

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA: PERCEÇÃO
DOS PAIS E DOS ENFERMEIROS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Ana Paula dos Santos Jesus Marques França

Coorientação:

Professor Doutor Filipe Nuno Alves Santos Almeida

Ana Rita Sousa e Silva

Porto 2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por tudo;
Ao Zarco que, com uma postura muito própria, sempre me incentivou;
Ao Dinis, pela tolerância nos momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo apoio incondicional em todo o percurso;

À orientadora, Professora Doutora Ana Paula França e ao Coorientador Professor Doutor Filipe Nuno Almeida, pela disponibilidade, incentivo e crítica, que se traduziram em momentos únicos de aprendizagem;

À Enfermeira Teresa Nazaré, por tudo;

Aos colegas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pelo estímulo;

Aos Enfermeiros do meu serviço, em especial às Enfermeiras Cecília, Fátima, Nazaré, Cláudia e Paula e aos Pais das crianças internadas no meu serviço... sem eles, este trabalho não seria possível:

A todos, a nossa sincera gratidão.

PENSAMENTO

“Nas grandes batalhas da vida,
o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer!”
Mahatma Gandhi

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 - Humanização dos Cuidados de Saúde	21
1.1.1 - <i>Conceitos Basilares</i>	21
1.1.2 - <i>Serviço de Humanização do Hospital de S. João</i>	26
1.1.3 - <i>Cuidados de Enfermagem Humanizados</i>	28
1.2 - Humanização em Pediatria	30
1.2.1 - <i>Conceitos e Fundamentos</i>	31
1.2.2 - <i>Hospitalização e Humanização em Pediatria</i>	37
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
2.1 - Questões de Investigação e Objetivos do Estudo	43
2.2 - Tipo de Estudo	44
2.3 - Procedimentos Metodológicos	45
2.3.1 - <i>Os Enfermeiros</i>	46
2.3.1.1 - <i>População e Amostra</i>	46
2.3.1.2 - <i>Instrumento de Recolha de Informação</i>	47
2.3.1.3 - <i>Procedimento para Recolha e Tratamento dos Dados</i>	48
2.3.2 - <i>Os Pais</i>	49
2.3.2.1 - <i>População e Amostra</i>	50
2.3.2.2 - <i>Instrumento de Recolha de Informação</i>	50
2.3.2.3 - <i>Procedimentos para Recolha e Tratamento dos Dados</i>	51

2.3 - Considerações Éticas	52
3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	55
3.1 - A Opinião dos Enfermeiros	55
3.2 - A Opinião dos Pais	79
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
CONCLUSÃO	103
BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS	119
ANEXO I - Guião de Entrevista	121
ANEXO II - Questionário	125
ANEXO III - Autorização do Conselho de Administração mediante parecer da Comissão de Ética para a Saúde	133
ANEXO IV - Consentimento Informado	137

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Quadro síntese da categorização do tema: “O enfermeiro e a humanização”	56
QUADRO 2:	Descritivo da categoria “Quem somos” e subcategoria “Seres humanos como os outros”	57
QUADRO 3:	Descritivo da categoria “Quem somos” e subcategoria “Pessoas com necessidade de reconhecimento”	57
QUADRO 4:	Descritivo da categoria “O que temos” e subcategoria “Serviços de apoio à humanização”	58
QUADRO 5:	Descritivo da categoria “O que temos” e subcategoria “Bons cuidados”	59
QUADRO 6:	Descritivo da categoria “O que temos” e subcategoria “Necessidade de melhorar”	59
QUADRO 7:	Quadro síntese da categorização do tema: “Humanizar é cuidar”	60
QUADRO 8:	Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” e subcategoria “Preocupação”	61
QUADRO 9:	Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” e subcategoria “Flexibilidade”	61
QUADRO 10:	Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” e subcategoria “Disponibilidade”	62
QUADRO 11:	Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” e subcategoria “Respeito”	63
QUADRO 12:	Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” e subcategoria “Atenção”	64
QUADRO 13:	Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” e subcategoria “Acolher” e sub-subcategoria “Integração”	65
QUADRO 14:	Descritivo da categoria “Intervenções adequadas”, subcategoria “Acolher” e sub-subcategoria “Presença dos pais”	66
QUADRO 15:	Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” e subcategoria “Acolher” e sub-subcategoria “Relação com os pais”	67

QUADRO 16:	Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” e subcategoria “Informar e explicar”	67
QUADRO 17:	Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” e subcategoria “Prestar bons cuidados” e sub-subcategoria “Cuidados técnicos e humanizados”	68
QUADRO 18:	Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” e subcategoria “Prestar bons cuidados” e sub-subcategoria “Organizar cuidados”	69
QUADRO 19:	Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” e subcategoria “Prestar bons cuidados” e sub-subcategoria “O silêncio”	70
QUADRO 20:	Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” e subcategoria “Prestar bons cuidados” e sub-subcategoria “O alívio da dor”	71
QUADRO 21:	Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” e subcategoria “Prestar bons cuidados” e sub-subcategoria “Continuidade de cuidados”	72
QUADRO 22:	Quadro síntese da categorização do tema: O que falta para humanizar	73
QUADRO 23:	Descritivo da categoria “Recursos humanos”	73
QUADRO 24:	Descritivo da categoria “Tempo”	74
QUADRO 25:	Descritivo da categoria “Condições físicas” e subcategoria “Para os pais”	75
QUADRO 26:	Descritivo da categoria “Condições físicas” e subcategoria “Para os adolescentes”	76
QUADRO 27:	Descritivo da categoria “Condições físicas” e subcategoria “Para os enfermeiros”	76
QUADRO 28:	Descritivo da categoria “Condições físicas” e subcategoria “Para cuidar com privacidade”	77
QUADRO 29:	Descritivo da categoria “Organização da equipa”	78
QUADRO 30:	Descritivo da categoria “Apoio Educativo”	78
QUADRO 31:	Descritivo da categoria “Alguém com quem dasabafar”	79

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	Distribuição do Estado Civil dos Participantes	80
GRÁFICO 2:	Distribuição das Habilitações Acadêmicas dos Participantes	80
GRÁFICO 3:	Distribuição da Proveniência Geográfica dos Participantes por Distrito	81
GRÁFICO 4:	Profissional de Saúde que o Recebeu	81
GRÁFICO 5:	Sabe o Nome do Enfermeiro que Cuida do seu Filho	82
GRÁFICO 6:	Quando o Enfermeiro cuida do seu filho	82
GRÁFICO 7:	Tipo de Cuidados para os quais foi motivado	83
GRÁFICO 8:	Grau de Satisfação na Relação que estabeleceu com os Enfermeiros e Satisfação sobre os Cuidados Prestados	84
GRÁFICO 9:	Avaliação da Dor pelos enfermeiros	85
GRÁFICO 10:	Grau de Satisfação relativo às Medidas Implementadas para o Alívio da Dor	85
GRÁFICO 11:	Grau de Satisfação sobre as Condições de Serviço para a Criança	86
GRÁFICO 12:	Grau de Satisfação sobre as Condições de Serviço para o Acompanhante	87
GRÁFICO 13:	Motivação para Acompanhar o Filho durante 24 Horas	88
GRÁFICO 14:	Acompanhamento do Filho durante 24 Horas	88
GRÁFICO 15:	Adequação do Horário das Visitas	89
GRÁFICO 16:	Grau de Satisfação sobre o Apoio Prestado à Família pelos Enfermeiros	89
GRÁFICO 17:	Carta da Criança Hospitalizada e Carta de Humanização do HSJ	90

GRÁFICO 18:	Viu expostas as Cartas da Criança Hospitalizada e da Humanização	90
GRÁFICO 19:	Conhecimento dos Serviços de Apoio do HSJ	91

RESUMO

Este estudo é uma reflexão sobre a humanização no cuidar em pediatria. Faz uma abordagem aos conceitos relacionados com humanização, nomeadamente a humanização em saúde, no hospital e mais especificamente em pediatria. Com este estudo pretende-se conhecer a opinião dos enfermeiros e dos pais das crianças internadas no serviço de pediatria face à humanização dos cuidados de enfermagem.

Optou-se por um estudo do tipo exploratório, descritivo e transversal, de cariz essencialmente qualitativo, realizado entre os meses de janeiro de 2011 e abril de 2012. Os participantes foram 56 pais e 5 enfermeiros e foram utilizados um questionário e uma entrevista semiestruturada para a colheita da informação, que foram elaborados por nós e sujeitos a um grupo de peritos e à aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar do São João.

Os resultados da análise dos questionários mostram que os pais são acolhidos na grande maioria por enfermeiros e estão satisfeitos com o cuidar humanizado prestado por eles. Apresentam descontentamento relacionado com as condições de serviço tanto para as crianças como para eles próprios e com o horário das visitas. Na análise global, o grupo de enfermeiras participantes do estudo considera que a humanização está implícita em todos os cuidados que prestamos. Humanização é acolher, é dar atenção, é tolerar, é agir sempre da mesma forma, é também respeitar as preferências dos profissionais para que se trabalhe com amor, dedicação e vocação. Para o cuidar em enfermagem com humanização (em pediatria) são necessárias atitudes como preocupação, flexibilidade, disponibilidade, respeito e atenção. A desorganização e as condições físicas são os fatores mencionados que condicionam os cuidados humanizados em pediatria.

Palavras-chave: Humanização; Pessoa; Dignidade Humana; Cuidar; Criança.

ABSTRACT

This study is a reflection on the humanization in pediatrics care. It makes an approach to the concepts related to humanization, notably the humanization in healthcare, in the hospital and more specifically in pediatrics. With this study, we intend to know the views of nurses and parents of children, admitted in the pediatrics service, in terms of the humanization of nursing care.

We opted for an exploratory, descriptive and transversal type of study, essentially qualitative, held between the months of January 2011 and April 2012. The participants were 56 parents and 5 nurses, where we used a questionnaire and a semi structured interview for the gathering of information. This was elaborated by us, subjected to a group of experts and to the approval of the Ethics Committee for Health of the São João Hospital Centre.

The results of the questionnaire analysis show that the majority of parents are welcomed by nurses and are satisfied by their humanized care. However, they are dissatisfied with the service care for the children and themselves, as well as the visiting schedule. In the overall analysis, the group of nurses that took part in the study consider that the humanization is implied in all the care provided. Humanization is to welcome, provide attention, tolerate and act always the same way, respecting the preferences of professionals in order to work with love, dedication and devotion. It is fundamental to have concern, flexibility, availability, respect and attention in order to obtain humanization in pediatrics nursing care. The disorganization and the physical conditions are the factors that affect humanization in nursing care.

Key-words: Humanization; Person; Human Dignity, Care, Child.

INTRODUÇÃO

A humanização em saúde é um assunto recente que emergiu da compreensão do ser humano como pessoa dotada de capacidades de pensamento e decisão em diferentes contextos, quer como sujeito individual, quer como pertencente a uma sociedade. Com frequência somos conduzidos no pensamento de que esta teve a sua origem no âmbito da saúde, pela evidente necessidade de cooperação entre os profissionais e a pessoa que se confronta com a doença, o sofrimento e a morte.

De facto, o termo Humanização tem sido cada vez mais utilizado na assistência em saúde, sendo importante aprofundar a discussão acerca da saúde dentro de uma visão holística e humanística, uma vez que o respeito pela individualidade das pessoas, a escuta atenta, a valorização das crenças e a comunicação, são ingredientes básicos da humanização. Como refere Watson (2002), “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha” (Watson, 2002, p. 65). Humanizar é um processo que se vai transformando no dia a dia, ou seja, requer tempo e pressupõe atitudes, valores e comportamentos como, amabilidade, respeito, amor por si e pelos outros, além de satisfação e realização pessoal.

Se nos diferentes contextos de cuidados a humanização tem vindo a ser lentamente construída, é na Pediatria que alcança a sua apoteose. É aqui que a enfermagem assume o verdadeiro sentido do cuidar, na valorização de pequenos gestos e na partilha diária e contínua entre a criança, o enfermeiro e a família.

Segundo Watson (2002, p. 54), “o conceito da função de cuidar do enfermeiro está ameaçada pela tecnologia, tarefas administrativas e manipulação de pessoas para irem ao encontro de necessidades dos sistemas”. O internamento em Pediatria engloba grandes alterações na vida da criança/família, assim como experiências desagradáveis. Desta forma, a hospitalização só deve acontecer quando os cuidados

no Hospital de dia não são uma solução viável (Sadala e António, 1995, cit. por Gonzaga e Arruda 1998). Aqui, a humanização de cuidados tem uma especial importância, para amenizar as experiências negativas da hospitalização.

Para Torrado da Silva a humanização no âmbito da pediatria é “um estado de espírito que implica conhecimentos e aptidões que moldam as atitudes e se traduzem numa prática diária atenta à satisfação das necessidades da crianças e das famílias”. (Jorge, 2004)

O hospital deve estar atento à cultura da sociedade onde se encontra integrado, de modo a dar resposta às necessidades dos utentes que o constituem, e a criança doente deve ser observada como pessoa e não como um problema. Todo o cidadão tem deveres e direitos, sendo um dos direitos que lhe assiste usufruir de cuidados médicos e de enfermagem humanizados e com qualidade.

Estando neste momento a exercer funções no Serviço de Pediatria do Hospital de S. João E.P.E. e a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, emergiram inquietações acerca da Humanização do Cuidar em Enfermagem Pediátrica, assim como ao modo como esta se reflete na prática dos Enfermeiros.

A criação de um “Serviço de Humanização” no hospital onde desempenho funções e a minha preocupação pessoal por este tema surgiram como motivação inicial para este trabalho. O conhecimento sobre o que pensam os Pais e os Enfermeiros relativamente à humanização dos cuidados levar-nos-á, indiscutivelmente, a uma reflexão sobre a humanização em pediatria e, conseqüentemente, à instituição de medidas que promovam e melhorem o atendimento à criança durante a sua passagem pelo Serviço de internamento de pediatria. De uma forma mais ampla, trará ainda uma contribuição para a humanização de todo o hospital.

A procura incessante da compreensão sobre tudo o que nos rodeia tende a ser atenuada com o encontrar soluções para as questões constituídas. A procura de conhecimento aliado à investigação científica é um dos caminhos a percorrer de forma a clarificar situações consideradas pertinentes e prementes ao desenvolvimento do indivíduo na sociedade. A investigação em enfermagem assume um papel preponderante, ao alargar conhecimentos através do estudo sistemático de fenómenos que conduzirão à descoberta e aumento de saberes específicos, promovendo o desenvolvimento contínuo da profissão e reforçando a sua cientificidade, credibilizando assim os seus domínios de conhecimento, o que se repercute nas suas áreas de atuação.

Conhecendo a perceção dos pais e dos enfermeiros relativamente à humanização dos cuidados de enfermagem prestados no serviço de internamento de pediatria, seremos capazes de encontrar as lacunas mais importantes nos cuidados à criança e, deste modo, se necessário, alterar as nossas práticas e desenvolver comportamentos e atitudes mais humanizantes. É também importante para nós aprofundarmos o conceito de humanização para haver uma maior consciencialização do cuidar humanizado em pediatria.

O principal objetivo deste estudo é conhecer a opinião dos pais e dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados em pediatria, mais especificamente sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros. Deste modo, surgiu-nos a questão central: Qual a perceção dos enfermeiros e dos pais das crianças internadas no serviço de pediatria face à humanização dos cuidados de enfermagem?

Face a esta questão que é muito ampla, consideramos pertinente esboçar os seguintes objetivos:

Objetivo 1: - Conhecer a opinião dos pais das crianças sobre a humanização na prestação de cuidados no internamento de pediatria;

Objetivo 2: - Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a humanização na prestação de cuidados no internamento de pediatria;

Objetivo 3: - Identificar as atitudes que caracterizam e promovem a humanização dos cuidados de Enfermagem;

Objetivo 4: - Identificar as intervenções de enfermagem que caracterizam e promovem a humanização dos cuidados.

Dada a própria natureza do tema, este trabalho insere-se no paradigma de investigação qualitativo: pretendemos conhecer e compreender uma realidade vivenciada por cada um dos participantes, na riqueza da sua subjetividade. No entanto, dados os diferentes participantes no estudo, socorrer-nos-emos de métodos não exclusivamente qualitativos. O estudo é do tipo exploratório, descritivo e transversal.

O presente trabalho encontra-se estruturado de forma a permitir a sua compreensão. No primeiro ponto, apresentamos uma visão global sobre a temática e desenvolvemos conceitos fundamentais, alicerçados em revisão bibliográfica, segundo autores que se debruçam sobre esta temática.

No segundo, evidenciaremos o enquadramento metodológico da investigação, focaremos quais os participantes no estudo, assim como os instrumentos que permitirão efetuar a recolha de dados.

A apresentação e análise dos resultados obtidos serão dissecadas no ponto três. A discussão e conclusões dos resultados serão apresentadas no ponto quatro. Apresentamos, ainda, as implicações que o estudo poderá trazer para o Serviço e o Hospital, assim como as questões mais pertinentes para investigações futuras.

Estas serão as linhas orientadoras do nosso estudo. Ambicionaremos ser capazes de perceber a realidade vivida pelos Pais e pelos Enfermeiros, de forma a compreender a dimensão do cuidar humanizado no Serviço de internamento de pediatria.

Esta investigação adquire um considerável grau de importância na medida em que permitirá contribuir para o conhecimento e consciencialização sobre a humanização de cuidados no serviço de internamento de pediatria, nomeadamente dos cuidados de enfermagem e deste modo encontrar estratégias para um atendimento cada vez mais humanizado à criança e sua família.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo optamos por relatar e analisar um conjunto de saberes que consideramos relevantes para o estudo. Abordaremos os conceitos relativos à humanização dos cuidados de enfermagem em Portugal e no Hospital de S. João, mais especificamente no internamento de pediatria. Parece-nos ser essencial abordar o conceito de pessoa, dado ser um conceito fundamental nesta problemática e ainda, mais especificamente, a pessoa-criança. Numa perspetiva filosófica de pessoa, não podemos deixar de refletir sobre a dignidade humana. O enfermeiro para cuidar deve incluir esses conceitos, porque eles se refletem no seu trabalho de “cuidar”. Deste modo, pretendemos criar um fio condutor que permita ao leitor encadear, de forma estruturada, toda a informação que consideraremos pertinente para a compreensão do estudo.

1.1- A Humanização no Contexto dos Cuidados de Saúde

O ato de Humanizar em contexto de cuidados de saúde, tem um significado moral de grande nobreza.

1.1.1 *Conceitos Basilares*

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, Humanizar “é tornar humano, dar condição ou forma humana; é tornar mais adaptado aos seres humanos; tornar compreensivo, bondoso, sociável”.

Oliveira [et al.] (2006, p.280), diz-nos que “humanizar, significa distribuir de uma forma global e igualitariamente benefícios e resultados considerados propriedades *sine qua non* da condição humana tais como, dar atenção às necessidades básicas de subsistência, educação, segurança, justiça, trabalho, acesso à liberdade de associação, de pensamento e expressão, de ideologia política, de prática científica, arte, desporto, culto religioso e particularmente: o cuidado à saúde.”

Tal como refere Oliveira [et al.] (2006, p.280), “humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções da dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir, do outro, palavras de reconhecimento. Pela linguagem fazem-se as descobertas de meios pessoais de comunicação com os outros, sem que se desumanize reciprocamente”. Isto é, a comunicação é essencial à humanização.

Podemos perceber que “a humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal, mas sim como uma forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco” (Oliveira, 2006, p.281).

Neste sentido, humanizar em saúde implica dar lugar tanto à palavra do utente quanto à palavra do enfermeiro, para que possam fazer parte de uma rede de diálogo, a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. A mesma ideia é defendida por Barchifontaine (2004, p.XV in Pessini e Bertachini, 2004) quando nos refere que “humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. (...) É preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça, do outro, palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem comunicação não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com os nossos semelhantes”.

Apesar dos diferentes conceitos de humanização, todos eles assentam no respeito pelo princípio da dignidade da pessoa humana. Deste modo, humanizar “poderá ser, então, respeitar a pessoa doente como ser humano, independente da sua idade, “privatizar” o seu espaço e os cuidados a ela prestados, desde a sua admissão no hospital até a sua alta” (Tiny, 2010, p. 16).

Os enfermeiros e todos os outros profissionais de saúde que trabalham nos hospitais devem ter uma sensibilidade para cuidar a pessoa com solidariedade e ética. Para tal, é indispensável que o enfermeiro desenvolva aspetos essenciais para a sua conduta de atuação. Na opinião de Domingues (1996, p. 7), o enfermeiro “deve tentar estabelecer uma relação empática, serena e comunicativa (...); além da competência científica, técnica e ética deve ter uma autoestima serena, confiante e harmoniosa (...); deve cultivar o equilíbrio emocional e desenvolver motivações positivas, (...) o espírito de disponibilidade e de atitudes positivas e realistas; (...) é essencial a auto realização, atualizando capacidades, (...) afinar a própria filosofia de vida (...) e aprender a racionalizar e otimizar os métodos de trabalho (...) ”. Reforçando esta ideia, é fundamental que o enfermeiro ajude o utente a enfrentar a situação de doença, mas promovendo a sua independência, autonomia, liberdade de escolha e de decisão.

Também a Ordem dos Enfermeiros, no artigo 89º do seu Código Deontológico, faz referência à humanização dos cuidados: “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, p. 78).

Na opinião de França (2003, p. 272), “a sociedade pretende enfermeiros competentes tanto do ponto de vista da ciência como da técnica e que possuam uma formação humana que os torne capazes de prestar cuidados tendo em atenção a pessoa na sua globalidade de ser bio-psico-social-espiritual, integrada numa família e numa comunidade que fazem parte intrínseca do seu estar-no-mundo”. Podemos então referir que a humanização está intimamente ligada à pessoa que, como parece evidente, é única e torna-se diferente nos modos como se relaciona com o outro, age segundo aquilo que é e de acordo com a sua personalidade.

A pessoa é um ser aberto, em crescimento constante e consciente, que se vai realizando ao “passar pelos outros”. A pessoa também se faz a si no agir: personaliza-se e constrói a sua personalidade. Agir de forma consciente, livre e social face ao mundo é sinal de um processo de personalização. A pessoa ao tomar consciência do seu agir, organiza um quadro de valores, hierarquiza-os, assume como “bem” o que o realiza e humaniza e como “mal” o que o despersonaliza. Cada pessoa tem uma forma pessoal de estar no mundo, consoante as suas opções particulares têm sentido num projeto de vida.

Para Jean Watson (2002, p. 97) “a pessoa não é simplesmente um organismo ou um ser físico; a pessoa é também uma parte da Natureza, um ser espiritual, nem puramente físico nem puramente espiritual”. Para nós, a pessoa é um ser humano único, independente da sua idade, sexo, saúde física ou mental e é também um ser moral. Qualquer pessoa possui sentimentos e valores próprios que têm de ser respeitados, possui também consciência moral, autonomia moral e responsabilidade. Podemos dizer que a pessoa virtuosa, a pessoa de bem, inclina-se para a verdade, para o justo e para o bem, e aplica-se à utilização dos meios em vista da autorrealização e da felicidade como apetência fundamental. Podemos dizer também que o corpo, os sentimentos e os pensamentos são expressões essenciais de todos os seres humanos.

Para a enfermagem, a pessoa é a origem e a meta de toda a atuação que pretende ser humana e humanizadora. A profissão de enfermagem encontra na sua existência e razão de ser na pessoa que cuida, o utente. Este é um ser único, com uma realidade própria, exclusiva e irrepetível, inserido num contexto cultural e histórico, com necessidades próprias e em contínua construção, devendo ser respeitado na sua globalidade. Podemos então verificar que a pessoa é o foco central da enfermagem, é aquela que recebe ou poderá receber cuidados, ou seja, é o ponto de partida para a enfermagem e deve ser vista como parte de um todo (ambiente, família, sociedade) e não como um sujeito isolado.

A nossa profissão dirige-se a pessoas, integrando um quadro de referências ligado ao respeito pela integridade humana e à conceção da liberdade e escolha humana. De acordo com Amendoeira (2000, p. 68), “a pessoa passa a ser o centro de interesse, baseado numa relação interpessoal que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solicita, e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é um ato mecânico, mas sim humanístico”.

Falar de pessoa implica, portanto, falar da sua dignidade. Ao enfermeiro, como já referimos anteriormente, além de uma exigência técnica e científica, é exigida também uma relação com o utente que assente no respeito pelo princípio da dignidade. Podemos dizer que a dignidade humana está intrinsecamente ligada à pessoa, ou seja, se a pessoa existe, então, ela tem dignidade. Nas palavras de França (2003, p. 232), “o nosso corpo traz em si as marcas da nossa consciência e do nosso mundo e, desse modo, ele é indissociável do enraizamento da noção de dignidade, que deve partilhar com a racionalidade que também nos caracteriza como seres humanos.”

Na área da saúde e especificamente da enfermagem, toda a pessoa humana é sujeito de direitos e deveres, expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamados pelas Nações Unidas e garantidos pela Constituição da República Portuguesa. Segundo França (2003, p. 236), “podemos verificar que esta declaração favorece a manutenção de um ambiente saudável, tanto a nível social como moral, e ainda, em última instância, a uma consciência ecológica, ao chamar a si o respeito pela vida humana à face da Terra, com dignidade”.

Em caso de doença e internamento, estes direitos e deveres não são perdidos ou diminuídos, pois a pessoa doente é uma pessoa e, como tal, deve ser tratada de forma humanizada. Assim, surge a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Portugal - Ministério da Saúde, 1999). Esta carta mostra-nos que é imprescindível que os cuidados sejam prestados de forma holística, centrados na pessoa (utente) e com vista à qualidade dos cuidados prestados. Assenta num conjunto de valores fundamentais, como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade e representa mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os doentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado. Neste sentido, esta carta representa “mais um passo no caminho e dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados” (Feytor-Pinto, 1996, p.26).

Podemos verificar a obrigatoriedade desta conduta nos princípios gerais de atuação do Código Deontológico do Enfermeiro, que refere no seu artigo 78º que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” O artigo 81º, relativo aos valores humanos, diz-nos que “o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o valor de: Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação (...); salvaguardar os direitos das crianças (...); respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (Ordem dos Enfermeiros, p. 72).

Todo o profissional de saúde tem também necessidade de ter a sua condição humana preservada, para que possa exercer/cuidar do outro com honra, dignidade e respeito. Sendo assim, é importante que tanto as políticas de saúde como as instituições estejam também voltadas para a vida e dignidade dos seus profissionais, pois, trabalhar com insatisfação, leva muitas vezes à desumanização. Mezomo (2001, cit. por Backes, 2006) considera que humanização, como espaço ético requer o

fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais. Considera ainda que o verdadeiro cuidado humano prima pela ética, enquanto elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais.

O respeito pela dignidade da pessoa humana é sem dúvida a base que se mantém ao longo dos tempos na enfermagem, embora os conceitos de enfermagem e do cuidar em enfermagem, tenham tido diferentes interpretações.

1.1.2- Serviço de Humanização do Hospital de S. João

Como já vimos, o termo Humanização tem sido cada vez mais utilizado na assistência em saúde, quer relacionado com as políticas de saúde, quer relacionado com a hospitalização, a ética e as tecnologias.

