



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

VANESSA RODRIGUES DA SILVA LIMA

**IMPACTO PSICOSSOCIAL DA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA
E SEUS REFLEXOS NA FAMÍLIA E O PROCESSO DE
HUMANIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

ARIQUEMES – RO
2015

VANESSA RODRIGUES DA SILVA LIMA

**IMPACTO PSICOSSOCIAL DA INTERNAÇÃO
PEDIÁTRICA E SEUS REFLEXOS NA FAMÍLIA E O
PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof. orientador: Esp. Gustavo Barbosa Framil.

Ariquemes - RO
2015

Ficha Catalográfica
Biblioteca Júlio Bordignon
FAEMA

V15i LIMA, Vanessa Rodrigues da Silva.

Impacto psicossocial da internação pediátrica e seus reflexos na família e o processo de humanização do profissional de enfermagem./ Vanessa Rodrigues da Silva Lima: FAEMA, 2015.

39.;il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador: Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil.

1. Hospitalização. 2. Saúde da criança. 3. Pediatria. 4. Humanização.
I . Gustavo Barbosa Framil. II. Título. III. FAEMA.

CDD 610.73

Vanessa Rodrigues da Silva

IMPACTO PSICOSSOCIAL DA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA E SEUS REFLEXOS NA FAMÍLIA E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador: Gustavo Barbosa Framil
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Esp. Vilma M. G. da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Thays D. Chiarato
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes RO, 04 de dezembro de 2015

Dedicação especial a minha família, ao meu amado esposo, e aos meus filhos, vocês foram meu porto seguro perante as dificuldades desse caminho, pois juntos são razão maior da minha existência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela felicidade de poder, nesta vida, ter sempre grandes desafios e por ter me proporcionado viver este momento especial e transformador;

Ao meu orientador Gustavo Framil e aos professores, pelo modelo de profissionais, por ter aberto as portas para o conhecimento que hoje se concretiza, sempre tendo vocês como exemplos a serem seguidos;

A minha mãe, minhas irmãs pela força para que eu continuasse na luta durante essa etapa da minha vida;

Aos amigos que tive o privilégio de conhecê-los nesta caminhada aos amigos que junto que estive ao meu lado durante esses cinco anos. Agradecimento especial para Adriana, Elineide, Josiene pelo companheirismo, estímulo, torcida, por me encoraja a não desistir mesmo quando a dificuldade era oportuna, a presença de vocês tornou minha caminhada mais amena, enfim, pela amizade que construímos, Agradeço a Kátia pelo carinho e pela força no fim desse nossa jornada;

Meu agradecimento a Deborah por esta ao meu lado a cada obstáculo nesse decorrer da graduação, pela dedicação, horas de estudo junto a mim, por me encoraja, talvez não haja palavras satisfatórias e expressivas que me permitam agradecer a você com devido merecimento, sua ajuda e seu apoio foi para mim de valor inestimável.

“A criação de espaços lúdicos em contexto pediátrico tem vindo a ser apontada como essencial ao bem-estar, desenvolvimento e distração da criança hospitalizada”.

Fabiane de Almeida.

RESUMO

A doença e, sobretudo a internação hospitalar em linhas gerais gera um impacto na vida das pessoas e, quando envolve uma criança, essa questão fica mais proeminente afetando também os familiares levando-os a um desgaste físico e emocional. Assim, os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro(a) que passa o maior tempo dando assistência aos doentes, ofereça um serviço qualificado, diferenciado e humanizado à criança e sua família, no sentido de minimizar os impactos que a hospitalização pode causar. Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem o dever de encorajá-los em enfrentar a hospitalização, com o intuito de facilitar uma melhor aceitação de todo o contexto da doença tanto para a criança hospitalizada, quanto para a família. Até mesmo porque o profissional de enfermagem da unidade pediátrica tem que respeitar os limites da criança e sua família priorizando sempre a qualidade da saúde e o seu bem estar. Buscando o entendimento necessário para abordar esses aspectos, lançou mão da pesquisa bibliográfica fundamentada na revisão de literatura em sua forma qualitativa descritiva. O estudo monográfico tem como objetivo principal analisar o processo de internação pediátrica frente ao impacto psicossocial e seus reflexos na família, aliada à atuação da enfermagem de forma humanizada. Espera-se que este estudo, colabore para que os profissionais de saúde tenham maior cognição acerca do comportamento das crianças hospitalizadas, ampliando sua capacidade de atuação para resolução de conflitos e prestação de assistência pediátrica de forma humanizada. Conforme as teorias discutidas, torna-se importante que as instituições de saúde que prestam serviços direcionados ao público infantil invistam na humanização de espaços, rotinas e atmosfera, buscando a promoção de ambientes acolhedores e atenuantes das experiências negativas vivenciadas pela criança e a sua família durante a internação.

Palavras-chave: Hospitalização, Saúde da criança, Pediatria, Humanização.

ABSTRACT

The disease and especially the hospital in general has an impact on people's lives and, when it involves a child, this question becomes more prominent also affecting family members causing them to physical and emotional exhaustion. Thus, a health professional, especially nurses (a) who spends more time taking care of the sick, pay a qualified, differentiated and humane service to children and their families, in order to minimize the impact that hospitalization can cause. In this context, the nursing staff has a duty to encourage them to face hospitalization, with the intuited to facilitate the acceptance of the whole context of the disease both for hospitalized children, as family. Even for the professional pediatrics unit nursing have to respect the child's limits and your family always prioritizing the quality of health and your well-being. The monographic study is meant to examine the process of admission to the pediatric front psychosocial impact and its effects on family, together with the performance of nursing humanized form. It is hoped that this study, collaborate so that health professionals have greater cognition about the behavior of hospitalized children, expanding its operational capacity for conflict resolution and providing pediatric care in a humane way. As the theories discussed, it is important that health institutions that provide targeted services to children invest in humanizing spaces, routines and atmosphere, seeking to promote warm, welcoming environment and mitigating the negative experiences of the child and its family during hospitalization.

Keywords: Hospitalization. Child health. Pediatrics. Humanization.

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização Hospitalar
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSF	Programa de Saúde na Família
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 METODOLOGIA	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	13
4.1 FAMÍLIA E AS QUESTÕES PSICOSSOCIAIS: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	13
4.2 DESGASTES FÍSICOS E/OU EMOCIONAIS EVIDENCIADOS NA DOENÇA ..	15
4.3 SURGIMENTO DA DOENÇA E A DESCOBERTA PELA FAMÍLIA	17
4.4 PROCESSO DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA, IMPACTO PSICOSSOCIAL E SEUS REFLEXOS NA FAMÍLIA.....	19
4.5 INTERAÇÕES PROFISSIONAL-PACIENTE-FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR.....	21
4.6 HUMANIZAÇÃO E AS LEGISLAÇÕES EM CONTEXTO PEDIÁTRICO.....	24
4.7 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO PEDIÁTRICA	26
4.8 A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E HUMANIZAÇÃO	28
4.8.1 Aptidões e deveres do profissional de enfermagem.....	30
4.8.2 A formação do enfermeiro humanista	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36

INTRODUÇÃO

Informar às crianças seus direitos, enquanto hospitalizadas, promove uma melhor compreensão e pode trazer alívio de alguns dos sentimentos de carência que elas geralmente experimentam. Os hospitais que fornecem serviços às crianças precisam ter uma política hospitalar vasta sobre os direitos e responsabilidades destes pacientes e de seus pais e/ou responsáveis, inclusive no que compete ao acompanhamento de um adulto a criança hospitalizada. (MITRE, 2000).

É de extrema relevância lembrar que o ambiente que oferece assistência à saúde da criança e do adolescente, deve ter como princípio a humanização do atendimento e a segurança dessa clientela. Nesse sentido, promover o acolhimento hospitalar estabelecendo estratégias que possam minimizar os efeitos da hospitalização é fundamental, pois dessa forma a criança não sentirá tanto o fato de estar em um ambiente totalmente desconhecido daquele que ela costuma interagir. (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Sabe-se que cuidar de uma criança ou adolescente hospitalizado constitui um desafio para o profissional verdadeiramente comprometido. Além do preparo técnico científico e da habilidade em estabelecer um relacionamento efetivo com a criança, é necessário algo mais. Sua atuação não pode restringir-se apenas ao contexto hospitalar. O enfermeiro precisa direcionar seu foco de atenção também para as necessidades da família, ampliando seu olhar para a comunidade na qual ela está inserida. (ALMEIDA, 2008).

