como é a situação, pra poder apaziguar, porque é muito difícil mesmo. É o jeito [...] É difícil, como eu disse antes, o complicado de lidar da criança é os acompanhantes [...] não são todos, tem uns que é uns amores [...] tem mãe que não liga para o filho, tem mãe que é desesperada pelo filho [...] influencia, o meu cuidado aumenta mais, o meu cuidado [...] A família, talvez em momentos ela atrapalha, mas ela tem que estar presente para se desenvolver, ne? [...] União, compreensão entre todos[...] porque a mãe chega muito estressada e a gente do jeito que vem quer voltar, mas tem que ter paciência para parar e ver que ela estar ali, o jeito dela, da forma, tem que tem muito compressão, porque o paciente está doente, a gente tem que relevar. Eu creio assim, que a enfermagem era pra ter mais um cuidado em si, pra quando chegasse a gente pudesse estar mais disposta a receber e receber bem” [S. 4].*

Já Oliveira & Cardoso (2014) consideram o período de hospitalização como uma experiência desagradável para a criança e que pode vir a despertar uma gama de sentimentos, pois o hospital por ser um ambiente desconhecido para crianças que se encontra longe do ambiente familiar, de seus amigos e, por estar vivenciando procedimentos invasivos e dolorosos, não é incomum, gerarem estresse, medo e dor. Por isso é de extrema importância que a equipe de enfermagem compreenda o seu papel, no sentido de intervir de uma maneira humanizada para minimizar os efeitos desse processo. Já que o processo de hospitalização é considerado para grande parte das crianças como sendo um agente de estresse em potencial.

*[...] “com certeza o acolhimento torna a hospitalização menos dolorosa [...] há pacientes complicados, há acompanhantes complicados, não é só mil maravilha, [...] às vezes eles se põe nessa situação por conta do desespero, do momento. [...] eu acho que acima de tudo a gente tem que ser ético, e independente da situação temos que ser profissionais [...] tem equipe que não tem esse jogo de cintura de lidar com o paciente, ou seja, faz o serviço nu e cru, como a gente chama, faz apenas o procedimento, não explica, não conversa [...] então é questão de conversa, de diálogo entre a equipe e o paciente e dessa forma não tem danos, porque quando não existe isso o paciente recusa tal procedimento e fica mais doloroso, fica também aquele estresse entre a equipe. Fica estressado a equipe, a mãe, o paciente [...] Então quando você tem jogo de cintura, maturidade e humanização a coisa é diferente” [S. 8].*

Xavier, Almeida & Regazzi (2010) consideram que os profissionais de enfermagem devem aguçar a sensibilidade para perceber que o cuidado não está pré-determinado, mas emerge da necessidade de oferecê-lo, da inter-relação criada entre os profissionais e seus cuidados oferecidos ao seu cliente. Os autores também acreditam que a hospitalização pode gerar situações de crise, envolvendo a criança hospitalizada e sua família/acompanhante. E que essas situações podem ser caracterizadas por vários fatores, tais como: descontinuidade na satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais entre membros da família; mudança no padrão do papel desempenhado pelos pais; aumento do grau de dependência da criança doente, especialmente da mãe; aparecimento do sentimento de culpa e ansiedade na família.

Esses fatores citados podem ser observados no contexto hospitalar, pediatria, de forma corriqueira, e serem geradores de um ambiente estressor para equipe de



cuidados, de forma particular para a enfermagem, que cuida dessas crianças ininterruptamente.

*[...] “É bom, eu me sinto bem. Gosto de trabalhar com crianças. O psicológico da mãe, ou do acompanhante, que muitas vezes atrapalha. Lidar com a família é o maior desafio, porque muitas vezes a família acaba se estressando com o processo em si, com o médico, e acaba descarregando tudo na gente. É uma luta, mas essa luta vale a pena quando a gente vê a melhora do paciente. É difícil [...] mas a gente aconselha, orienta, geralmente ela está nervosa, pede para a mãe se acalmar, que o importante é ter calma para poder saber lidar com a situação [...] Quando a gente se comunica a mãe fica mais flexível, aceita mais fácil a realização dos procedimentos [...] quando há esse acolhimento ajuda, a relação fica mais confiante de ambas as partes [...] quando não há uma boa relação da família com a equipe, o acompanhante muitas vezes descarrega em você os problemas. E isso complica no processo [...] falar sobre o processo de hospitalização sobre os medicamentos, os procedimentos, outra coisa [...] mostrar para ela que aqui ela está sendo medicada, para aliviar seu sofrimento, para melhorar sua saúde, [...] incentivar a ir conhecer a brinquedoteca, lá ela poderá passar um tempo brincando e assim esse tempo passe mais rápido” [S. 6].*

Xavier, Almeida & Regazzi (2010) ainda ressaltam que o relacionar-se, trocar informações e interagir com a criança é importante para ambos, equipe e paciente, durante o processo de hospitalização. Essa comunicação dialogada traz crescimento mútuo, auxilia na adaptação da criança à rotina hospitalar e a própria adaptação da equipe de saúde ao sujeito que está sobre a tutela de seu cuidado. Consequentemente, os autores corroboram para uma aceitação terapêutica do tratamento e melhoram significativamente o estado geral clínico do infante. Observa-se também que o período de permanência do familiar/acompanhante, bem como as orientações que a equipe de enfermagem presta sobre o quadro de saúde do paciente e a forma como interagem entre si: equipe-paciente-família, são aspectos relevantes para formação e construção de vínculo entre os pares envolvidos e o estabelecimento de um cuidado que também faça uso da comunicação não verbal, dos aspectos subjetivos do sujeito de cuidado.

*[...] “Ah, eu amo, eu sou muito carinhosa, me apego muito, tanto que a maioria das crianças quando vai embora eu sempre acabo tendo contato depois, com a mãe, com alguém da família [...] tem umas que passa muito tempo, aí a gente termina se apegando, eu pelo menos me apego muito [...] o vínculo faz com que ele confie na gente, pra que se sinta seguro em tudo que a gente está fazendo [...] a gente não consegue trabalhar bem, porque se a família não se dá bem com a equipe, não confia na equipe e como é que a gente vai desempenhar o papel da gente corretamente? Tem uns muito bons, mas tem*

*uns que são muito difícil de lidar. A falta de informação dos familiares, porque a gente vai e explica e a mãe não entende, a gente explica várias vezes. E as vezes a gente chega e a mãe tem feito a mesma coisa que a gente disse que não era pra fazer. Como eu digo, deixar a criança mais à vontade, dar mais carinho, mais atenção, porque muitas vezes algumas equipes, alguns colegas chegam e fala só pra mãe. E a gente tem que explicar o caso pra mãe e se for criança tem explicar o caso da forma que a criança entenda, pra que a criança aceite mais fácil” [S. 5]*

Para Peres et al. (2018), incluir o familiar/acompanhante na rotina de cuidado à criança que se encontra hospitalizada é uma forma de tornar o ambiente menos hostil e estressor, cooperando na sua adaptação e tornando a experiência da hospitalização menos traumatizante. A parceria que pode e deve ser construída entre o profissional e o familiar/acompanhante gera confiança para ambos os lados, o que favorece a prestação de um cuidado seguro e humanizado à criança.