A humanização em saúde tem como principal objetivo promover o bem-estar dos profissionais e utentes com a dignidade a que todo o ser humano tem direito. “A humanização significa ser capaz de identificar e valorizar na prática o que é importante e fundamental aos olhos de quem convive e estabelece as relações de trabalho” (Backes e Lunardi, 2006, p. 221).

São os pequenos e grandes cuidados do dia a dia que tornam o ser humano único e especial nos diferentes espaços e situações em que se encontra, ou seja, para que exista uma assistência humanizada deve-se prestar um atendimento personalizado, voltado para o ser humano doente e por isso, conciliar o acolhimento, o respeito e a tecnologia.

Podemos dizer que a humanização em saúde está intimamente ligada ao conceito de “qualidade de vida”, que se centra na pessoa e na satisfação pessoal, e no conceito de “qualidade de serviços”, que se refere aos recursos humanos e materiais, à articulação de estratégias de organização e a alianças e parcerias. Esta ligação visa a excelência dos serviços e dos cuidados prestados (Brito, 2008).

De acordo com este autor, “não é possível humanizar a gestão das organizações sem melhorar a qualidade, da mesma maneira que a procura da qualidade, traz consigo necessariamente a humanização das instituições” (2008, p. 33). Afirma também que “a qualidade positiva dos conhecimentos e procedimentos técnico-científicos deve ser acompanhada de uma correspondente qualidade no modo

de atender e comunicar, no respeito e simpatia, na informação cuidada e adequada, relação humana e humanizadora que seja a outra grande tecnologia, com custos mais reduzidos, e efeitos também eles surpreendentemente notáveis." (Brito, 2008, p.34).

Em jeito de conclusão, Brito (2008, p. 34) constata que "humanização pode e deve ser, em ambiente hospitalar, o outro nome a dar à Qualidade, uma vez que uma e outra concorrem para um e mesmo fim, o serviço à pessoa doente, na procura da excelência de cuidados e na afirmação dos mais altos valores da humanidade que devem inspirar todos e cada um dos que participam nesta mudança de paradigma, da qual queremos ser agora protagonistas".

Em Portugal, existiu uma Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade nos Serviços de Saúde constituída por oito membros oriundos de diversas áreas da saúde e teve por preocupação difundir a sua própria existência, mas também a necessidade da humanização na prestação de cuidados de saúde (Osswald, 2008). Após ampla pesquisa sobre esta Comissão verificamos que no Plano Nacional de Saúde 2004/2010, se falava que era necessária a sua revitalização, mas tanto quanto é visível, não há evidência dela no presente. Neste contexto surgiram Serviços de humanização, pelo que foi criado um no Hospital de S. João.

O Serviço de Humanização surgiu no Hospital de S. João, em 2006, num tempo de profunda remodelação e mudança, em que se reorganizavam estratégias e metodologias de gestão e se centrava o olhar para a comunidade humana que dava corpo à razão do seu existir. Mas este Serviço mantém a mesma filosofia já existente no hospital, de que "humanizar é, de sempre, tarefa para uma absoluta responsabilidade individual. De cada profissional!" (Almeida, 2008, p. 9). Este Serviço pretende "revitalizar tudo quanto de bom existiu e existe e garantir um quotidiano de feição inequivocamente humano, capaz de superar a força sedutora da espantosa tecnologia que nos rodeia" (Almeida, 2008, p. 9). Ainda segundo o mesmo autor "humanizar, hoje, no mundo da saúde, significa pôr a marca do humano em todo o nosso processo relacional com cada um dos doentes e lutar para que as circunstâncias em que ele acontece não sejam um obstáculo à nossa ação humanizada e humanizadora".

Assim, este Serviço pretende estar atento a todos os que frequentam este hospital, nomeadamente doentes, utentes e profissionais, numa perspetiva de respeito e de dignidade em si próprios e para com os outros. Visa ser o Serviço de Humanização reconhecido no mundo da saúde como "uma comunidade onde a pessoa seja o referencial valorativo mais elevado da sua ação" (Almeida, 2008, p. 12), assumindo como valores fundamentais da vida humana: "a dignidade, a

solidariedade, a amizade, a verdade, a autenticidade, a bondade, a liberdade, a competência, o compromisso” (Almeida, 2008, p. 13).

Para implementar a sua estratégia, o Serviço de Humanização do HSJ editou o “Livro Branco da Humanização” do HSJ, elaborou uma “Carta de Humanização” do HSJ e realizou um inquérito a todas as direções de Serviço e aos profissionais de saúde, com o objetivo de conhecer a realidade hospitalar no que respeita a humanização. Publica anualmente quatro boletins informativos “Boletim de HumanizACÇÃO” do HSJ e implementa ações de reflexão na área da humanização, com vista a aprofundar a realidade da humanização, enquanto necessidade de realização pessoal e comunicacional.

Concluindo, a proposta de humanização dos serviços de saúde é um valor básico para conquistar melhor qualidade no atendimento e nas condições de trabalho dos profissionais tornando humano o atendimento e o relacionamento, respeitando as diferenças e limitações de cada um e proporcionando qualidade e melhoria no hospital.

1.1.3 Cuidados de Enfermagem Humanizados

Ao longo dos tempos pode verificar-se que o “Cuidar” foi a essência da enfermagem, palavra que sempre esteve presente na prestação de cuidados, na relação com o outro, no agir individual e pessoal de todos quantos se dedicaram a cuidar da Pessoa.

Nesta perspetiva e desde o início da humanidade, o ato de cuidar revela-se uma necessidade para o bem-estar do Homem, sendo, portanto, uma prática que acompanha o evoluir dos tempos. Este ato assume-se como individual, prestado a nós próprios desde que possuidores de autonomia. Contudo, tal também pode ocorrer como um ato de reciprocidade, quando existe a necessidade de colmatar necessidades vitais de um outro incapaz de as satisfazer, de forma temporária ou definitiva (Colliére, 1989, cit. por Botelho, 2009).

Jean Watson, teórica de enfermagem de renome, que muito tem abordado o cuidar, definiu - o como “o ideal moral da Enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas

consequências. Todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjetivas às condições de saúde-doença” (Watson, 2002, p. 55).

Todo o ser humano tem necessidades físicas, emocionais e sociais e segundo a mesma autora, “a função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana” (Watson, 2002, p. 54).

Hoje em dia é fundamental que os enfermeiros vejam o doente como um todo único, uma pessoa com nome, família e inserido numa sociedade, que cuide dele como gostaria de ser cuidado. Porque afinal, “se a ciência nasce da vontade de saberes, se a medicina nasce da vontade de servir, o mesmo podemos dizer da enfermagem que nasce da vontade de cuidar” (Carvalho, 1996, p. 48).

Perante tudo isto e na opinião de Coelho (2000, p. 174) “não é demais referir que cuidar, para além do saber científico, de uma ação técnica e de relações interpessoais, é um valor intrínseco e implica no ato de cuidar reconhecer, respeitar e defender a pessoa, como sujeito de direitos e deveres. Desta forma, a humanização adquirirá certamente um rosto mais humano”.

Na opinião de Watson, “enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano (...) requerem conhecimentos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço” (Watson, 2002, p. 52). Assim, pensamos poder dizer que, na nossa opinião, o objetivo da enfermagem, tanto para a sociedade como para a ciência, é cuidar da pessoa holisticamente, respondendo às suas necessidades. É necessário que haja envolvimento pessoal e que o enfermeiro cuide baseado nos valores humanos e com a preocupação do bem-estar do outro, nos momentos em que a saúde se encontra ameaçada. Para tal, o enfermeiro tem de ter a capacidade para se moldar, a vontade de cuidar e de amar, de tratar o outro como pessoa, com preocupação e empatia. Como refere Domingues (1996), “o enfermeiro tem como modelo de vida cuidar dos outros quando e como eles precisarem e para tal, deverá tentar conhecer-se para fazer desabrochar as próprias capacidades integrando-as numa personalidade sadia, livre, solidária e responsável” (Domingues, 1996, p. 6).

Na opinião de França, “a atenção integrada a prestar à pessoa de quem cuidamos é fundamental para bem cuidar, pois cada um de nós tem um nível de saúde de acordo com a sua vida, isto é, com o seu ambiente familiar, social, profissional, económico, mas também de acordo com as suas crenças, os seus valores, a sua cultura, a sua idade, etc.” (França, 2003, p. 272).

A ciência e a arte de bem cuidar só são possíveis se o enfermeiro estiver ciente da importância do acolhimento e do relacionamento para que seja possível uma boa comunicação. Através de uma comunicação eficaz, consegue-se identificar as necessidades de cada um e satisfazê-las com ciência, consciência e rapidez. De facto, “o ideal humano é ser bom para agir bem e tornar-se cada vez mais humano: a adultez busca afinar lucidamente o autoconceito informando a inteligência e desenvolvendo a disponibilidade afetiva para acolher, entender e agir criteriosamente a tempo e horas” (Domingues, 1996, p. 6). A enfermagem deve ser cada vez mais um fator de progresso, sem esquecer o aspeto humano, pessoal, que deve acompanhar as nossas relações do dia a dia, especialmente na prestação de cuidados a um doente. Um paciente deve ser tratado, antes de tudo, como um indivíduo, com as suas vivências, memórias, no seu pleno sentido... como uma Pessoa.

Na nossa opinião, a humanização das relações e do cuidado são os pequenos e grandes cuidados do dia a dia e, por isso, devem conciliar o acolhimento, o respeito e a tecnologia. Torna-se necessária uma prática técnico-científica excelente (competências técnicas do profissional), como também uma prática com sensibilidade e solidariedade humanas, com a finalidade de prestar cuidados de qualidade, com maior eficácia e eficiência.

Os avanços da tecnologia e dos cuidados de saúde tornam muitas vezes difícil a criação de relações que respeitem o doente. Para tal, era necessário o número suficiente de profissionais, a aquisição de novos equipamentos, Serviços novos e mais adaptados, melhoria das condições do Serviço (para tratar com pudor e privacidade) e das remunerações.

1.2- Humanização em Pediatria

A humanização do cuidar em pediatria engloba várias preocupações entre as quais: o desenvolvimento da criança, a hospitalização, a família, a parceria de cuidados e ainda a dor.

1.2.1 Conceitos e Fundamentos

Com a evolução da sociedade, as crianças e os jovens conseguiram assegurar um lugar de destaque, o que conduziu a que um sem número de estudiosos desenvolvesse um crescente interesse por elas. Ao contrário do que se pensava antigamente, a criança não é um adulto em miniatura. Associado ao seu património genético e organização neurológica encontram-se interações complexas, com influência no mapa intelectual, individual, emocional, social e moral do indivíduo, durante a infância e mesmo na vida adulta. Se é correto que as influências genéticas têm um forte impacto na vida destas, o ambiente em que se encontram inseridas é fundamental no seu desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental. O simples conceito de ambiente engloba não só o espaço físico mas, também, diversos fatores que podem moldar de forma positiva ou negativa o crescimento e o desenvolvimento. Visando um desenvolvimento harmonioso e construtivo da criança é importante demonstrar que “as relações fortes, sólidas, empáticas e afetivas dos adultos fazem com que as crianças aprendam a «olhar» o outro de forma solidária e afetiva, conseguindo ultrapassar os seus medos, comunicando os seus sentimentos e desejos... aprendendo a relacionar-se com o mundo à sua volta (Brazelton, 1988 cit. por Curado, 2006, p. 22).

A mãe foi desde sempre reconhecida como o principal pilar na educação e desenvolvimento físico, emocional e comportamental do seu filho. Atualmente verifica-se que o pai, assim como a família alargada, possuem um importante papel no seu crescimento e na pessoa em que se vai tornar. A relação que se estabelece entre pais e filhos evoluiu no sentido de desenvolvimento da criança, estando contudo dependente da figura e carácter paternos.

A estabilidade da família, bem como dos grupos e atividades frequentadas, permite à criança e jovem, nas diferentes idades, estabelecer relações estruturadas e duradouras baseadas no bem-estar de todos os intervenientes e tendo os adultos como modelo de referência. A estrutura da criança não é a de um organismo adulto, é a estrutura de um sujeito vivo, pessoa que se está a construir, podemos dizer que as crianças “são pessoas únicas, em permanente desenvolvimento, que necessitam ser ajudadas a atingir o seu máximo potencial” (Marçal, 2006, p. 35).

Trabalhar num Hospital Pediátrico pressupõe diariamente um confronto com esta dura realidade da vida: a doença na criança e a necessidade de hospitalização.

Embora para os profissionais de saúde esta situação se possa tornar numa rotina, existem sempre aspetos que exigem uma reflexão introspetiva, devendo derivar daí uma mudança de mentalidade, comportamento e alteração da postura profissional.

Com o progresso tecnológico e a contínua evolução da medicina e da enfermagem, facilmente se esclarece o diagnóstico a partir do qual se determina o respetivo tratamento, diminuindo o tempo médio de internamento em unidades especializadas. No entanto, crianças há cujo estado de doença é grave, exigindo uma hospitalização mais prolongada, o que pode conduzir a extensas consequências de foro físico, psíquico, social e económico, para as mesmas e respetiva família.

Para a criança, “é difícil distinguir as limitações e o sofrimento inerente à doença, das dores impostas pelos próprios tratamentos, associadas às limitações da mobilidade ou alimentares, à administração de medicação oral ou injetável e até às modificações inevitáveis nas atitudes dos pais que alteram o clima afetivo da relação pais-filhos. Todo este conjunto de alterações pode ser vivido, e é muitas vezes, como uma situação traumática que leva a modificações importantes no funcionamento mental da criança (Gonçalves, 2006 cit. por A.Freud, 1952).

As reações das crianças variam de acordo com a idade, estadio de desenvolvimento e mesmo com a ausência dos pais. Frequentemente os recém-nascidos manifestam comportamentos de protesto e desespero, choro frequente, apatia e sono agitado; até aos três anos, manifestam reações de protesto, desesperança e desligamento sequencialmente (Dionísio e Escobar, 2002).

É na fase pré-escolar que manifestam o medo por lesão corporal e pelo aumento da sensibilidade à dor, feridas, sangue e aos procedimentos médicos e de enfermagem (Baldini e Krebs, 1999). No início da idade da pré-adolescência, as crianças ainda manifestam preocupações relacionadas com a lesão corporal, a mutilação e mesmo com a morte. Mais tarde sentem medo de ser abandonadas, de perder os amigos, por estar longe de casa e da escola e preocupam-se em ficar para sempre inválidas. No fim desta fase as suas grandes preocupações prendem-se ao facto de estarem ausentes da escola e por isso preocupam-se em perder capacidades intelectuais, físicas e sociais já adquiridas anteriormente (Dionísio e Escobar, 2002; Baldini e Krebs, 1999). No início da idade da adolescência, geralmente as suas preocupações estão relacionadas com as alterações corporais (funcionais e orgânicas), exposição das partes íntimas e com uma possível humilhação por parte dos amigos. Mais tarde (a partir dos 13 anos), manifestam inquietação acerca da dor e das possíveis incapacidades e preocupam-se com o aspeto físico, ou seja, com integridade, proporções, diferenças e disfunções. Estas possíveis alterações podem

levar a estados de ansiedade e insegurança emocional, rejeição afetiva, dependência dos pais e profissionais de saúde e em situações mais graves, pode levar à depressão (Baldini e Krebs, 1999).

A família é uma referência quando se pensa nos cuidados pediátricos, sendo “consensual o seu enquadramento no sistema de saúde que se pretende mais humanizado e capaz de dar respostas eficientes e em tempo oportuno a situações que variam de simples a bastante complexas” (Relvas, 1996). À família deve “cabem o papel de suporte afetivo, de informar o pessoal hospitalar que cuida das suas crianças/adolescentes dos hábitos, caráter ou comportamento habitual destes e de prestar os cuidados básicos - higiene e alimentação, se tal for permitido no estado de saúde em que se encontram, de modo a não lhes alterar, na medida do possível, as suas rotinas” (Batista, 2006, p. 51).

Inicialmente, toda esta alteração da rotina familiar vem acompanhada de sentimentos de medo, que só poderão ser ultrapassados se ocorrer o envolvimento da equipa multidisciplinar com a família. Podemos dizer que durante a hospitalização se “pretende preservar a indissolubilidade do binómio mãe-filho, reduzindo assim o tempo de internação, aumentando o calor afetivo e a colaboração da equipa de saúde, criando um vínculo de confiança entre família e equipa” (Oliveira [et al.], 2006). Promover um bom acolhimento, estabelecer parcerias, potenciando a excelência do cuidar em enfermagem e o papel dos pais no que concerne à tomada de decisões e a participação nos cuidados à criança, implica uma maior segurança e proteção para esta última e talvez mais qualidade nas intervenções a efetuar. Desta forma, a presença dos pais não pode ser vista como uma opção mas sim, como uma necessidade.

Apesar de todos os obstáculos que se possam fazer sentir, são notórias as vantagens decorrentes do acompanhamento da criança por um dos progenitores, pois “é na família que ela tem as suas relações privilegiadas e os seus pontos de referência: Os ritmos do seu dia a dia; Os horários para comer, para dormir, para brincar; Os rituais: preferências e modos de se alimentar, a canção de embalar que a mãe canta ao deitar, os seus brinquedos e jogos prediletos” (Brito, 2006, p. 33). Por valores e questões culturalmente aceites em Portugal, a mãe ou cuidador do sexo feminino representam a figura de eleição para permanecer junto do filho. É importante referir que se deve incentivar a presença dos pais, embora quando a sua presença não é regular, estes nunca devem ser culpabilizados. Os profissionais devem respeitar a sua decisão e lembrar-se que muitas vezes o motivo da sua ausência é por

razões familiares, profissionais e mesmo económicas ou pelo cansaço ou pela dificuldade em aceitar a situação de doença do filho.

A informação fornecida à criança e respetiva família deve ir ao encontro do desenvolvimento cognitivo e emocional e à capacidade de interiorizar a mesma. Cavaco (2006, p. 56) refere que “é necessário saber interpretar alguns dos sintomas referidos, bem como as palavras empregues. É nesta plataforma que o meio sócio-cultural tem algum peso pois teremos por vezes de “descodificar” algum vocabulário empregue, e, no sentido inverso, teremos de reduzir o vocabulário técnico que muitas vezes nos é comum e completamente ininteligível para o nosso interlocutor”.

Dar informações pertinentes e em linguagem acessível é um fator importante para a família e dá muitas vezes resposta às suas necessidades, como forma de manter o controlo da situação real. Ao colmatar esta insegurança e estes medos, o enfermeiro assegura as carências emocionais incluindo-se numa triangulação. De facto, a “comunicação que se deseja deve ser feita atempadamente, ponderando bem o conteúdo e a forma, sobretudo nas situações mais delicadas, acessível ao nível cultural dos interlocutores e em ambiente o mais adequado possível. É preciso tempo para que haja possibilidade de esclarecer dúvidas e para que a orientação seja bem assimilada” (Lemos, 2006, p. 49).

Um aspeto importante que deve ser valorizado e utilizado para uma comunicação ativa e esclarecedora centra-se com o tempo, o espaço físico e material adequado, para as brincadeiras e jogos. Na impossibilidade ou dificuldade de exprimir as ideias e os sentimentos que lhe causam ansiedade a criança pode, através das coisas que lhe dão maior prazer, dar a entender ao enfermeiro quais as suas reais necessidades. Assim, a partir do momento que a criança/família vivencia a doença e tudo aquilo que esta envolve, os enfermeiros devem manter-se alerta e dar resposta às necessidades que esta apresenta. Toda a equipa deve “ter em conta que, ao utilizar objetos lúdicos no momento do exame e/ou tratamento, facilita a comunicação com a criança, trazendo a sua colaboração e diminuindo a tensão dos pais que passam a transmitir segurança à criança” (Santos, 2006, p. 41).

O modo como se cuida pode “divergir em pequenos aspetos nos diferentes modelos de enfermagem, contudo caracteriza-se pelo facto de centrar as suas ações no doente como sujeito de cuidados, numa perspetiva holística, quer seja na ação da enfermagem, quer seja na relação estabelecida entre enfermeira/doente” (Martins, 2004, p. 54).

O pragmatismo que envolve a hospitalização de uma criança e as sequelas que isso pode deixar, conduziram a que Anne Casey, enfermeira neozelandesa que

deveras contribuiu para o emergir da Pediatria, elaborasse um modelo de cuidados. O seu pensamento ia de encontro aos efeitos positivos que a presença dos pais ou pessoa significativa para a criança e jovem pudessem vir a ter na evolução do seu estado de saúde e na prevenção de comportamentos reativos durante o internamento e após a alta (Dias [et al.], 2002).

A filosofia subjacente aos cuidados de enfermagem, idealizada por Anne Casey, reconhece e valoriza a importância da família e respeita o conhecimento que a mesma possui da própria criança, a experiência em cuidar dela e a influência na recuperação que possa vir a ter. Por isso, “o atendimento específico aos pais é indispensável, uma vez que se eles estiverem bem, terão mais condições de participar na recuperação dos filhos, colaborando nos cuidados e oferecendo-lhes suporte emocional” (Batista, 2006, p. 51). Também o envolvimento dos pais nos cuidados ao filho ajuda a manter a relação familiar, através dos hábitos usuais. Podemos mesmo dizer que “incentivar os pais a permanecerem e a ocuparem-se da criança é fazer avançar o processo terapêutico. Não basta dizer aos pais que podem ficar junto dos filhos. É necessário que eles sintam que são de facto bem-vindos, que são úteis e que contamos com eles para tratar o seu filho” (Brito, 2006, p. 34). Este envolvimento contribui para minimizar as consequências negativas do internamento. O total envolvimento dos pais só é possível se ocorrer a negociação de toda a equipa e dos cuidadores formais, respeitando sempre a vontade e o ritmo de aprendizagem de cada um.

O enfermeiro de pediatria vai complementar os cuidados dos pais/família, ao ir ao encontro das necessidades da criança. Estes cuidados podem tomar a forma de cuidados familiares, isto é, os cuidados usualmente levados a cabo pelos pais para suprir as necessidades diárias da criança, ou de cuidados de enfermagem que são cuidados adicionais que a criança necessita, relacionados com a situação de doença. Dependendo da idade e da capacidade da criança, esta poderá executar ela própria alguns cuidados de enfermagem, assim como a família, quando está preparada e motivada, mediante o apoio e a supervisão de enfermagem (Casey, 1988).

A parceria tem uma perspectiva holística, em que o objetivo primordial é manter a unidade familiar, respeitando as necessidades e desejos da criança/família, tendo por base o sentimento de negociação. A hospitalização quebra muitas vezes esta união, provocando desequilíbrios familiares e ansiedade dos pais. Neste sentido, cabe ao enfermeiro tentar minimizar todos danos, sendo “importante a disponibilidade da equipa para ouvir os pais; (...) encorajá-los a envolver-se no

planeamento e implementação dos cuidados à criança sob orientação da equipa de enfermagem” (Fernandes e Ramos, 2000, p. 20).

A participação dos pais no cuidado ao seu filho implica uma negociação da responsabilidade mas, também, apoio e ensinamentos em cuidados mais específicos. O grau de participação varia, de acordo com a capacidade e o interesse da família, mas cabe ao enfermeiro orientar e apoiar. Na opinião de Fernandes e Ramos (2000, p. 23) “a participação dos pais nos cuidados implica sempre uma relação de empatia, em que (...) se desenvolvem conjuntamente ações que se complementam com vista ao bem-estar da criança. Acolhimento, humanização e internamento são conceitos chave sobre os quais é importante refletir”.

De acordo com a Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (2008, p. 2 IN IAC, 2009), “o desenvolvimento do Enfermeiro em pediatria centra-se na ajuda da família em crise, capacitando-a para lidar e/ou ajudar à doença do filho ou em situação de acontecimentos de vida proporcionando o desenvolvimento das competências parentais”.

O correto atendimento e receção da criança e familiares é uma preocupação sentida por todos aqueles que exercem a sua atividade na área de saúde e cujo papel é estar ao serviço pelo e com os outros. Ao cuidarmos de crianças/pais, não podemos esquecer que o primeiro contacto é decisivo para estabelecer uma relação baseada na confiança. Assim, o enfermeiro que recebe a crianças/adolescente e a sua família no Serviço de internamento deve, num primeiro momento, apresentar-se pelo nome, relatar as suas funções e competências e, deixar que eles façam o mesmo, permitindo assim, uma partilha onde se articulam as diferenças e se cria uma dinâmica de respeito e confiança (Petit, 2004 cit. por Curado, 2006).

Não é de estranhar que o reconhecimento da existência da dor na criança tenha pouco mais de trinta anos. “É na década de oitenta que a dor é identificada como entidade deletéria, com um conteúdo mais abrangente que um simples desconforto, ao ser claramente descrita a dor biológica que, independentemente da etiologia, traduz uma resposta global do organismo” (Pereira, 2006, p. 84). Mais tarde, com o conhecimento dos mecanismos da sua perceção, outros aspetos relacionados com a dor são valorizados (ex: fatores psicológicos). Do conceito de tratamento da dor passámos ao conceito do controlo da dor que, implica a sua prevenção, sempre que possível para além do tratamento precoce da dor instalada. Esta dupla abordagem é mais útil para a criança do que o tratamento de uma dor forte instalada. Pode-se afirmar que a maioria dos Serviços de Internamento tem vindo a modificar a sua conduta no sentido do bom cuidado da dor em todas as suas

vertentes, caminhando-se para a otimização do controlo da dor. É muitas vezes difícil de obter a envolvimento como transmissora de calma, tranquilidade e segurança, o que se reflete negativamente em muitos mais aspetos do que o controlo da dor, já que é essencial para uma boa prática clínica. (Pereira, 2006, p. 85).

Não é fácil o equilíbrio entre as necessidades de descanso das crianças e as atividades de um Serviço. O silêncio ou a redução do ruído e a luminosidade são imprescindíveis para a estabilidade fisiológica e comportamental de qualquer criança de forma a evitar transtornos do sono e do repouso. A conduta de atuação da equipa deve ser, evitar a luminosidade artificial intensa durante a noite e optar por luz de baixa intensidade sempre que necessário, de forma a amenizar a interferência desta sobre o ciclo do sono. No que se refere ao silêncio, os profissionais devem procurar falar baixo e manipular com cuidado equipamentos, desligar a televisão e incentivar as crianças e os pais a ter o mesmo tipo de comportamento.

1.2.2 Hospitalização e Humanização em Pediatria

No início do séc. XX, no final da 1ª Guerra Mundial, a criança era considerada vulnerável e por isso tinha de ser particularmente protegida. Foi em 1924, em Genebra que pela primeira vez se falou nos direitos da criança. Foram enunciados nessa altura, cinco direitos que representavam o “embrião” da futura Carta da Criança. Mais tarde, em 1959, foram enunciados pelas Nações Unidas, dez direitos que resumiam os direitos que a criança deveria usufruir para que tivesse uma infância feliz e protegida. Estes dez direitos fundamentais, não foram valorizados suficientemente e por isso caíram no esquecimento. Só em 1979, Ano Internacional da Criança, os responsáveis pela criança e pelos seus direitos verificaram que estes não estavam a ser respeitados. “Havia crianças sem lar, sem identidade, com fome, crianças que não frequentavam a escola, que não tinham acesso a cuidados médicos, que eram abusadas e exploradas” (Levy, 2006, p.10). Foi neste mesmo ano que as pessoas e os responsáveis foram sensibilizados para as carências, para o desrespeito pelos direitos da criança e para a necessidade de tomar medidas para a melhoria do seu bem-estar social.