Levando em consideração essas premissas, a proposta desta pesquisa é discutir os impactos psicossociais da internação pediátrica e seus reflexos na família aliado ao processo de humanização do profissional de enfermagem, buscando enfocar os aspectos essenciais do papel do enfermeiro neste contexto, como agente transformador no âmbito hospitalar.

Para que tal abordagem seja benéfica, necessário se faz, uma ação conjunta de todas as pessoas envolvidas com as crianças. Além de ser indispensável uma diretriz específica para se desenvolver uma uniformidade de tratamento, mais adequado às suas necessidades, sendo que os profissionais de saúde precisam fazer do ambiente hospitalar um espaço mais humano e receptivo à clientela, ainda mais quando se trata do público infantil. (OLIVEIRA, et al., 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de internação pediátrica, aliada a atuação da enfermagem frente aos impactos do ambiente hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a problemática pediátrica frente à internação de crianças em unidades hospitalares;
- Ressaltar a importância do enfermeiro no processo humanizador na internação pediátrica para minimizar os piores efeitos da hospitalização;
- Apontar os reflexos psicossociais nos familiares no que se refere à internação de crianças e ou adolescentes.

3 METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa, utilizou-se, pois como recomendado por Prestes (2005), ele permite racionalizar a combinação de ideias em sentido interpretativo que tem maior valor que a experimentação caso a caso, isto é, utiliza-se a dedução, em que se caminha do geral para o particular. Assim, aplicou-se a pesquisa bibliográfica fundamentada na revisão de literatura.

A revisão bibliográfica conforme evidenciado por Severino (2002) contribuirá para: obter informações a propósito do tema ou problema pesquisado; ter conhecimento das publicações inerentes acerca do tema e os aspectos que já foram vivenciados; averiguar as opiniões similares e distintas sobre o tema ou de aspectos catalogados ao problema de pesquisa.

Para tanto utilizou-se a base de dados da Biblioteca Júlio Bordignon, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sites do Ministério da Saúde e Portal de Revistas de Enfermagem. O período escolhido para compreensão da temática foi de 2000 a 2015 e foram captados, em 2014 até 2015. Sendo critérios de exclusão: editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, boletins epidemiológicos, relatórios de gestão, documentos oficiais de programas internacionais.

Após uma leitura breve, fez-se a seleção dos que melhor se adequaram à proposta deste estudo, os quais compõem a revisão teórica, os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) utilizados foram: saúde da criança, família, pediatria e hospitalização.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 FAMÍLIA E AS QUESTÕES PSICOSSOCIAIS: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O que realmente induziam as pessoas a constituírem famílias nos primórdios se resumia na busca pela procriação e a necessidade de conservar os bens. Coulanges (2006), a esse respeito, lembra que na antiguidade havia diferenciação dos filhos. Isso é claro que quando a filha contraía matrimônio deixava de fazer parte da família de origem. Um pai podia amar sua filha, mas seus bens só podiam ser delegados aos filhos homens.

Apesar disso, no decorrer dos séculos, a família passou por uma transformação marcante na sua constituição, não apenas no mundo como também no Brasil, sobretudo com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), em que a família ganhou novos contornos, destacando princípios e direitos conquistados pela sociedade. Diante dessa nova perspectiva, o modelo de família tradicional passou a ser mais uma forma de constituir um núcleo familiar, que em conformidade com o artigo 226 passa a ser uma comunidade fundada na igualdade e no afeto:

Verifica-se que a CF/88 possibilitou uma profunda transformação na estrutura social e familiar. Uma nova base jurídica foi editada tendo por finalidade auferir o respeito aos princípios constitucionais, tais como a igualdade, liberdade, e, sobretudo o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Na bem da verdade, múltiplos princípios constitucionais passaram a ser adotados pelo Direito de Família e a partir deles transformou-se o conceito de família, passando esta a ser considerada uma união fundada no amor recíproco e com a edição do Código Civil de 2002, Lei 10.406 isso ficou mais evidenciado.

Marques (2009, p. 18-9) acerca do assunto assim se pronuncia:

O Código Civil, editado em 2002, ao início do século XXI, consagra a igualdade do homem e da mulher, quando prescreve que os consortes são responsáveis pelos encargos da família, que a direção da sociedade conjugal será exercida pelo marido e pela mulher, que os cônjuges são obrigados a concorrer na proporção de seus bens e dos rendimentos do trabalho para o sustento da família e a educação dos filhos, que o domicílio do casal será escolhido por ambos os cônjuges, ratificando a dissolubilidade

constitucional da sociedade conjugal, além de liberar a qualquer um dos nubentes acréscimo ao seu nome o do outro.

A família, portanto, no contexto contemporâneo ainda mantém algumas das funções anteriores, sobretudo as da assistência mútua e procriação. Mas, com as modificações sociais, independência e liberdade concedida às mulheres, algumas funções anteriores foram desaparecendo, tais como a assistência social e a função econômica.

No contexto contemporâneo, observa que a sociedade sempre em evolução e constante mudança, passou a lidar hoje, com união entre pessoas do mesmo sexo. Marques (2009, p. 21), no que tange ao assunto aduz: “É difícil compatibilizar essa questão com valores religiosos, morais e sociais e o direito não considera tal espécie de união uma família, embora cuide de seus aspectos patrimoniais, se a união se desfaz, conforme decisões dos tribunais”.

No ano de 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) por meio do Informativo Nº 625, reconheceu a união homoafetiva como entidade familiar disciplinadas pelas mesmas regras que se aplicam à união estável de casais heterossexuais, inclusive com efeitos vinculantes que impeça o reconhecimento neste tipo de relação. A família contemporânea, portanto, deixa de ser hierarquizada, para tornar-se igualitária, centrada na afetividade. (BRASIL, 2011).

É imperativo que a lei esteja atenta com as transformações sociais, a esse respeito aponta Marques (2009), é notório que a união homoafetiva pautadas em afeto, respeito e cumplicidade descortinam o nascimento de uma nova família. Igualmente, o preconceito não deve se sobrepor à dignidade, à igualdade, e ao direito à felicidade, seja qual for o tipo de relação existente entre as pessoas.

A família, desse modo, se configura como um sistema em constante transformação, ou seja, ela se adapta às peculiaridades das distintas etapas de desenvolvimento e mutações sociais, buscando sempre o crescimento psicossocial de seus membros. A família não é, portanto mais vista conforme os modelos teóricos ideais, ou segundo as diferentes perspectivas de classes sociais. A família deixa de ser caracterizada como desorganizada, passando a ser vista como constituída de maneira diferente, de acordo com as necessidades que lhe são típicas (MELLO, 2000).

E como tal toda família, sobretudo nos dias atuais possui, com alguma frequência, problemas para regular e compartilhar suas intimidades. Um ambiente que seja acolhedor no que se refere aos sentimentos e desejos que emergem no contexto familiar se faz de extrema importância, mas a cumplicidade do casal deve ser assegurada, bem como a dos filhos, conforme se desenvolvam e possam se responsabilizar por seus passos. (WALSH, 2005).

Importante dizer que muitas pessoas não se mostram preparadas para conviver com todos os tipos de sentimentos, tornando-os alheios e afastados do seio familiar. A repressão de sentimentos pode levar as pessoas a desenvolverem problemas emocionais e em alguns casos induzir ao aparecimento de doenças, viabilizando assim a comunicação familiar. (FERNANDES; CURRA, 2006).

É, portanto neste contexto que os profissionais de saúde se deparam nas famílias é a incidência de doenças crônicas ou incapacitantes. Desse modo, o grupo familiar será atingido de diferentes maneiras, vai depender do peso das suas relações, ou seja, se elas são funcionais e saudáveis. Sendo assim, a maneira que: “a equipe de saúde aborda a pessoa doente, considerando-a “em uma condição incapacitadora”, e não como “incapacitada”, pode auxiliar a família a não reduzir o integrante doente à doença, estimulando suas potencialidades”. (SCHLITTLER; CERON; GONÇALVES, 2011, p. 56). Torna-se imprescindível as equipes de saúde oferecer o apoio necessário às famílias, pois em grande parte das vezes a vida dessas pessoas fica tão restringida quanto à da pessoa que passa pela doença.