*“[...] eu logo no início tinha dificuldades sim, com relação a própria criança, a doença em si, pela criança, a nossa criança, a que nós recebemos aqui, é desumano, em 2018 chegar ainda crianças com problemas, falta de saneamento básico, falta de uma alimentação adequada, né? E muitas vezes eu me deparo e me estresso diante disso [...] por ser enfermeira, por ser a responsável, eu interajo [...] é uma realização, eu me sinto realizada profissionalmente [...] a pediatria é o que me chama [...] eu estou com uma criança eu saio de mim e fico do lado onde está aquela mãe [...] se a mãe está nervosa, a criança está nervosa [...] e não evolui [...] se a mãe for uma mãe fragilizada, com o emocional fragilizado, a criança é do mesmo jeito. Eu não tenho resposta positiva da criança. [...] primeiro lugar não quer se alimentar, chorosa, o plantão todinho, desse jeito. A partir do momento que a gente trabalha a mãe, trabalha a importância da fé, do emocional daquela pessoa [...] acreditando que a criança vai sair, a criança sai” [S. 1].*

Fassarella, Bueno, Guarilha & Andrade (2013) reforçam que para o processo de recuperação, reabilitação e qualidade de vida do paciente e para compreender suas próprias especificidades estabelecer uma comunicação ampla é uma ferramenta indispensável no processo de cuidado. Não menos importante, também favorece a segurança que o paciente necessita sentir, em relação à equipe. Por isso que o diálogo construído e estabelecido entre profissionais e pacientes promove um relacionamento de confiança e alcança resultados satisfatórios. A comunicação eficiente e satisfatória somada a um trabalho eficiente entre a equipe de enfermagem, paciente e familiar/acompanhante resultará numa hospitalização menos traumática e seguro. Um paciente assistido adequadamente conseguirá lidar minimamente com

menos dificuldade com as possíveis adversidades que surjam ao longo do processo de sua internação.

*“[...] Ah, eu gosto, eu gosto muito, adoro [...] É criança, é pediatria. Adoro. [...] Às vezes a gente julga tanto, ne acha que é uma besteira da mãe, aquela coisa, um piti... mas só aquela mãe sabe, o que está passando [...] porque a criança realmente só vai sentir mais a falta de casa quando passa uns quatro, cinco dias (isso é a minha concepção) apesar de ser tudo novo mais eu acho mais fácil se adaptar, a mãe é que as vezes fica insistindo pra ir embora” [...] [S. 2].*

É perceptível também, pela equipe de enfermagem, que, na rotina de cuidados dispensados por esses profissionais, nos hospitais, o paciente, orientado sobre a conduta de estar submetido durante o processo de hospitalização, diminui consideravelmente a ansiedade e o receio que possa ser causado pelo procedimento que será executado pela equipe.

*“Eu acho muito gratificante. E acho mais gratificante quando eles chegam bem doentinho e logo evoluem para uma boa recuperação [...] e acho mais gratificante quando pega uma genitora que sabe agradecer [...] ela fica grata pôr a gente está fazendo aquilo e é muito doloroso quando a gente faz, faz, e o acompanhante acha que a gente não está fazendo nada [...] a gente se põe no lugar deles, não adianta ninguém discutir, porque se uma mãe chega desesperada com seu filho, nervosa se você for gritar ela, for bater de frente a errada é você, tem que ver a situação daquela pessoa [...] a boa comunicação ajuda [...] tem que ter um diálogo, um diálogo que não leve a mãe a ficar desesperada” [S. 7].*

Fassarella, Bueno, Guarilha & Andrade (2013) também enfatizam que cabe à equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde, estabelecer e/ou fortalecerem uma relação terapêutica mais estreita com os pacientes, inserindo-os no processo de cuidar. É de extrema importância que o profissional da área de saúde tenha uma comunicação clara, para que o paciente que será cuidado por ele saiba tudo que irá vivenciar durante o seu processo saúde-doença. É perceptível que a rotina de trabalho, a execução de suas habilidades técnicas tem atribuído ao profissional de enfermagem cada vez mais responsabilidades.

Contudo, é perceptível a compreensão dos profissionais de enfermagem que fizeram parte da pesquisa, ao enfatizar a necessidade e a importância de, durante o processo de cuidado da criança hospitalizada, ser grande importância inserir a criança e seu familiar/acompanhante nesse processo de cuidado. Pois uma criança que é

preparada emocionalmente, através de uma comunicação dialógica e efetiva, construída com um vínculo, gerado pelo cuidado, se torna um paciente mais cooperativo e confiante diante da rotina hospitalar que terá de cumprir. Esclarecer as dúvidas, medos e incompreensões geradas pelo universo que envolve o hospital, poderão trazer melhoras significativas no restabelecimento da saúde dessa criança e possibilitar ao familiar/acompanhante atitudes mais cooperativas no processo de hospitalização e cuidado daquela (FASSARELLA, BUENO, GUARILHA & ANDRADE, 2013).

Nesse sentido, pode-se identificar que a concepção do que seja o cuidado da equipe de enfermagem, com crianças hospitalizadas, passa pelas diversas formas da construção da relação de vínculo criada e construída durante o processo de hospitalização do pequeno indivíduo. Todas as profissionais entrevistadas apontam pra necessidade de um processo de boa comunicação e diálogo construído e fortalecido pelo vínculo instituído entre equipe, paciente e familiar/acompanhante.

Desse modo, a análise dos achados por esta categoria apontou que a compreensão do cuidado à criança hospitalizada, pelo olhar da equipe de enfermagem, passa pela construção de uma relação de vínculo, confiança, segurança e uma continuidade no processo de uma boa comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, paciente e acompanhante/familiar. Nesse sentido, se evidencia a função do cuidado, o fato de a criança passar pela interação humana, melhora o entendimento do outro e a relação que esta equipe desenvolve com o acompanhante/familiar.

### 5.1.2- A interface entre o cuidado humanizado e o cuidado técnico

Quadro 3- A interface entre o cuidado humanizado e o cuidado técnico

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Núcleos de sentido</b>	<b>Nº de respostas comuns</b>
- A interface entre o cuidado humanizado e o cuidado técnico	- Construir vínculo e estabelecer diálogo no ato de cuidar;	- Vínculo; - Comunicação;	8
	- Perceber o outro na sua singularidade;	- Cuidado; - Singularidade;	8

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A categoria apresentada acima é formada pelas subcategorias: - Perceber o outro na sua singularidade; - Construir vínculo e estabelecer diálogo. Tem como núcleo de sentidos: Vínculo, Diálogo, Cuidado e Singularidade. Essas determinações do quadro surgem a partir do relato da equipe de enfermagem, ao longo das entrevistas, quando as entrevistadas pontuam a importância de se manter uma comunicação e diálogo durante todo o processo de hospitalização da criança, com o intuito de fortalecer o vínculo construído entre equipe-paciente-família, durante o período de internação do paciente. As profissionais alegam que, com a relação de vínculo estabelecida entre as partes envolvidas, acredita-se na abertura de oferecer com mais eficácia ao paciente, que se encontra sobre seus cuidados, uma execução de suas funções de forma mais eficiente e singular. Como é visto nas falas abaixo:

*“A boa comunicação ajuda sim, só não ajuda a mãe nervosa, gritando, esculhambando. E você vá esculhambar [...] Cadê seu profissionalismo? Você tem que entender e deixar pra lá” [S. 7].*

*“Tem que existir um vínculo, com certeza [...] tem que ter união, compreensão entre todos” [S. 4].*

Considerando que “o cuidado em saúde consiste em uma relação estabelecida entre pessoas tendo em vista o alcance da melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida” (FORMOZO, 2012, p.126), reforça-se a importância do processo relacional em todos os entes envolvidos. “Assim, as práticas profissionais de cuidado em saúde, não podem se restringir à ação técnica, mas devem ser expressas de forma atitudinal e relacional, devendo ser assumidas como questão complexa e multifacetada a partir de aportes teóricos interdisciplinares” (FORMOZO, 2012, p. 126). Como é ressaltado no recorte abaixo:

*“Há benefícios sim, porque eu vou ter alguém com confiança [...] sabendo o que está sendo feito com a criança, ela vai estar mais calma, ela vai entender, ela vai entender um procedimento doloroso [...] eu digo: mãe precisa, vai doer, vai, eu não minto para a criança e não minto para você, vai doer, mas é [...] preciso saber como é que esta, como teu filho está” [...] tem que ter uma comunicação, é de fundamental importância [...] há benefícios no cuidar porque eu vou ter alguém com confiança” [S. 1].*