Para uniformizar o processo de humanização em Serviços de pediatria, foi aprovada pelo Parlamento Europeu em 1986, a “Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas” e desta surgiu uma versão mais curta, a “Carta da Criança

Hospitalizada”, em maio de 1988. Em 1993, no decurso da 3ª Conferência Europeia das Associações “Criança no Hospital”, foi criada a European Association for Children in Hospital (EACH), que tem por objetivo principal a defesa dos direitos da criança hospitalizada (IAC, 2009).

Após a presença de Portugal na conferência da EACH (1995), foi criado, no Instituto de Apoio à Criança (IAC), o Setor de Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, que tem por objetivo promover a discussão das questões da Humanização, favorecendo a mudança de atitudes e comportamentos das várias instituições, dos profissionais e da comunidade. É em março desse ano que o IAC adere à EACH. Uma das principais áreas da sua atuação é a publicação e difusão da Carta da Criança Hospitalizada, ou seja, defende os direitos consignados na Carta; promove a adoção dos seus princípios a nível nacional; contribui para o seu reconhecimento legal (IAC, 2009; Levy, 2006).

A “Carta da Criança Hospitalizada” consiste numa listagem dos direitos das Crianças antes, durante e depois de um internamento hospitalar. Esta Carta está de acordo com os direitos vinculados que lhe correspondem, estipulados na Convenção dos Direitos das Crianças das Nações Unidas, e diz respeito ao indivíduo com idades entre os 0 e os 18 anos. Estes direitos aplicam-se a todas as crianças doentes internadas ou em regime de ambulatório. Todos os direitos e medidas tomadas devem ser considerados no melhor interesse da criança e para melhorar o seu bem-estar. Outra área de atuação deste organismo é o Acolhimento de Crianças e Jovens em Unidades de Saúde, caracterizando e refletindo sobre o atendimento prestado nos hospitais e desenvolvendo um projeto de investigação científica no âmbito de um acordo de cooperação que aborda esta temática (IAC, 2009).

O Setor de Humanização do IAC realizou, em 2001, um estudo intitulado “Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital” (2007) sobre as condições do acolhimento e estadia das crianças e suas famílias no hospital. Este estudo, no âmbito da humanização, foi realizado em todos os hospitais portugueses que atendem crianças e jovens, através da aplicação de um questionário. Publicado em 2007, faz uma descrição da realidade no país relativamente às questões do acolhimento e humanização dos cuidados à Criança, baseada nos direitos da criança consignados na “Carta da Criança Hospitalizada”.

Assim, de acordo com o IAC era já nessa altura, uma prática generalizada nos hospitais portugueses permitir aos pais estarem presentes e participarem durante os cuidados básicos à criança. Esta prática promove a confiança dos pais na equipa e o relacionamento de uma relação que conduz à colaboração mútua.

No mesmo estudo verifica-se que a “Carta da Criança Hospitalizada” se encontra exposta nos serviços (75%), que quase a totalidade (93,8%) dos profissionais de saúde a conhece e que muitos (84,4%) afirmam existir sensibilização para a sua aplicação (IAC, 2007).

Existem no nosso País algumas disposições que vieram ajudar os técnicos de saúde no processo de humanização em Pediatria. São elas: o Decreto-Lei nº 21/81, que se refere ao acompanhamento familiar da criança hospitalizada, o Decreto-Lei nº 54/92 que se refere à isenção das taxas moderadoras a crianças; o Decreto-Lei nº 102/97 que assegura licença para assistência a descendentes. Toda esta legislação reforça os dispositivos legais que, em Portugal, protegem a criança na área da saúde, sendo por isso mais fácil para os profissionais salvaguardar os interesses (direitos) da criança hospitalizada, dos pais ou representantes legais.

De acordo com a Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (2008, p. 12 IN IAC 2009), “todos os Serviços de Pediatria devem cumprir os seguintes critérios mínimos: atendimento até aos 18 anos de idade; urgência de pediatria individualizada e integrada no serviço ou Departamento de Pediatria; consulta externa destinada a crianças e adolescentes, em espaço próprio e ambiente pediátrico; internamento de todas as crianças e adolescentes até aos 18 anos num serviço de pediatria seja a patologia, médica ou cirúrgica (...)”. Acrescenta que todos os Serviços de Pediatria devem possuir “condições de internamento adequadas às crianças e adolescentes: espaços próprios, zonas de brincar para as crianças e salas de estar para os adolescentes; condições para um acompanhante durante 24 horas; refeições com menus agradáveis e adequados aos diferentes grupos etários; Educador de Infância/ Animador permanente (...); Professor de ensino básico em tempo parcial; relatório na alta que deve ser entregue aos pais e adolescentes e enviado a todos os profissionais continuadores dos cuidados de saúde; apoio de outros técnicos nomeadamente Serviço Social, Psicologia e Nutrição” (CNSCA, 2008, p. 13 IN IAC, 2009).

No estudo do IAC (2007), podemos verificar que nem todos os hospitais do País têm internamento para crianças até aos 18 anos e alguns (28,1%) não têm urgência de pediatria autónoma, 37,5% não têm internamento de obstetrícia, 53,1% não têm hospital de dia e 82,8% não têm internamento para adolescentes. Poucos (31,3%) são os hospitais que têm um programa de preparação para o internamento, embora na sua maioria (85,9%) tenham um guia e façam um bom acolhimento. Relativamente à caracterização do internamento, poucos (35,9%) são os que dispõem de quartos individuais com mobiliário infantil, embora quase todos (92,2%) tenham cadeirão

para os pais e televisão no quarto, permitindo a presença dos pais 24 horas por dia. A sala de brincar é uma realidade (92,2%), embora seja única e destinada a todas as faixas etárias. Na sua grande maioria está equipada com televisão, vídeo e computador, havendo algumas falhas no que se refere a livros, jogos e material lúdico. A única profissão que está associada a esta sala é a de Educador de Infância (74,6%), embora ocasionalmente (80,9%) ocorram momentos de animação cultural. A presença de Professor de ensino básico é diminuta (21,9%), ou seja, em 2007, só 14 dos hospitais tinham acompanhamento escolar.

Infelizmente, nem todos os Serviços de pediatria dispõem de infraestruturas capazes de dar resposta a uma estadia cómoda e oportuna à situação real. Seria pois de evitar, sempre que possível, as hospitalizações, com especial destaque para as de longa duração, na consciência das sequelas emocionais resultantes da culpabilização pelo estado de doença, do medo de abandono e separação dos pais e a inserção num ambiente estranho (IAC, 2009).

No HSJ, até junho de 2011, o Serviço de internamento de pediatria ficava localizado no piso 2. Era constituído por 4 enfermarias de 4 camas, todas elas tinham uma televisão e as paredes entre elas eram de vidro; três quartos para adolescentes (2 individuais e 1 duplo) também com televisão mas com paredes opacas; o serviço tinha uma casa de banho para as crianças e para os adolescentes, composta por 2 sanitas, 1 chuveiro e 1 banheira; tinha 1 copa, 1 ludoteca, uma sala de trabalho de enfermagem, 1 sala de tratamentos e vários gabinetes médicos.

Para os pais existia 1 casa de banho completa, que ficava no hall de entrada e que se destinava aos pais de crianças internadas nos 3 Serviços de pediatria existentes nesse piso. Neste mesmo local estavam localizados os cacifos e o secretariado.

Cada unidade era composta por uma cama para a criança, um cadeirão para o acompanhante e uma mesa de apoio. Os pais tinham ainda a possibilidade de ter um cacifo individual para guardar os seus pertences.

A equipa de enfermagem era composta por 17 enfermeiras, entre as quais uma chefe de serviço e uma especialista de pediatria. No turno da manhã prestavam cuidados, em regra, 4 enfermeiras e nos turnos da tarde e da noite 3 enfermeiras.

A ludoteca era um espaço “dois em um”, ou seja, era refeitório às horas das refeições e ludoteca nas restantes. Tinha normalmente presentes 2 educadoras que realizavam atividades com as crianças, de acordo com a sua idade.

No internamento de pediatria médica do HSJ, na minha opinião, estavam instituídas algumas medidas que têm em vista a humanização dos cuidados (no entanto muito se pode fazer para os aprimorar).

A enfermeira que recebe a criança e seus pais deve promover um acolhimento adequado, mostrando as instalações, informando-os sobre as regras e normas do Serviço, bem como sobre os seus “direitos e obrigações”. Neste percurso, “pais e crianças valorizam todos os pormenores, (...) notarão o tom de voz, linguagem e todos os indicadores não verbais como a postura, o vestuário, a expressão facial (...). É a partir do que foi vivenciado na primeira interação que a relação de ajuda se estabelece ou não (Jorge, 2004, p. 87). A nossa postura enquanto profissionais deve privilegiar o reconhecimento da criança/jovem e família como indivíduos únicos e favorecer a sua implicação nos cuidados para que se sintam parte integrante do processo cuidador.

Assim, a unidade da criança deve ser previamente preparada de acordo com as características e diagnóstico clínico e devem ser informadas as outras crianças e pais da entrada de uma nova criança para a enfermaria. No momento do acolhimento a enfermeira deve instalar a criança e os pais na unidade, providenciando a sua privacidade, identificando-se pelo nome e título profissional, e deve questionar a criança acerca do nome pelo qual prefere ser chamada, devendo ser-lhe colocada uma pulseira de identificação. A criança deve ainda ser apresentada às outras crianças, facilitando assim a sua integração no Serviço. Logo que possível deverão ser mostradas as instalações, focando a atenção para a localização das casas de banho, sala de enfermagem, refeitório e ludoteca.

Relativamente aos pais devem ser fornecidas algumas informações pertinentes sobre o funcionamento do serviço, sobre o direito a um acompanhamento permanente da criança durante 24 horas, independentemente da idade e gravidade do seu estado, comunicadas as regras e rotinas próprias do Serviço, onde se encontram para que, se assim for sua vontade, possam participar nos cuidados ao filho, nomeadamente: o horário das refeições e funcionamento do refeitório; refeição dos pais; normas e horário de visitas; horários das passagens de turno e formação da equipa. Deverão ainda ser informados que não devem trazer produtos alimentares, mas sim pijamas, objetos de higiene pessoal e algum objeto significativo para a criança. São também dadas informações relativas ao cuidar da criança (uso de grades nas camas, pausa alimentar, repouso no leito, entre outros).

É também nesta altura que deve ser feita a primeira colheita de dados à criança e família e realizado o exame físico, dado a conhecer a existência de uma

“Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada” e indicar-lhes onde se encontra exposta, fornecido o número de telefone do serviço (caso os pais tenham que se ausentar) e serem-lhes comunicados alguns serviços e pessoal de apoio, nomeadamente Educadoras de Infância, Assistente Social, Voluntariado, Gabinete do Utente, Serviço Religioso, entre outros.

Este atendimento individualizado que se preconiza realizar com as crianças e os pais, é uma forma de reduzir as suas dúvidas e stress no momento do internamento, pois “saber ouvir os pais, esclarecer dúvidas, aceitar responder várias vezes às mesmas perguntas sem formular juízos de valor, procurando que exista uniformidade na informação, permite aos pais e à criança ultrapassar muitos medos e aumentar a confiança na equipa” (Jorge, 2004, p. 89).

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Em enfermagem, a investigação desempenha um papel importante na medida em que é uma ciência recente que precisa de uma consolidação de conhecimentos assentes em bases científicas, com o objetivo de orientar a prática dos cuidados. É assim possível contribuir para o desenvolvimento e credibilização desta ciência e do seu corpo profissional.

A investigação ajuda a dar resposta às questões colocadas pelos profissionais de saúde na sua prática diária, baseados na compreensão da pessoa humana como ser complexo e individual. O objeto principal desta consiste no estudo de fenómenos que permitam a descoberta de novos saberes essenciais à qualidade dos cuidados, modernização das técnicas e protocolos implementados e aperfeiçoamento da postura e competências dos enfermeiros.

2.1 - Questões de Investigação e Objetivos do Estudo

Sendo a investigação “um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas” (Fortin, 2009, p. 4), naturalmente que, para dar início a um processo de investigação é necessário, antes de mais, um problema de investigação pertinente, pois trata-se de uma das etapas do processo de investigação e situa-se no centro da fase conceptual. Em enfermagem, este pode nascer de uma situação considerada problemática, tendo em vista a perceção desse fenómeno no sentido de melhorar a prática dos cuidados prestados. Como refere Fortin (2009, p. 66) “o ponto de partida da investigação é uma situação que suscita um mal-estar ou uma inquietação que pede uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão”.

Tendo em conta uma preocupação pessoal, surge a problemática da humanização dos cuidados de enfermagem, num contexto em que um crescente tecnicismo pode minimizar a relação humana entre enfermeiros e doentes, levando a uma prestação de cuidados parcial e despersonalizada. Partindo deste aspeto, surge a nossa escolha para abordar o tema, pois apercebemo-nos que por vezes se coloca de lado a relação com o outro, dando mais ênfase à técnica em si.

Uma questão de investigação é “um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p. 73), e o objetivo de qualquer estudo de investigação “é descrever, explicar ou prever” (Fortin, 2009, p. 160), ou seja, indica-nos o porquê da investigação.

Pretendemos conhecer a realidade da humanização dos cuidados de enfermagem prestados no serviço de internamento de pediatria do ponto de vista dos enfermeiros e dos pais. Deste modo, surgiu-nos a questão central: Qual a perceção dos enfermeiros e dos pais das crianças internadas no serviço de internamento de pediatria face à humanização dos cuidados?

De acordo com esta questão que é muito ampla, consideramos pertinente esboçar os seguintes objetivos:

Objetivo 1: - Conhecer a opinião dos pais das crianças sobre a humanização na prestação de cuidados no internamento de pediatria;

Objetivo 2: - Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a humanização na prestação de cuidados no internamento de pediatria;

Objetivo 3: - Identificar as atitudes que caracterizam e promovem a humanização dos cuidados de Enfermagem;

Objetivo 4: - Identificar as intervenções de enfermagem que caracterizam e promovem a humanização dos cuidados.

2.2- Tipo De Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, de natureza qualitativa. Exploratório porque pretendemos investigar um fenómeno pouco conhecido e como nos refere Polit [et al.] (2004, p. 34) “a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está

relacionado". Diz-nos ainda que nos estudos exploratórios "os métodos qualitativos são especialmente úteis para a exploração de fenómenos pouco entendidos. A pesquisa qualitativa exploratória destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenómeno se manifesta, assim como os processos subjacentes". Descritivo porque pretendemos observar e descrever o fenómeno, ou seja, “ (...) estudar uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a (...) compreender fenómenos ainda mal elucidados ou conceitos que foram pouco estudados” (Fortin, 2009, p. 236). Transversal porque com o nosso estudo pretendemos examinar “ (...) um grupo de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação” (Fortin, 2009, p.256).

Apesar dos procedimentos que visam a humanização, nunca foi feito um estudo deste âmbito no Serviço de Pediatria do Hospital de São João. Optamos então por este tipo de estudo, devido ao nível de conhecimentos sobre o nosso objeto ser reduzido e o objetivo ser explorar o domínio em profundidade, com vista a descrever o fenómeno: o principal objetivo é o aprimoramento de ideias, mas também a descrição e compreensão de uma realidade.

2.3- Procedimentos Metodológicos

Este trabalho é constituído por duas partes distintas na medida em que temos duas populações diferentes: os enfermeiros e os pais cujos filhos se encontram internados no Serviço de Pediatria do Hospital de São João. Devido a este facto, estudamos separadamente as duas populações como iremos mostrar de seguida.

Apesar da sua natureza eminentemente qualitativa, este estudo munuiu-se de estratégias metodológicas tanto qualitativas quanto quantitativas. Se bem que a abordagem para a recolha de dados que consideramos de eleição fosse a entrevista, tanto a pais como a enfermeiros, tivemos de optar pelo inquérito aos pais.

Este método foi escolhido pelos seguintes motivos: a possibilidade de acedermos a um maior número de informantes que, mesmo não sendo representativos da população em estudo, nos permitisse ter uma visão mais alargada do fenómeno; o facto de tornar as suas opiniões absolutamente anónimas, permitindo uma maior fidedignidade dos resultados obtidos.

2.3.1. Os Enfermeiros

Nesta parte do trabalho pretendemos explorar em profundidade a humanização no cuidar em pediatria, na visão dos enfermeiros.

O paradigma de investigação qualitativo direciona-se para uma visão holística, tão característica da enfermagem e que, neste caso, deve permitir descrever e analisar a perceção dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados que prestam.

2.3.1.1 População e Amostra

Num estudo de investigação é imprescindível seleccionar a população-alvo, que se caracteriza “pelo conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos” (Fortin, 2009, p. 311), ou seja, pelo conjunto de pessoas que têm características comuns. Neste contexto, os enfermeiros do Serviço de internamento de pediatria do HSJ, são a população desta parte do estudo.

A amostra é um subconjunto dos elementos da população acessível que são seleccionados e convidados a participar no estudo e que devem ter características idênticas à da população geral, isto é, as suas características devem assemelhar-se o mais possível às da população. Fortin (2009, p. 312) define amostra como “uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” e na sua opinião esta “deve refletir as características não só do ambiente natural, mas também dos indivíduos que a compõem”.

A amostra dos enfermeiros foi seleccionada por escolha racional ou típica (Fortin, 2009), uma vez que foram escolhidos intencionalmente, “em função de um traço característico” essencial para o esclarecimento da questão, ou seja, temos uma amostra não probabilística, mas apropriada a esta investigação.

A nossa população de enfermeiros é em número de 17, mas, na impossibilidade de entrevistar todos consideramos importante definir critérios de inclusão e exclusão. Foram definidos como critérios de inclusão: experiência profissional em internamento de pediatria superior a cinco anos e disponibilidade para participar no estudo. Consideramos ser importante a experiência profissional nos cuidados, para nos permitir obter uma perspectiva mais rica e alargada

relativamente às suas vivências e opiniões no contexto do presente estudo. Como critérios de exclusão determinamos o envolvimento com o projeto de investigação em curso e a não prestação de cuidados diretos às crianças e suas famílias.

Destes critérios resultou a constituição duma amostra de 5 elementos.

2.3.1.2 Instrumento de Recolha de Informação

A entrevista constitui-se, na nossa perspetiva, como o instrumento de colheita de dados mais indicado para esta população pois, “o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes” (Fortin, 2009, p. 376). Este método permite colher informações junto dos participantes em estudo e oferecer ao investigador uma certa flexibilidade na colheita de informação. Como nos refere Bogdan e Biklen (1994, p. 134), “esta permite-nos recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”. A entrevista é realizada a um pequeno número de elementos, mas permite que as pessoas expressem mais livremente a sua opinião e por isso é uma abordagem mais rica e mais exploratória. O facto de existir uma relação de familiaridade entre entrevistador e entrevistado, pensamos poder ser uma mais-valia ao quebrar barreiras comunicacionais.

Neste tipo de estudo, qualitativo e exploratório, favorecem-se as questões abertas em prejuízo das fechadas pois facilitam ao entrevistado a descrição da sua experiência e realidade diárias. A entrevista pode ter vários tipos de estruturação, tendo nós optado pela entrevista semiestruturada ou semidirigida porque pretendemos “obter informações particulares sobre um tema” (Fortin, 2009, p. 376). O guião da entrevista foi constituído por 3 questões abertas pois estas, “não impõem categorias de resposta e o inquirido é livre de responder como quiser” (Fortin, 2009, p. 377), isto é, favorece a livre expressão do pensamento. Foi inicialmente feito um pré-teste a uma Enfermeira de outro serviço de internamento de pediatria, que reunia todos os critérios de inclusão por nós definidos. Como não surgiram dúvidas, foi aplicado como guião final. (ANEXO I)

Relativamente às questões colocadas, certificamo-nos que foram claras e facilmente compreendidas.

2.3.1.3 Procedimento para Recolha e Tratamento dos Dados

Os enfermeiros da nossa amostra foram antecipadamente questionados quanto ao interesse da sua participação e colaboração no estudo e foram-lhes explicados os objetivos e finalidades do mesmo, tendo assinado o consentimento informado. Agendámos o momento para a realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e do entrevistador, tendo estas decorrido durante o mês de maio de 2011.

As entrevistas foram realizadas na sala de reuniões do serviço visto serem todos colegas de trabalho. O facto de serem colegas da prática, na nossa opinião, foi uma mais-valia pelo ambiente descontraído existente durante a entrevista. Foi-lhes pedida autorização para gravar a entrevista, garantida confidencialidade e pedida autorização para transcrição e para a divulgação de partes, no contexto deste trabalho, assegurando a eliminação da gravação após a transcrição.

A entrevista seguiu o esquema pré-determinado no guião, que foi utilizado como auxiliar de memória. As questões estruturadas foram colocadas com a neutralidade possível e foi deixado o entrevistado relatar a sua perceção e opinião. No término da entrevista foram feitos os devidos agradecimentos ao entrevistado, nomeadamente pela disponibilidade e colaboração prestadas.

Os dados obtidos foram recolhidos através de gravação e o seu conteúdo posteriormente transcrito para texto (Microsoft Word 2010) e apagada a gravação.

O tratamento de dados foi feito através da análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2009, p. 129) é “um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, (...) de modo a obter indicadores, que permitem a inferência de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio”. Relativamente a este assunto Bogdan acrescenta que “a análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspetos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros”.

Seguindo os procedimentos da análise de conteúdo de Bardin, as entrevistas foram sujeitas inicialmente a uma leitura flutuante e posteriormente a uma leitura cuidada para que fosse possível excluir partes que não tivessem interesse para a investigação ou susceptíveis de identificarem o entrevistado, crianças e pais, do qual

resultou o corpus da entrevista. As entrevistas foram codificadas pela letra E e numeradas de 1 a 5 (E1, E2, E3, E4, E5).

Procedeu-se posteriormente à leitura pormenorizada das mesmas para recolher os dados que emergem do discurso dos participantes, na tentativa de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a humanização na prestação de cuidados no serviço de pediatria identificar as atitudes e intervenções dos enfermeiros que caracterizam e promovem a humanização dos cuidados de Enfermagem. Este processo permitiu organizar de forma sistemática o material reunido, facilitando a leitura e compreensão pelos investigadores e a sua apresentação aos outros.

A segunda etapa da análise de conteúdo consiste no desenvolvimento de um sistema de codificação. A elaboração deste (sistema de codificação) pelo estudo sucessivo das respostas obtidas produz unidades manipuláveis após o restringir de aspetos importantes, padrões e tópicos, representados por frases e palavras que nos estudos de investigação se traduzem por categorias de codificação (Bogdan e Biklen, 1994).

De acordo com os pressupostos de Laurence Bardin, a categorização resume-se “a uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2004, p. 111). O desenvolvimento de uma lista de categorias é uma etapa relevante, pois garante um meio de classificar a informação, sintetizando-a e estabelecendo relações no intuito de auxiliar na compreensão dos resultados e estruturação das conclusões (Bogdan & Biklen, 1994).

A categorização emergiu da análise feita às leituras exaustivas do *corpus* de onde foram retiradas as unidades de registo e de contexto. No final da categorização, procedemos à verificação das características da categorização mencionadas por Bardin: exclusão mútua; homogeneidade; pertinência; objetividade e fidelidade; e produtividade.

2.3.2. Os Pais

Como já referimos anteriormente, o paradigma de investigação de eleição para o tema deste trabalho é o qualitativo porque trata-se da abordagem de uma questão subjetiva, centrada na compreensão de um fenómeno. Mas, visto termos de abordar um grupo sensível, passível de sentir constrangimentos quando questionados

relativamente à qualidade da assistência dos seus filhos durante o internamento, optamos por um método que garantisse o anonimato e a confidencialidade, que permitisse para além de outras coisas evitar possíveis vieses na investigação.

2.3.2.1 População e Amostra

Para conhecer a opinião dos pais, e na impossibilidade de os questionarmos a todos, seleccionamos uma amostra constituída pelos pais das crianças internadas no Serviço de internamento de pediatria do HSJ, que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão: pais cujos filhos estivessem internados pela primeira vez no Serviço e por um período igual ou superior a 3 dias; pais que estivessem a acompanhar os seus filhos no internamento de pediatria durante o período projetado para a colheita de dados (março e abril de 2011). Estes critérios de inclusão foram determinados porque acreditamos que deste modo pudemos aceder a um conjunto de informação proveniente de um grupo de pais com experiências e características minimamente uniformes, suficientes para uma opinião fundamentada e dentro das contingências temporais impostas pelo nosso cronograma.

A amostra dos Pais foi seleccionada através do método de amostragem accidental ou de conveniência que “consiste em escolher indivíduos, pelo facto da sua presença, num determinado local e num preciso momento” Fortin (2009, p. 321), ou seja, são facilmente acessíveis e respondem a critérios de inclusão precisos. Trata-se de um método de amostragem não probabilístico que, segundo Fortin (2009, p. 314) “consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população”. Temos consciência de que esta amostra não é estatisticamente representativa da população, pois temos 2856 internamentos/ano no Serviço de Pediatria, mas uma amostra aleatória que, através dos critérios de inclusão determinados, apresenta características semelhantes às da população.

2.3.2.2 Instrumento de Recolha de Informação

Como já referimos anteriormente optamos por abordar os pais através de um questionário. De acordo com Fortin o questionário “tem por objetivo recolher

informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009, p. 380), é constituído na sua maioria por perguntas fechadas, pelo que os participantes não têm a possibilidade de as mudar, e são apresentadas numa ordem lógica. É um instrumento que nos assegura fidelidade e a sua construção “exige da parte do investigador uma definição clara do objetivo do estudo, um bom conhecimento do estado da investigação sobre o fenómeno considerado e uma ideia clara da natureza dos dados a recolher” (Fortin, 2009, p. 380, 381).

A construção do instrumento de recolha de dados teve por base a pesquisa bibliográfica, a Carta da criança hospitalizada e questionários previamente elaborados pelo Serviço de Humanização do Hospital de São João para serviços de adultos e adaptados, por nós, para a realidade do Serviço de internamento de pediatria. Após um primeiro esboço foi feita uma reunião com peritos na área, nomeadamente os orientadores desta dissertação, para que fosse elaborado um questionário piloto. Finalmente este foi aplicado, como pré-teste, a 5 pais de crianças que cumpriam os critérios de inclusão e que foram excluídos da amostra, não tendo sido referidas quaisquer dificuldades no seu preenchimento: os questionários não apresentaram não respostas, as respostas foram adequadas às questões colocadas, deduzindo-se a compreensão dos seus termos e o tempo do seu preenchimento foi considerado adequado. Decidiu-se, então, aplicá-lo como questionário definitivo.