4.2 OS DESGASTES FÍSICOS E/OU EMOCIONAIS EVIDENCIADOS NA DOENÇA

A característica coerente da criança em decorrer da infância é o crescimento, o recém-nascido não sabe falar ou expressar seu prazer ou desprazer com o que esta acontecendo, o mesmo demonstra seus sentimentos através de reflexos como: um sono tranquilo expressão plácida (no caso de prazer). O desprazer será manifestado através do choro, grito. A partir dos 18 meses a 05 anos de idade a criança tem habilidades motoras onde o prazer se manifesta ao brincar, correr entre outras atividades. Nesse período a hospitalização é considerada a mais dolorosa por algumas limitações da criança. (SCHIMTZ, 2005).

Para Medeiros et al., (2013), a hospitalização é fato na vida de crianças mas não se deve ignorar o impacto que a internação pediátrica importuna na vida dessas crianças e de seus familiares. A internação na infância é avaliada como uma situação traumática, que vem a ocasionar surgimento de anseios diversos, como angústia, ansiedade e medo perante uma situação ignota ou ameaçadora, podendo provocar alterações no desenvolvimento da criança e afetar o processo de interação.

Santos et al., (2013), afirmam que a carga da família ou do acompanhante da criança no período da internação hospitalar é uma experiência dolorosa que provoca o desgaste físico e emocional, portanto a família precisa encorajar a criança a enfrentar o problema de forma efetiva, pois os fortalecimentos dos laços afetivos são essenciais para os envolvidos para lidar com as situações ocorridas do processo saúde-doença para enfrentar os períodos de dificuldades.

O hospital é por si uma instituição estressante, concebido como um centro fechado, organizado segundo as necessidades e possibilidades da equipe de saúde que nele trabalha. A necessidade de atender a problema de ordem física, de recuperação de doenças, faz com que normalmente, se dedique pouca atenção, inclusive chegando-se a esquecer, as necessidades e problemas psíquicos e sociais da criança e de sua família (GARIJO et al., 2002, p. 1).

Dessa forma a equipe de enfermagem deveria atender as necessidades da criança e trabalhar o seu psíquico para que possa ter uma evolução eficaz e reduzir a possibilidade de um problema psicológico. Se a hospitalização provoca a separação total ou parcial do familiar expressivo para a criança, acarreta transtornos sérios, pois, “acima de três meses, e a criança não receber assistência psicoafetiva adequada, os efeitos nocivos da hospitalização, face á privação cognitiva-sensório-emocional, poderão ser severos e acima de cinco meses irreversíveis”. (BACKES, et al., 2008, p. 322).

Portanto, a criança o acompanhante ou família deverá ter uma assistência adequada a sua necessidade e faixa etária. A hospitalização para a criança torna-se muito desconfortável, pois a mesma deixa a sua zona de conforto (ambiente familiar) para um lugar desconhecido rodeada de pessoas estranhas do seu convívio, isso faz com que a criança se sinta desconfortável e até mesmo amedrontada, por esses motivos o profissional de enfermagem deverá ter a capacitação adequada para lidar com esse paciente.

Ao desconhecer a doença dos filhos os pais e/ou responsáveis, bem como a desconfiança em relação à equipe hospitalar contribuem para que a fantasia substitua a realidade; “está situação pode ser captada pela criança, aumentando seus receios e sua insegurança ao pensar que está nas mãos de pessoas em que os seus pais não confiam” (GARIJO et al., 2002, p 4).

O Enfermeiro da unidade da pediatria, desse modo tem que respeitar os limites da criança e sua família, priorizando sempre a qualidade da saúde e o seu bem estar, deve aproximar-se da criança a fim de ajudá-la a superar seus medos e suas angústias, transmitindo aos familiares e para a criança total segurança.

Para Neves e Silveira (2011), os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, valorizam a extensão pessoal do cuidado das crianças. Extensão que mostra o significado para os cuidadores, ou seja, fazendo sentido. Dessa forma, apontam-se como sugestões para a prática de enfermagem pediátrica a escuta de forma humanizada o trabalho de educação em saúde enfatizando o saber da discricção comum dentre os familiares.

4.3 SURGIMENTO DA DOENÇA E A DESCOBERTA PELA FAMÍLIA

Considerando que nenhuma família encontra-se excluída de problemas e infortúnios, sendo assim as crises e eventos inusitados acabam afetando todos os membros da família e apresentam riscos para o indivíduo e para as relações familiares. Logo, ter habilidade para lidar com as adversidades é fundamental, mas lembrando de que nem sempre é tão fácil assim. Essas crises até podem ser previsíveis, em linhas gerais, estão presentes nos distintos ciclos da vida familiar, ou imprevisíveis, quando envolvem a morte de ente querido de forma inesperada, desemprego, divórcio, uma doença, dentre outros problemas. No caso de doença em se tratando de criança a família fica ainda mais exposta. (SCHLITHLER; CERON; GONÇALVES, 2011).

A família é composta de um sistema de relações vivas, que passa por momentos de equilíbrio e de desequilíbrio. Assim, ao surgir algum tipo de doença ocorre o desequilíbrio. A doença, neste contexto representa muito mais que uma multiplicidade de sinais e sintomas, envolvem também outros desenhos simbólicos, moral, social ou psicológico envolvendo a criança doente e sua família. Partindo da

teoria sistemática, o doente é somente um representante, caracterizando uma espécie de sinal de alerta, uma advertência de que algo não está funcionando bem. Igualmente, a doença na criança gera impacto em todos os aspectos da vida da família, porque afeta todo o sistema. (CERVENY, 2004).

Nesse sentido, ao deparar com a doença, nem sempre a família está preparada, ainda que essa questão esteja em pauta, é por isso que essa situação de “doença traz consequências significativas à família, juntamente com sentimentos de dor, angústia por desconhecer o processo da doença, preocupações com relação à patologia, aos sintomas, às recaídas, ao tratamento e ao futuro da criança doente”. (MOTTA, 2004, p. 158).

Nesse mesmo raciocínio, o surgimento da patologia na criança é visto como uma coisa horrível, causador de grande impacto na família, gerando estado de choque e não raro desenvolve depressão de seus membros, sobretudo a mãe dessa criança. Seus membros alargam mal-estar físico, angústia, medo e sofrimento relacionados à doença da criança. Na tentativa de assimilar os novos acontecimentos que surgiram no contexto familiar, a família sente-se confusa e importante. Ao ter conhecimento do diagnóstico da criança, a família sofre intensos abalos em sua estrutura psíquica, sentindo-se insegura e aterrorizada. (MOTTA, 2004).

Em se tratando de doença crônica ou incapacitante, os profissionais da saúde precisam estar atentos, pois o grupo familiar será atingido de diferentes formas. Assim, a maneira como a equipe de saúde aborda a criança doente, pode contribuir para a família não reduzir a criança doente à doença, estimulando suas potencialidades. Avaliar a condição da família é fundamental, para isso existem alguns instrumentos que podem ajudar a obter as informações necessárias, mas realizar a anamnese com os componentes da família na maioria das vezes se obtêm as informações que serão de extrema relevância. O mais importante é facilitar a comunicação para se ter uma visão ampla dos membros da família, a fim de identificar possíveis aspectos que revelem conflitos. (SCHLITTLER; CERON; GONÇALVES, 2011).

Nesse espaço, o enfermeiro pode ajudar também a família, dando suporte e apoio, principalmente mantendo os familiares presentes informados a respeito da situação, esclarecendo suas dúvidas, orientando-os e ouvindo-os, na medida do

possível. Assim, a fim de que o enfermeiro possa ser efetivo em seu propósito de ajuda, contudo, é essencial que tenha conhecimento da experiência vivida pela família a partir da ótica de quem a vive. Esta perspectiva possibilita entender os significados que a família atribui a sua experiência. Reconhecendo como a família percebe a doença e as situações que a envolvem, é possível ajudá-la a conviver e a responder à experiência. (WRIGHT, 2002).