Dutra et al. (2011), aponta a importância da valorização da presença do acompanhante/família e das relações construídas com este no ambiente hospitalar, com o intuito de minimizar o sofrimento psíquico da criança hospitalizada. A presença

da família durante a hospitalização é algo incontestável no processo saúde-doença, tanto para a criança quanto para a equipe de enfermagem. Entretanto, ainda se observa nas práticas de saúde, que há dificuldade no desenvolvimento da relação equipe-família, pois não estão claros tanto para a equipe de saúde quanto para o acompanhante, quais os novos papéis que devem ser assumidos por ambos nesse processo. A tarefa não é fácil, mas a equipe de enfermagem tem ciência que essa relação deve ser permeada por uma comunicação clara e objetiva. Como é visto no trecho abaixo:

*“Deve ser de forma respeitosa, de forma clara, a gente se colocar no lugar da mãe [...] eu acho que as coisas melhoram muito [...] Nem todo mundo faz. A equipe tem que passar confiança, tem que tentar ser verdadeiro, ser claro, tentar tirar as dúvidas” [S. 2].*

Dessa forma, que seja permitida a possibilidade de a criança lidar com o processo de hospitalização, assim como o familiar que o acompanha, compreendendo todo o percurso que será enfrentado ao longo desse período de internação. A equipe poderá ainda, além de esclarecer o processo de tratamento e cuidado, desmistificar, através da comunicação, tudo aquilo que poderá oferecer algum dano de ordem emocional e/ou psicológica e que possa causar traumas para este pequeno paciente. Como é explicitado no recorte de fala descrito abaixo:

*“[...] a gente conversando, orientando, explicando tudo que vai ser feito [...] todos os processos, depois, como a gente diz: eles chegam armados, depois desarmam. Essa conversa, essa orientação, mostrar com que você entende o caso, explicar direitinho, porque faz com que eles confiem em você” [S. 5].*

Neves (2002) considera o processo de trabalho em saúde como um dos elementos principais nas ações de cuidado, tanto físico quanto relacional, e é incisivo em dizer que esse processo de cuidar não deve limitar-se à realização de procedimentos apenas técnicos. Haja vista que a execução da técnica é impessoal e mecanicista, ocasionando certo distanciamento com a pessoa cuidada. Sendo assim, o ato de cuidar deve englobar o sentido de ser, já que se trata de uma relação entre sujeitos, aquele que cuida e o que recebe o cuidado, sendo primordial na prática do profissional em saúde, como princípio norteador, o encontro de ambos em um

processo relacional e singular. Como descrito no recorte da fala de uma das entrevistadas transcrita abaixo:

*“O cuidado técnico é aquele onde realizamos apenas os procedimentos e o humanizado vai além disso, é o acolher, ver a criança com todas as suas particularidades. Aqui procuramos realizar os dois de forma unificada” [S.6].*

Para Moraes et al. (2011), o ato de cuidar em saúde é entendido como um encontro único que tem como objetivo o bem-estar dos seres envolvidos na relação cuidador e ser cuidado. Formozo e Oliveira (2010, p. 124), ressaltam ser “imprescindível que o ser cuidado e o ser cuidador se encontrem em interação qualitativamente produtiva” para ambas as partes que estão envolvidas no processo de cuidar. O autor ressalta ainda que o excesso de atividades e funções sobre a responsabilidade da equipe de enfermagem está por sua vez limitando o profissional a se deter muito mais aos cuidados técnicos, procedimentais, deixando em segundo plano os cuidados que, por vezes, privilegiam a subjetividade do sujeito. Assim como é descrito na seguinte entrevista:

*[...] “as vezes a gente não tem muito tempo pra sentar e ouvir mais adentro [...] se existisse esse vínculo maior poderia ser que facilitasse em algumas situações” [S. 3].*

Contudo, acredita-se que a enfermagem deve ser aquela que sabe oferecer ao seu cliente/paciente o que ele necessita naquele momento e deve estar disponível para compartilhar do conhecimento que tem, de forma consciente, no sentido de compreender que o ato de cuidar é também uma troca relacional entre cliente/paciente e equipe (MORAIS et al, 2011). Mas na prática diária, na execução de suas funções, há colegas que observam o contrário sobre a execução de suas atividades, enquanto membro de uma equipe de enfermagem. Como é exposto no recorte que se segue:

*“Muitos profissionais não trabalham visando isso, a humanização, trabalha visando o dinheiro. Profissionais desse tipo não têm nenhum vínculo com o paciente. E isso dificulta a recuperação do paciente, dificulta o tratamento” [S. 8].*

Nesse sentido, fica evidente, ao longo dos discursos expostos, a importância que as profissionais entrevistadas dão à construção do vínculo com paciente e o

acompanhante/familiares, sendo gerida pelo auxílio de uma boa comunicação e diálogo, entre os pares envolvidos nessa relação. Dessa forma, é imprescindível tanto a cooperação de quem recebe o cuidado quanto a colaboração daquele que o acompanha, dando suporte à equipe para a manutenção de suas funções com plenitude no que as profissionais compreendem ser a execução de atividades de cunho técnico e humanizado.

Salienta-se também que essa relação construída ao longo do processo de hospitalização da criança é permeada pelas particularidades do ambiente hospitalar e, se for estabelecida com eficácia, poderá influenciar diretamente na recuperação da criança hospitalizada e no modo relacional com o familiar/acompanhante.

### 5.1.2 Categoria 3 – Trabalho interdisciplinar /Relação interpessoal

Quadro 4- Categoria: Relação interpessoal/Trabalho interdisciplinar

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Núcleos de sentido</b>	<b>Nº de respostas comuns</b>
Trabalho interdisciplinar /Relação interpessoal	- Comunicação e segurança;	- Confiança; - Segurança;	7
	- Características próprias da equipe em questão;	- Comunicação;	8
	- Equipe plantonista fixa X Equipe rotativa;	- Relacionamento da equipe fixa;	7

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A categoria disposta no quadro 5 surge a partir do relato da equipe de enfermagem, ao longo das entrevistas, quando pontuam a importância do Trabalho interdisciplinar e a Relação interpessoal entre os membros desta equipe. As entrevistadas alegam ser a partir da confiança, segurança, comunicação e um bom relacionamento entre uma equipe fixa e não rotativa (núcleos de sentido da categoria), que o cuidado prestado à criança hospitalizada poderá ser oferecido sem quebra na rotina de cuidados.

A categoria é formada pelas subcategorias:- Características próprias da equipe em questão; - Equipe plantonista fixa X Equipe rotativa e - Comunicação e segurança.



Tem como núcleos de sentido: - confiança, - segurança, - comunicação e – relacionamento da equipe fixa.

Araújo, Medeiros & Quental (2016) caracterizam a enfermagem como uma prática social reconhecida por atividades elaboradas por uma equipe, que consiste em um grupo de indivíduos perfeitamente funcional, se seus integrantes estiverem articulados entre si. Caso contrário, se as desenvolturas de suas funções técnicas, seu modo de se comunicarem, estiverem mal articulados, no desenvolvimento de suas atividades, podem interferir diretamente na rotina de cuidados estabelecida para o paciente.

Nesse contexto, Silva (2013) chama a atenção para as relações interpessoais no trabalho, que nesse ambiente laboral devem ser compreendidas como algo que venha para reforçar os vínculos pessoais entre a equipe de profissionais, pautados na ética e no respeito que cada sujeito deva ter um pelo outro. Como é vislumbrado no recorte abaixo:

*“[...] tem dias que dá certo, mas tem dias que é preciso pisar em ovos, é complicado [...] tem alguns que trabalham em outros lugares, aí trocam muito, ou pagam. Nunca é a mesma equipe [S. 4].*

Vilela, Carvalho & Pedrão (2014) enfatizam que o processo laboral em equipe está relacionado à comunicação entre os membros dessa equipe e com o próprio paciente e seu acompanhante/família, para que possa ser oferecido ao mesmo o cuidado em que se promova saúde e previna o sofrimento deste no período de internação.