Este questionário é composto por duas partes fundamentais, sendo a primeira constituída por perguntas que permitem uma caracterização sócio-demográfica da amostra e a segunda por perguntas que caracterizam a opinião e a perceção dos pais relativamente aos cuidados de enfermagem prestados (ANEXO II).

2.3.2.3 Procedimentos para Recolha e Tratamento dos Dados

A recolha de dados decorreu nos meses de março e abril de 2011, após aprovação do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do HSJ, para a realização do estudo. (ANEXO III). Os questionários foram entregues a cada pai/mãe, individualmente. Foi-lhes explicado o tema, feito o pedido de participação voluntária, finalidade e objetivos do estudo e pedido que assinassem o consentimento informado de participação. Foi-lhes também assegurada a

confidencialidade e o anonimato e foi-lhes disponibilizado um espaço de privacidade e tempo para o seu preenchimento. O anonimato foi garantido através de uma caixa transparente e lacrada que estava devidamente identificada para a colocação dos questionários e que se encontrava situada na sala de enfermagem.

Depois de recolhidos os questionários dos pais que participaram no estudo, foi feita uma análise descritiva da amostra, na qual foram aplicadas estatísticas de sumário apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e o desvio padrão ou a mediana, percentil 25 e percentil 75, consoante a distribuição destas seja simétrica ou assimétrica, respetivamente.

2.3 - Considerações Éticas

Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito da pessoa. As considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação.

A enfermagem, seja no ensino, na prática ou na investigação, possui como principal objetivo o bem-estar do doente, a excelência do cuidar e o desenvolvimento do enfermeiro.

A ética permite-nos de livre consciência escolher os nossos atos, de forma voluntária sem coações externas. Dá-nos a oportunidade de sermos responsáveis pelo caminho que optamos seguir, auferindo de uma autonomia que nos determina em parceria com o outro e nunca no lugar do outro.

Antes de iniciarmos a recolha de dados, foi pedida a autorização à Comissão de Ética, ao Conselho de Administração do HSJ, ao Diretor do Serviço de Pediatria e à Enfermeira Chefe do mesmo Serviço para a realização das entrevistas e aplicação dos questionários e só foram utilizados após a sua aprovação. (ANEXO III)

Foi igualmente importante que os participantes tivessem assinado uma Declaração de Consentimento Informado, garantindo a participação voluntária e informada no estudo, o que aconteceu com todos os participantes antes do início da entrevista aos enfermeiros e da entrega do questionário aos pais. (ANEXO IV)

Como já foi referido anteriormente foi respeitado o anonimato e confidencialidade para os pais (caixa transparente e lacrada) e garantida confidencialidade para os enfermeiros (eliminação da gravação após transcrição).

Atendendo ao direito à vida privada, os participantes no estudo autorizaram a leitura e análise dos instrumentos de recolha de dados, sabendo que se destinarão a um estudo de investigação. A destruição dos dados foi garantida após transcrição das entrevistas e análise dos questionários.

3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentaremos os resultados obtidos através de quadros e gráficos. A apresentação dos resultados está dividida em duas partes. Numa primeira parte apresentamos a opinião dos enfermeiros, onde também caracterizamos a amostra da população em estudo, numa segunda apresentamos a opinião dos pais, começando por apresentar a sua caracterização e por fim os resultados encontrados através de frequências simples.

3.1 - A Opinião dos Enfermeiros

Foram efetuadas cinco entrevistas a enfermeiras que cumpriam os critérios de inclusão. Todos os intervenientes pertencem ao sexo feminino. Quatro enfermeiras são casadas e com filhos e uma solteira e sem filhos. Têm idades compreendidas entre os 37 e os 45 anos. Trabalham neste Serviço de Pediatria há mais de 15 anos exceto duas delas que estão no Serviço há apenas 5 anos. Dos nossos participantes, 3 são especialistas em saúde infantil e pediatria.

Incentivadas a falar sobre a sua opinião relativamente ao nível de humanização dos cuidados de enfermagem no Serviço, as atitudes e intervenções dos enfermeiros que podem contribuir para aprimorar a humanização dos cuidados e sobre o que se pode fazer para tornar os cuidados de enfermagem mais humanizados, as participantes do estudo estruturaram o seu discurso em torno da realidade dos cuidados de enfermagem humanizados e sobre a necessidade de algumas mudanças para a excelência do cuidar.

Como referido no enquadramento metodológico e de acordo com Bardin, analisamos os discursos das enfermeiras, conscientes da sua riqueza, e fizemos uma

análise mais aprofundada o que nos permitiu a interpretação do material. Ocorreu depois a estruturação das categorias e das subcategorias que emergiram dos discursos, e donde sobressaíram 3 grandes temas:

- O enfermeiro e a humanização
- Humanizar é Cuidar
- O que falta para humanizar

Cada um destes temas, ao redor dos quais se organizou a análise do texto, engloba uma série de categorias e subcategorias.

No primeiro grande tema - O enfermeiro e a humanização - estão reunidas categorias que emergiram do discurso das enfermeiras entrevistadas sobre a sua opinião em relação à humanização dos cuidados de enfermagem prestados às crianças.

O segundo tema - Humanizar é Cuidar - abrange os elementos que nos permitem analisar as atitudes e as intervenções consideradas pelas entrevistadas como essenciais para cuidar com humanidade.

Por último, um terceiro tema - O que falta para humanizar - resume as perspetivas das entrevistadas em relação às falhas existentes na sua prática diária.

Tema 1: O enfermeiro e a humanização

Neste tema englobam-se duas categorias - “Quem somos” e “O que temos” , como se pode verificar no quadro 1.

Quadro 1: Quadro síntese da categorização do tema: “O enfermeiro e a humanização”

Categoria	Subcategoria
Quem somos	<ul style="list-style-type: none">- Seres humanos como os outros- Pessoas com necessidade de reconhecimento
O que temos	<ul style="list-style-type: none">- Serviços de apoio à humanização- Bons cuidados- Necessidade de melhorar

Na categoria denominada “Quem somos” emergiram duas subcategorias: “Seres humanos como os outros” e “Pessoas com necessidade de reconhecimento”.

Nesta categoria colocaram-se todas as declarações que as entrevistadas utilizam para descrever os enfermeiros que trabalham neste Serviço de Pediatria (Quadros 2 e 3).

Quadro 2: Descritivo da categoria “Quem somos” e subcategoria “Seres humanos como os outros”

Categoria	Quem Somos
Subcategoria	Seres humanos como os outros
Unidade de Registo	<p>E1 Nós somos pessoas</p> <p>E1 Somos todos iguais e todos diferentes</p> <p>E1 Esta profissão é feita pelas pessoas que aqui trabalham, não é só o que vem em decreto-lei</p> <p>E1 Se uma pessoa estiver bem, bem consigo, também vai estar bem com o seu trabalho</p> <p>E1 Se nós estivermos bem, também vamos fazer os outros estarem bem</p> <p>E2 (...) nós também somos humanos, (...) e também não conseguimos resolver todo o tipo de situações</p>

Pela análise das unidades de registo desta subcategoria percebe-se que, na opinião das enfermeiras, para além de sermos profissionais e de cumprirmos os decretos-lei somos pessoas como quaisquer outras e que devemos estar bem connosco para podermos tratar bem do outro e tentar resolver todas as situações que se nos colocam, embora por vezes se torne difícil.

Quadro 3: Descritivo da categoria “Quem somos” e subcategoria “Pessoas com necessidade de reconhecimento”

Categoria	Quem Somos
Subcategoria	Pessoas com necessidade de reconhecimento
Unidade de Registo	<p>E1 Todo este esforço, que não é esforço, também me dá os meus “louros”, é conseguir pôr uma criança em casa.</p> <p>E1 (...) reconhecendo o nosso valor e as dificuldades por que passamos</p> <p>E1 quando os pais nos dizem: “vocês são espetaculares, apesar da correria toda, vocês estão sempre presentes”</p> <p>E4 (...) Pela quantidade de miúdos e pais que nos visitam após a alta, isso se calhar quer dizer alguma coisa.</p>

Ao analisar a subcategoria “Pessoas com necessidade de reconhecimento” evidencia-se que, para estas enfermeiras, parece ser gratificante todo o esforço feito para cuidar da criança e sua família. O reconhecimento do seu trabalho pelos outros aparece como algo importante para elas, sendo com satisfação que recebem elogios pelo trabalho que fazem.

Como podemos ver no quadro 1, na categoria “O que temos”, emergem três subcategorias que apelidamos de: “Serviços de apoio à humanização”; “Bons cuidados” e “Necessidade de melhorar”, que iremos analisar seguidamente (Quadros 4, 5 e 6).

Quadro 4: Descritivo da categoria “O que temos” e subcategoria “Serviços de apoio à humanização”

Categoria	O que temos
Subcategoria	Serviços de apoio à humanização
Unidade de Registo	E1 A Comissão de Ética que temos no hospital que se preocupa com esta questão, é para nós uma mais-valia E1 A Comissão de Ética é um apoio que temos e que nos podemos apoiar e pedir orientação E3 Sei que existe um Serviço de Humanização no hospital E3 Os cadeirões para os pais até foram pedidos a eles (Serviço de Humanização) E3 Eles já têm dado apoio à pediatria (Serviço de Humanização)

Da análise desta subcategoria constatamos que as enfermeiras inquiridas reconhecem a existência de “Serviços de apoio à humanização”, sabem que existe no hospital um Serviço de Humanização e uma Comissão de Ética, que reconhecem dar apoio ao Serviço de Pediatria, e que estão disponíveis para orientar sempre que solicitados. Uma enfermeira refere-nos que também apoiam com bens materiais (cadeirões) para que seja possível mais conforto aos pais ou acompanhantes das crianças internadas.

Quadro 5: Descritivo da categoria “O que temos” e subcategoria “Bons cuidados”

Categoria	O que temos
Subcategoria	Bons cuidados
Unidade de Registo	<p>E4 (...) em termos de humanização nós funcionamos bem</p> <p>E4 (...) nós trabalhamos muito bem (em geral)</p> <p>E4 (...) eu fiquei muito bem impressionada com os cuidados (gerais) que se prestavam na pediatria</p> <p>E4 (...) somos pessoas que não descuramos os cuidados</p> <p>E4 Nos cuidados quer de humanização quer técnicos, seríamos bem qualificados</p> <p>E4 (...) as exigências práticas cada vez são maiores, não pode ser só técnica, técnica, técnica</p>

Uma enfermeira deu a sua opinião, recorrentemente, em relação aos cuidados que se prestam neste Serviço, considerando os cuidados de enfermagem prestados como sendo de qualidade, valorizando de igual modo os cuidados técnicos e os “cuidados humanos” prestados.

Quadro 6: Descritivo da categoria “O que temos” e subcategoria “Necessidade de melhorar”

Categoria	O que temos
Subcategoria	Necessidade de melhorar
Unidade de Registo	<p>E1 Estamos a tentar evoluir, para conseguirmos que o nosso trabalho seja o ideal</p> <p>E1 (...) há muitas coisas que de facto ainda não conseguimos fazer</p> <p>E1 o facto de pensarmos já é bom, para estarmos despertos</p> <p>E1 (...) fazer formação, é uma mais-valia para a humanização</p> <p>E1 Se quisermos ser uma ciência que somos, temos que evoluir</p> <p>E2 (...) têm vindo a melhorar ao longo dos anos</p> <p>E2 (...) a equipa toda vai tentando colmatar e dar o seu melhor</p>

Na subcategoria “Necessidade de melhorar”, emerge a perceção de que, apesar de existir um esforço de evolução em direção à humanização dos cuidados, ao longo dos anos, com formação, parecem ter consciência de que há dificuldades. No entanto, estão atentos e dão o seu melhor.

TEMA 2 - Humanizar é Cuidar

Neste grande tema emergem duas categorias: “Atitudes adequadas” e “Intervenções adequadas”, de onde se salientam várias subcategorias e sub-subcategorias que serão analisadas separadamente, como se pode verificar no quadro 7.

Quadro 7: Quadro síntese da categorização do tema: “Humanizar é cuidar”

Categoria	Subcategoria	Sub-subcategorias
Atitudes adequadas	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação - Flexibilidade - Disponibilidade - Respeito - Atenção 	
Intervenções adequadas	<ul style="list-style-type: none"> - Acolher 	<ul style="list-style-type: none"> . Integração . Presença dos pais . Relação com os pais
	<ul style="list-style-type: none"> - Informar e explicar 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar bons cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> . Cuidados técnicos . Organizar cuidados . O silêncio . O alívio da dor . Continuidade de cuidados

Relativamente à categoria “Atitudes adequadas”, emergem cinco subcategorias dos relatos das enfermeiras: “Preocupação”; “Flexibilidade”; “Disponibilidade”; “Respeito”; “Atenção”. Estas parecem constituir, na opinião das inquiridas, as atitudes inerentes a um cuidar humanizado, como podemos perceber melhor através dos quadros que a seguir se apresentam (Quadros 8 a 12).

Quadro 8: Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” e subcategoria “Preocupação”

Categoria	Atitudes adequadas
Subcategoria	Preocupação
Unidade de Registo	<p>E1 (...) temos um grupo coeso e preocupado com estas vertentes (humanização), não só em termos técnicos</p> <p>E1 (...) acho que temos a preocupação de humanização</p> <p>E1 (...) há uma preocupação grande no sentido de tentar humanizar</p> <p>E1 Os enfermeiros, apesar de toda a evolução técnica, foram aqueles que se preocuparam com a pessoa que está do lado</p> <p>E1 (...) acho que fomos o único grupo profissional que sempre se preocupou com o cuidar, com o bem-estar do outro</p> <p>E1 Em termos gerais, de equipa em si, acho que, com as suas divergências, com as suas características individuais, acho que há essa preocupação (humanização)</p>

Da análise apuramos através dos discursos das enfermeiras entrevistadas que apenas uma faz referência, repetidamente, à preocupação de cuidar e tratar as crianças com humanidade e dignidade enquanto pessoas que são, embora ela se refira a toda a equipa, o que nos leva a pressupor que, na sua opinião, este tipo de atitude é generalizada aos enfermeiros que prestam cuidados neste serviço.

Quadro 9: Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” - subcategoria “Flexibilidade”

Categoria	Atitudes adequadas
Subcategoria	Flexibilidade
Unidade de Registo	<p>E2 (...) facilitar visitas, mesmo contra as regras do Serviço.</p> <p>E3 (...) ser flexível em relação às visitas</p> <p>E4 (...) enfermeiros do serviço não são muito rígidos em termos de visitas</p> <p>E4 (...) somos uma equipa flexível sem prejudicar ninguém</p> <p>E4 (...) não somos rígidos</p> <p>E5 Há alguma flexibilidade em termos de visitas</p>

Constatamos também que, de uma forma geral, as enfermeiras questionadas, consideram que têm uma atitude de flexibilidade, salientando-se de modo particular que facilitam o horário das visitas às crianças, sabendo que apesar de não estarem a cumprir as normas implementadas do Serviço, o fizeram tendo em atenção que ninguém seja prejudicado.

Quadro 10: Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” - subcategoria “Disponibilidade”

Categoria	Atitudes adequadas
Subcategoria	Disponibilidade
Unidade de Registo	<p>E2 (...) (pais) para que se sintam à vontade para questionar</p> <p>E3 (...) não querem deixar os filhos sozinhos e se a enfermeira se disponibilizar meia hora para ficar com a criança provavelmente já vão</p> <p>E3 (...) ser calma</p> <p>E3 (...) saber ouvir</p> <p>E3 (...) mudarmos a fralda para a mãe poder dormir uma noite descansada</p> <p>E4 Esse bocadinho às vezes prolonga-se um bocadinho de mais, às vezes estamos a conversar, os pais chegam e nós dizemos para esperar um bocadinho</p>

Reportando-nos à disponibilidade que referem oferecer (aos pais e às crianças), as enfermeiras parecem considerá-la importante. Dizem que o facto de os ouvirem, dar-lhes apoio, serem calmas e substituírem os pais em determinadas alturas, é para eles uma mais-valia e que por isso se sentem à vontade para questionarem, para se ausentarem e até mesmo para descansarem. No entanto têm consciência de que há momentos em que essa disponibilidade não é tão imediata como deveria ser.

Quadro 11: Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” - subcategoria “Respeito”

Categoria	Atitudes adequadas
Subcategoria	Respeito
Unidade de Registo	<p>E1 (...) deveríamos ter a noção que estamos a trabalhar para o mesmo, para uma só, a criança e família</p> <p>E1 Na minha prática, eu tenho que pensar que eu estou ali, a pensar no outro (...) e pensar que ele não sou eu</p> <p>E1 (...) não posso fazer o que eu quero ao outro, mas o que os outros querem que faça de acordo com a sua vontade</p> <p>E1 (...) tentar perceber o outro e fazer à sua maneira, para que ele se sintam bem</p> <p>E1 (...) temos que pensar que tenho uma mãe, temos que pensar que tenho um pai, que temos pessoas</p> <p>E2 (...) os pais são respeitados</p> <p>E2 (...) responder com empatia, no sentido de melhorar todo o atendimento</p> <p>E3 respeitarem mais os seus (pais) direitos</p> <p>E3 (...) saber estar</p> <p>E5 (...) tentamos respeitar a hora de sono, a hora do banho</p> <p>E5 (...) todos nós respeitamos os pais</p> <p>E5 (...) perguntamos aquilo que a criança gosta</p> <p>E5 (...) há respeito pelos pais</p> <p>E5 (...) há pessoas que se nota que têm uma sensibilidade maior</p>

O respeito transparece, de uma forma geral, do discurso das enfermeiras, considerando estas que respeitam os direitos das crianças e dos pais, assim como os gostos das crianças, os seus hábitos, a sua vontade e o seu descanso. Atitudes como o saber estar e a empatia são, na nossa opinião, atitudes que demonstram respeito, respeito esse que se evidencia como importante para o cuidar humanizado.

Quadro 12: Descritivo da categoria “Atitudes adequadas” - subcategoria “Atenção”

Categoria	Atitudes adequadas
Subcategoria	Atenção
Unidade de Registo	E1 (...) “eu tenho que estar atenta a isto” (humanização) E1 (...) É dar o alerta E1 Humanização (...) é o que nós damos atenção E2 (...) é preciso ter atenção não só à criança que está doente, mas também os familiares E3 Temos de estar atentos aos problemas que rodeiam E3 (...) estar mais atentos aos pais E4 (...) acho que temos em atenção as pessoas

Nas palavras das enfermeiras emerge a atenção como essencial ao seu trabalho humanizado. Elas reportam-se a uma atenção abrangente, dada à criança/família, necessária para detetar a existência de problemas que a família possa ter e não apenas, e como poderia esperar-se, aos cuidados relacionados diretamente com o tratamento da criança, inerente ao seu internamento.

Para além da categoria “atitudes adequadas” emerge uma outra categoria, mais diretamente relacionadas com o trabalho do enfermeiro. Nesta categoria, que denominamos “Intervenções adequadas”, emergiram três subcategorias dos relatos dos participantes: “Acolher”; “Informar e explicar”; “Prestar bons cuidados”, das quais duas delas organizamos em sub-subcategorias como veremos no quadro 13. Na nossa análise, consideramos que a subcategoria “Acolher” seria melhor percebida se a subdividíssemos em outras três, pois um acolhimento engloba a integração, a presença dos pais e o relacionamento que temos com eles, organização que apresentamos nos quadros 13, 14 e 15.

Quadro 13: Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” - subcategoria “Acolher” - sub-subcategoria “Integração”

Categoria	Intervenções adequadas
Subcategoria	Acolher
Sub-subcategoria	Integração
Unidade de Registo	<p>E1 (...) implica, e no nosso caso da pediatria, as crianças e a família</p> <p>E1 (...) (é fazer com) que as crianças se sintam mais adaptadas</p> <p>E1 (...) uma criança hospitalizada não está no seu ambiente, ela (criança) está “dependente”, está insegura e acha que quem manda são os profissionais</p> <p>E1 Os enfermeiros, para além de prestarem bons cuidados técnicos também permitem que a criança se sinta minimamente inserida</p> <p>E2 (...) toda a equipa se preocupa com a humanização, para que as pessoas sejam bem atendidas e se sintam bem</p> <p>E2 (...) preocupação com a nossa apresentação, em mostrar o Serviço...</p> <p>E2 (...) preocupação em nos apresentarmos em apresentar o serviço</p> <p>E2 (...) para que se sintam integrados</p> <p>E3 (...) começa por quando entra uma criança, admitir a criança e a família/acompanhante</p> <p>E3 Fazer a integração (aos pais e crianças)</p> <p>E4 (...) acho que devíamos ter mais atenção na apresentação, (...) raramente eu digo o meu nome</p> <p>E4 (...) é a forma correta de recebermos alguém, é primeiro identificarmos-nos</p> <p>E5 (...) quando recebemos uma criança fazemos a integração ao Serviço</p> <p>E5 (...) apresentamos o Serviço</p> <p>E5 (...) apresentamos outras crianças de idades próximas</p> <p>E5 Apresentamos o Serviço e as pessoas que estão na sala</p> <p>E5 (...) apresentamo-nos a nós</p> <p>E5 (...) é então apresentado o Serviço, assim como as normas do mesmo</p>

Relativamente à sub-subcategoria “Integração”, emerge que as enfermeiras entrevistadas consideram que a admissão começa quando a criança/família é internada no Serviço. Verifica-se uma preocupação na apresentação pessoal e do Serviço, para que a criança e sua família se sintam integradas, adaptadas e seguras. São também apresentadas às crianças da mesma sala e às de idades próximas, sendo comunicadas, aos pais e à crianças, as normas mais comuns do serviço. Uma das

enfermeiras tem consciência que muitas vezes se esquece de se apresentar, mas reconhece que é pertinente corrigir.

Quadro 14: Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” - subcategoria “Acolher” - sub-subcategoria “Presença dos pais”

Categoria	Intervenções adequadas
Subcategoria	Acolher
Sub-subcategoria	Presenças dos Pais
Unidade de Registo	E1 (...) em termos institucionais há já muitos anos, legislação que permite a permanência dos pais junto da criança quando hospitalizada E1 (...) os pais neste momento podem ficar 24h com a criança E1 (...) quando eles (pais) estão, estão a apoiar a criança. E1 (...) existem 2 acompanhantes para estarem com a criança com o objetivo de a apoiar, mas também que se apoiem entre si. E1 (...) é permitir que a família esteja sempre presente E2 (...) veio ajudar muito a presença dos pais E2 É permitido não só os pais, mas também outros familiares

Na sub-subcategoria “Presença dos pais”, podemos perceber que as enfermeiras verbalizam terem conhecimento do direito que os pais/acompanhantes possuem, de permanecer junto do filho durante 24 horas. Para as participantes, a permanência de ambos os pais parece constituir-se como uma mais-valia, uma vez que estão a apoiar a criança e se apoiam mutuamente.

Quadro 15: Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” - subcategoria “Acolher” - sub-subcategoria “Relação com os pais”

Categoria	Intervenções adequadas
Subcategoria	Acolher
Sub-subcategoria	Relação com os Pais
Unidade de Registo	<p>E1 Há preocupação dos enfermeiros em termos de relacionamento com os pais</p> <p>E3 (...) conversar com os pais (...) acalma muito, falar com eles</p> <p>E4 (...) somos próximos de todas as pessoas e são todas tratadas de igual forma</p> <p>E4 (...) conversar com uma mãe meia hora, não é tempo perdido</p> <p>E4 Essa conversa pode trazer muito, muitas coisas em cuidados emocionais tanto para a mãe como para nós</p>

No que diz respeito à sub-subcategoria “Relação com os pais” emerge a preocupação em estabelecer uma relação com os pais, tratando-os de igual forma e tendo consciência de que uma conversa com eles não é desperdício de tempo mas sim uma forma de os integrar e acalmar.

Quadro 16: Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” - subcategoria “Informar e explicar”

Categoria	Intervenções adequadas
Subcategoria	Informar e explicar
Unidade de Registo	<p>E2 (...) explicamos como é que vão decorrer os exames (pais e crianças)</p> <p>E3 (...) dizer o que se vai fazer à criança</p> <p>E5 (...) explicamos com palavras mais simples e lhes (pais) transmitimos o que o médico lhes transmitiu e que ele não entendeu nada</p> <p>E5 (...) informar os pais e as crianças daquilo que fazemos</p> <p>E5 (...) explicar aquilo que vamos fazer (pais e crianças)</p> <p>E5 (...) falamos numa linguagem muito simples e adaptada à criança</p>

Entendemos da análise da subcategoria “Informar e explicar” que existe a preocupação em informar e explicar aos pais e à criança, numa linguagem clara,

simples e adaptada, todos os procedimentos que se vão realizar, assim como o que o médico lhes transmitiu em linguagem científica.

A subcategoria “Prestar bons cuidados” organiza-se à volta de cinco sub-subcategorias: “Cuidados técnicos e humanizados”, “Organizar cuidados”, “O silêncio”, “O alívio da dor” e “Continuidade de cuidados” salientando-se, deste modo, aspetos essenciais à prestação de cuidados humanizados (Quadro 17 a 21).

Quadro 17: Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” - subcategoria “Prestar bons cuidados” - sub-subcategoria “Cuidados técnicos e humanizados”

Categoria	Intervenções adequadas
Subcategoria	Prestar bons cuidados
Sub-subcategoria	Cuidados técnicos e humanizados
Unidade de Registo	E1 (...) essa (técnica) tem de ser acompanhada pela humanização E1 (...) é o acompanhamento, é o cuidar dos profissionais relativamente àquela criança e é tudo uma conjuntura de cuidados técnicos E1 É prestar bons cuidados E1 (...) porque a técnica também faz parte da humanização

O que emerge das unidades de registo da sub-subcategoria “Cuidados técnicos e humanizados”, é contributo de apenas uma das enfermeiras entrevistadas, mas nem por isso o consideramos menos importante. Resumidamente parece dizer-nos que os bons cuidados são, eles próprios, parte da humanização, e que a técnica é muito importante mas tem de ser acompanhada pelo que refere como a humanização.

Quadro 18: Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” - subcategoria “Prestar bons cuidados” - sub-subcategoria “Organizar cuidados”

Categoria	Intervenções adequadas
Subcategoria	Prestar bons cuidados
Sub-subcategoria	Organizar cuidados
Unidade de Registo	<p>E1 Não devemos individualizar, devemos todos ter o mesmo tipo de atuação</p> <p>E3 (...) sabermos concentrar alguns cuidados também ajuda no descanso</p> <p>E3 (...) tentar prestar (cuidados) na mesma altura às crianças da mesma sala</p> <p>E3 (...) concentrar às vezes crianças ou com o mesmo diagnóstico ou com idades semelhantes</p> <p>E3 Juntar as crianças por idades, diagnósticos ou sexo</p> <p>E3 (...) ter a preocupação se o acompanhante se alimenta e às vezes proporcionar condições para tal</p> <p>E5 (...) temos a preocupação de juntar (as crianças) por patologia ou diagnóstico</p>

Na sub-subcategoria “Organizar cuidados”, emerge a preocupação dos enfermeiros de juntar as crianças por idade, diagnóstico ou sexo, aquando da sua admissão, a atenção de concentrar cuidados à mesma criança e na mesma enfermaria, de forma a proporcionar momentos mais prolongados de descanso às crianças e pais. Na opinião de uma participante, os enfermeiros deveriam ter, todos, este mesmo tipo de atuação e deve ter-se o cuidado de rentabilizar (no sentido de organizar os cuidados) as pessoas para que haja bons cuidados (humanização).