Esta visão, incorporada em um projeto político, valoriza a saúde como direito do cidadão, exigindo revisar práticas cotidianas de atendimento no sentido de humanizar a atenção em saúde. A possibilidade de construir uma relação entre profissionais de saúde e familiares permite à família aprender a lidar com a situação dolorosa a partir de seus próprios recursos. Todavia, é fundamental reconhecer que tanto a família como a equipe de saúde deseja a recuperação do paciente, sendo, a troca de informações e experiências, reflexo de uma assistência ética, humana e tecnicamente competente. (CASATE JC, CORRÊA, 2005; URIZZI, 2005).

4.4 O PROCESSO DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA, IMPACTO PSICOSSOCIAL E SEUS REFLEXOS NA FAMÍLIA

A hospitalização, em linhas gerais estabelece um fator desencadeante da ruptura familiar, visto que a internação de um membro da família acaba afetando todos os seus componentes em diferentes níveis. A separação física dos membros da família, que não podem acompanhar o doente no hospital, traz distintas preocupações e os papéis precisam ser reestruturados para o cuidado da casa, dos outros membros e das relações familiares. Em se tratando da hospitalização de crianças e/ou adolescentes essa preocupação é ainda maior, pois a experiência do hospital pode ser uma experiência traumática a elas. (SCHULTZ, 2007).

A doença e a hospitalização, além de proporcionar a ruptura dos vínculos familiares, podem implicar em privação parcial ou total dos cuidados maternos e a impossibilidade da permanência da mãe junto ao filho por questões inerentes à sua vontade. Nesse momento, o profissional de enfermagem precisa facilitar a comunicação entre os membros da família, na tentativa de minimizar a ruptura existente durante a hospitalização da criança. Incentivar a presença dos outros

membros dentro do contexto da hospitalização ajuda também a reduzir a saudade e as preocupações. (SCHULTZ, 2007).

A questão da internação tem um grande temor entre boa parte das crianças, pelo simples fato de que, em tese, todas as crianças possuem um medo de médicos, pois, não é incomum os pais atribuírem um papel negativo à figura do médico, sendo este usado em grande parte como uma ameaça. Esse temor despertado nas crianças é passível também ao próprio medo e aflição demonstrado, de forma involuntária pelos pais, quando estes precisam levar seus filhos a consultas ou exames, ou quando eles próprios tem de se submeter a isso. (BIRD, 2008).

As reações das crianças enfermas acontecem conforme as idades, personalidade e os costumes familiares. Os casos mais comuns podem ser assim sintetizados: “a regressão (volta às fases já superadas, tais como, chupar o dedo), a depressão, a ansiedade, o choro, o sossego (sendo considerada boazinha pela equipe), o medo de escuro e do pessoal de branco”. (OLIVEIRA, 2000, p. 329).

A natureza das condições das crianças hospitalizadas aumenta a possibilidade de se experimentar procedimentos mais invasivos e traumáticos na hospitalização. Assim, elas tornam-se mais vulneráveis às consequências emocionais causadas pela hospitalização. “É comum a ocorrência de mecanismos de defesa, do tipo regressão, onde a criança retorna a uma fase anterior à de sua real idade, como uma forma de proteção”. (SADALA; ANTÔNIO, 2000, p. 95). Logo, a fim de que a criança seja mais receptiva à internação é primordial que ela se identifique com os objetos que a cercam, tornando o meio mais confortável.

É desta forma que se pode dizer existir um despreparo das crianças em relação à experiência hospitalar e aos métodos utilizados nos hospitais. Igualmente, suavizar os elementos de desconhecimento para a criança teria como objetivo quebrar o paradigma do medo. Sem contar que, em grande parte das vezes a criança hospitalizada acaba ficando restrita ao leito, reprimida à passividade, cercada de pessoas estranhas do seu convívio e que, para ela, trazem mais dor e sofrimento. “A condição do sujeito de estar doente e hospitalizado, pode afetá-lo emocionalmente, causando “dor psíquica”. Considerando esta “dor” como uma “dor” pela perda da condição do sadio e não pela doença orgânica propriamente dita, mas sem deixar de considerá-la”. (GIL, 2006, p. 7).

Essa dor em grande parte também representada pelas agulhas, cortes, medicações que ardem na pele, dentre outros procedimentos desagradáveis. Imagens, cheiros e sons poucos comuns para um estranho que está ali só de passagem, tendem ser ameaçadores e confusos para as crianças. Deste modo, cabe ao profissional de saúde avaliar os estímulos presentes no ambiente tendo como norte a visão da criança e assim protegê-la desses elementos visuais e auditivos ameaçadores e desconhecidos. (OLIVEIRA; DANTAS; FONSÊCA, 2005).

Assim, a satisfação das necessidades físicas e emocionais da criança parece, pois, contribuir para que os objetivos do tratamento sejam alcançados, mais facilmente. Ao reconhecer o impacto psicossocial do internamento hospitalar na criança e sua família, é possível obter gradualmente desviar o olhar da doença/situação clínica de que a criança é portadora para a pessoa que se encontra por detrás do corpo doente e para as suas necessidades reais (MAZUR et al., 2005; PARCIANELO; FELIN, 2008).

O desafio da enfermagem, neste contexto, torna-se em compreender efetivamente os fatores que estressam cada grupo das famílias, aceitar as reações de comportamentos e prestar todo o apoio e assistência necessária para que a crise seja enfrentada com maior desenvoltura e assim consiga alcançar o sucesso almejado. (SABATES, 2008).

Na atualidade, a concepção do hospital como um ambiente de dor e sofrimento passou, gradativamente, a ocupar outro lugar sob uma nova visão, em que as experiências positivas inserindo a arte, a recreação, as brincadeiras, o lazer ou o humor começaram a adquirir maior expressão entre as propostas de intervenção pediátrica. (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006; MASETTI, 2003). Sobre esse assunto discorre-se mais adiante em tópico específico.

4.5 INTERAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE-FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR

O foco do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada vem sendo modificado ao longo dos últimos anos, transitando de uma abordagem mais tradicional, na qual o cuidado se fundamentava na excelência do funcionamento sob uma perspectiva organizacional, para o cuidado centrado nas necessidades da criança avança o com a inclusão da família.

Importante ressaltar que no Brasil, a devida preocupação em permitir que os pais permaneçam com seus filhos nos hospitais, apenas se tornou efetiva com a promulgação da Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que traz em seu arcabouço o seguinte texto, conforme dispõe no artigo 12: “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de criança ou adolescente”. (BRASIL, 2008).

Desse modo, o que estabelece a escolha de uma perspectiva de cuidado é a filosofia da instituição hospitalar, seja do ponto de vista da administração da unidade ou do planejamento da assistência. Em que pese às unidades pediátricas, existem três tipos de abordagem, são elas: centrada na patologia, centrada na criança e a centrada na criança e na família. No quadro 1, são apresentadas algumas características dessas abordagens. (PETTENGILL; RIBEIRO; BORBA, 2008).

Quadro 1 – Características das abordagens de assistência à criança hospitalizada

ASPECTOS ASSISTENCIAIS	CENTRADA NA PATOLOGIA	CENTRADA NA CRIANÇA	CENTRADA NA FAMÍLIA
Foco	Doença da criança, com abrangência intrahospitalar.	Criança doente, com suas características de desenvolvimento; abrangência intrahospitalar.	Família vivenciando a doença e hospitalização de uma de suas crianças; abrangência intra e extrahospitalar.
Objetivos	Tratar a doença ou recuperar a saúde da criança	Trata a doença, minimizar os traumas da hospitalização, favorecer o desenvolvimento da criança, estimular a participação da família no cuidado da criança.	Tratar a doença, minimizar os traumas da hospitalização para a criança e sua família, incentivar a co-participação da família na tomada de decisão, favorecer a sua integridade e potencializar suas forças.
Visão da hospitalização	Evento necessário ao diagnóstico e tratamento, manejado por uma equipe de especialistas.	Evento necessário, porém determinante de estresse para a criança.	Evento estressante para a criança e sua família, que pode determinar ruptura no funcionamento familiar.
Características da unidade	Ênfase na organização; normas e rotinas rigorosamente estabelecidas; pobreza de decoração ou outras características infantis; leitos distribuídos em enfermarias por patologia.	Maior flexibilização de organização e funcionamento; decoração infantil, ambiente para recreação e características físicas adequadas às necessidades das diferentes faixas etárias e ao conforto do acompanhante.	Flexibilização, organização e funcionamento, com vistas tanto a favorecer a atuação da equipe como da família; decoração infantil, local para recreação e convivência entre familiares-criança-equipe.
Tomada de decisões	Vertical, centrada na figura do médico.	Horizontal, porém centrada na equipe de saúde.	Horizontal, compartilhada entre a equipe e a família.