Corroborando com os autores supracitados, trazemos recortes de discurso de algumas entrevistadas que reforçam a ideia exposta:

*“[...] há necessidade demais de ter confiança, eu sei que o trabalho em conjunto, em equipe ele vai render mais, eu sei que vou ter resultados positivos, então quem me conhece sabe que prezo pela boa comunicação” [S. 1].*

*“[...] A minha equipe, graças a Deus é muito boa [...] é uma equipe fixa, daí fica fácil a convivência porque a gente confia um no outro, porque todo mundo tem experiência e eu nunca tive problema com minha equipe” [S. 5].*

No decorrer das entrevistas, apenas uma profissional relatou que não tinha problemas em trabalhar nos plantões com qualquer profissional de enfermagem:

*“[...] Já faz tempo que trabalho aqui [...] eu não tenho dificuldades aqui” [S. 3].*

Em contrapartida, das 8 profissionais entrevistadas, 7 pontuaram a importância de uma equipe fixa e sem rotatividade, alegando que só se tem confiança e segurança na execução das práticas de cuidado naquele profissional, que habitualmente trabalha consigo em seus plantões e que já tem por conhecido o seu modo de cuidar. Sendo assim, a frequência no compartilhamento de plantões gera uma convivência que favorece a construção de um vínculo pessoal entre os membros da equipe plantonista e conseqüentemente favorece a convivência entre elas e a confiança nos pares envolvidos no cuidado da criança hospitalizada. Esse aspecto é contextualizado no recorte do discurso abaixo:

*“[...] Me sinto bem, não temos problemas. A equipe é fixa, daí fica fácil a convivência, porque acaba tornando uma família [...] essa parceria é importante para a melhora do paciente” [S. 6].*

Já quando a equipe não é fixa, as entrevistadas ressaltam desconforto relacional em trabalhar com essa equipe, como vemos no recorte abaixo:

*“[...] entre os colegas eu acho assim que devido à mudança, porque poucos são os primeiros que entraram comigo, aí foi entrando pessoas novas, aí tem pessoas que é fácil de você lidar e tem pessoas que é difícil de lidar” [S. 7].*

Reforçando esse raciocínio Araújo, Medeiros & Quental (2016,) ressaltam que a presença de profissionais “colaborativos, atenciosos, tranquilos, seguros e uma equipe que se ajude” mutuamente é o desejo de todo profissional de enfermagem, para que haja uma boa relação interpessoal entre os membros dessa equipe.

*“[...] Eu me sinto totalmente segura, porque assim, eu me dou muito bem com minha equipe, cada um tem sua qualidade, então quando junta a equipe a gente supri a necessidade que vier a ter no plantão, uma urgência, uma emergência, seja o que for a gente estar ali preparado um dar força ao outro e a gente segue o plantão” [S. 8].*

*“[...] a gente se acostuma com aquela equipe, já faz de tudo pra que ninguém fique sobre carregado, bem tranquilo, quanto a equipe eu acho bom” [S. 2].*

Desse modo, foi possível observar ao longo dos trechos das falas das entrevistadas expostas, que o fato das equipes serem compostas por membros que, por alguma circunstância, necessitam trocar o plantão e, em consequência dessa troca, quebram essa rotina de uma equipe fixa, para a maioria (7 delas) das

entrevistadas se põe como uma fragilidade, na sequência da execução da rotina de cuidado prestado à criança hospitalizada e nas relações interpessoais entre esses membros. Diante de uma rotatividade de profissionais, o vínculo que se é construído, quando estes estão sempre de plantão nos mesmos dias, tem sua construção fragilizada, já que a equipe deverá sempre se adaptar a novos colegas e ‘novos modos’ de pensar o cuidado.

*“Se as equipes dessem continuidade ao trabalho, porque você sabe, um dia dá tudo certo, [...] tem aquele cuidado, mais como ninguém é igual, tem uns que deixam a desejar, quebram a rotina” [S. 2].*

De acordo com os membros da equipe de enfermagem pesquisada, o cuidado humanizado está ligado a uma relação de vínculo e confiança entre a equipe interprofissional e o paciente e sua família, reforçando o vínculo construído na tríade: paciente-equipe-família. As profissionais de enfermagem reforçam, em suas falas, que uma relação clara e objetiva dispensará ao paciente e a seus familiares, que o acompanham, em seu processo de hospitalização, tranquilidade e confiança para enfrentar a fase de adoecimento, sem causar grandes danos tanto ao paciente (criança) quanto ao acompanhante/família.

Nesse sentido, a interface entre o cuidado humanizado e o cuidado técnico traz um aspecto considerável insurgente no discurso das entrevistadas, pois, em sua totalidade, as profissionais enfatizam que o cuidado humanizado só poderá ser instituído na rotina hospitalar, caso não haja rotatividade entre os membros da equipe de profissionais e os vínculos interpessoais fortalecidos pela confiança e a comunicação entre equipe.

Broca & Ferreira (2012) salientam que a comunicação para a equipe de enfermagem é uma forma de interação entre pessoas e é utilizada como meio de entendimento e como um instrumento, para transmitir informações de modo verbal na rotina laboral. As profissionais pontuam que percebem, na prática da rotina de cuidados da enfermagem, quando essa equipe é fixa a confiança e o diálogo entre os membros. Esse fator permite uma interação mais completa e eficiente, que reflete diretamente no cuidado com o paciente e, conseqüentemente, em seu tratamento. Já que se tem continuidade de forma eficiente na rotina de cuidados.

### 5.1.4 Categoria 4 - Relação com o trabalho/Rotina

Quadro 5- Categoria: Relação com o trabalho/Rotina

Categoria	Subcategorias	Núcleos de sentido	Nº de respostas comuns
Relação com o trabalho/Rotina	- Descoberta profissional;	- Descoberta;	6
	- Satisfação laboral;	- Vocação; - Crianças;	8

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A categoria 4 surge a partir da prevalência nos relatos de cada profissional, acerca das influências que tiveram, para que se encontrassem na profissão, e, principalmente, sobre a suas escolhas pessoais relativas ao cuidar de crianças hospitalizadas. A categoria é formada pelas subcategorias: - Descoberta profissional e - Satisfação/Insatisfação laboral e têm como núcleos de sentido as palavras: descoberta, vocação e crianças.

Wisniewski, et al.(2015), ressaltam que, para o homem, o trabalho torna-o único e reconhecido no meio social, em que vive, e é a partir do seu espaço funcional que ele tende a buscar a sua satisfação pessoal e laboral, com o intuito de garantir a sua qualidade de vida enquanto sujeito. Já quando se fala sobre como se concebe o trabalho, este pode ser definido como uma atividade desenvolvida pelo homem de forma humana, braçal ou intelectual, que requer esforços direcionados à contribuição para a satisfação das necessidades próprias e/ou de terceiros (MORAES, 2008).

*“[...] eu adoro urgência e com crianças” [S. 4].*

*“[...] preferencialmente a clínica médica e com crianças” [S. 1].*

*“[...] despertei a enfermagem porque sempre cuidei da minha avó” [S. 2].*

Carvalho, et al. (2012), enfatizam que o contexto do serviço de enfermagem, propriamente no exercício da profissão, ou seja, o executar da formação, é mediado e atravessado pela interação e a comunicação entre profissionais de enfermagem e o paciente, constituindo-se assim, em um processo humano essencialmente intersubjetivo. Como podemos perceber na fala descrita abaixo, a profissional só percebeu a importância da profissão para si, quando experimentou a vivência prática do seu ofício.

*“[...] eu não sabia se era minha vocação, só soube na prática mesmo” [S. 6].*

Durrive (2011) ressalta que para o profissional o trabalho deve ser analisado a partir da relação como esse ofício se constitui, levando em consideração que o modo como o indivíduo percebe esse trabalho, como um ofício que lhe traz satisfação ou insatisfação, depende do resultado da interação entre o ambiente, o trabalhador e os elementos laborais. Essa realidade é vista no recorte de fala que se segue. A profissional foi levada a desenvolver a profissão, porque a que ela exercia anteriormente estava ficando em desuso, e para se manter no meio laboral, necessitou se aperfeiçoar e se adequar ao ambiente profissional.

*“[...] eu não queria a enfermagem, queria só ser dietista. Mais essa função estava pra acabar aqui no hospital. Aí fui pra enfermagem.” [S. 7].*

Nesse sentido, Bhatnagar & Srivastava (2012) pontuam que a satisfação laboral consiste em um sentimento que está relacionado a vários aspectos e é considerada uma relação entre o bem-estar fisiológico e/ou emocional.