Quadro 19: Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” - subcategoria “Prestar bons cuidados” - sub-subcategoria “O silêncio”

Categoria	Intervenções adequadas
Subcategoria	Prestar bons cuidados
Sub-subcategoria	O silêncio
Unidade de Registo	E3 (...) o Serviço é muito barulhento E3 (...) a hora de descanso é interrompida muitas vezes E4 (...) tentamos respeitar o silêncio dentro das instalações que temos porque não temos grandes instalações para conseguir respeitar muito mais E4 (...) às vezes da forma como temos o Serviço, antes da 1h da manhã não conseguimos respeitar totalmente o silêncio de ninguém E4 (...) tentamos (evitar) e proporcionar ao máximo o silêncio e o descanso

Em relação à sub-subcategoria “O silêncio”, na opinião das enfermeiras entrevistadas o Serviço tem muito ruído, o que parece dever-se às condições do Serviço e à necessidade de prestar cuidados a todas as horas. Salientam a preocupação de tentar respeitar o silêncio sempre que possível, acreditando que faz parte da prestação de cuidados humanizados.

Quadro 20: Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” - subcategoria “Prestar bons cuidados” - sub-subcategoria “O alívio da dor”

Categoria	Intervenções adequadas
Subcategoria	Prestar bons cuidados
Sub-subcategoria	O alívio da dor
Unidade de Registo	<p>E1 (...) o sinal vital da dor está interiorizado e é respeitado</p> <p>E1 Utilizam-se as escalas para a sua avaliação (dor)</p> <p>E1 São quase sempre os enfermeiros que têm essa sensibilização e chamam a atenção a equipe médica</p> <p>E1 (...) as pessoas estão cada vez mais despertas e estão atentas a essas situações (avaliação da dor)</p> <p>E1 A dor faz parte do cuidar, do bem-estar de cada um</p> <p>E3 Temos a preocupação de não deixar a criança ter dor</p> <p>E3 (...) embora não seja uma prática corrente de todos os turnos de fazer uma avaliação da dor mediante uma escala</p> <p>E3 (...) temos a preocupação de não deixar os meninos terem dor (...) em dar analgésicos suficientes</p> <p>E3 (...) não poupamos analgésicos</p> <p>E3 (...) estamos atentos à expressão da criança</p> <p>E4 (...) escalas da dor, claro que não utilizamos</p> <p>E4 (...) estamos atentos à dor, acho que sim e que somos capazes de identificar quando alguma coisa não está bem</p> <p>E4 (...) questionar os pais do tipo: acha que tem dor? Acha que é melhor dar analgésico? Diga-nos o seu parecer?</p> <p>E4 Às vezes, até antes dos pais nos pedirem, já estamos atentos porque sabemos o que lhes provoca dor</p> <p>E4 (...) escala de avaliação da dor, não usamos, regra geral não usamos</p> <p>E5 Relativamente à dor, tem-se sempre cuidado</p> <p>E5 (...) temos sempre em conta a opinião da mãe (relativamente à dor)</p> <p>E5 (...) utilizamos muitas vezes placebos (...) quando não temos tempo para colocar emla</p> <p>E5 Também utilizamos o brinquedo, falamos muitas vezes com as seringas e com os pensos</p>

Transparece da análise da sub-subcategoria “O alívio da dor”, a importância da avaliação da dor como 5º sinal vital pelas enfermeiras entrevistadas. Nem sempre os enfermeiros avaliam a dor através de uma escala adaptada à idade da criança, mas estão atentos à sua expressão, às suas queixas e à opinião da mãe. Parece evidente a preocupação de não deixar a criança sentir dor, sendo para isso utilizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio.

Quadro 21: Descritivo da categoria “Intervenções adequadas” - subcategoria “Prestar bons cuidados” - sub-subcategoria “Continuidade de cuidados”

Categoria	Intervenções adequadas
Subcategoria	Prestar bons cuidados
Sub-subcategoria	Continuidade de cuidados
Unidade de Registo	<p>E1 (...) é conseguir “pôr” uma criança em casa</p> <p>E1 (...) também é importante (...) o seguimento que fazemos para a comunidade</p> <p>E1 (...) há uma preocupação e já vamos fazendo muita coisa quando as crianças têm alta hospitalar</p> <p>E1 A preocupação de como vão para casa, dos apoios familiares e da comunidade que vão ter porque isso também faz parte dos cuidados</p> <p>E1 (...) há muitas situações crónicas em que os miúdos estão aqui e em casa, é quase um intercâmbio.</p> <p>E1 (...) na comunidade, fazemos a ligação e damos a nossa disponibilidade para que as coisas corram o melhor possível.</p> <p>E1 (...) pretendemos é que os meninos estejam bem, fiquem bem e que vão para casa e que lá permaneçam</p> <p>E1 (...) proporcionar-lhe uma cama articulada, um colchão antiescaras, uma cadeira de rodas, proporcionarmos à criança e aos pais um bocadinho mais de conforto</p> <p>E1 Humanizar significa mantê-los o mais tempo possível em casa, dentro da sua família, com todos os apoios</p> <p>E5 (...) são recomendadas outras instituições porque há associações</p> <p>E5 (...) é bom que contactem com outras pessoas quando são diagnosticados (...) para as mães conviverem com outras mães e deixarem de se sentirem únicas</p>

Da análise do conteúdo da sub-subcategoria “Continuidade de cuidados” emerge que neste Serviço, de acordo com as enfermeiras inquiridas, a continuidade de cuidados parece começar durante o internamento. No caso de crianças com doença crónica, tentam que os pais contactem com outros pais cujos filhos têm a mesma patologia e, quando existem, são também informados da existência de associações ou serviços de apoio. Na preparação da alta é avaliada a situação da criança e são proporcionadas ajudas técnicas adequadas à sua situação, para que a criança possa ter mais conforto em casa e assim lá permaneça mais tempo.

TEMA 3 - O que falta para humanizar

Este tema organiza-se à volta de seis categorias: “Recursos humanos”, “Tempo”, “Condições físicas”, “Organização na equipa”, “Apoio educativo” e “Alguém com quem desabafar”, uma delas com quatro subcategorias como poderão ver no seguinte quadro.

Quadro 22: Quadro síntese da categorização do tema: O que falta para humanizar

Categoria	Subcategoria
Recursos humanos	
Tempo	
Condições físicas	Para os pais Para os adolescentes Para os enfermeiros Para cuidar com privacidade
Organização na equipa	
Apoio Educativo	
Alguém com quem desabafar	

Passaremos agora à apresentação de cada categoria, individualmente (Quadros 23 a 31).

Quadro 23: Descritivo da categoria “Recursos humanos”

Categoria	Unidade de Registo
Recursos humanos	<p>E1 (...) o número de enfermeiros está adequado ao nosso internamento, mas, o número de doentes crónicos e de cuidados intermédios está a aumentar</p> <p>E1 (...) o número de enfermeiros está adequado (...) mas se eu quiser associar à técnica a humanização, isso já se torna muito difícil</p> <p>E1 Em termos práticos o rácio está correto (...) na prática atendendo ao tipo de patologias que temos, há muitas lacunas e há muitos dias em que não é possível</p> <p>E2 Os “miúdos” em fase terminal, precisam de um tipo de condições, quer a nível físico, quer a nível de acompanhamento mais próximo e cuidado (...) somos poucos para dar esse tipo de resposta.</p> <p>E3 O rácio de enfermeiros no Serviço, nem sempre é o adequado</p> <p>E3 Temos meninos muito exigentes, alguns exigem uma enfermeira só para eles e por isso (...) falhamos no resto, nos outros e nos cuidados não técnicos</p>

	<p>E3 (...) horas de espera em relação a certos exames (...) falta de disponibilidade de um auxiliar</p> <p>E3 (...) falta de disponibilidade de um auxiliar para levar e buscar a criança a tempo e horas (...) as crianças ficam noutro Serviço à espera que a vão buscar</p> <p>E4 Relativamente ao número de enfermeiros acho que não é suficiente atendendo às exigências que são cada vez maiores</p> <p>E4 É impossível (...) conseguir dar atenção a tantos pormenores que às vezes seria importante dar!</p> <p>E4 (...) se tivéssemos mais um elemento, poderíamos ter aquela conversa com os pais que alguns dizem que estamos a dar “água sem caneco”</p> <p>E4 Temos alturas com mais crianças de intermédios do que de internamento e assim não há número de enfermeiros suficiente</p>
--	---

Segundo as unidades de registo desta categoria, na opinião das enfermeiras, o rácio de enfermeiros neste Serviço não contempla a humanização, ou seja, parece ser feito exclusivamente numa visão meramente tecnicista. Verificam cada vez mais a existência de crianças com patologias crónicas e com necessidades especiais ou de cuidados intermédios, o que na opinião das enfermeiras implica um rácio de enfermeiros superior ao existente. Referem também a falta de disponibilidade dos auxiliares, que se reflete em horas de espera para levar e buscar as crianças a exames ou consultas noutros serviços.

Quadro 24: Descritivo da categoria “Tempo”

Categoria	Unidade de Registo
Tempo	<p>E1 O dia a dia é muitas vezes a correr</p> <p>E1 Quando dizem “eu não consigo estar com aquela mãe, não tenho tempo”, o que por vezes acontece é que falamos com o colega do turno seguinte</p> <p>E1 (...) é preciso tempo para estar, refletir e descobrir para poder ajudar</p> <p>E4 É essa disponibilidade que nos falta muitas vezes e às vezes está relacionada com o tempo</p> <p>E4 (...) não temos às vezes é capacidades em termos de tempo para abranger a técnica e depois dar atenção ao resto</p>

Através da análise das entrevistas percebemos que a falta de tempo é uma constante no dia a dia dos enfermeiros. Uma diz-nos mesmo que realiza em primeiro lugar os cuidados técnicos e depois depara-se com a impossibilidade de estar com uma mãe, de estar disponível, de refletir, apesar de sentir essas necessidades como importantes.

Quadro 25: Descritivo da categoria “Condições físicas” - subcategoria “Para os pais”

Categoria	Condições físicas
Subcategoria	Para os pais
Unidade de Registo	<p>E1 (...) condições físicas do Serviço (para os pais), são de facto muito más</p> <p>E2 Espaço físico (para os pais), acho que há ainda bastantes falhas</p> <p>E2 temos tentado colmatar algumas coisas, porque a presença dos pais também implicou a reorganização do Serviço</p> <p>E2 (...) foi preciso criar condições para eles (pais) permanecerem (...) a casa de banho é insuficiente, só há uma para 3 Serviços</p> <p>E2 Reorganizamos o Serviço de maneira que os pais consigam descansar</p> <p>E3 Falta no Serviço uma sala para os pais, para que possam descansar sem estar ao lado da criança, para que possam conversar com outros pais, que possam fazer uma pequena refeição, possam relaxar um bocadinho.</p> <p>E3 Temos no Serviço falta de espaço (pais), é notório</p> <p>E3 o descanso (dos pais) em cadeirões melhorou</p> <p>E5 (...) pelo menos ter um lugar onde eles (pais) possam comer</p> <p>E5 (...) era preciso ter um espaço deles (pais)</p> <p>E5 (...) nem têm um sítio para comer (pais)</p> <p>E5 (...) poderia melhorar as casas de banho, a que temos é uma só para a Pediatria toda</p> <p>E5 (...) acho que é muita gente para uma casa de banho só</p> <p>E5 (...) devia haver mais casas de banho</p> <p>E5 (...) é tudo muito colado (...) nós temos de ir às máquinas, temos que pedir para se levantarem (pais)</p>

Quase todas as enfermeiras consideram que os pais não têm as condições adequadas para um acompanhamento permanente. A falta de casas de banho é a mais frequentemente apontada nos seus discursos, pois só existe uma para todos os pais, mas são também referidas a falta de uma sala para eles descansarem, conversarem ou simplesmente para se alimentarem, bem como a falta de espaço. A reorganização do Serviço desde que foi permitida a permanência dos pais parece não ter dado resposta a todas as necessidades dos pais, na perspetiva destas enfermeiras.

Quadro 26: Descritivo da categoria “Condições físicas” - subcategoria “Para os adolescentes”

Categoria	Condições físicas
Subcategoria	Para os adolescentes
Unidade de Registo	<p>E1 (...) queremos até cuidar da criança/adolescente com privacidade e naquele lugar não conseguimos, não há condições</p> <p>E2 (...) precisam (adolescentes) de um tipo de condições, quer a nível físico, quer a nível de acompanhamento mais próximo e cuidado</p> <p>E2 (...) os adolescentes têm necessidades diferentes</p> <p>E5 Os adolescentes precisam (quartos) porque não se sentem à vontade e os biombos não são uma coisa que faça com que se sintam à vontade</p> <p>E5 (...) os 2 quartos que temos de adolescentes são quase sempre usados para isolamentos e não para a função primordial para que foram criados</p>

Do discurso das enfermeiras entrevistadas salienta-se que os adolescentes têm necessidade de privacidade que só com um quarto individual será possível. Os dois quartos individuais destinados aos adolescentes, raramente são ocupados por eles. Esta é a realidade com que se deparam, pois os quartos são usados para isolamentos.

Quadro 27: Descritivo da categoria “Condições físicas” - subcategoria “Para os enfermeiros”

Categoria	Condições físicas
Subcategoria	Para os enfermeiros
Unidade de Registo	<p>E2 (...) devíamos ter uma sala para os enfermeiros</p> <p>E2 Se tivéssemos (enfermeiros) uma sala onde pudéssemos descansar ou relaxar</p> <p>E4 (...) o Serviço é muito pequeno (...) porque também não temos uma sala onde conversar e descomprimir</p>

Verificamos, através da análise de conteúdo, que as enfermeiras referem a inexistência de uma sala para um café, um convívio, para um pequeno descanso, para que possam relaxar um pouco, como uma condição negativa neste contexto.

Quadro 28: Descritivo da categoria “Condições físicas” - subcategoria “Para cuidar com privacidade”

Categoria	Condições físicas
Subcategoria	Para cuidar com privacidade
Unidade de Registo	<p>E1 Mas às vezes isso (escolha da unidade) não é possível, lá está, a tal privacidade</p> <p>E1 O facto de mudarmos de instalações vai ajudar em termos de privacidade</p> <p>E2 (...) tentamos reservar a privacidade da criança e família em situação terminal, nos quartos individuais</p> <p>E2 (...) temos muita variedade de idades e faltam-nos condições</p> <p>E3 Há questões e falhas relacionadas com a privacidade</p> <p>E3 (...) falta de condições de privacidade</p> <p>E4 A privacidade no Serviço é praticamente nula, temos evidentemente que utilizar biombos</p> <p>E4 (...) não temos capacidade para falar com privacidade com os pais e a criança. Ou nos isolamos num gabinete médico ou não conseguimos.</p> <p>E4 (...) vamos para a sala de tratamentos (...) mas que muitas vezes também não é privacidade nenhuma, porque as pessoas continuam a usar aquela sala e a ter que entrar</p> <p>E4 (...) estamos sempre na eminência de ser interrompidos, por isso privacidade não temos.</p> <p>E5 (...) existe aqui é muito falta de espaço, há falta de privacidade para as crianças, uma vez que as salas são de vidro</p> <p>E5 A nível de privacidade temos pouco porque as janelas são transparentes</p> <p>E5 toda a gente entra na sala (...) e eles (crianças) não se sentem à vontade.</p>

Emerge da análise de conteúdo das entrevistas que as enfermeiras sentem a falta de privacidade para prestar cuidados às crianças e adolescentes, assim como para poderem conversar com eles e com os pais. Referem a utilização de biombos para manter o mínimo de privacidade, mas as paredes de vidro dificultam esta pretensão. Nas situações de crianças em fase terminal são então utilizados os quartos dos adolescentes para tentar preservar também a privacidade dos pais.

Quadro 29: Descritivo da categoria “Organização da equipa”

Categoria	Unidade de Registo
Organização na equipa	<p>E1 (...) se eu tivesse o Serviço mais organizado, de certeza que tinha mais disponibilidade para atender aquela pessoa, aquela criança, aquele pai, aquela mãe</p> <p>E1 Esta desorganização, deve-se às condições de Serviço, que nos limitam</p> <p>E1 (...) é a desorganização que vai destabilizar o meu trabalho</p> <p>E1 (...) há uma grande desorganização relativamente à equipe médica (...) há muita gente nova (...)</p> <p>E1 o facto de termos sempre médicos a integrar, e com pouco apoio, isto às vezes destabiliza um bocadinho o nosso trabalho e é evidente que se vai repercutir nos cuidados que vou prestar</p> <p>E1 (...) os alunos fazem parte do hospital (...) estar com eles (alunos) é muito mais trabalhoso e desorganizado</p>

Esta categoria é formada pelas unidades de registo de apenas um participante que avalia o Serviço como sendo desorganizado, o que parece interferir na sua prestação de cuidados. Na sua opinião, isto deve-se ao facto de terem sempre médicos em integração e alunos de enfermagem, o que torna o Serviço mais trabalhoso e desorganizado para os enfermeiros, mas também aponta como causa as próprias condições do Serviço, que os limitam.

Quadro 30: Descritivo da categoria “Apoio Educativo”

Categoria	Unidade de Registo
Apoio Educativo	<p>E3 O apoio das educadoras no Serviço está melhor a nível de tempo, prolongaram o tempo com as crianças e ao sábado de manhã mas o objetivo seria também aos domingos e feriados</p> <p>E3 os meninos (...) solicitam-nos computadores e jogos que só elas (educadoras) têm acesso</p> <p>E3 (...) elas (educadoras) também se deviam revezar em certos horários para dar apoio nas horas das refeições</p> <p>E3 poderiam (...) participar e apoiar nas refeições de crianças</p>

Uma enfermeira refere-se também ao trabalho das educadoras ressaltando o facto de este ter vindo, na sua opinião, a melhorar ao longo do tempo. Salienta também o facto de elas não participarem em atividades que, na opinião dela, fazem parte das suas funções, fora do contexto hospitalar, como por exemplo na alimentação das crianças. Na sua opinião, deveriam trabalhar por turnos diurnos

durante os 7 dias da semana, porque as crianças estão sempre presentes e as suas necessidades e solicitações mantêm-se.

Quadro 31: Descritivo da categoria “Alguém com quem desabafar”

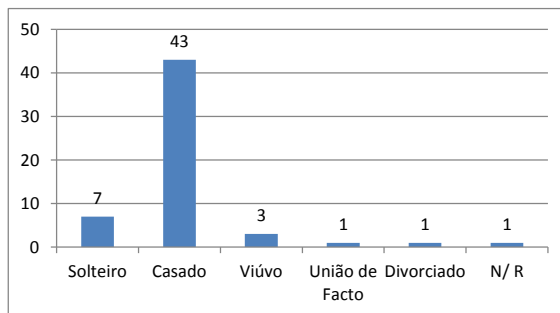
Categoria	Unidade de Registo
Alguém com quem desabafar	<p>E4 não temos tempo, nem com quem às vezes desabafar</p> <p>E4 devíamos ter reuniões, sem ser para o Serviço, mas com a presença de um psicólogo para uma conversa ou falar simplesmente das nossas vivências diárias</p> <p>E4 devíamos ter reuniões (...) ultrapassávamos algumas dificuldades que depois temos no nosso dia a dia</p> <p>E4 Eu sempre achei que seria saudável ter o acompanhamento de um psicólogo no Serviço</p> <p>E4 temos experiências que nos marcam e que nem nos apercebemos que nos marcam tão negativamente</p> <p>E4 devíamos discutir temas nossos, vivências nossas, coisas que nos tivessem marcado quer pela positiva, quer pela negativa</p> <p>E4 Desabafamos claro com um colega, mas não são coisas momentâneas</p>

Uma enfermeira refere, reiteradamente, a necessidade de reuniões com a presença de um psicólogo, de preferência, para que possam conversar, desabafar, discutir vivências, de modo a ultrapassarem as dificuldades presentes no dia a dia.

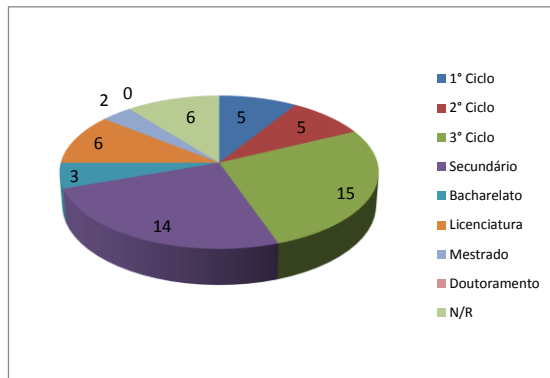
3.2 - A Opinião dos Pais

Depois da realização dos questionários, procedeu-se à sua análise através do programa de análise estatística SPSS v19 para MacOS (Statistical Package for Social Sciences), com o objetivo de conhecer a opinião dos pais das crianças internadas sobre a humanização na prestação de cuidados no internamento de pediatria.

A nossa amostra foi constituída por 56 elementos, caracterizando-se por uma distribuição assimétrica entre homens e mulheres, sendo 49 (87,5%) do sexo feminino, todas elas com o grau de parentesco - mãe - e 7 (12,5%) do sexo masculino e grau de parentesco - pai. A média de idades da nossa amostra é 36,6 anos, variando entre os 23 e os 52 anos respetivamente de idade mínima e máxima.

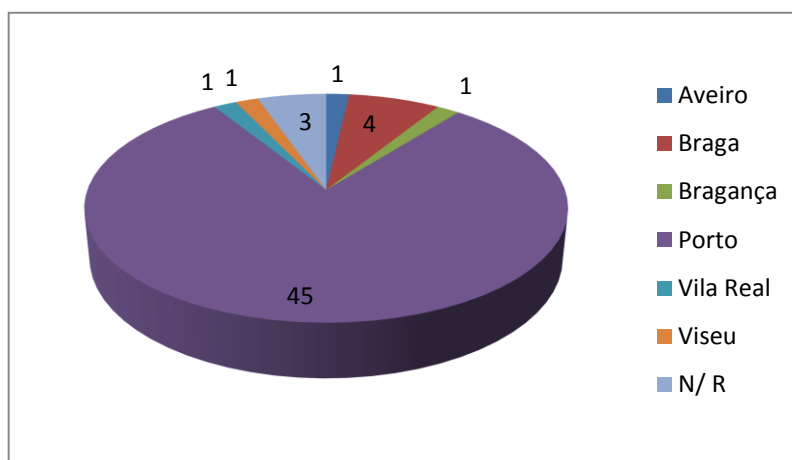
GRÁFICO 1: Distribuição do Estado Civil dos Participantes

Em relação ao estado civil dos participantes, como podemos ver no gráfico, 43 (76,7%) eram casados, sendo 7 (12,5%) solteiros, 3 (5,3%) viúvos, 1 (1,8%) divorciado; 1 (1,8%) está em união de facto. Não responde a esta questão 1 participante (Gráfico 1).

GRÁFICO 2: Distribuição das Habilitações Académicas dos Participantes

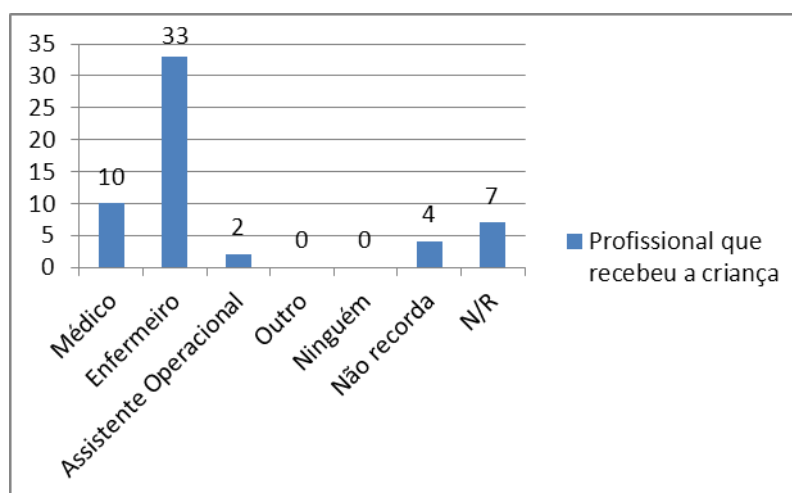
Quanto às habilitações académicas verificamos que a maioria dos pais (29/51,8%) possui o 3º ciclo ou o secundário. Apenas 5 (8,9%) dos pais possuem o 1º ciclo e 5 (8,9%) o 2º ciclo; 3 (5,3%) o grau de bacharel; 6 (10,7%) possuem a licenciatura; apenas 2 (3,6%), o grau de mestre. Não responderam a esta questão 6 (10,7%) participantes (Gráfico 2).

GRÁFICO 3: Distribuição da Proveniência Geográfica dos Participantes por Distrito

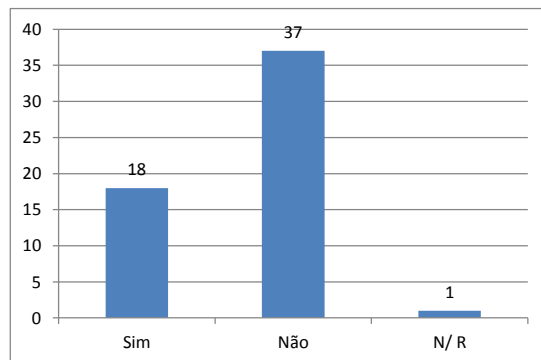


Relativamente à proveniência dos participantes verificamos que a quase totalidade (45/80,4%), são provenientes do distrito do Porto, seguido de 4 (7,1%) de Braga e com 1 (1,8%) participante distritos de Aveiro, Viseu, Bragança e Vila Real. Salientamos que 3 participantes não respondem a esta questão (Gráfico 3).