Fonte: Adaptado de Pettengill; Ribeiro e Borba (2008, p. 36-7)

Embora tenham muitas famílias que conseguem cuidar de seus membros durante a internação hospitalar, onde dividem suas obrigações do cotidiano com as necessidades da criança hospitalizada, existem aquelas que apresentam uma ruptura em suas funções, tendo em vista a hospitalização e as dificuldades de unir as duas coisas. Nesse contexto, o profissional de enfermagem, não apenas pode, mas deve prestar assistência a essas famílias, através de ações que busquem não somente tratar a patologia ou o atendimento das necessidades físicas da criança, mas que atendam às demandas biológicas, sociais e espirituais da criança e da família provocada pela doença e hospitalização, bem como fortalecer o sendo de competência e autonomia de ambos. (PETTENGILL; RIBEIRO; BORBA, 2008).

Assim, o profissional de enfermagem possui a arte em prestar cuidados, sobretudo cuidados paliativos que significa antes de tudo estar ao lado de pessoas com perda de vitalidade, com dor, depressão, entre outros sintomas, buscando conhecer e respeitar os valores culturais dessas pessoas, criando oportunidades para a resolução de assuntos pendentes, especialmente com a família, e servindo como elo no relacionamento com os médicos, por se encontrar mais presente junto aos pacientes. (SILVA, ARAÚJO; FIRMINO, 2008).

O enfermeiro que aplica os cuidados paliativos tem um desafio a mais, quais sejam: ser maleável, compreender que precisa atender às necessidades do paciente em detrimento, às vezes, de algumas normas e protocolos de serviço e até mesmo, conforme o caso de algumas vaidades pessoais. Essa mesma proximidade exige, ter conhecimento para lidar com o sofrimento psicológico, social, espiritual e físico, entendendo que esse mesmo sofrimento leva o paciente e os familiares a apresentarem reações emocionais diferentes, também em diferentes momentos, por isso a atuação do enfermeiro nesse processo de cuidar que envolve também a família da criança é fundamental. (MATZO; SHERMAN, 2001).

Além disso, as atitudes de cooperação da família contribuem de forma decisiva, para melhor conduzir o tratamento da criança. Por conseguinte, um serviço hospitalar, eficaz, também precisa contemplar a orientação aos acompanhantes, no que se refere aos procedimentos e regulamentos do hospital, de forma a conseguir a cooperação e a participação destes, durante a hospitalização das crianças (COLLET; ROCHA, 2004).

4.6 HUMANIZAÇÃO E AS LEGISLAÇÕES EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

Conforme descrito pela literatura realizada, a humanização hospitalar é mais que um bem é uma necessidade que precisa ser reconhecida, tanto no campo das teorias, como entre os usuários que utilizam dos serviços hospitalares. (BERGAN, et al., 2009). Embora, de este conceito estar de forma habitual interconectado à ideia de um atendimento afetivo, carinhoso e feito com empatia devendo para tanto ficar atento às necessidades do paciente, a humanização é um desafio transversal a todos os atores em saúde. Na verdade, a humanização vai para além de quem é cuidado, mas, abrange, também, os seus cuidadores e demais atores do contexto hospitalar. (ANGNES; BELLINI, 2006).

Humanizar tem a ver com, “promover o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo”, admitindo como um processo compartilhado por todos, e focalizado na promoção da colaboração interdisciplinar entre profissionais, entre estes e os usuários, e entre todos eles e os familiares ou cuidadores informais (acompanhantes). (MOTA, MARTINS; VÉRAS, 2006, p. 234). Nesse mesmo entendimento, humanização hospitalar tem a ver com “[...] ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (DUARTE; NORO, 2010, p. 689).

Para que isso possa acontecer na prática, se faz necessário reivindicam uma mudança cultural da gestão e das práticas incrementadas nas instituições de saúde, de tal sorte que se assuma uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, com respeito ao usuário de direito e não somente como um consumidor em que se prestam serviços (MACHADO; HADDAD; ZOBOLI, 2010).

Desse modo, ao falar em humanização, envolvendo a pediatria, denota algo muito mais relevante. Essa relevância deve-se, por um lado, à infantilidade da criança para entender a sua situação clínica, o internamento hospitalar e todos os tratamentos a que é submetida; e, por outro, à vulnerabilidade adicionada que o afastamento do seu meio familiar, o contato com pessoas, ambientes e equipamentos estranhos ou, por exemplo, a privação do brincar poderá acarretar. (BARROS, 2003; MASETTI, 2011; ALMEIDA, 2012).

Neste contexto particular em que a humanização, a personalização e os cuidados específicos teriam que ser como valores e garantias fundamentais, estes são negligenciados. A experiência hospitalar do infante, não raro, é comumente fracionada, onde a criança é dividida “[...] em órgãos ou em patologias, sendo até mesmo apontada, por alguns profissionais, pelo número de seu leito, totalmente desqualificada e expurgada de sua identidade e de sua cidadania”, isso dá-se uma ideia de algumas das práticas que ainda são verificadas em contexto pediátrico. (GOMES; ERDMANN, 2005, p. 25). Contudo, nem sempre se cumpre efetivamente.

Buscando esquematizar os eixos no qual deve-se ajustar a humanização - hospitalar, especificamente no contexto pediátrico, a literatura centra-se, de forma especial, na reflexão e sugestão de medidas em nível: (a) melhoramento dos cuidados ao paciente infante; (b) da melhoria dos métodos de comunicação interpessoal entre os distintos agentes hospitalares; (c) melhores condições de trabalho dos profissionais de saúde, e (d) qualidade no atendimento hospitalar. (ESTEVES; ANTUNES; CAIRES, 2014).

Cada vez mais conscientes do impacto que o ambiente hospitalar pode ter no bem-estar, recuperação e desenvolvimento da criança, e procurando ampliar a importância dos aspectos psicossociais – indissociáveis dos aspectos físicos – do internamento, vários hospitais têm vindo a investir na humanização dos seus espaços, rotinas e ambientes, procurando torná-los mais acolhedores e atenuadores das experiências negativas vividas pela criança (e sua família) durante o internamento. (MACHADO; MARTINS, 2002, GOLDENSTEIN, 2006, PARCIANELLO; FELIN, 2008).

Todos os que defendem essas ideias, reivindicam que, durante a hospitalização, é preciso garantir experiências que possibilitem a criança se sentir amada, amparada, seja confiante em si e nos adultos de quem depende; que o acompanhamento dos profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem respeite, por um lado, as etapas do seu desenvolvimento psicossocial e, por outro, promova experiências que potencialize esse desenvolvimento; satisfaçam-se as suas necessidades (e curiosidades); além de, concretize as suas habilidades e vocações. Tais experiências, devem fazer parte constantemente das iniciativas internas das instituições de saúde, pois o processo humanizador além de contribuir

para os relacionamentos permite que a internação seja visto como uma experiência boa e acolhedora. (SCHMITZ et al. 2003; OLIVEIRA et al. 2009).

4.7 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO PEDIÁTRICA

A Declaração Universal dos Direitos da Criança das Nações Unidas promulgada no ano de 1959, estabelece que a criança tem direito à recreação, e um dos requisitos de alta relevância é o brincar. Assim sendo, a humanização torna-se imperativo, visto que apresenta um conjunto de iniciativas visando os cuidados humanizados e qualificados em saúde, além de conciliar a avançados e modernos equipamentos, mas promovendo o acolhimento, respeito ético, social e cultural ao infante e à sua família e, além de proporcionar ambientes adequados para o bom exercício dos profissionais de saúde. Lembrando que essa Declaração foi ratificada pelo Brasil, através do artigo 84, inciso XXI, da Constituição Federal de 1988 (CF/88). (MEZZOMO, 2003).