*“[...] quando fiz o estágio prático, eu fiquei encantada, eu me encontrei. Eu realmente não sabia a profissão a seguir até então descobrir a enfermagem e passei a amar” [S. 8].*

Para Bellaguarda, Silveira, Mesquita & Ramos (2011), a identidade profissional, que a enfermagem constrói, está intimamente ligada ao contexto em que se é desenvolvida a sua atividade laboral e para quem essa atividade é desenvolvida, como também, o que resulta dessa atividade, desse trabalho. Isso se expressa na fala da entrevistada que se segue:

*“[...] eu sempre fui dedicada, sempre gostei de ajudar o próximo” [S. 5].*

Sendo assim, a identidade desse profissional se reconfigura, a partir da consciência que esse indivíduo tem da profissão, que usufrui como agente e/ou como requerente de seus benefícios (BELLAGUARDA, SILVEIRA, MESQUITA & RAMOS, 2011).

*“[...] eu gosto do que faço apesar da rotina ser cansativa” [S. 3].*

Pelos recortes de fala das entrevistadas, citadas ao longo da descrição dessa categoria, podemos inferir que as profissionais de enfermagem, em sua grande maioria (6 delas), escolheram sua função laboral por afinidade com a profissão e/ou por ter uma correlação com a sua história de vida e apenas 2 delas não tinham tanta clareza sobre sua escolha profissional.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve o objetivo de compreender de que forma as concepções de cuidado influenciam no modo como os profissionais de enfermagem se portam ao cuidar de seus pacientes, avaliando, também, como a concepção da equipe de enfermagem influencia nas relações do modo de cuidar no processo saúde-doença destas crianças.

Para a população pesquisada, o cuidar está atrelado à construção e efetivação da relação de vínculo entre equipe, paciente e acompanhante/familiar, além da construção de uma relação interpessoal entre a equipe de enfermagem.

No que tange ao relacionamento interpessoal entre equipe, pontua-se que os fatores interpessoais e relacionais, sejam eles negativos e/ou positivos, podem influenciar e interferir diretamente na prática de cuidado oferecida à criança, uma vez que o agir dos sujeitos perpassa pelo o que é determinado pela interação interpessoal e relacional estabelecida. Sendo assim, os componentes que constroem o relacionamento interpessoal entre os sujeitos é primordial no desenvolvimento e humanização do cuidado, contemplando elementos como a empatia e a escuta da necessidade do outro.

Para os profissionais pesquisados, esses componentes subjetivos são construídos através do vínculo construído entre os membros da equipe, a partir da rotina hospitalar, sem haver rotatividade na composição desta. Pois esses profissionais apontam que diante da rotatividade, a relação interdisciplinar e o vínculo relacional ficam fragilizados e a comunicação, por vezes, é prejudicada entre elas, afetando diretamente a rotina de cuidados com a criança hospitalizada. E quando a equipe é fixa, e não ocorrem mudanças de membros, há uma sincronicidade na execução da rotina de cuidados, pois os membros da equipe sentem segurança e confiança umas nas outras, ou seja, a relação entre elas é perpassada pela afetividade e, por conseguinte, o diálogo é fortalecido, gerando confiança e continuidade nas ações de cuidado.

Em se tratando da figura do acompanhante/família (mãe), acredita-se na importância da construção de um vínculo terapêutico. O elo terapêutico construído entre a equipe, o paciente e a família cooperam na recuperação do processo saúde-

doença da criança hospitalizada e favorece para um ambiente laboral menos estressor para a equipe de enfermagem.

Nesse sentido, vale ressaltar que a Política Nacional de Humanização preconiza trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, possibilitando uma forma mais eficiente de cuidar e organizar o trabalho, promovendo, entre eles, uma série de debates em direção a mudanças que transformem um ambiente humanizado e acolhedor.

São necessárias também pesquisas frequentes, para que se possa discutir nos espaços de saberes, a viabilidade de efetivação da política que propõe a humanização voltada para a prática de cuidado à criança hospitalizada, instituída por uma abordagem terapêutica singular, para que esse paciente possa sentir na equipe de enfermagem, em seus cuidados, segurança e confiança no ato de cuidar.

A limitação encontrada foi em relação à população pesquisada, pois não foi possível a estratificação de subgrupos, em decorrência do tempo limitado para a realização da pesquisa. Pois os dados coletados refletiram, por exemplo, a diferença geracional entre os participantes e o tempo de serviço desses na instituição, que poderiam apontar para estudos futuros. Assim, ao pressupor o alcance dos objetivos proposto no decorrer deste trabalho, esta pesquisa acredita que o conhecimento deste possa gerar subsídios para a (re) construção de um cuidado humanizado atrelado às peculiaridades da equipe de enfermagem, ampliando o olhar desses profissionais de saúde ligados diretamente as crianças hospitalizadas, refletindo, assim sobre as necessidades destas e na construção do vínculo gerado na relação Equipe-paciente-família.

Além do mais, através da compreensão destas propostas, os estudiosos da área pediátrica poderão ruminar sobre estratégias para lidar com a rotatividade da equipe plantonista, ao enxergar como essa característica do plantão gera inseguranças e desconfianças entre os membros, principalmente, no que diz respeito à rotina de cuidados, considerando que os profissionais de saúde devem, antes de tudo, se preocupar com a continuidade do cuidado prestado ao paciente que se encontra hospitalizado e acompanhado por sua equipe.



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marina; MEDEIROS, Soraya; & QUENTAL, Libna. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24 (5): e 7657. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7657/20372>>. Acesso em: 28/04/2019.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Abordagens teóricas: cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA, Carlos. E.A Jr. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, Dec. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10/09/2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção a saúde: modelos e práticas. **Saúde social**. 18 (2), 11-23, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>>. Acesso em 28/04/2019.

BARRA, Daniela Couto Carvalho; WATERKEMPER, Roberta; KEMPFER, Silvana Silveira; CARRARO, Telma Elisa; RADÜNZ, Vera. Hospitalidade como e Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 203. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/06.pdf>> Acesso em: 29/07/2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismo a uma ética do cuidado. **Fractal Rev. Psicologia**. 23 (3), 641-658, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4872/4713>>. Acesso em: 29/04/2019.

BATISTA, Maria Ozilene. **A assistência de enfermagem à criança hospitalizada na perspectiva da integralidade e humanização do cuidado: representações maternas**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará. Disponível em: <[http://www.uece.br/mpsca/index.php/arquivos/doc\\_view/298mariaozilenerodriguesbatista?tmpl=component&format=raw](http://www.uece.br/mpsca/index.php/arquivos/doc_view/298mariaozilenerodriguesbatista?tmpl=component&format=raw)> Acesso em: 30/03/2019.

BELLAGUARDA, Maria Lígia Reis; SILVEIRA, Luciana Ramos; MESQUITA, Maria Patrícia Locks; RAMOS, Flavia Regina Sousa. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Rev. Enferm. Foco**. Brasília; 2(3): 180-183, ago. 2011. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/130/111>> Acesso em: 19/05/2019.

BHATNAGAR, Kavita; SRIVASTAVA, Kalpana. A satisfação no trabalho em organizações de saúde. *Ind. Psychiatry J* [serial on-line] 2012 [citado em 2019/ 15 de julho]; 21:75-8. Disponível em: <<http://www.industrialpsychiatry.org/text.asp?2012/21/1/75110959>>. Acesso em: 19/05/2019.

BRASIL. 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. 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20) ISBN 1. Assistência Hospitalar – Programa Nacional de Humanização, I. Título. II. Série CDV 362.1107(81) NLM WA 540 DB8. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em: 26/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: atenção básica. Brasília, DF, 2010. v. 2. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 26/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: atenção Hospitalar**. Brasília, DF, 2011. V. 3. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 26/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional De Humanização – HumanizaSUS**, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/artigos/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 26 de Junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação do SUS – DATASUS. **Internações hospitalares Pediátricas do SUS – por local de internação** – Brasil, 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso 25/11/2017.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 97-103. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>>. Acesso em: 29/07/2019.