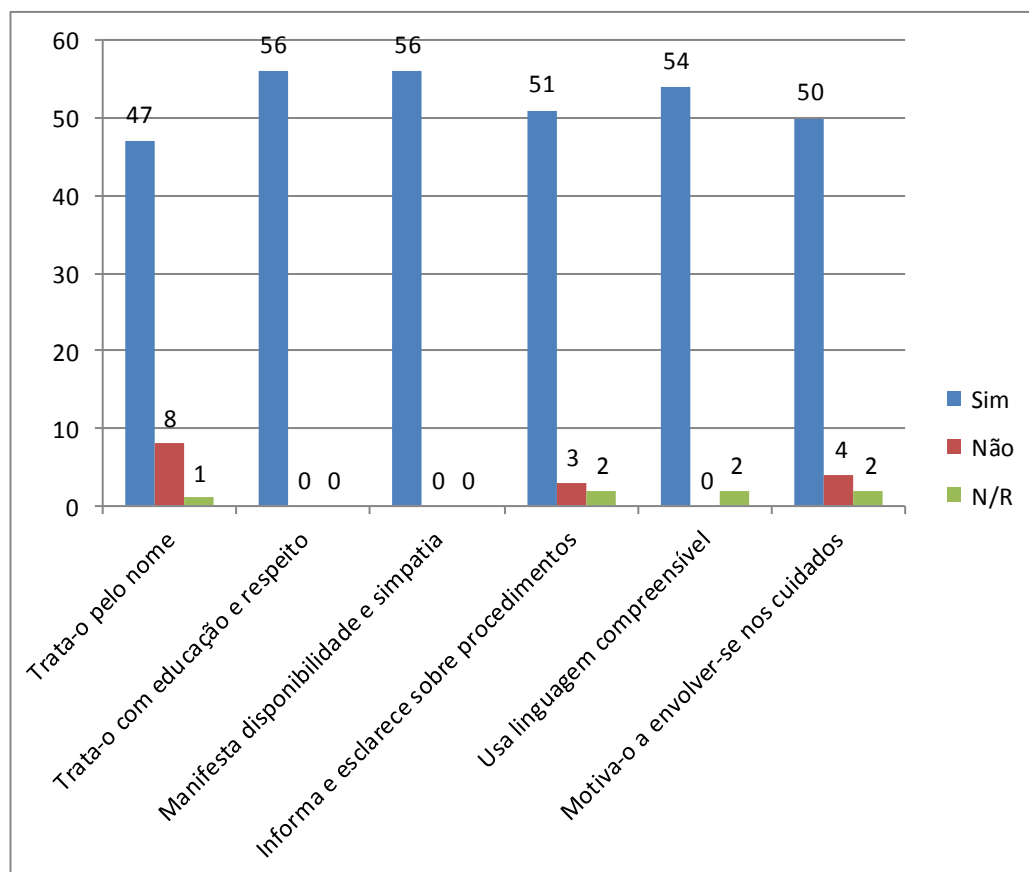
GRÁFICO 4: Profissional de Saúde que o recebeu



Aquando da chegada ao Serviço para a criança ser internada, salienta-se que a maioria dos pais (33/58,9%) refere terem sido recebidos por um enfermeiro e apenas 10 (17,8%) por um médico e 2 (3,6%) por um assistente operacional. É de salientar que 11 pais (19,6%) não se recordam ou não respondem a esta questão (Gráfico 4).

GRÁFICO 5: Sabe o Nome do Enfermeiro que Cuida do seu Filho

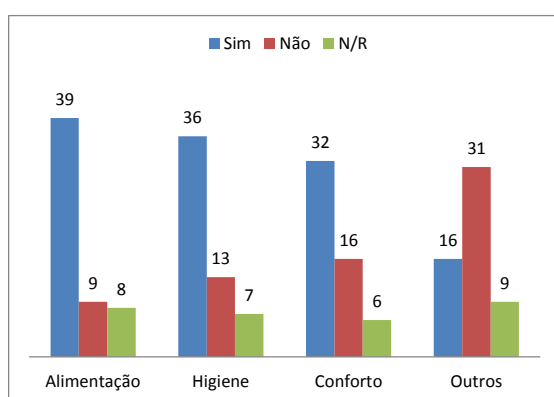
Constatamos que, dos pais questionados, 37 (66,1%) não sabem exatamente o nome do enfermeiro que cuida do seu filho e 18 (32,1%) afirmam sabê-lo. Um participante não responde a esta questão (Gráfico 5).

GRÁFICO 6: Quando o Enfermeiro Cuida do seu Filho.

Relativamente às respostas aos vários itens da questão 2: “Quando o enfermeiro cuida do seu filho, (...)?”, 83,9% (47) pais referem que os enfermeiros tratam a criança pelo nome, 91,1% (51) que os informa e esclarece relativamente aos procedimentos a efetuar e todos (100%) referem que os enfermeiros os tratam com educação e respeito e manifestam disponibilidade e simpatia. Quase todos (96,4%) afirmam que os enfermeiros utilizam uma linguagem compreensível.

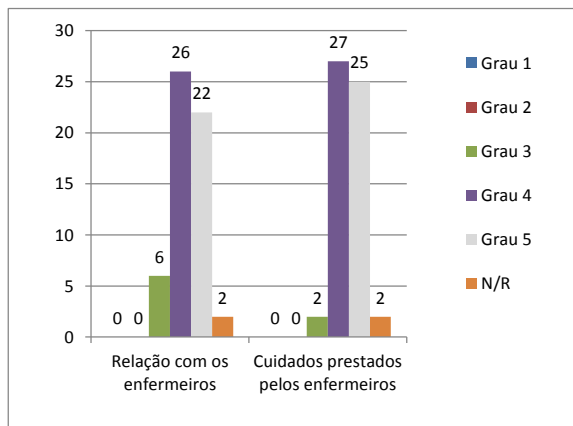
Verificamos ainda que 50 inquiridos (89,3%) referem terem sido motivados, pelos enfermeiros, a envolverem-se na participação dos cuidados (Gráfico 6).

GRÁFICO 7: Tipo de Cuidados para os quais foi motivado



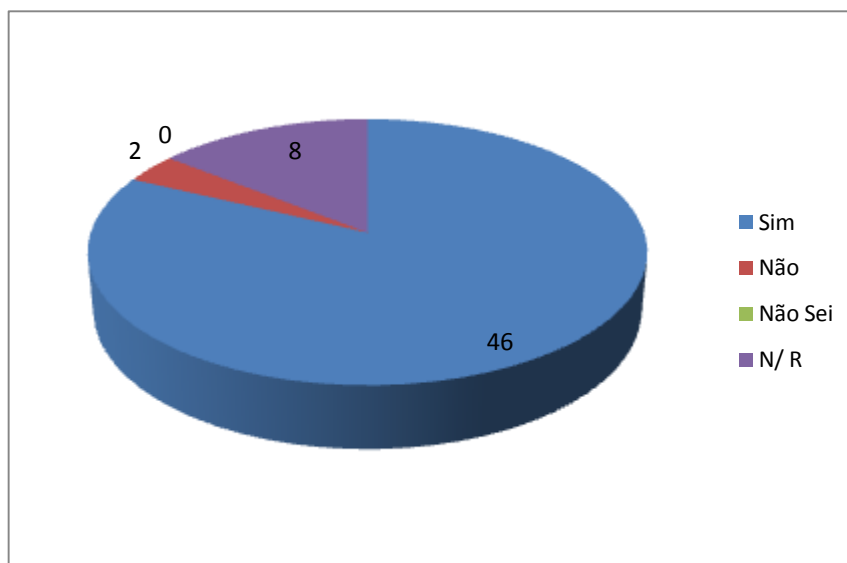
Quando questionados sobre o tipo de cuidados para os quais foram motivados a participar, pelos enfermeiros, podemos verificar que 39 (69,6%) afirmam terem sido motivados para os cuidados relacionados com a alimentação do seu filho, 36 (64,3%) para os cuidados de higiene, 32 (57,1%) para os cuidados de conforto, mas apenas 16 (28,6%) foram motivados para outro tipo de cuidados (Gráfico 7).

GRÁFICO 8: Grau de Satisfação na Relação que estabeleceu com os Enfermeiros e Satisfação sobre os Cuidados Prestados



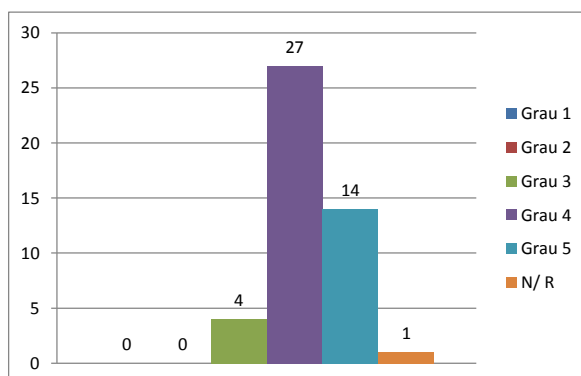
Quanto ao grau de satisfação (numa escala de 1 a 5, em que 1 é o nível de menor satisfação e 5 o nível de maior satisfação) relativamente à relação que estabeleceram com os enfermeiros, 6 pais (10,7%) posicionam-se no grau 3, 26 (46,4%) dos pais posicionam-se no grau 4 e 22 (39,3%) posicionam-se no grau 5. Ao responderem à questão relativa ao grau de satisfação sobre os cuidados de enfermagem, verificamos que 2 (3,6%) participantes assinalam grau de satisfação 3, 27 (48,2%) dos pais grau de satisfação 4 e 25 (44,6%) grau de satisfação 5. Salientamos que a quase totalidade dos pais se coloca nos graus 4 e 5 relativamente à relação estabelecida e aos cuidados de enfermagem, apesar de 2 deles não terem respondido a nenhuma destas questões. (Gráfico 8).

GRÁFICO 9: Avaliação da Dor pelos enfermeiros



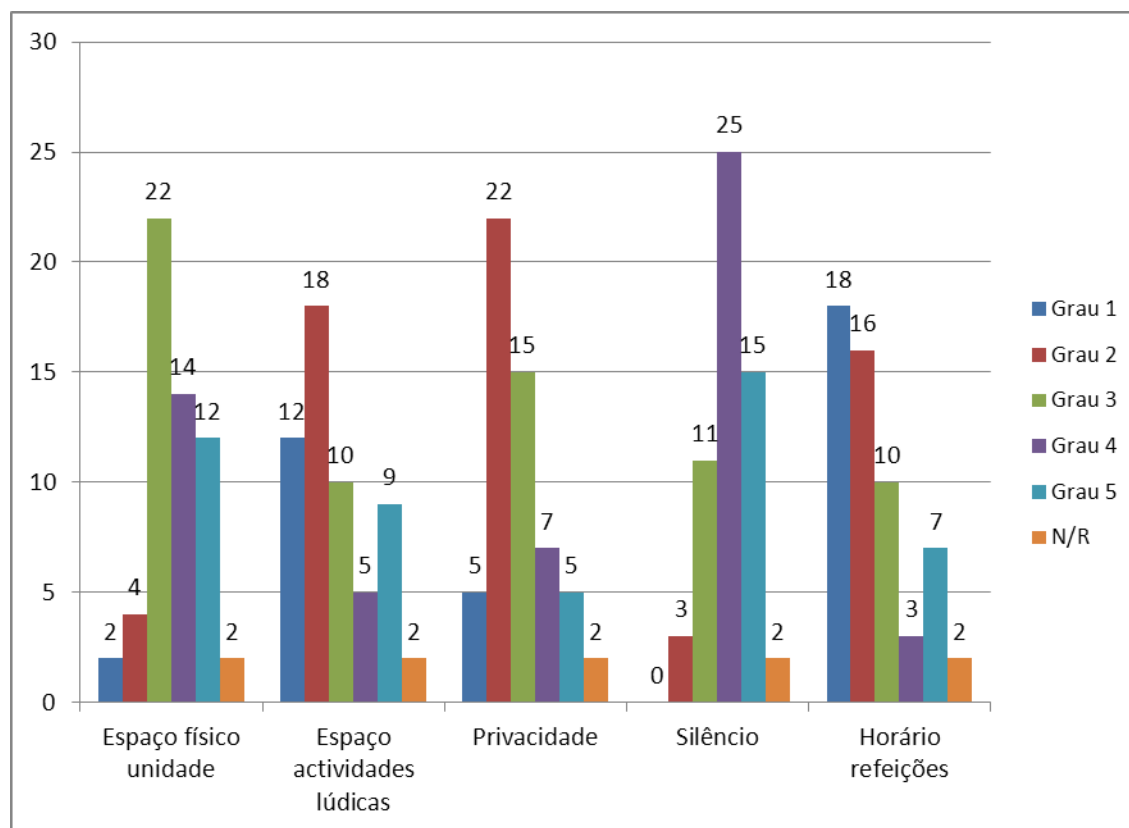
Quando inquiridos sobre se o enfermeiro avalia a dor à sua criança, 46 pais (82,1%) respondem afirmativamente, apenas 2 (3,6%) respondem negativamente e 8 (14,3 %) não respondem a esta questão (Gráfico 9).

GRÁFICO 10: Grau de Satisfação relativo às Medidas Implementadas para o Alívio da Dor



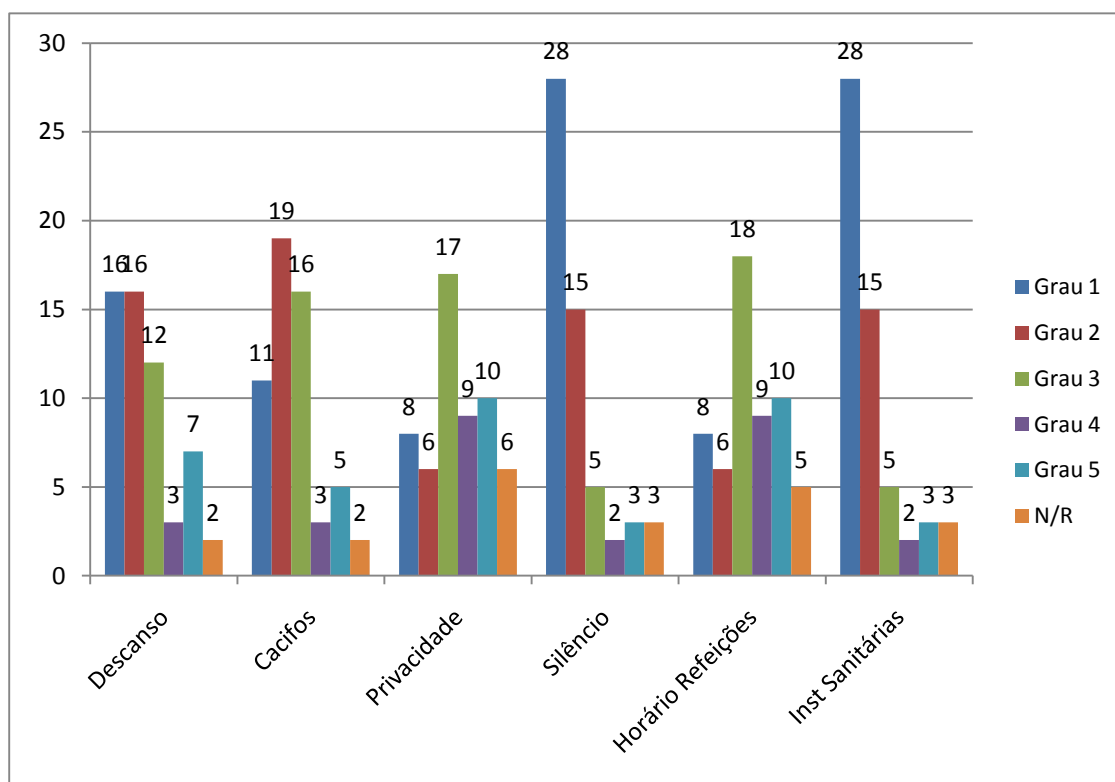
Quanto ao grau de satisfação sobre as medidas para alívio da dor implementadas, 4 pais (7,1%) posicionam-se no grau 3, 27 (48,2%) no grau 4 e 14 (25%) no grau de satisfação 5 (Gráfico 10).

GRÁFICO 11: Grau de Satisfação sobre as Condições de Serviço para a Criança



Em relação à satisfação sobre as condições de Serviço para a criança, podemos verificar, pela leitura do gráfico 11, que 48 (22+14+12) pais (85,7%) assumem um grau de satisfação superior ou igual a 3 relativamente ao espaço físico da unidade; os dados relativos ao silêncio revelam que 51 (11+25+15) (91,1%) pais também assinalam um grau de satisfação igual ou superior a 3. Relativamente ao espaço para actividades lúdicas, 30 (12+18) (53,6%) participantes posicionam-se num grau de satisfação inferior ou igual a 2. Outros dois motivos de insatisfação, relativamente às condições do Serviço para a criança, são a falta de privacidade, notória quando 5 (8,9%) se colocam no grau 1 e 22 (39,3%) no grau de satisfação 2, e o horário das refeições em que 34 (60,7%) se posicionam nos graus de satisfação 1 e 2 na escala (Gráfico 11).

GRÁFICO 12: Grau de Satisfação sobre as Condições de Serviço para o Acompanhante



Os dados colhidos relativamente ao grau de satisfação sobre as condições de Serviço para os acompanhantes, evidenciam que existe insatisfação em 4 pontos, ou seja: relativamente às condições de descanso, 32 (16+16) (78,6%) colocam-se no grau 2 ou inferior; em relação ao silêncio, 28 (50%) posicionam-se no grau de satisfação 1 e 15 (26,7%) nos graus 2; relativamente às instalações sanitárias, 28 (50%) acompanhantes colocam-se no grau de satisfação 1 e 15 (26,7%) no grau 2; no que respeita aos cacifos individuais, 30 (11+19) (53,5%) pais parecem estar insatisfeitos, pois assinalam também um grau de satisfação igual ou inferior a 2. Relativamente às condições de privacidade 36 (17+9+10) (64,2%) referem um grau de satisfação superior ou igual a 3 e relativamente ao horário das refeições 37 (18+9+10) (66%) colocam-se nos graus superiores a 3 (Gráfico 12).

GRÁFICO 13: Motivação para Acompanhar o Filho durante 24H

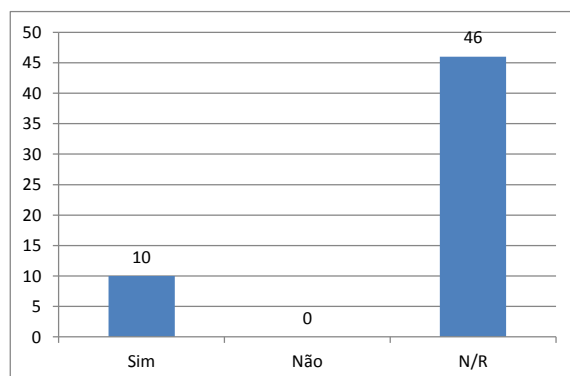
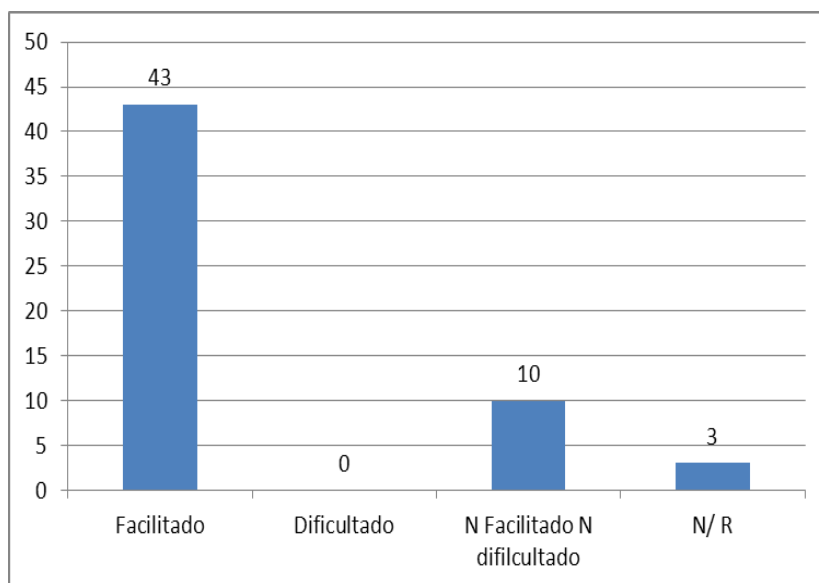
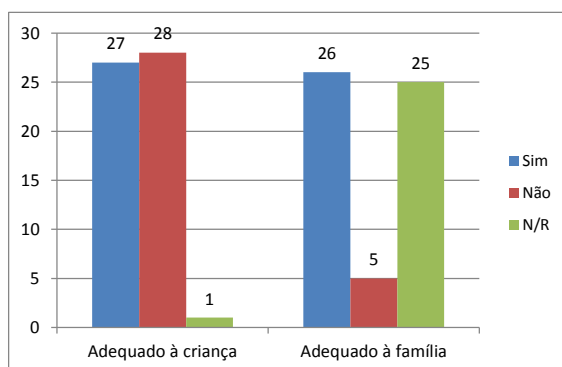


GRÁFICO 14: Acompanhamento do Filho durante 24H



Quando inquirimos os pais relativamente ao facto de terem sido motivados a permanecer junto do filho durante as 24 horas, verificamos que apenas 10 (17,8%) responderam afirmativamente, nenhum pai (0%) refere negativamente e 46 (82,2%) não responderam a esta questão. Contudo, 43 (76,8%) referem que lhes foi facilitado o acompanhamento, nenhum (0%) afirma ter-lhe sido dificultado, 10 (17,8%) que o acompanhamento do seu filho durante as 24 horas não foi nem facilitado nem dificultado e 3 (5,4%) não respondem a esta questão. (Gráficos 13 e 14).

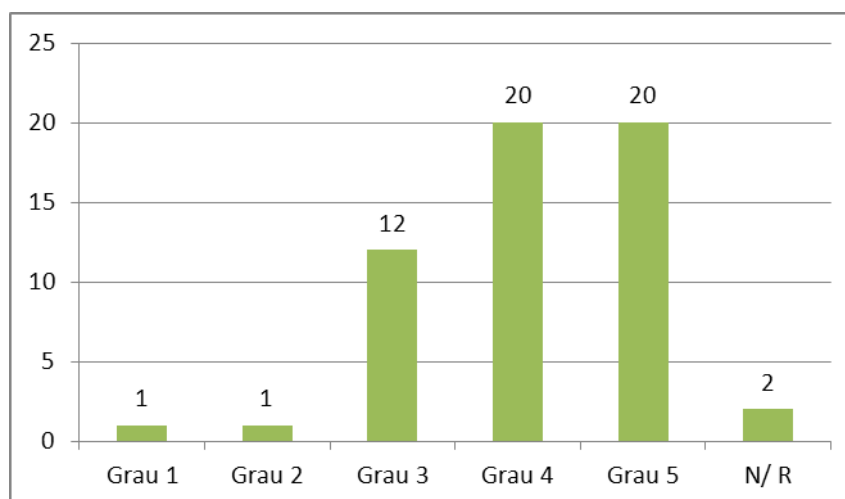
GRÁFICO 15: Adequação do Horário das Visitas



Na opinião de 26 pais (46,4%), o horário das visitas neste Serviço é adequado às necessidades da família, salientando-se, contudo, que 25 (44,6%) não respondem a esta questão. Relativamente à sua adequação à criança, as opiniões dividem-se quase equitativamente: 27 (48,2%) consideram que é adequado às necessidades e 28 que não está adequado à criança (Gráfico 15).

Ao analisar as respostas à questão sobre “qual o horário mais adequado” verificamos que, dos 27 participantes que responderam, 24 (88,9%) referem que o horário devia ser “mais alargado ou prolongado” e 3 (11,1%) que devia ser “pós-laboral”.

GRÁFICO 16: Grau de Satisfação sobre o Apoio Prestado à Família pelos Enfermeiros



No que concerne ao apoio que os enfermeiros prestam à família, 52 (82,8%) pais posicionam-se num grau de satisfação superior ou igual a 3: 12 no grau de satisfação 3, 20 no grau de satisfação 4 e 20 no 5 (Gráfico 16).

GRÁFICO 17: Carta da Criança Hospitalizada e Carta de Humanização do HSJ

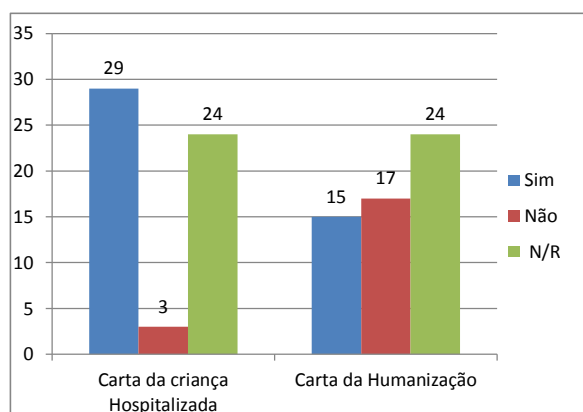
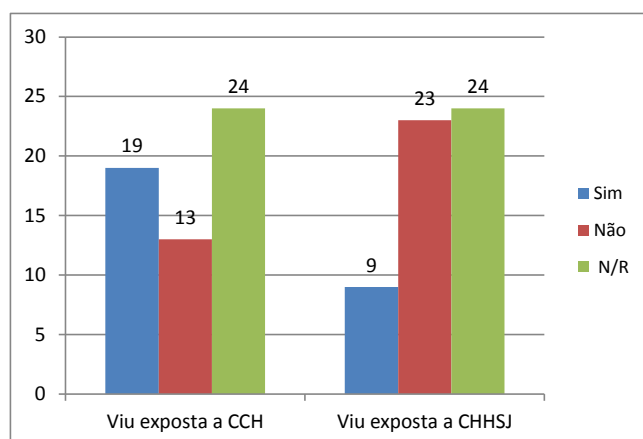


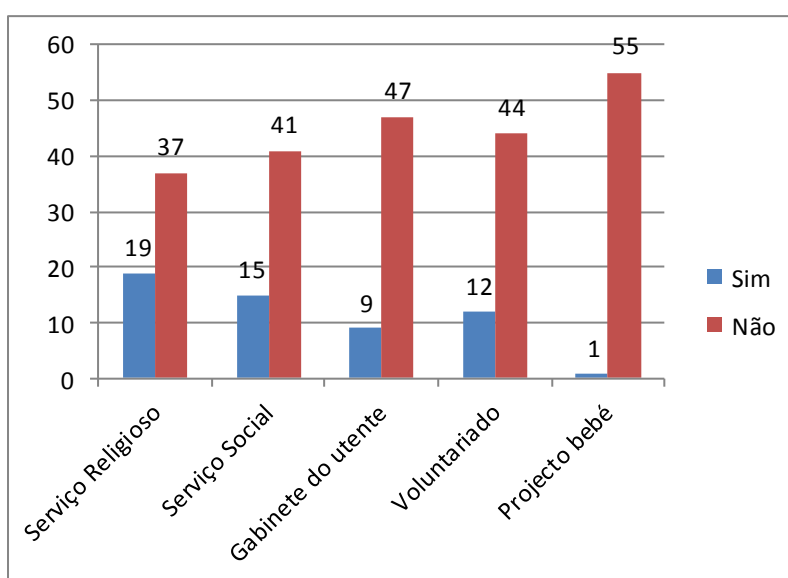
GRÁFICO 18: Viu expostas as Cartas da Criança Hospitalizada e da Humanização



Relativamente às questões 11 e 12, cujas respostas podemos ver representadas nos gráficos 17 e 18, constatamos que a Carta da Criança Hospitalizada

é conhecida por 29 (90,6%) dos 32 pais que responderam a esta questão e 19 (59,3%) afirmam terem-na visto exposta no Serviço. Em relação à Carta de Humanização do HSJ, 17 (53,1%) dos pais 32 que responderam a esta questão referem não ter conhecimento da sua existência e 15 (46,8%) referem que a conhecem, mas destes 23 (71,8%) refere que não a viu exposta no serviço (Gráfico 16 e 17). É de salientar que na globalidade dos pais que responderam ao questionário apenas 51% afirma conhecer a Carta de Humanização e 16% afirmam tê-la visto afixada no Serviço.