Antes da promulgação da CF/88, a saúde era visualizada somente em seu aspecto biológico, não havia uma relação direta deste com os determinantes sociais, econômicos e políticos. Apenas gozavam do benefício e acesso à assistência médica os trabalhadores de carteira assinada que contribuíam com a previdência social, os demais tinham que optar pelos serviços do terceiro setor. Após a Constituição, a política de saúde passa a ser garantida como direito universal, isto é, todos terão acesso aos serviços de saúde sem distinção e custo; a assistência como direito aos que dela necessitam. (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Também com a promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, assegura em seu artigo 12 (já evidenciado anteriormente), tratamento diferenciado aos pacientes mirins, inclusive que durante a sua hospitalização é dever e obrigação que ele esteja acompanhado por membros da família ou quando não por cuidadores especializados.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 2001, foi cunhado para conceber ações para trabalhar a valorização, a dimensão subjetiva e social envolvendo todas as práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo ações que visam contribuir para a redução dos efeitos nocivos da hospitalização. (BRASIL, 2001).

Neste sentido, a humanização começou a assumir um caráter mais formal com a Política Nacional de Humanização (PNH), com esse documento a humanização começa a ser vislumbrada como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser compreendida somente como um programa a mais que deve ser praticado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que atue efetivamente de forma transversal em toda a rede SUS. (BRASIL, 2004).

Estas atitudes, pode-se dizer que constituem estratégias para o enfrentamento da hospitalização, possibilitando uma recuperação mais rápida e com baixa taxa de permanência nos hospitais. Menor permanência em hospitais significa menor custo para a instituição, maior satisfação das crianças e sua família, maior enfrentamento da doença e do tratamento médico, sociável relação do paciente ao ambiente hospitalar e, por conseguinte, melhor readaptação ao meio social de origem. (MEZZOMO, 2003).

Uma maneira de tornar a hospitalização da criança menos traumatizada tem sido adotada como forma de terapia o brincar, visto que este proporciona à criança a oportunidade de explanar seus sentimentos e atenuar a ansiedade. Pode ser utilizado também para ajudá-la a distinguir seus sentimentos, entender o que se passa no hospital, assimilar novas situações e elucidar conceitos errôneos. O brincar, também, pode ser para a mãe, uma abertura para a elaboração da doença de seu filho, servindo ainda para fortalecer esse vínculo. (JUNQUEIRA, 2003).

Visando justamente essa questão do brincar em hospitais foi editada a Lei 11.104, de 21 de março de 2005 que dispõe em seu artigo 1º, a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde e o seu Parágrafo único do mesmo artigo estabelece: “O disposto no *caput* deste artigo aplica-se a qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação”. (BRASIL, 2005).

Todavia, embora a lei estabeleça a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas em suas dependências, ainda há unidades de saúde que não aderiram e/ou aderiram subjetivamente. A brinquedoteca tem como objetivo: preservar a saúde emocional da criança, proporcionando alegria e distração, por meio de oportunidades para brincar, jogar e encontrar parceiros; preparar a criança para as situações novas que enfrentará, levando-a a familiarizar-se com roupas e instrumentos hospitalares e, por meio de situações lúdicas, tomar conhecimento de

detalhes da vida no hospital e do tratamento a que será submetida; auxiliar na recuperação da criança e amenizar o trauma psicológico da internação por meio da atividade lúdica. (MELO; VALLE, 2008).

Logo, a brinquedoteca mostra-se como espaço ideal para a criança dar vazão aos sentimentos mobilizados pela hospitalização, além de ajuda-la em seu processo de desenvolvimento. O brincar como terapia, também permite que a humanização nas unidades de saúde, seja ela específica para adultos ou crianças, significa tudo àquilo que é necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e aos seus direitos. (MEZZOMO, 2003).

4.8 A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E HUMANIZAÇÃO

A hospitalização infantil constitui um fato delicado que envolve não apenas a família, mas parentes, amigos e profissionais da saúde, quanto para a criança. Estando hospitalizada, a criança fica distante temporariamente da sua rotina diária, da convivência afetiva, e tratamentos penosos ganham espaço, tornando-se, sob o olhar da criança, um local nada humanizado. (ANGNES; BELLINI, 2006).

Visando transformar este panorama, diversas iniciativas foram implementadas, porém, estas são bastante recentes. O Brasil apenas teve avanços nesta área em relação à humanização da assistência à criança, depois do CF/88 e do ECA. A partir de então, desenvolver um cuidado humanizado em pediatria significa envolver não apenas a criança, mas envolver também neste processo o seu universo relacional e social, de tal sorte que se considere criança e família como um só cliente. O Ministério da Saúde (MS), considera o acompanhante uma pessoa significativa para a criança, pois ele representa alguém da sua rede social que vai estar com ele o tempo todo durante a permanência no ambiente hospitalar. (BRASIL, 2004).

O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão e a valorização da pessoa humana enquanto sujeito histórico e social. Para isso, deve-se considerar acima de tudo que para desencadear um processo de humanização no ambiente hospitalar, não são necessários grandes investimentos ou adaptações no ambiente físico. É primordial que haja sensibilização com relação a

problematização da realidade concreta, a partir da equipe multidisciplinar. (BACKES et al., 2005).

Neste sentido, as relações do enfermeiro com a criança hospitalizada e seus pais devem comunicar compreensão, reconhecimento das necessidades de ambos e respeito pessoal de uma maneira humanizada. Dar atenção imediata e mostrar preocupação transmite segurança aos pais e à criança de que estão em boas mãos, diminui a ansiedade e ajuda a minimizar aspectos estressantes de uma internação hospitalar. (PETTENGILL; RIBEIRO; BORBA, 2008).

No que tange o contexto em Pediatria, o enfermeiro deve saber que, a criança estando internada perde suas referências por estar longe de casa e de tudo que faz parte do seu mundo e das suas rotinas diárias, e que o hospital não é bem visto pelas crianças gerando medo e restrições. Levando em consideração que o infante carece maior atenção e cuidados, e que qualquer desestruturação em sua faixa etária intervém na qualidade de vida e em seu pleno desenvolvimento. Assim, inserir atividades lúdicas no processo de cuidar em Enfermagem Pediátrica pode colaborar para diminuir os efeitos estressantes da hospitalização, tornando assim a assistência prestada mais humanizada. (BRITO et al., 2009).

As atividades lúdicas empregadas pelo enfermeiro pediátrico com as crianças hospitalizadas são também uma maneira de compreender, os procedimentos e intervenções de que é alvo, podendo, além disso, surgir como um caminho utilizado para se comunicar com a criança com os seus familiares, e acrescentando importantes ganhos na sua confiança relativamente aos profissionais de saúde. (KICHE; ALMEIDA 2009; ALMEIDA, 2012).

A ludicidade desse modo poderá, igualmente, colaborar também para a desmistificação das representações da criança (e dos seus pais) em relação aos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado dispensado a eles, humanizando a relação entre ambos, apontam, ainda, para o seu papel complementar na recolha de informação sobre a criança (OLIVEIRA et al., 2013).

Reforçando esse pensamento a forma que a criança brinca é um indicador de como ela está e como ela é, sendo que, através da observação do profissional de enfermagem no ato de brincar, ou da participação direta nessas atividades lúdicas, tem-se a possibilidade de observar como a criança raciocina, descobre, persiste ou

reage, afetivamente, às múltiplas situações trazidas pelas atividades lúdicas. (FAVERO et al., 2007).

Sendo assim, a enfermagem pediátrica suplanta a execução de cuidados físicos, técnicas e métodos relacionados ao tratamento da criança, incluindo o assessoramento às famílias em suas dúvidas; o apoio às suas iniciativas e o estímulo na sua prática como unidade básica de saúde; a avaliação de sua vulnerabilidade; a ajuda para a família exercer sua ação terapêutica junto à criança; e o apoio para que se mantenha em equilíbrio para continuar atendendo suas demandas e cuidar da criança hospitalizada. (PETTENGILL; RIBEIRO; BORBA, 2008).