CAMPOS, Luiz Fernando de Lara. **Métodos e Técnicas de pesquisa em Psicologia**. 3ª Edição. Campinas: Editora Alínea, 2004. p. 122-123.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PEDUZZI, Marina; MANDU, Edir Nei Teixeira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2012; 20(1):19-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/04.pdf>>. Acesso em: 16/05/2019.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. (Org.) **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

CHAGAS, Maria Cristina da Silveira. **Criança hospitalizada: cuidado compartilhado entre família e equipe de enfermagem**. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Disponível em <<http://repositorio.furg.br/handle/1/6474>>

COLLET, Neusa. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a enfermagem pediátrica. **Rev. Bras. Enferm.** 65(1), 7-8, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672012000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000100001)> . Acesso em: 15/04/2019.

CRUZ, Marcia Cristine Carvalho. **Conceito de Cuidado à Saúde**. Dissertação (Mestrado em saúde comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10398/1/2222222.pdf>> Acesso em: 15/10/2018.

DESLANDES, Suely. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9 (1): 7-14, 2004. DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educação Revista**, Curitiba, n.24, p. 213-225, 2004. Doi: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 18/02/2019.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 24, p. 213-225, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>>. Acesso em: 14/02/2019.

DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/03.pdf>>. Acesso em: 19/05/2019.

DUTRA Sousa Lenice, CALCAGNO Gomes Giovana, SILVA Santos Maria Regina, PINTO Santos Cristiano, TAROUCO Silva Barbara. A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. **Ciênc. enferm.** 2011;17(2):87-95. Disponível em: <[https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n2/art\\_10.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n2/art_10.pdf)>. Acesso em: 12/06/2019.

FASSARELLA, Cintia Silva; BUENO, Andressa Aline Bernardo; GUARILHA, Juliana Barbosa; ANDRADE, Michelle de Albuquerque. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Rede de Cuidados em saúde**. Universidade Unigranrio, v. 7, n. 1, p. 1-16, 2013. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1901/905>>. Acesso em 30/07/2019.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso)>. Access on 13 feb 2019. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>>.

FORMOZO, Gláucia Alexandre; OLIVEIRA, Denize Cristina; COSTA, Tadeu Lesa; GOMES, Antonio Marcos Tossoli. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):124-7. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4006/2775>>. Acesso em 13 de Maio de 2019.

FORMOZO, Gláucia Alexandre; OLIVEIRA, Denize Cristina; Representações do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2010; 63:236-43 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/10.pdf>>. Acesso em 13 de Maio de 2019.

FOSSARI, Ivana Maria. **Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo**. Tese (doutorado). UFC. Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, Florianópolis. 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/194467/PEGC0551-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>> Acesso em: 10/06/2019.

FOSTER, George; ANDERSON, Barbara. **Medical Anthropology**. New York: Newbery Award Records, 1978.

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para à humanização. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, 26 (1), 20-30. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4537/2467>>. Acesso em 08/11/2018.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes; SANTOS, Geralda Fortina. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 43 (1), 200-207, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100026&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100026&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 28 de abril de 2019.

HABERMANS, Jurgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.

LEMOS, Lígia Mara Dolce et al. Vamos cuidar com brinquedos? **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, p. 950-955, Dec. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600013>>. Acesso em: 10/03/2019.

LIMA, Aline; SILVA, Vivian Karla Bezerra; COLLET, Neusa. REICHERT, Altamira Pereira; OLIVEIRA, Beatriz Rossana. **Relações estabelecidas com a família durante a hospitalização**. Texto contexto - enferm. vol.19 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400013)>. Acesso em: 23/04/2019.

MARTINES, Wania Regina; MACHADO, Ana Lúcia. Produção de cuidado e subjetividade. **Rev. Bras. Enferm.** 63 (3), 328-333, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/25.pdf>>. Acesso em 30/04/2019.

MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida; ENDERS, Bertha Cruz; LIRA, Ana Lúcia Brandão de Carvalho. The Florence Nightingale's environmental theory: a critical analysis. **Escola Anna Nery**. 19(3), 518-524, 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/5b73/6c69b1346283ef84ded635cf766b82f0b6fa.pdf?ga=2.154359352.1093011431.1563228239-1639876993.1563228239>>. Acesso em: 28/04/2019.

MENEZES, Marina. **A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização**. Florianópolis, 2010. 411p. Tese de Doutorado em Psicologia, programa de pós-graduação em psicologia, UFSC. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103271/284898.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 06/07/2019.

MIRANDA, Angela Rodrigues; OLIVEIRA, Amanda Rodrigues; TOIA, Leticia Mitsui; STUCHI, Hebe Karina de Oliveira. A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos 30 anos: do modelo centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. **Rev. Fac. Ciên. Med.** Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 5 - 9, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/12890/pdf>>. Acesso em: 26/06/2019.

MITRE, R. M. A. O Brincar no Processo de Humanização da Produção de Cuidados Pediátricos. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 283-300.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAIS, Fernanda Rodrigues Chaves, SILVA Carolina de Mendonça Coutinho, RIBEIRO, Monique Carvalho Marrafa; PINTO, Nádia Regina da Silva, SANTOS, Iraci.



Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a22.pdf>>. Acesso em: 13/05/2019.

MORSCH, Denise Streit; ARAGÃO, Priscila Menezes. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 235-260.

NASCIMENTO, Cintia Cristina Neto do. A criança hospitalizada: influências sociais e emocionais decorrentes da doença e da hospitalização, em **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Marzo 2013. Disponível em: <[www.eumed.net/rev/cccscs/23/crianza-hospitalizada.html](http://www.eumed.net/rev/cccscs/23/crianza-hospitalizada.html)>. Acesso: 26/06/2019.

NEVES, Eloita Pereira. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. Esc. Anna Nery. **RevEnferm.** 2002; 6(suplem 1):79-92 Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11997&in>>. Acesso em: 13/05/2019.

OLIVEIRA, Helena. A enfermidade na infância: um estudo sobre a doença em crianças hospitalizadas. **Cadernos de Saúde Pública**, 9: 326-332 1993. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/1993.v9n3/326-332/pt>>. Acesso em: 28/06/2019.

OLIVEIRA, Ledjane Neves de; CARDOSO, Cristina Peres. Cuidados de enfermagem à criança hospitalizada: efeitos da música como terapêutica complementar no cuidar em pediatria. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano XIV nº 17 ANO 2014.P. 39 a 55. Disponível em: <<https://www.amplificar.mus.br/Cuidados-de-enfermagem-a-crianca-hospitalizada--efeitos-da-musica-como-terapeutica-complementar-no-cuidar-em-pediatria>>. Acessado em 29/07/2019.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 326-332, jul/set, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 29/04/2019.

PERES, Merianny de Avila; WEGNER, William; CANTARELLI-KANTORSKI, Karen Jeanne; GERHARDT, Luiza Maria; MAGALHÃES, Ana Maria Muller de. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.** 2018; 39:e2017-0195. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0195.pdf>> Acesso em: 30/07/2019.

PINTO, Julia Peres; RIBEIRO, Circéa Amália; PETTENGILL, Myriam Mandetta; BALIEIRO, GOMES, Maria Magda Ferreira. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 132-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a22.pdf>>. Acesso em: 30/04/2019.

QUIRINO, Daniela Dias; COLLET, Neusa; NEVES, Ana Flávia Gomes de Britto. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):300-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/14.pdf>>. Acesso em: 30/04/2019.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; LIMA, Regina Aparecida Garcia de; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 25-52, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n1/04.pdf>>. Acesso em: 26/06/2019.

RODRIGUES, Benedita Maria R.D.; PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo; DIAS, Midian Oliveira; CABRAL, Josiane Lima; LUZ, Glaucia Rangine; SILVA, Tais Folgosa. Perspectivas éticas no cuidar em enfermagem pediátrica: visão dos enfermeiros. **Rev. Enf. UERJ**, 21(2), 743-747, 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerej/article/view/12038/94256>>. Acesso em 04 de abril de 2019.