GRÁFICO 19: Conhecimento dos Serviços de Apoio do HSJ



Questionados sobre os serviços de apoio existentes e que lhes tinham sido dados a conhecer verificamos, na análise do gráfico, que esta questão não foi respondida por todos os elementos da nossa amostra. Das respostas obtidas, podemos verificar que o Serviço de apoio mais conhecido é o religioso, com 19 (33,9%) respostas, seguido do Serviço social, com 15 (26,8%), do Serviço de voluntariado com 12 (21,4%), do gabinete do utente com 9 (16,1%) e por fim o projeto bebé do HSJ com apenas 1 (1,8%) resposta. Acharmos importante salientar que a percentagem de pessoas que desconhece os Serviços de apoio é muito superior às que os conhecem (Gráfico 19).

Vamos de seguida passar a apresentar a discussão dos dados obtidos através das entrevistas realizadas às enfermeiras e dos questionários aos pais.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta parte apresentamos a discussão dos principais resultados obtidos através das entrevistas e dos questionários realizados. Como linha orientadora tivemos os autores referidos ao longo do presente estudo, assim como a nossa opinião, fundamentada na nossa experiência profissional.

Os enfermeiros focalizam a sua atuação em 3 grandes áreas: “O enfermeiro e a humanização”, “Humanizar é Cuidar” e “O que falta para humanizar”. Por conseguinte iremos apresentar a discussão relacionando-a com estas áreas.

- O enfermeiro e a humanização

Cada pessoa tem uma maneira de ser própria que passa necessariamente pelos seus valores e princípios, mas também pelas suas potencialidades e carências. Um “bom” enfermeiro deve saber ser, estar e fazer, deve desenvolver motivações positivas como a atenção, a calma e a sensibilidade. Os enfermeiros devem ter conhecimento das suas próprias potencialidades e limitações e com a sua experiência, construir a sua identidade, “virada” para o cuidar do ser humano com limitações, conseguindo assim obter a satisfação e a dignidade da sua prática. Os enfermeiros antes de mais são pessoas, únicas e com personalidade própria influenciadas pelo meio ambiente e família a que pertencem. São profissionais com conhecimento científico, com vocação e responsabilidade, que procuram cuidar do outro em estado de saúde e de doença, de acordo com as medidas institucionais e deontológicas da profissão. Podemos dizer que o enfermeiro aparece, na opinião das nossas entrevistadas, como uma pessoa como qualquer outra, com características pessoais próprias. Como qualquer outra pessoa, possui necessidades psicológicas, das quais destacam a necessidade de reconhecimento do seu trabalho pelo outro de quem cuida. Estas opiniões estão de acordo com Ayres (2001, p. 65) quando nos

refere que, para ele, sujeito é “o ser real, que tem qualidade e exerce ações. Este sujeito, que se compromete em conhecer e cuidar, tem identidade, é autêntico, e dotado de necessidades e valores próprios, e é agente transformador que produz sua própria história responsável pela sua própria vida”. Então como diz Frankl (2000, cit. por Bettinelli [et. al] 2003, p.233) “o ser humano é, fundamentalmente, um ser em busca de um sentido ou significado para a sua vida”. Pessini (s.d) refletindo sobre a noção de pessoa, diz que “o ser humano é um todo uno, um nó de relações. Ser gente é possuir corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os outros, cultivar uma esperança e crescer na perspetiva de fé em valores humanos”.

O enfermeiro está inserido numa organização que se encontra ao dispor da sociedade, que neste caso é um hospital central. Este possui Serviços de apoio aos profissionais para que os possam ajudar nas suas decisões, como é o exemplo do Serviço de Humanização e da Comissão de Ética para a Saúde. A existência destes Serviços têm como objetivo orientar os profissionais para que os cuidados sejam prestados com qualidade, respeito e dignidade por isso com humanização. Os enfermeiros entrevistados reconhecem esse papel. Mezemo (2001, cit. por Andrade [et. al], 2009, p. 152) complementa-nos esta opinião dizendo que “hospital humanizado é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se ao serviço desta, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”.

Existem também Serviços de apoio no hospital para os utentes, mas segundo os nossos participantes são pouco divulgados e em diferentes proporções, sendo o mais divulgado pelos enfermeiros, o Serviço religioso (33,9%). Estes resultados, na nossa opinião, vão ser úteis para nos lembrarmos frequentemente da sua existência e para os divulgar mediante as necessidades que observamos e achamos pertinentes.

Existe no Hospital uma Carta da Humanização que não se encontra exposta no serviço, mas a Carta da Criança Hospitalizada está exposta e de forma bem visível como refere a maioria dos pais (59,3%).

- Humanizar é cuidar

O cuidar é uma necessidade essencial para o bem-estar do homem. É a essência da prática de enfermagem e representa uma atitude de responsabilidade e envolvimento com o outro. Deve por isso haver uma preocupação de cuidar bem, de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. O filósofo Boff (1999, p. 34) também partilha a nossa opinião e podemos verifica-la quando conceitua o termo

cuidar como: “uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. O cuidar implica competências técnicas, mas também a capacidade de perceber e compreender o ser humano inserido no “seu mundo” e com a sua história de vida (no seu meio ambiente). Na nossa análise verificamos que apesar de as enfermeiras acharem que prestam bons cuidados de enfermagem, que incluem bons cuidados técnicos e humanos, elas têm consciência de que há necessidade de melhorar, de evoluir pessoalmente e profissionalmente, ou seja, os enfermeiros para além de investirem em formação estão cada vez mais atentos ao outro, na sua globalidade e inserido numa família e numa sociedade. Podemos dizer ainda que o cuidar do enfermeiro deve ser exercido com crítica e reflexão. No geral (89,3%), os pais, são motivados para a parceria de cuidados, o que a nosso ver, é uma mais-valia para a criança, tanto para a sua integração, como para a sua recuperação e preparação da alta. Faquinello [et. al] (2007, p. 610) corrobora a nossa opinião quando nos refere que “um “cuidar-assistir” em pediatria significa envolver não só a criança nesse cuidado, mas abarcar também neste processo o seu universo relacional e social, de tal modo a considerar criança e família como um só cliente”.

No cuidar humanizado estão implícitas várias atitudes pois, a pessoa é a razão de ser da enfermagem e por isso os enfermeiros devem ter a preocupação de cuidar de forma holística para proporcionar o máximo de bem-estar possível durante a hospitalização da criança/família. A preocupação de cuidar e tratar as crianças com humanidade e dignidade é uma atitude que ressaltou no nosso estudo. A flexibilidade é uma atitude positiva e realista que deve ser tida em conta pelos enfermeiros, uma vez que o internamento de uma criança é também “da família”. As enfermeiras entrevistadas têm a mesma opinião pois, têm consciência que as rotinas normais são alteradas e é necessária uma reorganização das vidas familiares e profissionais.

A disponibilidade é outra atitude que o enfermeiro deve ter ou cultivar na sua conduta de atuação. É essencial para que os pais sintam que o enfermeiro é um profissional acessível e que os apoia. Para as enfermeiras, esta atitude é fundamental para transmitir segurança aos pais, quando se ausentam, ou mesmo quando os estão a escutar, apoiar ou substituir.

Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa é um dever do enfermeiro. Não importa a idade, raça, sexo, saúde física, mental ou moral, todo o ser humano é digno e portanto deve ser valorizado e respeitado. O respeito é, portanto, na nossa opinião, uma atitude que deve existir em qualquer relação. No

contexto institucional, a enfermeira tem o desafio de exercer as suas atividades, respeitando o doente na sua singularidade. Neste Serviço, através da análise das entrevistas, verificamos que os enfermeiros sentem que respeitam os direitos das crianças/pais, os seus hábitos, crenças e valores.

No ambiente hospitalar, as necessidades subjetivas do ser humano são melhor percebidas pelos enfermeiros, graças ao seu estreito relacionamento que a profissão exige. Assim, a enfermeira deve exercer a sua profissão baseada numa profissão que cuida de gente, com responsabilidade, preocupação, envolvimento e afetividade. A opinião dos pais vai de encontro à nossa e à dos enfermeiros pois os pais referem que, durante a prestação de cuidados, os enfermeiros quando cuidam das crianças costumam trata-las pelo nome (83,9%), pois torna o relacionamento individualizado e é uma forma de respeitar a singularidade da pessoa, diante da fragilidade emocional de uma criança e pais. Referem também que todos (100%) os enfermeiros os tratam com educação, respeito e disponibilidade.

O apoio prestado à família é importante para os pais e estes encontram-se satisfeitos (82,8%). Esta questão faz-nos refletir como é importante e necessário o apoio dado à família numa altura de grandes alterações familiares na vida quotidiana e grandes alterações emocionais em todos os elementos familiares. Todas estas conclusões não são semelhantes às ideias de Berttinelli [et al.] (2003, p. 234) pois refere que “os hospitais são ambientes pouco humanizados, cujo funcionamento é quase perfeito quanto à técnica, mas desacompanhado, muita vezes, de afeto, atenção e solidariedade”. Refere também que “as pessoas deixam de ser o foco das atenções (...) e são por isso coisificáveis”.

O acolhimento (com humanização) deve ser feito por um profissional de saúde e é uma responsabilidade que não podemos aligeirar. Para nós engloba a integração feita às crianças/pais no Serviço, assim como, a presença constante e o relacionamento com os pais. Definimos a assistência humanizada como os cuidados prestados diariamente, que tornam o ser humano único e especial nos mais variados espaços e situações, por isso, em nosso entender, o atendimento deve ser personalizado e adaptado ao ser humano que adoece. É uma iniciativa que concilia o acolhimento e o respeito. Podemos também dizer que mobiliza afetos e deve por isso conciliar preocupação, responsabilidade e envolvimento com o outro. A permanência dos pais 24 horas junto do filho é um direito legal e que de acordo com a vontade dos pais pode ou não ser cumprido. Na nossa opinião, a sua permanência ajuda na integração da criança, na aceitação da hospitalização e na sua recuperação. A opinião das enfermeiras está de acordo com a nossa pois referem que prestam

cuidados humanizados e salientam a integração que fazem no Serviço, como um aspeto essencial. Dão importância à presença dos pais durante o internamento do filho, não só pelo facto de ser permitido legalmente, como pelo facto de apoiar a criança, ajudá-la a integrar-se e lhe dar segurança. A mesma ideia é partilhada por Faquinello (2007, p. 609) quando refere que “a internação hospitalar traduz-se numa experiência bastante difícil para o pequeno paciente (...) e uma das únicas fontes de segurança é representada pela presença dos pais”, ou seja, “os pais exercem um papel fundamental no contexto da hospitalização infantil, na medida em que representam a referência fundamental da criança, enquanto mediadores da relação terapêutica, fonte principal de segurança e de carinho, além de apoio imprescindível ao enfrentamento desta situação desafiadora que é a doença e o internamento”.

Referido também pelas enfermeiras foi a necessidade de ter uma boa relação com os pais de forma a acalmá-los, a integrá-los e a apoiá-los. Este resultado corrobora o de Curado (2006, p. 23) que refere que “a nossa postura enquanto profissionais deve privilegiar o reconhecimento da criança/jovem e família como indivíduos únicos e favorecer a sua implicação nos cuidados para que se sintam parte integrante do processo cuidador”. Ressaltam ainda que em casos de crianças com doenças crónicas, é aproveitada a sua presença para propor a parceria de cuidados, com o intuito de os preparar para a alta. Estas ações vão de encontro às conclusões de Faquinello (2007, p. 615) que refere que “a valorização da presença materna e um processo educativo, informativo, de mão dupla, entre acompanhante e equipa, é condição *sine qua nom* ao alcance de uma prática assistencial realmente humanizada e humanizadora”. Segundo os pais das crianças internadas no Serviço de Pediatria, foram recebidos em maior percentagem (58,9%) pelos enfermeiros do Serviço. A apresentação individual e do Serviço é muito importante para que se sintam integrados e respeitados. Nem todos os pais (66,1%) sabem exatamente o nome do enfermeiro que cuida do seu filho, facto que talvez se possa justificar pela rotatividade a nível de horários ou mesmo pela falta de apresentação dos mesmos.

Atualmente, o conhecimento científico é extremamente importante, mas também, uma comunicação clara e compreensiva e uma boa relação interpessoal pois transmitem tranquilidade e gratidão e proporcionam bem-estar. “No ato de comunicar projetam-se complexos sistemas de perceção e representação, de saberes e competências e de experiências e práticas (...). Quer dizer que neste ato ficam frente a frente profissionais e indivíduos doentes que representam mundos sociais diversos e que transportam desses mundos linguagens e simbologias distintas sobre o

estado de doença, a condição de estar doente e o estatuto de ser doente” (Carapinheiro, 2006, p. 47).

Podemos dizer que em qualquer instituição existem utentes de várias categorias sociais e culturais, o que leva a que os profissionais tenham de adaptar o seu discurso de acordo com a situação em causa. Neste caso salientamos o facto de as enfermeiras referirem que é necessário usarem uma linguagem adaptada à criança e aos pais, mas também o facto de terem por norma explicar todos os procedimentos que vão efetuar de modo a proporcionar bem-estar. Também é esta a opinião dos pais referindo-nos que a grande maioria (91,1%) dos enfermeiros fornece informações e esclarecimentos dos procedimentos utilizando uma linguagem adequada (96,4%). Estas opiniões vão de encontro às de Faquinello (2007, p. 613) que concluiu que “a capacidade e o interesse na comunicação dos profissionais também são ressaltados como características essenciais do cuidado humanizado”.

A prática dos bons cuidados pode dizer-se também que é uma forma de proporcionar bem-estar com vista a dar resposta às preocupações e necessidades, privilegiando uma relação personalizada de forma a proporcionar satisfação à pessoa em situação de fragilidade. As enfermeiras realizam os cuidados técnicos, humanizados e organizados e têm preocupação com o silêncio e o alívio da dor da criança hospitalizada. Consideram que não podem prestar cuidados técnicos sem humanização e tentam organizá-los de forma a proporcionar o máximo de bem-estar à criança/família. Parece-nos relevante salientar a importância que as enfermeiras dão ao silêncio, ao alívio da dor e à continuidade de cuidados. Podemos dizer, pela nossa experiência, que o silêncio é uma situação difícil de alcançar, não só pela “quantidade e tipo” de cuidados, como pela faixa etária existente, embora relativamente ao respeito pelo silêncio para as crianças, os pais estejam muito satisfeitos (91,1%). Importa referir que é impossível generalizar comportamentos e atitudes quando se fala de crianças hospitalizadas, pois, “como crianças e jovens que são, há que esperar movimento e ruído, o que vai contra a conceção geral do que é um serviço hospitalar” (Santos, 2006, p. 42).

De acordo com Bettinelli [et. al] (2003, p. 233) “o grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação à sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana”. Esta preocupação também é sentida pelos enfermeiros inquiridos, ou seja, a avaliação e o alívio da dor são de extrema importância neste Serviço, apesar de as enfermeiras terem consciência que nem sempre é avaliada segundo escalas próprias e adequadas à

idade. Relativamente à opinião dos pais, verificamos que 82,1% sabe que é prática no serviço o enfermeiro avaliar a dor e em relação às medidas para o seu alívio, todos referem que estão satisfeitos, ou seja, satisfeito (7,1%), bastante satisfeito (48,2%) e muito satisfeito (25%). Com estes resultados, achamos que este é um cuidado de enfermagem muito frequente no Serviço, ou seja, quase todos dão importância à dor e ninguém está indiferente a esta questão. A continuidade de cuidados é também uma preocupação em evolução para elas, pelo facto de cada vez mais existirem crianças com doença crónica e com necessidades especiais, mas que nem sempre têm necessidade de internamento, desde que tenham apoio na comunidade.

Neste estudo conseguimos identificar o que é realmente importante para os pais e para os enfermeiros durante a hospitalização. Podemos dizer que os nossos resultados corroboram com Shields e Cooner (cit. por Faquinello 2007, p. 615) que “identificou questões relacionadas com necessidades físicas e emocionais, incluindo a importância da comunicação, do apoio, das informações, do respeito, da negociação de cuidados à criança, do controle da dor, do tempo de espera, das relações interpessoais, da participação das decisões, da continuidade do tratamento, do envolvimento no cuidado, da competência e aparência profissional, do ambiente, entre outros”.

- O que falta para humanizar

Tal como em qualquer instituição, existem dificuldades que fazem com que surjam falhas sentidas pelos profissionais para a sua prática diária. Neste sentido emergiram barreiras relacionadas com os recursos humanos, a falta de tempo, as condições físicas, a organização, o apoio educativo e o apoio psicológico para os enfermeiros do estudo. Sabemos que existem fórmulas para o cálculo do rácio de enfermeiros necessário para cada Serviço e este é um facto conhecido das enfermeiras entrevistadas, embora elas ressaltem o facto de na sua opinião, este valor contemplar apenas os cuidados técnicos e por isso, não têm muitas vezes tempo para complementar com os cuidados humanos.

Uma outra barreira referida pelas enfermeiras é referente às condições de Serviço tanto para os pais, como para os adolescentes, para os enfermeiros e para cuidar com privacidade. As enfermeiras afirmam que é um Serviço adaptado às novas alterações legais, pois os pais têm direito a permanecer junto dos filhos durante 24 horas por dia, mas referem-nos que no geral existe de facto falta de espaço e que por isso os pais não têm condições para tal (espaço para relaxar, para comer, para os

seus cuidados de higiene, ou seja, necessidades básicas). O mesmo sentimento é vivenciado pelos pais pois referem que relativamente às condições físicas do serviço para eles, estão insatisfeitos na maior parte dos parâmetros, ou seja, condições de descanso (78,6%), cacifos individuais (53,5%) e principalmente silêncio (76,7%) e instalações sanitárias (76,7%). Esta resposta já era previsível para nós, uma vez que é uma reclamação constante, para não dizer mesmo diária. Os pais possuem somente uma casa de banho composta por chuveiro e sanita que se destina aos pais das crianças internadas em três Serviços. Esta insatisfação, leva-nos a pensar que é necessário adaptar novamente as condições de Serviço para os acompanhantes, pois eles são um elemento terapêutico essencial ao tratamento e recuperação do filho. Situação que está prevista para breve, pois estamos neste momento em instalações provisórias. Como afirma Batista (2006), os pais devem ser estimulados a permanecer junto do filho as 24 horas, mas, deve haver um planeamento de espaços para que isso aconteça dignamente, ou seja, devem ter um cadeirão reclinável junto à cama do filho, deve ter instalações sanitárias simples mas condignas e deve existir no Serviço uma pequena sala onde os pais possam tomar uma bebida e descansar um pouco.

No que diz respeito aos adolescentes, com as suas alterações físicas e psicológicas muito marcadas, não se sentem bem ao lado de crianças pequenas e dos pais das outras crianças, eles de facto precisam de privacidade. Foram criados dois quartos para adolescentes, mas pelas exigências organizacionais, nunca estavam disponíveis para eles. Na opinião dos pais, o espaço físico da unidade para a criança é satisfatório (85,7%), ao contrário da satisfação em relação ao espaço para atividades lúdicas (53,6%). Isto leva-nos a pensar que é importante melhorar a unidade de cada criança mas, mais ainda, melhorar e proporcionar espaços lúdicos adaptados às diferentes idades que temos neste serviço (2 aos 18 anos). Estes resultados são concordantes com os obtidos no estudo do IAC (2007) em que as salas de lazer e brincar são únicas e comuns para todas as faixas etárias. Os enfermeiros também referem que sentem dificuldade para cuidar ou para falar com os pais com privacidade, o que vai de encontro à insatisfação dos pais (48,2%), pois referem falta de privacidade para a criança. Os enfermeiros também sentem falta de um pequeno espaço dentro do Serviço para que se possam retirar por pequenos períodos.

A organização de um Serviço, na nossa opinião, influencia muito o desempenho dos cuidados prestados. Uma enfermeira avalia-o como desorganizado e atribui a maior causa ao facto de haver sempre muitos alunos, tanto do curso de medicina como de enfermagem. Elas têm consciência que eles são importantes para

a evolução e que têm esse direito como qualquer outro já o teve, mas é de facto o que aponta como principal causa.

Os Serviços de Pediatria devem ter condições de internamento adequadas às crianças e adolescentes, e uma delas é a presença de um educador de infância/animador permanente. O apoio educativo a nível hospitalar é de extrema importância para a integração das crianças. Cabe-lhes a “tarefa de acompanhar, desenvolver ou estimular a presença do direito de brincar no hospital e também de entreter as crianças e jovens nas horas livres de que dispõem quando não estão em tratamento” (Santos, 2006, p. 42). Este sentimento é relatado por uma enfermeira, quando nos refere que a falta de apoio é uma realidade no Serviço. Na opinião dela o seu apoio deveria ser durante todos os dias da semana e também participarem nos cuidados básicos à criança. Nenhum estudo que conhecemos, incluindo o do IAC, aborda este aspeto relacionado com o horário destes profissionais de educação.

Trabalhar num serviço hospitalar implica ter capacidade para superar ansiedades, receios pessoais e gerir conflitos, na tentativa de manter o equilíbrio físico e emocional. Todavia, “discutir” em conjunto as dificuldades, as vivenciadas do quotidiano são, na nossa opinião, uma boa alternativa para os ultrapassar. Esta é também a opinião de uma enfermeira e refere que sente a falta de um apoio psicológico individual ou de grupo para se poderem expressar, desabafar e refletir sobre as suas realidades vividas. Oliveira (2006, p. 282) também tem a mesma opinião referindo-nos que “os profissionais de saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: contacto frequente com a dor e o sofrimento, com pacientes terminais, receio de cometer erros, contacto com pacientes difíceis. Assim, cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização da assistência”.

CONCLUSÃO

A criança/adolescente hospitalizada, necessita de cuidados tecnológicos e humanos. É por isso essencial o acolhimento, o respeito à singularidade e o envolvimento afetivo nas práticas humanizadas.

Humanização é um processo complexo e demorado que implica mudanças comportamentais e, por isso, resistências por parte de alguns profissionais. Exige competências técnicas, sensibilidade, compromisso, respeito ético e cultural. Pressupõe uma alteração de valores que passa essencialmente por uma valorização das relações entre as pessoas, uma comunicação mais eficaz e no respeito pelo ser humano. A humanização parte de cada um e destina-se a uma pessoa, é por isso, um processo singular, apesar de medidas institucionais e deontológicas da profissão. Em síntese, podemos dizer que no ambiente hospitalar, devemos conciliar a tecnologia e a pessoa, pois a primeira “serve para servir a criança e sua família, para a salvar se necessário mas sempre no respeito da sua dignidade de pessoa” (Marçal, 2006, p. 36).

Para a criança, a hospitalização é uma experiência traumatizante, é uma rutura com os seus hábitos e o seu ambiente, a família, a escola e os amigos. A permanência no hospital pode gerar sofrimento e angústias que a fragilizam e até dificultar o processo de recuperação. Os sentimentos de solidão, de rutura com a vida exterior, o medo da dor, a perda da independência ou da autonomia, são elementos que podem tornar a vida no hospital triste e tensa.

Estas consequências podem ser minimizadas se o ambiente hospitalar for adaptado e humanizado, para que a criança passe momentos de satisfação e profundo bem-estar. “Uma forma é encarar a brincadeira, a ludoteca e os brinquedos como fundamentais para melhorar as condições da estadia da criança, do adolescente e das famílias, tornando o ambiente mais caloroso e mantendo as

capacidades afetivas, criativas e sociais num ambiente difícil e desestabilizante, permitindo-lhes o desenvolvimento do imaginário através das atividades lúdicas e culturais, canalizando as emoções e atenuando as sequelas psicológicas” (Santos, 2006, p. 43).

Com as conclusões do nosso estudo, percebemos que para as enfermeiras entrevistadas o conceito de humanização é muito abrangente e está implícito em todos os cuidados que prestamos. As enfermeiras vêem a criança e a família como um todo, e para elas, os cuidados técnicos podem e devem ser prestados com humanização. Podemos dizer que para elas, é programar os internamentos e as altas, é acolher, é dar atenção, é tolerar, é agir sempre da mesma forma. É também respeitar as preferências dos profissionais para que se trabalhe com amor, dedicação e vocação. Humanização é tudo aquilo que podemos fazer para que as crianças e pais estejam e se sintam bem.

Do ponto de vista dos pais das crianças internadas, os resultados sugerem que o estado da humanização é satisfatório relativamente à relação, ou seja, os pais estão satisfeitos com o acolhimento, a integração e também com o envolvimento nos cuidados ao filho, sendo por isso considerados elemento terapêutico. Sentem que são tratados com educação e respeito e informados, com uma linguagem compreensível, de todos os procedimentos necessários a efetuar ao seu filho e que têm uma boa relação com a equipa de enfermagem. Relativamente ao espaço físico tanto para as crianças como para eles próprios, o estado de humanização é de forma geral insatisfatório, ou seja, os parâmetros relacionados com a arquitetura não estão adequados à sua permanência e precisam de ser melhorados para as crianças.

É fundamental que os enfermeiros perspetivem a criança como um todo, com nome e família, e que a cuidem como gostariam de ser cuidados pois, a pessoa é um ser biológico com autonomia e auto-organização, que depende do meio ambiente, seja ele biológico, cultural ou social. Esta autonomia cresce a partir de ações e relações que mantém com o mundo social e físico. A pessoa é livre e responsável pelas suas escolhas e ações praticadas.

O conhecimento técnico e científico é extremamente importante para o cuidar, assim como o ambiente, os profissionais competentes e atentos à pessoa. Recursos como uma boa relação entre os enfermeiros e os utentes, boa comunicação, respeito, sensibilidade, empatia e dignidade, transmitem à criança e sua família tranquilidade, confiança, segurança e uma melhor adaptação ao internamento. Para ser e fazer nas relações do cuidado humanizado e no ambiente hospitalar, requer-se

profissionais de saúde que atuem com humanidade, solidariedade, sensibilidade, além de postura correta e dignidade de carácter.

Conseguimos perceber ao longo do trabalho que as enfermeiras salientam algumas intervenções de enfermagem que caracterizam e promovem a humanização dos cuidados: “Acolher”, “Informar e explicar” e “Prestar bons cuidados”. Nesta situação verificamos que as enfermeiras dão muita importância ao acolhimento como forma de contribuir para o bem-estar e confiança da criança/família; à comunicação, escuta atenta e à prestação de bons cuidados, como forma de atender e satisfazer as necessidades específicas de cada um, pois são ingredientes básicos da humanização. Os agentes da humanização são os profissionais de saúde, por isso, todas as intervenções são o garante de uma verdadeira humanização. Impera por isso o cuidar com competência técnico-científica e humanismo.

Verificou-se na nossa análise, que os enfermeiros do Serviço de internamento de pediatria fazem um bom acolhimento e possuem atitudes e intervenções adequadas e que os pais estão muito satisfeitos com o trabalho dos enfermeiros e com a relação que estes estabelecem com eles. Há de facto a preocupação em proporcionar cuidados diferenciados à criança, valorizando-a no seu todo e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, auto-estima e convivência social. Concluimos que há alguns aspetos a melhorar, mas estes prendem-se mais com a estrutura arquitetónica e organização do Serviço.