4.8.1 Aptidões e deveres do profissional de enfermagem

A assistência à criança hospitalizada tem evoluído de um modelo centrado na patologia para um que contempla a criança e a família. A família passou a ser compreendida como uma unidade que deve ser incluída no cuidado, principalmente em situações de crise como a provocada pela doença e hospitalização de um membro. (ESTEVES; ANTUNES; CAIRES, 2014).

Para tanto, o enfermeiro deve instrumentalizar-se para o cuidado à família, com conhecimento acerca do que é família, qual significado que ela atribui à deonologia de um de seus membros e como ajudá-la a enfrentar essa situação, baseado em premissas como: a doença é um evento da família; a mudança em um membro afeta todos na família, a família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade. (MELO; VALLE, 2008).

Deve ainda reconhecer a família como cliente, prestando um atendimento e orientando para a compreensão da experiência de doença e para a interação colaborativa entre enfermeiro e família. Isso favorece a reciprocidade, ausência de hierarquia, considerando a família especialista em sua experiência de doença, assim como o enfermeiro em sua profissão, sendo que ambos se constituem de forças e recursos. (BORBA; PETTENGILL; RIBEIRO, 2008).

O enfermeiro deve propor medidas para melhorar o relacionamento pais-filho durante a hospitalização, preparar a criança antes de qualquer tratamento ou procedimento não familiar, controlar a dor, garantir a privacidade da criança,

oferecer atividades recreativas a fim de expressar seus medos e agressividade, minimizando a perda de controle, e respeitar as diferenças culturais. (PETTENGILL; RIBEIRO; BORBA, 2008).

Em relação à brinquedoteca o enfermeiro exerce um papel fundamental, pois ele deve coordenar as atividades ali desenvolvidas e organizar os brinquedos de forma dinâmica, mostrar como é o funcionamento e como a criança pode se divertir com eles, mas também brincar com ela. Poderá ajudá-la a entender o que está ocorrendo, diminuindo seus medos, mas, sobretudo deve respeitar as escolhas da criança. (MELO; VALLE, 2008).

Embora as transformações tecnológicas e sociais presenciadas no mundo todo, onde as informações se movimentam na velocidade da luz, os profissionais de saúde, especialmente aqueles da enfermagem têm como desafio, tornar o ambiente hospitalar público ou conveniado com o SUS, mais acolhedor e humano, bem como mais adaptado para receber a clientela infantil em todas as vertentes. (OLIVEIRA; DANTAS; FONSÊCA, 2005).

4.8.2 A formação do enfermeiro humanista

Segundo estimativas baseadas em informações do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em pesquisa realizada junto aos cadastros ativos nos 27 Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren), com relação à população e número de profissionais de enfermagem por habitante, para o ano de 2010. Os profissionais de enfermagem compreendem 1.449.583 profissionais em todo o Brasil. Desse total a categoria de enfermeiros somam 287.119 profissionais (19,81% do total), técnicos de enfermagem 625.862 profissionais (43,18% do total), auxiliares de enfermagem 533.422 profissionais (36,80% do total), parteiras 106 profissionais (0,01% do total) e não informados 3.074 profissionais (0,21% do total). (BRASIL, COFEN, 2011).

Os dados elencados intensificam a importância do setor saúde no conjunto do mercado de trabalho, além de colocar em destaque a participação dos profissionais de enfermagem. As atividades relacionadas à prestação de serviços de saúde surgem em destaque entre os setores que mais geram empregos. Portanto, as instituições de saúde assumem papel fundamental na absorção dos conhecimentos de novas maneiras de agir e produzir saúde, pois em um mesmo

espaço se reúnem distintas expectativas, interesses e diferentes atores sociais. (MONTENEGRO, 2010).

Com a implantação do SUS ocorreram várias mudanças, tanto na formação quanto na prática profissional de enfermagem. Os diferentes campos de atuação em que este profissional se inscreve vêm assinalando a necessidade de novos conhecimentos e novas desenvolturas de trabalho, o que implica transformação sobre a definição da profissão, abrangendo desde o papel profissional até os elementos multiculturais que a permeiam.

Tendo em vista a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Lei nº 9.394 de 1996, inovações e mudanças na educação nacional foram realizadas. Vale ressaltar que a LDB ocasionou novas responsabilidades para as instituições de ensino superior, em virtude da autonomia delas em definir parte considerável de sua matriz curricular. Assim, essa lei admitiu a formação de distintos perfis profissionais, acreditando a melhor adaptação do formando ao mercado de trabalho (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Contudo, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de enfermagem foram consolidadas apenas a partir de 2001, trazendo expectativas de capacitação do profissional visando o exercício das competências gerais e específicas. As competências gerais comportam a atenção a saúde, a tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

Desse modo, as DCN definem o perfil dos enfermeiros como sendo um profissional qualificado para exercer as atividades de enfermagem, tendo por base o, “rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes”. (BRASIL, 2001, p. 28). Importante salientar que no texto das DCN, resta claro que o profissional de enfermagem deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e garantir a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. (BRASIL, 2001).

Para que essas funções sejam efetivadas é necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade. Logo, deve-se evidenciar o humanismo e o cuidado, que por sua particularidade intrínseca,

abrange o contato com o humano e a criação de vínculos, o que justifica a importância do desenvolvimento de valores e atitudes no processo ensino aprendizagem (COSTA et al., 2001).

Neste sentido, vale reforçar que a aprendizagem para este século deve-se ater para as mais variadas extensões, sejam elas no âmbito educacional, social, econômico, histórica, psicológicas ou filosóficas. Na verdade essas extensões encontram-se interconectadas e visa formar o ser humano com uma visão de totalidade, incluindo-se ai a humanização, especialmente quando se trata do atendimento pediátrico. (JOSÉ; BEHRENS, 2003).

É do conhecimento geral que a temática da humanização do cuidado encontra-se cada vez mais discutida no cenário da enfermagem, mas o poder exercido pela medicina e os interesses econômicos acabam dificultando a sua consolidação. Aqui quem sabe, é possível encontrar a lacuna entre a academia e a prática do cuidado de enfermagem, onde na primeira os aspectos subjetivos são valorizados e na segunda estes aspectos não recebem tanto privilégios. (KLETEMBERG; MANTOVANI; LACERDA, 2004).

Enfim, evidenciar a categoria do enfermeiro humanista, pode-se dizer que a formação acadêmica não abre possibilidades para o fortalecimento emocional dos futuros profissionais. Humanizar o ensino a partir dos relacionamentos instituídos no processo formativo é uma proposta que será mais expressiva do que a de humanizar a assistência. Neste sentido, investir no desenvolvimento da abordagem holística no processo de formação do profissional de enfermagem, levando em consideração a humanização do ensino, é uma estratégia imprescindível para estabelecer as relações humanizadas com as pessoas que este profissional auxilia. (ESPERIDIÃO; MUNAR, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto e considerando algumas das reflexões que as leituras efetuadas provocaram, parece pertinente, em primeiro lugar, destacar, o contrassenso ao discorrer da necessidade de humanização em contexto hospitalar. De forma efetiva, esta problemática é, atualmente, centro de numerosas atenções, visto que, ao conceito de humanização, encontra-se interligado no conceito de qualidade, temática muito relevante no âmbito dos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, como é o caso específico do Brasil.

A revisão de literatura efetuada levou a ter uma ideia incontornável de que a humanização, no contexto hospitalar, independente de qual seja o país e das políticas públicas de saúde existentes, trata-se de um conceito e uma prática que tem por finalidade, essencialmente, possibilitar a melhora da qualidade de vida dos usuários.

Sendo a certificação e a qualidade referenciais dos organismos da sociedade contemporânea, a humanização relacionada aos serviços de saúde é uma meta incontestável, em virtude de ter o seu ponto basilar na qualidade e adequada relação intersubjetiva que, em termos éticos, é estabelecida pelos mais fundamentais valores da pessoa humana, que embora esteja ou apresente alguma doença, nada perde da sua dignidade, liberdade e autonomia.

No contexto da pediatria, este aspecto assume, ainda, maior relevância pela maior vulnerabilidade e o desenvolvimento da criança. Assim, a intervenção de atividades lúdicas, envolvendo jogos e brincadeiras não é simplesmente um entretenimento, mas, sim, uma maneira de facilitar a comunicação, a relação e a aceitação da hospitalização e dos tratamentos, consolidando-se em um fator fundamental para promover o bem-estar e melhoria da qualidade de vida da criança hospitalizada, além de que os acompanhantes dessas crianças em âmbito hospitalar são de extrema relevância para melhorar a adesão do tratamento e, por conseguinte, facilita uma recuperação mais rápida e menos dolorosa.

Todavia, embora tenha-se a consciência que o alojamento conjunto acompanhante/criança seja essencial para a superação do impacto da hospitalização e para a rápida recuperação das crianças internadas, o que se pode notar é que as situações de infraestrutura dos hospitais conveniados com o Sistema

Único de Saúde (SUS) não oferece condições à presença dos acompanhantes na internação.

Contudo, se os pais não puderem constituir o alojamento conjunto, eles devem deixar artigos que são familiares e preferidos com a criança, como por exemplo, um lençol, edredon, brinquedos, mamadeira, utensílio de alimentação ou peça de vestuário. A relevância de objetos valiosos para as crianças em idade escolar é na maioria das vezes desprezada ou criticada por profissionais de saúde, mas pode-se dizer que esses objetos contribuem às crianças a se sentirem mais confortáveis em um ambiente estranho.

Seguindo esse mesmo raciocínio, necessário realçar a promoção de relações pessoais positivas e significativas, visando à potencialização de um sentimento de bem-estar, quer seja da criança como do seu acompanhante, além de evidenciar e resgatar a confiança no hospital e, em especial, nos seus serviços e profissionais, sobretudo da área de enfermagem, pois essa é classe que permanece mais tempo com o paciente e seus familiares.

Desta forma, as relações interpessoais, envolvendo a interação entre a equipe de cuidados e o paciente, como entre os elementos desta equipe, carecem ser repensadas. Neste campo de atuação. É cediço que todo estudo possui seus limites, e, ainda que se considerem as limitações deste, acredita-se que o seu produto se constitui em elementos relevantes para subsidiar discussões sobre os impactos da doença da criança e os reflexos que esta pode causar na família, sobretudo acerca do processo de humanização na enfermagem no campo profissional e acadêmico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fabiane de Amorim; SABATÉS, Ana Llonch. **Enfermagem Pediátrica - a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008. 421 p. (Série Enfermagem).

ALMEIDA, Fabiane de Amorim; PINTO, Márcia Carla Morete; SANTOS; Sonia Angélica G. E. *In*: ALMEIDA, Fabiane de Amorim; SABATÉS, Ana Llonch. **Enfermagem Pediátrica - a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008. 421 p. (Série Enfermagem).

BACKES, D.S. et al. Papel do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde, Maringá**, v.7, n.3, p.319-326, Jul./Set. 2008.

BARROS, Aidil de Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BIRD, Brian. **Conversando com o paciente**. São Paulo: Nova Prova, 2008.

BORBA, Regina I. H.; PETTENGILL, Myriam A. M.; RIBEIRO, Circéa Amalia. A enfermagem e a família da criança hospitalizada. *In*: ALMEIDA, Fabiane de Amorim; SABATÉS, Ana Llonch. **Enfermagem Pediátrica - a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008. 421 p. (Série Enfermagem).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**; Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nos.1/92 a 62/2009, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de revisão nos. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010.

_____. **Lei No 10.406, de 10 de Janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 18 mar. 2015.

_____. **Informativo STF. Nº 625**. Brasília, 2 a 6 de maio de 2011. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo625.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

CASATE JC, CORRÊA AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005;13(1):105-11. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/v10n3a18.htm>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CERVENY Ceneide M. O. **Família e Ciclo Vital - Nossa Realidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino Americana em Enfermagem**, 12 (2), 2004, p. 191-197.

COULANGES, Numa Denis Fustel de. **A cidade antiga**. Traduzido por Frederico Ozanan Pessoa de Barros. São Paulo: Ed. das Américas, 2006.

FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. Ferramentas de Abordagem da Família. *In*: **PROMEF: Programa de Atualização em Saúde da Família**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006. Ciclo 1, Módulo 1, Capítulo 1, p. 15.

GARIJO, Caridad [et al]. **Pediatria**. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 2002. 392 p. (Guia Práticos de Enfermagem).

GIL, Antonio C. **Funções psíquicas, suas alterações e a dinâmica do sujeito em processo de hospitalização**. Paloça, 2006. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/AlineCosta.pdf>>. Acesso em: 20 agos. 2015.

MARQUES, Suzana Oliveira. **Princípios do direito de família e guarda dos filhos**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

MASETTI M. **Boas misturas**. São Paulo: MMD Editores, 2003.

MATZO ML, SHERMAN DW. *Palliative care nursing: ensuring competence care at the end of life*. **Geriatric Nursing** - 2001; p. 288-93.

MAZUR Antonio [et al]. **O processo de hospitalização da criança sob a ótica do familiar**. 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/834.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

MEDEIROS et al, O lúdico no enfrentamento da hospitalização: percepção da família **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança** – Set. 2013;11(2):116-30.

MELO, Luciana de L.; VALLE, Elizabeth, R. M. A criança e o brincar no hospital. *In*: ALMEIDA, Fabiane de Amorim; SABATÉS, Ana Llonch. **Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008. 421 p. (Série Enfermagem).

MELLO, Sylvia Leser de. **Família: perspectiva teórica e observação factual**, São Paulo: EDUC/ Cortez, 2000.

MOTTA Mauro G. C. O entrelaçar de mundos: família e hospital. *In*: ELSEN I, MARCON SS, SILVA MRS, (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá (PR): Eduem. 2004. p. 153-67.

MOTA RA.; MARTINS CGM; VÉRAS RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol Estudo**. 2006; p. 323-30.

NEVES, Eliane T.; SILVEIRA, Andressa. **Cuidado de enfermagem à criança com necessidades especiais de saúde**: demandas de educação em saúde de familiares. Santa Maria, RS, Brasil 2011. Disponível em: <<http://coral.ufsm.br/ppgenf/DISSERTACAO%20ANDRESSA%20SILVEIRA.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

OLIVEIRA, Gislene Farias de; DANTAS, Francisco Danilson Cruz; FONSECA, Patrícia Nunes da. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Rev. SBPH, Rio de Janeiro**, v. 7, n. 2, dez. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 agos. 2015.

PARCIANELLO AT.; FELIN RB. **E agora doutor, onde vou brincar?** Considerações sobre a hospitalização infantil. Barbarói Santa Cruz do Sul. 2008.

PETTENGILL, Myriam A. M.; RIBEIRO, Circêa A.; BORBA, Regina I. H. De. O cuidado centrado na criança e sua família: uma perspectiva para a atuação do enfermeiro. *In*: ALMEIDA, Fabiane de A.; SABATÉS, Ana L. (orgs.). **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 34-43

SABATÉS, Ana L. Admissão da criança ou do adolescente no hospital. *In*: ALMEIDA, Fabiane de A.; SABATÉS, Ana L. (orgs.). **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 44-56

SADALA, M. L.; ANTONIO, A. L. De. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto v. 3, n. 2, p. 93-106, julho, 2000.

SANTOS [et al]. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. vol. 66 n. 4 Brasília July/Aug. 2013.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. rev. e ampl. de acordo com a ABNT. São Paulo: Cortez, 2002.

SCHMITZ, Edilza Maria Ribeiro. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005. 447 p.

SCHLITHLER, Ana Cristina B.; CERON, Mariane; GONÇALVES, Daniel A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. 2011. <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_18.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2015.

SILVA, Maria Júlia P. da; ARAÚJO, Monica T.; FIRMINO, Flávia. **Enfermagem: cuidado paliativo**. *In*: OLIVEIRA, Reinaldo A. de (coord.). **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

URIZZI F. **Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação** [dissertação]. [Ribeirão Preto]: Escola de Enfermagem/USP; 2005.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

WRIGHT LM; LEAHEY M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3 ed. São Paulo: Rocca; 2002.