ROSSI, Cassiana Silva; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. **Acta Paul Enferm.** 23(5), 640-645, 2010. Disponível em: <<https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v23/n5/v23n5a10.pdf>>. Acesso em: 20/05/2019.

SANTA ROZA, E. **Um desafio às regras do jogo**. In: SANTA ROZA, E.; REIS, E. S. Da análise na Infância ao Infantil na Análise. Rio de Janeiro: Contracapa, 1997.

SILVA, Janaina Lopes; SANTOS, Emelyne Gomes de Oliveira; ROCHA, Cintia Capistrano Teixeira; VALENÇA, Cecília Nogueira; BAY, Góes Bay Jr. Organização do trabalho de enfermagem diante da inserção dos cuidados familiares com a criança hospitalizada. **Rev. Rene.** 226-232, 2015. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12656/1/2015\\_art\\_jlsilva.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12656/1/2015_art_jlsilva.pdf)>. Acesso em: 29/04/2019.

SILVA, Marina Pereira. **Relações interpessoais no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem: uma ação comunicativa**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2013. Disponível em: <[https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14791/1/MarianaPSDISSE\\_RT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14791/1/MarianaPSDISSE_RT.pdf)>. Acesso 29/04/2019.

SILVA, Thiago Privado; SILVA, Ítalo Rodolfo; LINS, Silvia Maria de Sá Basílio; LEITE, Josete Luzia. Percepções do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada em condição crônica. **Rev. Enfer. UFSM**, 5(2), 339-348, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13406/pdf>>. Acesso em: 29/04/2019.

SOUSA, Lenice Dutra; GOMES, Gilovana Calcagno; SANTOS, Cristiano Pinto. **As percepções da Equipe de Enfermagem acerca da importância da presença do**

**familiar/acompanhante no Hospital**, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a17.pdf>>. Acesso em 10/03/2018.

SOUSA, Lenice Dutra; GOMES, Giovana Calcagno; SILVA, Mara Regina; SILVA Bárbara Tarouco. A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. **Cienc. enferm.** Concepción, v. 17, n. 2, p.87-95,2011. Disponível em:<[https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n2/art\\_10.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n2/art_10.pdf)>. Acesso em: 30/03/2019.

SOUZA, Tania Vignuda; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery**. 14(3), 551-559, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a17.pdf>>. Acesso em: 29/03/2019.

TALLON, Mary; KENDALL, Garth; SNIDER, Paul D. Rethinking Family-centred care for the child and Family in hospital. **J. ClinNurs**. 24, 1426-1435, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12799>>. Acesso em: 05/04/2019.

URBANETTO, Janete de Souza; CAPELLA, Beatriz Beduschi. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) 2004 jul-ago;57(4):447-52 Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a12.pdf>>. Acesso em 29/04/ 2019.

VAGHETTI, Helena Heidtmann; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; CARRARO, Telma Elisa; PIRES, Denise Elvira Pires de; SANTOS, Viviane Euzébia P. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):267-75. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a18.pdf>>. Acesso em: 15/05/2019.

VILELA Sueli de Carvalho; CARVALHO Ana Maria Pimenta; PEDRÃO Luiz Jorge. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2014; 22 (1): 96-102 Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a15.pdf>>. Acesso 02/05/2019.

WALDOW, Vera Regina. **Atualização do cuidar**. Aquichan. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008. Disponível em <<http://www.fhgv.com.br/home/wp-content/uploads/2015/01/Artigo-Atualizacao-do-cuidar.pdf>>. Acesso em 10/05/2019.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm**. Vol 24 (3), 414-418, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>>. Acesso em: 28/04/2019.



WISNIEWSKI, Daniele; SILVA Eraldo Schunk, ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; MATSUDA, Laura Missue. Satisfação Profissional Da Equipe De Enfermagem X Condições E Relações De Trabalho: Estudo Relacional. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 850-8. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00850.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00850.pdf)>. Acesso em: 16/05/2019.

XAVIER, Simone Costa da Matta; ALMEIDA, Maria Filomena Pereira Vancellote; REGAZZI, Isabel Cristina Ribeiro. As estratégias terapêuticas de enfermagem como minimizantes do estresse da criança hospitalizada. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, UERJ, Rio de Janeiro, 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):983-986. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1235/pdf\\_346](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1235/pdf_346)>. Acesso em: 29/07/2019.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Equipe de Enfermagem

**Título do Projeto: CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA.**

**Pesquisadora Executante:** Alana Cristina de Sousa Alencar Silva

**Pesquisadora Responsável:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Regina Viodres Inoue - UNISANTOS – Universidade Católica de Santos.

Eu, Alana Cristina de Sousa Alencar Silva estou realizando uma pesquisa que busca compreender qual é a percepção da equipe de enfermagem sobre os cuidados humanizados à criança hospitalizada. Esta pesquisa é parte das atividades de uma pós-graduação que estou realizando e que está sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Regina Viodres Inoue. Por isso, eu gostaria de poder contar com a sua colaboração para responder a uma entrevista semiestruturada, com perguntas referentes à temática. Suas respostas serão anotadas em formulário de papel próprio para este estudo e se você autorizar a entrevista será gravada para que não se perca nenhuma informação fornecida. E como se trata de uma entrevista com algumas perguntas irá necessitar de sua disponibilidade de tempo para respondê-la.

Gostaria de informar também que esta entrevista será realizada em ambiente reservado, sem a presença de outras pessoas e que seu nome e os nomes das pessoas que você mencionar não irá aparecer nos resultados da pesquisa, porque nós só vamos mostrar o que os profissionais de enfermagem pensam e fazem sobre o cuidado humanizado e não os nomes de pessoas.

Você não é obrigado a participar desta pesquisa e se não quiser participar isto não lhe causará nenhum problema. Caso concorde em participar, não receberá pagamento e também não terá nenhum prejuízo financeiro.

Conforme lhe foi explicado, esta pesquisa tem o objetivo de identificar qual a percepção que a equipe de enfermagem tem sobre o cuidado humanizado a crianças hospitalizadas em um hospital infantil do interior da Paraíba.

Para isso, sua participação é de extrema importância, pois ao responder a entrevista aplicada pelas pesquisadoras, estarão contribuindo para identificar quais são os conhecimentos que a Equipe de Enfermagem possui, pratica e acredita ser viáveis executar para promover na instituição um cuidado humanizado à criança hospitalizada.

Ao assinar este termo você declara ter sido informado (a) de que: esta entrevista possui algumas perguntas de caráter íntimo e pessoal como, por exemplo, idade, escolaridade, jornada de trabalho, tempo de atuação profissional, etc; (b) se permitir esta entrevista será gravada em arquivo de voz para escuta apenas pelas pesquisadoras; (c) poderá responder as perguntas em local reservado e na presença apenas da pesquisadora; (d) poderá recusar-se a responder a alguma pergunta e retirar o consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo; (e) não será identificado(a) e será mantido o caráter sigiloso sobre a identidade das pessoas por você citadas; (f) poderá solicitar esclarecimentos ou colocar dúvidas sobre esta

pesquisa; (g) que ao responder às perguntas poderá sentir cansaço e vergonha e caso isso ocorra poderá desistir de participar da pesquisa;(h) se você demonstrar sofrimento emocional decorrente da participação nesta pesquisa ou solicitar você será encaminhado para um serviço que ofereça atendimento psicológico no Serviço de Psicologia das FIP - Faculdades Integradas de Patos ou um serviço público de sua preferência; (i) este documento é elaborado em duas vias, uma ficará com você e outra com as pesquisadoras; (j) para esclarecimentos sobre a pesquisa você poderá contatar a pesquisadora através do telefone (83) 98149-6267, ou a orientadora do estudo Prof.<sup>a</sup> Dra. Sílvia Regina Viodres Inoue pelo telefone (13) 32055555 ramal 1312 e em caso de dúvidas ou denúncia sobre aspectos éticos da pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos pelo telefone (13) 32055555 ramal 1254.

Portanto, eu declaro estar ciente do exposto e que desejo participar do projeto.

Nome da (o) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Alana Cristina de Sousa Alencar Silva, declaro que forneci todas as informações referentes a este projeto ao participante declarado acima.

\_\_\_\_\_  
Alana Cristina de S. A. Silva  
Pesquisadora

Patos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

## APÊNDICE B - Entrevista Semiestruturada para coleta de dados com a Equipe de Enfermagem

Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo Biológico: \_\_\_\_\_

Escolaridade

Técnico (a) de Enfermagem ( ) Enfermeiro (a) ( )

Tempo de atuação profissional neste hospital ou na função? Ou ainda na pediatria?

Regime de Plantão: \_\_\_\_\_

Tem mais de um vínculo? Sim ( ) Não ( )

Que tipo de serviço de saúde? \_\_\_\_\_

1. Durante sua carreira profissional, você já esteve na condição de paciente? Caso sim, responda a próxima pergunta.
2. Como você enfrentou seu processo de adoecimento?
3. Como você se sentiu no período que ficou hospitalizado?
4. Na sua profissão, quais as dificuldades que você consegue perceber ou que tem encontrado que dificulta a sua vivência prática?
5. Como você se sente diante da sua equipe de plantão? Existe uma parceria na rotina laboral?
6. Como é estar com os pacientes?
7. E como é lidar com os familiares dos pacientes?
8. Você acredita que existe uma relação de vínculo entre você e o paciente que atende?
9. Você se sente acolhido (a) pelo (a) acompanhante do paciente que você está acompanhando?
10. Como você compreende sua convivência com o paciente e o (a) acompanhante?
11. Você acredita que tem que existir uma relação acolhedora entre paciente-família-equipe de enfermagem?
12. E você acredita que possa existir uma relação harmoniosa entre paciente-acompanhante-equipe de enfermagem? A relação entre paciente – acompanhante-equipe pode tornar o processo de hospitalização da criança menos doloroso? Em que circunstâncias?
13. Você acha que seja possível minimizar os danos causados a criança enquanto ela se encontra hospitalizada? Se não, deveria existir?

**APÊNDICE C - Termo de Compromisso do Pesquisador**

Eu, Alana Cristina de Sousa Alencar Silva, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: **CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA**, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Regina Viodres Inoue comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares. Responsabilizo-me também pelas atividades que serão executadas no transcorrer da pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da UNISANTOS – Universidade Católica de Santos e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Patos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

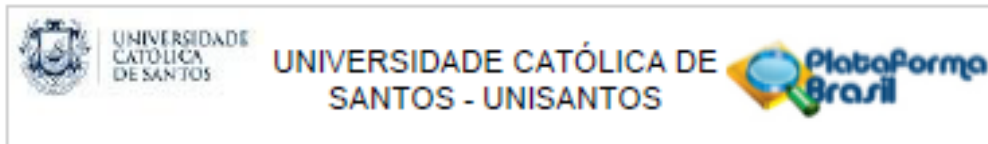
---

Alana Cristina de Sousa Alencar Silva  
**Pesquisadora Responsável**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Regina Viodres Inoue  
**Pesquisadora Responsável**

## ANEXO A – Aprovação do projeto no comitê de ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CUIDADO HUMANIZADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA

**Pesquisador:** ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80697517.3.0000.5536

**Instituição Proponente:** Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.439.475

#### Apresentação do Projeto:

segundo as autoras: "O presente trabalho tem como objetivo compreender qual é a percepção da Equipe de Enfermagem sobre o conceito de Cuidado Humanizado a criança hospitalizada, embasando suas reflexões teóricas a partir do conceito de Cuidado em José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (2004) e do conceito de Humanização em Suely Ferreira Deslandes (2006). Esse percurso se faz necessário para que seja possível, através desse estudo, promover saúde pública no contexto do cuidado humanizado à criança hospitalizada."

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Compreender qual a percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado humanizado à criança hospitalizada.

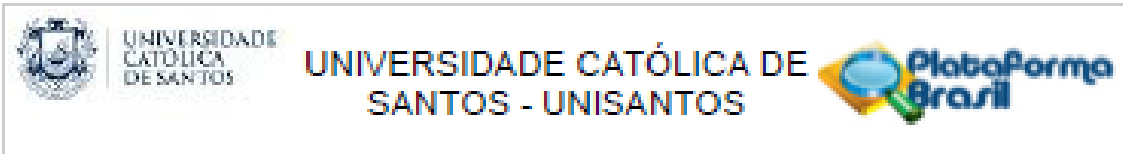
##### Objetivo Secundário:

Verificar a partir da percepção da equipe de enfermagem: a) como a repercussão do conceito de cuidado humanizado à criança hospitalizada influencia no seu modo de cuidar; b) como o cuidado humanizado implica no processo saúde-doença da criança hospitalizada; c) como é possível viabilizar prevenção e promoção em saúde na política pública de humanização;

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300  
 Bairro: Vila Matias CEP: 11.015-002  
 UF: SP Município: SANTOS  
 Telefone: (13)3228-1254 Fax: (13)3205-5555 E-mail: comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 2.429.475

A presente pesquisa pode oferecer risco de desconforto emocional aos participantes. E caso este ocorra, os entrevistados poderão interromper a entrevista, e se for identificado sofrimento psicológico, tais participantes serão encaminhados ao serviço de psicologia do Hospital Infantil para receberem atendimento psicológico GRATUITO. Ou ainda, poderão ser encaminhados para um serviço público especializado em localidade de preferência dos participantes.

**Benefícios:** Os benefícios esperados são relacionados ao entendimento / percepção que os profissionais de enfermagem têm ou construíram sobre o cuidado humanizado à criança hospitalizada e como essa construção pode ou poderá influenciar na prática desse cuidado na sua rotina laboral.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, bem estruturada e com métodos adequados aos objetivos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos estão adequados e bem elaborados.

**Recomendações:**

revisão de pequenos erros de digitação no TCLE, principalmente.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

não há

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Cumprindo a Resolução 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi avaliado por um relator e em reunião ocorrida em 12/12/2017 o colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos considerou o presente projeto de pesquisa Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE INFORMACOES BÁSICAS DO PROJETO 1044661.pdf	30/11/2017 17:37:24		Acelto
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	30/11/2017 17:36:11	ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA	Acelto
Outros	entrevista.docx	30/11/2017 17:10:09	ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA	Acelto

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300  
 Bairro: Vila Matilde CEP: 11.015-002  
 UF: SP Município: SANTOS  
 Telefone: (13)3208-1254 Fax: (13)3205-5555 E-mail: comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 2.439.475

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ALANA.docx	30/11/2017 17:09:18	ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.docx	30/11/2017 17:07:25	ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADOR.docx	30/11/2017 16:30:12	ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.docx	30/11/2017 16:29:08	ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	30/11/2017 16:27:57	ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	30/11/2017 16:25:31	ALANA CRISTINA DE SOUSA ALENCAR SILVA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 14 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Cezar Henrique de Azevedo  
(Coordenador)

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300

Bairro: Vila Mathias

CEP: 11.015-002

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3228-1254

Fax: (13)3205-5555

E-mail: comet@unisantos.br



## ANEXO B - Declaração da Instituição Coparticipante



**GOVERNO DA PARAIBA**  
**HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE**  
**PATOS – PB**

### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada, "A Percepção da Equipe de Enfermagem do Cuidado Humanizado a Criança Hospitalizada" . A ser desenvolvida pela discente, Alana Cristina de Sousa Alencar Silva, devidamente matriculada no Mestrado em Saúde Coletiva, pela Faculdade Católica de Santos – UNISANTOS , sob orientação da Professora Doutora Sílvia Viodres Inouê . Está autorizada a ser desenvolvida junto a esta instituição de saúde.

A pesquisadora envolvida está ciente de que, para ter acesso a qualquer serviço da referida instituição de saúde, (Para fins de coleta de dados). Fica condicionado a apresentação da Certidão da Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), devidamente credenciado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao serviço que receberá a pesquisa.

Patos – PB, 22 de Novembro, de 2017.

Francisca Grazielly Lacerda Nogueira  
Matrícula: 211247-7  
Coordenadora de Estágio

**Núcleo de Estágios**