Na nossa opinião e visão da prática, achamos que tem havido uma melhoria da prestação de cuidados humanizados, que tanto a instituição como os profissionais tem refletido e tida uma preocupação acrescida, embora muito haja ainda para modificar e fazer com a finalidade de prestar cuidados de qualidade, com maior eficácia e eficiência. Gonçalves (2006, p. 16) afirma que “ a presença dos pais, a preocupação com o conforto e bem-estar da criança no hospital (...) são conquistas relativamente recentes mas que revolucionaram o tratamento hospitalar do ponto de vista da chamada humanização dos cuidados”.

Atualmente, o Serviço encontra-se numa situação transitória uma vez que irá sofrer obras de remodelação total. Achamos por isso que este estudo poderá trazer mais-valias para a organização do Serviço e esperamos que o Serviço de Humanização faça “força” para que alguns aspetos (especialmente físicos) sejam mudados.

Achamos pertinente sugerir que as instalações devem oferecer às crianças condições ambientais adaptadas às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto de equipamento, quer no do pessoal e de segurança, mas também, oferecer aos pais condições de humanidade e dignidade (sala de descanso e

distração, instalações sanitárias com privacidade e em número suficiente). Deveria ter um ambiente pediátrico adequado à idade da criança/adolescente, ou seja, espaço organizado e decorado com temas relativos à natureza, pois há estudos que demonstram que estes temas reduzem os níveis de ansiedade, tranquilizam e ajudam a lidar com os diferentes acontecimentos da vida hospitalar (Marçal, 2006). Deveria possuir espaços para brincar com áreas de leitura, música, atividades de grupo, espaços com equipamento para os adolescentes comunicarem para o exterior como, internet e deveria incluir também espaços ao ar livre com parque infantil, árvores e jardim. As salas de tratamento deveriam ter uma decoração tranquilizante para que possa ajudar a diminuir a ansiedade e distrair durante os procedimentos (dolorosos ou não). Todo o Serviço deveria ter música ambiente e mais uma vez referimo-nos a música com sons da natureza e de relaxamento. Os quartos deveriam ser individuais para os adolescentes ou pelo menos duplos e com casa de banho própria para que seja possível manter o mínimo de privacidade. Para as crianças mais pequenas, deveriam ser duplos ou triplos também com casa de banho própria, com uma dimensão razoável que permita a presença dos pais e garanta o conforto e a privacidade.

Analisando o trabalho desenvolvido podemos afirmar que os objetivos delineados inicialmente foram atingidos, apesar das dificuldades encontradas durante a sua elaboração. Acreditamos que esta problemática se reveste de extrema importância pois o conhecimento produzido pode promover a reflexão sobre a consideração de cuidados humanizados sustentado não no desempenho técnico com competência, mas no diálogo, acolhimento e na individualidade do indivíduo. Pensamos também que conhecer as barreiras à humanização, referidas pelos pais e enfermeiros, é importante para reforçar que há necessidade de mudar comportamentos e estruturas físicas, para o bem-estar das crianças, pais e profissionais de saúde.

Concluimos que para exercer esta profissão é necessário ter conhecimentos científicos e humanísticos, o que torna possível caminhar com autenticidade e efetividade para a humanização do cuidar em pediatria e para uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Pensamos ter conseguido superar pelo empenho e dedicação, reconhecendo a sua importância tanto no processo de aquisição de novos conhecimentos como também na reflexão da nossa prática profissional. Pensamos ser importante associar continuamente a investigação à prática, acreditando que a investigação é a “ponte” para a excelência da prática de Enfermagem.

No decorrer deste trabalho, deparamo-nos com algumas limitações no que se refere ao facto de se tratar de uma primeira experiência como investigadores. Consideramos que teríamos tido mais oportunidades se tivéssemos realizado entrevistas aos pais. Achamos também que a ambição de conhecer a perceção dos pais e dos enfermeiros fez com que o estudo fosse mais difícil, para além da limitação temporal.

Após refletirmos sobre os resultados encontrados, concluimos que os mesmos vão de encontro à nossa experiência profissional, mas, temos consciência que poderão ser ainda trabalhados de forma mais exaustiva. Além de pensarmos que uma categorização diferente poderia conduzir a um estudo interessante, concordamos que um estudo comparativo com a opinião das próprias crianças internadas terá um resultado final magnífico. Sugerimos então cruzar os resultados com estudos noutros Serviços ou noutros Hospitais.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, D. V.; CHAVES, E. C.; BRITO, J. H. - Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Revista Referência*. II Série, nº 10, (julho 2009), p. 89-96.

ALMEIDA, Filipe - *Bioética na Unidade de Cuidados Intensivos - Autonomia individual/ Omissão versus suspensão terapêutica* - Revista Portuguesa de Bioética. nº3 (dezembro 2007).

ALMEIDA, Filipe - *Apresentação do Serviço de Humanização*. Livro Branco da Humanização. Porto, Portugal: Hospital de S. João. Porto, 2008.

AMENDOEIRA, José. *O cuidado de Enfermagem - Que sentido (s)?* IN: Costa, M. A. M. [et al.]. *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projeto*. Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos de Saúde (CFAP), 2000.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R.M. - Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface Comunicação Saúde Educação*. Vol. 13, supl. 1 (2009), p. 581-594.

ANDRADE, L.M.; MARTINS, E.C.; CAETANO, J.A.; SOARES, E.; BESERRA, E.P. - *Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na perceção do acompanhante*. Revista Eletrónica de Enfermagem. ISSN: 151-157. Vol. 11, nº1 (2009).

AYRES, J.R.C.M. - *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 6, nº1, p. 63-72 (2001).

AYRES, José - *Hermenêutica e humanização das práticas de saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 10, nº 3, p. 549- 560 (2005).

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - *Acompanhamento Familiar de criança hospitalizada*. Portugal: Diário da República, 19 de agosto 1981, nº 189,p. 18.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS - *Declaração dos Direitos da Criança*. AGNU, 1959.

BACKES, DS; LUNARDI, VL; LUNARDI, WDFilho - *A Humanização hospitalar como expressão da ética*. Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol. 14, nº 1 (jan/feb 2006), p. 132-135.

BACKES, D.S.; FILHO LUNARDI, W.D.; LUNARDI, V.L. - *O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador*. Rev Esc Enferm USP. Vol. 40, nº 2 (2006), p. 221-227.

BALDINI, S.; KREBS, V. - *A Criança Hospitalizada* [Em linha] Pediatria São Paulo, 1999 [Consult. 23 de Mai. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/421/body/03.htm>>

BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa 5ª ed.: Edições 70 Lda., 2009.

BATISTA, Nilze - *Pais Paeceiros/ Pais Visitas*. In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

BETTINELLI. L.A; WASKIEVICZ. J; ERDMAN.A.L. - *Humanização do cuidado no ambiente hospitalar*. O mundo da saúde - São Paulo, ano 27 v.27, nº 2 (abr/jun 2003), p. 231-239.

BISCAIA, Jorge - *Humanização e Tecnologia na Saúde Infantil e do Adolescente*. Ata Pediátrica Portuguesa. Vol. 31, nº 3, 2000.

BOFF, L. - *Saber Cuidar: Ética do Humano*. Compaixão pela Terra. 2. ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 1999.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sani - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994, p. 47-51.

BRITO, I. - *O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena*. In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à

Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

BRITO, Pedro - *Humanização, o outro nome da qualidade*. In Livro Branco da Humanização. Porto, Portugal: Hospital de S. João. Porto, 2008.

CARAPINHEIRO, Graça - *A Comunicação entre Profissionais de Saúde e Famílias: Contradições e Dilemas*. In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

CARTA DE HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL DE S. JOÃO

CARTA EUROPEIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA, 1986.

CARVALHO, Maria Manuela - *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociência Editores, 1996.

CASSANDRA. Karhleen; OPPERMAN. Cathleen S. - *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência, 2001.

CASEY, A.; MOBBS, S. - *Partnership in Practice*. *Nursing Times*. Vol. 44, nº 84 (November 1988), p. 67-68.

CASEY, A. - *Partnership Nursing: influences on involvement of informal carers*. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 22, nº6 (1995), p.1058-1062.

CAVACO, Amélia - *O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena*. In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

50 ANOS DA PEDIATRIA DO HOSPITAL DE S. JOÃO. Editores literários. Porto, 2009.

COELHO, Maria Tesesa - *Humanização dos cuidados ao Doente Hospitalizado*. *Servir*. Lisboa: vol. 48, nº4, 2000.

COLLIÈRE, Marie Françoise - *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COLIÉRRE, M.F. *Cuidar: a primeira arte da vida*. 2º ed. Lisboa: Lusociência. 2003.

CORBANI, N.S; BRÊTAS, A.P.; MATHEUS, M.C. - *Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 62, nº 3 (maio/jun 2009), p. 349-354.

CURADO, Alice - *Acolher... É Receber... É Dar... É Partilhar....* In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

DECRETO-LEI nº 21/81, de 19 de agosto. Acompanhamento familiar da criança hospitalizada. Diário da República nº 189/81, I Série. Lisboa: Ministério da Saúde, p. 2129-2129.

DECRETO-LEI nº 54/92, de 11 de abril. Isenção de Taxas Moderadoras. Diário da República nº11, I Série-A. Lisboa: Ministério da Saúde, p. 1725-1726.

DECRETO-LEI nº 102/97, de 13 de setembro. Proteção da maternidade e paternidade. Diário da República nº212, I Série-A. Lisboa: Ministério da Saúde, p. 4917-4918.

DIAS, C., COSTA, D. & Garrido- Acompanhamento da criança hospitalizada em: Enfermagem Oncológica. nº 21 (janeiro 2002), p. 40-44.

DICIONÁRIO DE LINGUA PORTUGUESA, 6ª edição. Porto: Porto Editora.

DIOGO, P. - Uma Orientação para Cuidar... a Criança. *Revista Servir*. ISSN 0871-2370. Vol. 49, nº 1 (janeiro/fevereiro 2001), p. 17-21.

DIONÍSIO, R.; ESCOBAR, E. - Importância da presença e participação dos pais durante a hospitalização da criança. *Revista de Enfermagem UNISA*. Nº 3 (2002), p. 23-26.

DOMINGUES, O. P., Frei Bernardo - *Humanizar-se para humanizar*. Divulgação. Lisboa, nº17 (janeiro 1999), p. 2-3.

DOMINGUES O. P., Frei Bernardo - *Humanizar-se para cuidar*. Reencontro. Porto. Ano I, nº1 (fev/abril 1996), p. 4-7.

FAQUINELLO, Paula; HIGARASHI Ieda; MARCON, SONIA - *O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis; Vol.16, nº4 (out/dez 2007), p. 609-616.

FERNANDES, Maribel; RAMOS, Filomena - *Reflexão sobre “Parceria nos cuidados em pediatria”*. Reencontro. Porto. Ano III, nº1, (jan/agosto2000), p. 20-25.

FERREIRA, Gonçalo Cordeiro - *Acolhimento - que Futuro?*. In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FRANÇA, Ana Paula - *A Emergência da Consciência Bioética e o Cuidar*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2003. Tese de Doutoramento.

FREITAS, Carlos - *Acredito em.... Servir*. Vol. 48, nº3 (maio/junho 2000), p. 126-129.

FREITAS, José S.; FREITAS, Susana P. - *A hospitalização da criança - o impacto na família*. Sinais Vitais. nº60 (2005).

GOMES, I. D.- *O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso - da submissão à ação negociada*. Lisboa: Universidade Católica de Lisboa, 2002.Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde.

GOMES-PEDRO, J.; NUGENT, J. K.; YOUNG, J. G. & BRAZELTON, T. B. - *A Criança e a família no século XXI*. Lisboa, Portugal: Dinalivro, 2005.

GONÇALVES, Maria José - *O Bebê, a Criança e o Adolescente no Hospital - Contextualização*. In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

GONZAGA, M.; ARRUDA, E. - Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. *Revista Latino Americana Enfermagem*. Vol. 6, nº 5 (dez 1998), p. 17-26.

GRANDE, Carla M. P. M. - *Humanização em questão: o estado da arte*. Revista Portuguesa de Bioética, nº1 (maio 2007).

HABER, J., LOBIONDO-WOOD, G. - *Pesquisa em enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara koogan, 2001.

HOCKENBERRY, M.; WINKELSTEIN, M.; WILSON, D. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006.

HUNGLER, B. P.; POLIT, D. F. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Brasil: Editora Artes Médicas, 1995.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. Setor de Humanização dos Serviços de Atendimento à criança - *Criança, Adolescente e Saúde: Legislação* [Em Linha]. 1ª Edição. Lisboa: IAC - Setor de Humanização, 2002. [Consult. 12 maio. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://servisosociaisauade.files.wordpress.com/2007/03/legisla1.pdf>>. ISBN: 972-8003-18-8.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - SETOR DE HUMANIZAÇÃO - A acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Síntese dos resultados, 2007.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - Humanização do Atendimento da Criança nos Serviços de Saúde. [Em linha]. 2009. Disponível em WWW:<URL: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BIOET004.pdf>>.

JORGE, Ana M. - *Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2004.

JORGE, Ana *et al.* - *Humanização dos serviços de Atendimento à criança*. In: Boletim do IAC. - Lisboa. n.º 73 (Julho/setembro 2004), separata n.º 12.

LEMONS, Luís - *A Informação ao Doente é um Direito*. In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Ed. Lisboa, 2006.

LEVY, Maria de Lourdes *A Convenção dos Direitos da Criança/ Idade Pediátrica*. In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

MARÇAL, Teresa - *A Criança e o Espaço nos Serviços de Saúde*. In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

MARTINS, Fernando Maymone - *Os limites terminais da vida. Ética, deontologia e legislação na assistência e investigação pediátrica*. Porto, 1991.

MARTINS, M. M. F. P. S. - *O adulto doente e a família: uma parceria de cuidados*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

MARTINS, C. R. - A Família e a Hospitalização/A Participação da Família no Cuidar. In *Revista Servir*. Vol. 48, nº 3 (Mai/Jun 2000), p. 133-135.

MOURA, I. - *Motricidade. Trabalhar a flexibilidade em: Coisas de Criança*. O Guia para Pais e Educadores. nº 20 (maio 2009), p. 18.

OLIVEIRA, Beatriz; COLLET, Neusa; VIEIRA, Cláudia - *A Humanização na assistência à Saúde*. Revista Latino Americana Enfermagem. Vol. 14, nº 2 (março/abril 2006), p. 277-284.

OLIVEIRA, T. - *Teses de Dissertação: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Editora Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Condições do Exercício Profissional. Presente e Futuro*. Lisboa, Portugal. Maio, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Estatuto* - Nova redação. Editora Ordem dos Enfermeiros, 2009.

OSSWALD, Walter - *Para uma humanização da Saúde*. Livro Branco da Humanização. Porto, Portugal: Hospital de S. João. Porto, 2008.

PEIXOTO, José Carlos - *Carta Hospitalar Pediátrica - uma reflexão*. Ata Pediátrica Portuguesa, 2008.

PEREIRA, Filomena - *Ainda a Dor.....* In Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

PESSINI, Leo - *Bioética e cuidado do bem-estar humano: Ética, humanização e vocação como desafio Para os profissionais da saúde*. [Em linha]. s.d. Disponível em WWW:<URL: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BIOET004.pdf>.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. - *Humanização e Cuidados Paliativos*. 3ª ed. São Paulo: São Camilo, 2004.

PIMENTA, E. A.; COLLET, N. - Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: Conceções da Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 43, nº 3 (2009), p. 622-629.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C. A.; PETTENGILL, M. M.; BALIEIRO, M. M. - Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 63, nº 1 (2010), p. 132-135.

PINTO, Vitor Feytor - *Humanização e qualidade de vida*. Servir. Lisboa: vol. 44, nº1, (1996), p. 12-26.

POLIT, D.F. & HUNGLER; B. P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER; Bernardette P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artemed, 2004.

PORTUGAL. Instituto de Apoio à Criança. Setor de Humanização dos Serviços de Atendimento à criança - *A criança e os serviços de saúde: Humanizar o atendimento*. Lisboa: IAC, 1996.

PORTUGAL. Instituto de Apoio à Criança. Setor de Humanização dos Serviços de Atendimento à criança - *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Lisboa: IAC, 2007.

PORTUGAL. *Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde - Carta dos direitos e deveres dos doentes*. 2ª ed. Lisboa, 1999.

QUIVY, Raimond; CAMPENHAUDT, Luc Van: *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações, 2003.

SANTOS, Leonor - *Atividades Lúdicas - Espaço, Objetivos e que Profissionais Intervêm?*. In *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança - Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 1ª Edição. Lisboa, março, 2006.

REIS, G. M. R. - *Expectativas dos Pais durante a Hospitalização da Criança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

REIS MONTEIRO, A. - *Direitos da Criança: era uma vez* - Editora Almedina, 2010.

RELVA, Ana Paula - *Ciclo Vital da Família. Perspetiva Sistémica*. Coimbra, Portugal: Editora Afrontamento, 1996.

RODEIA, João - *A pessoa e o cuidar em enfermagem*. *Servir*. Lisboa: Vol. 46, nº 2 (1998), p. 58-60.

SABATÉS, A. L.; BORBA, R. I. - As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol. 13, nº 6, (2005), p. 968-73.

SALLY, D. - Research & commentary perceptions of parental needs. *Paediatric Nursing*. Vol. 16, nº 5 (2004), p. 12.

SANTOS, M.E.B. - *Conversa graúda sobre gente miúda. O direito de brincar em: Coisas de Criança*. O Guia para Pais e Educadores. nº 20 (maio 2009), p. 7.

SIMEÃO, Maria José - *Análise do Modelo conceptual de Enfermagem de Jean Watson*. Servir. Vol.41, nº 5 (setembro 2003), p. 259-260.

SIMÕES, M.; RODRIGUES, M. & SALGUEIRO, N. - *O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável*. Revista Referência. nº 7 (outubro 2008), p. 97-105.

SOUSA, L. D.; GOMES, G. C.; SANTOS, C. P. - Perceções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. *Revista de Enfermagem UERJ*. Vol. 17, nº 3, (2009), p. 394-399.

SOUSA, L. D.; GOMES, G. C.; SILVA, M. R.; SANTOS, C. P.; SILVA, B. T. - A família na unidade de pediatria: Perceções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. *Ciencia y Enfermeria*. Vol. XVII, nº 2 (2011), p. 87-95.

SOUSA, Regina Teixeira - *A Enfermagem: a teoria e a prática-formação-ação*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 1994. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

TEIXEIRA, A.C.G. - *A Família da Criança com Doença Crónica: Mecanismos de Resposta*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2006. Projeto de Investigação do Mestrado em Ciências de Enfermagem.

TINY, H.C.B. - *Privacidade no Internamento de Pediatria: Ética e Humanização*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado em Medicina.

WATSON, Jean - *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*.: Loures. Lusociências, 2002.

XAVIER, S. C.; ALMEIDA, M. F.; REGAZZI, I. C. - As estratégias terapêuticas de enfermagem como minimizantes do estresse da criança hospitalizada. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. [Em linha] Supl.2 (2010), p. 983-986. [Consult. a 2 de janeiro 2012] Disponível na Internet: <URL: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1235>

ANEXOS

ANEXO I - Guião de Entrevista

Guião da Entrevista:

1. Gostaria que me desse a sua opinião relativamente ao nível de Humanização dos Cuidados de Enfermagem no Serviço.
2. Na sua opinião quais as atitudes e intervenções dos Enfermeiros que podem contribuir para aprimorar a humanização dos cuidados?
3. Na sua opinião o que se pode fazer a nível institucional para tornar os cuidados de Enfermagem mais humanizados?

ANEXO II - Questionário

Eu, Ana Rita Sousa e Silva, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no âmbito do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola de Enfermagem do Porto encontro-me a realizar um estudo de investigação cuja informação se encontra em anexo.

Deve saber que é inteiramente livre de responder ou não a este questionário e que, se não aceitar fazê-lo em nada o tratamento do seu filho será prejudicado.

Se consentir em colaborar neste trabalho de investigação, respondendo a este questionário durante cerca de dez minutos, aceite antecipadamente o meu Muito Obrigada.

A investigadora:

(Ana Rita Sousa e Silva)

Documento de Identificação do Estudo

TÍTULO

A Humanização no Cuidar em Enfermagem no internamento de Pediatria: A Perceção dos Pais e dos Enfermeiros

IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR

Ana Rita Sousa e Silva

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, no Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital de S. João.

Contacto: 966 02 7516

Endereço eletrónico: arita.silva@sapo.pt

OBJETIVOS

Objetivo 1: - Conhecer a perceção dos pais e dos enfermeiros sobre a humanização na prestação de cuidados pelos enfermeiros no internamento de pediatria;

Objetivo 2: - Identificar as atitudes e intervenções que caracterizam e promovem a humanização dos cuidados de Enfermagem.

CONTEXTO

Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola superior de Enfermagem do Porto.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DA INVESTIGAÇÃO

- Melhorar os conhecimentos de Enfermagem para intervir nesta área de investigação.
- Não tem desvantagens. Serão respeitados todos os aspetos ético-legais relativos aos trabalhos de investigação. A participação neste estudo é livre e é garantida a confidencialidade.

ACESSO AOS RESULTADOS

Depois de concluída a Investigação poderão ter acesso aos resultados bastando para tal contactar o Investigador.

Dados Biográficos:

Nº _____

Idade: _____

Sexo: F___ M___

Estado Civil: _____

Habilitações Acadêmicas: _____

Local de residência: _____

Grau de parentesco com a criança: Mãe___ Pai___ Outro_____

1. Recorda-se, quando chegou ao serviço, qual o profissional de saúde que o recebeu?

Médico (a) _____

Enfermeiro (a) _____

Assistente Operacional _____

Outro _____

Ninguém _____

Não se recorda _____

1.1. Sabe exatamente o nome do (a) Enfermeiro (a) que cuida do seu filho?

Sim ___ Não ___

2. Quando o (a) enfermeiro (a) cuida do seu filho:

2.1. Trata-o pelo nome?

Sim ___ Não ___

2.2. Trata-o com educação e respeito?

Sim ___ Não ___

2.3. Manifesta disponibilidade e simpatia?

Sim ___ Não ___

2.4. Informa e esclarece sobre os procedimentos que vai efetuar?

Sim ___ Não ___

2.5. Usa linguagem compreensível?

Sim ___ Não ___

2.6. Motiva-o a envolver-se na participação dos cuidados?

Sim ____ Não ____

2.6.1. Se **sim**, que tipo de cuidados?

Higiene ____

Conforto ____

Alimentação ____

Outros ____

3. Numa escala de 1 a 5 (onde 1 significa mau e 5 muito bom) qual o seu grau de satisfação sobre a relação que estabeleceu com os Enfermeiros?

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

4. Numa escala de 1 a 5 (onde 1 significa muito insatisfeito e 5 muito satisfeito) qual o seu grau de satisfação sobre os cuidados de Enfermagem?

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

5. Relativamente à avaliação da dor:

5.1. O (a) Enfermeiro (a) avalia a Dor à sua criança?

Sim ____

Não ____

Não sei ____

5.2. Se respondeu **sim** à questão anterior, numa escala de 1 a 5 (onde 1 significa muito insatisfeito e 5 muito satisfeito) qual o seu grau de satisfação sobre as medidas de resposta adequadas para alívio da dor?

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

6. Numa escala de 1 a 5 (onde 1 significa muito insatisfeito e 5 muito satisfeito) qual o seu grau de satisfação sobre as condições do serviço para a **criança**?

6.1 Espaço físico na unidade/enfermaria

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

6.2 Espaço para atividades lúdicas

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

6.3 Privacidade

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

6.4 Silêncio

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

6.5 Horário das refeições

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

7. Numa escala de 1 a 5 (onde 1 significa muito insatisfeito e 5 muito satisfeito) qual o seu grau de satisfação sobre as condições do serviço para o **(a) acompanhante** da criança?

7.1 Condições de descanso	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
7.2 Cacifos Individuais	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
7.3 Condições de privacidade	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
7.4 Silêncio	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
7.5 Horário das refeições	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
7.6 Instalações sanitárias	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

8. Relativamente ao acompanhamento do seu filho durante as vinte e quatro horas do dia, este foi-lhe:

8.1 Facilitado ____
8.2 Dificultado ____
8.3 Nem facilitado nem dificultado ____
8.4 Motivado? Sim ____ Não ____

9. Relativamente ao horário das visitas:

9.1. Acha o adequado às necessidades da **criança**?

Sim ____ Não ____

9.2. Acha o adequado às necessidades da **família**?

Sim ____ Não ____

9.3. Se respondeu **não** a alguma das questões anteriores, na sua opinião, qual seria o horário mais adequado?

10. Numa escala de 1 a 5 (onde 1 significa muito insatisfeito e 5 muito satisfeito) qual o seu grau de satisfação sobre o apoio prestado à família pelos Enfermeiros?

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

11. Tem conhecimento da existência da Carta da Criança Hospitalizada?

Sim ____ Não ____

11.1 Se respondeu **sim**: viu-a exposta no serviço?

Sim ____ Não ____

12. Tem conhecimento da existência da Carta de Humanização do Hospital de São João?

Sim ____ Não ____

12.1 Se respondeu **sim**: viu-a exposta no serviço?

Sim ____ Não ____

13. Assinale os serviços de apoio do Hospital de São João, de que lhe foi dado conhecimento:

13.1 Serviço Religioso ____

13.2 Serviço Social ____

13.3 Gabinete do Utente ____

13.4 Serviço de Voluntariado ____

13.5 Projeto Bebê do Hospital de São João ____

Obrigada pela sua colaboração.

**ANEXO III - Autorização do Conselho de
Administração mediante parecer da Comissão de
Ética para a Saúde**



AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - REUNIÃO DE

Pres. Doutor António Pereira 03 FEV 2011

Dr. José Oliveira Presidente do Conselho de Administração

Dra. Margarida Tavares Enfermeira Europeia Portugal

(Administrador Adjunto) (Direcção Clínica) (Enfermeira Direcção)

Direcção Clínica 12/11
30-1-2011

no CA em
favor do DC.

Hospital São João
Paulo Bettencourt
Adjunto da Direcção Clínica
1.2.2011

Exma. Sra.
Dra. Margarida Tavares
Directora Clínica do Hospital de São João EPE

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – “A humanização no cuidar em enfermagem no internamento de
Pediatria: a percepção dos pais e dos enfermeiros”

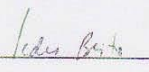
Investigadora Principal: Enf.^a Ana Rita Sousa e Silva

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o
parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 28 de Janeiro de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde


Dr. Pedro Brito



ANEXO IV- Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO
para participantes privados do exercício de autonomia

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e
Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Humanização no cuidar em enfermagem pediátrica no serviço de internamento de pediatria

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

responsável pelo doente (nome completo) -----

, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a sua participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a sua participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar que participe neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: ____ / ____ / 20____

Assinatura do responsável pelo doente:

Assinatura do doente (se maior de 14 anos e caso exista capacidade de entendimento ajustado a este processo de consentimento):

O(A) Investigador(a) responsável:

Nome: _____

Assinatura: