

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NUMA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PEDIATRIA:
PERCEÇÃO DOS PAIS E DOS ENFERMEIROS

Maria do Carmo Alves Donas Boto

Porto / 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NUMA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS 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

Maria do Carmo Alves Donas Boto

Porto / 2014

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Paula dos Santos de Jesus Marques França e ao Professor Doutor Filipe Nuno Alves Santos Almeida pela orientação valiosa e incansável, pelo profissionalismo, compreensão e incentivo constante.

A todos os pais que aceitaram participar no nosso estudo, pela consideração, afeição e disponibilidade que sempre demonstraram; sem eles este percurso não seria possível.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, pelo apoio, estímulo e compreensão. Um especial obrigada aos colegas que amavelmente e de forma voluntária aceitaram participar neste estudo.

Aos meus amigos, pelo apoio interminável ao longo deste percurso.

À família pelo afeto, tolerância, compreensão e ânimo.

Aos meus pais, verdadeiras fontes de valores humanitários.

A todos, MUITO OBRIGADA!

PENSAMENTO

“O essencial é invisível aos olhos.
Só se vê bem com o coração.”

Antoine De Saint- Exupéry

ABREVIATURAS

CNHQSS - Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos serviços de saúde

IAC - Instituto de Apoio à Criança

HSJ - Hospital de S. João

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Serviços de Saúde

SH - Serviço de Humanização

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

SPSS - *Satistical Package for the Social Science*

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 - A Humanização dos Cuidados de Saúde.....	21
<i>1.1.1 - A Humanização dos Cuidados de Saúde em Portugal</i>	<i>27</i>
<i>1.1.2 - Serviço de Humanização do Hospital de S. João</i>	<i>29</i>
1.2 - A Humanização dos Cuidados de Saúde à Criança.....	30
1.3 - O Cuidar - A Essência da Enfermagem	35
1.4 - O Cuidar nos Cuidados Intensivos de Pediatria	40
CAPITULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
2.1 - Questão de Investigação e Objetivos do Estudo	48
2.2 - Tipo de Estudo.....	49
2.3 - Caracterização do Campo de Estudo	49
2.4 - Procedimentos Metodológicos	51
2.4.1 - Os Enfermeiros	52
<i>2.4.1.1 - População e Amostra</i>	<i>52</i>
<i>2.4.1.2 - Instrumento de Recolha de Informação</i>	<i>53</i>
<i>2.4.1.3 - Procedimento para Recolha e Tratamento dos Dados</i>	<i>54</i>
2.4.2 - Os Pais	56
<i>2.4.2.1 - População e Amostra</i>	<i>56</i>
<i>2.4.2.2 - Instrumento de Recolha de Informação</i>	<i>57</i>

2.4.2.3 - Procedimento para Recolha e Tratamento dos Dados.	58
2.5 - Considerações Éticas	58
CAPITULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.	61
3.1 - A opinião dos enfermeiros	61
3.2 - A Opinião dos Pais.....	81
CAPITULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	95
CONCLUSÃO.....	107
BIBLIOGRAFIA.....	113
ANEXOS	129
ANEXO I - Guião de Entrevista	
ANEXO II - Consentimento Informado	
ANEXO III - Questionário	
ANEXO IV - Autorização do Conselho de Administração mediante parecer da Comissão de Ética para a Saúde	

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Síntese da categorização do tema: “O enfermeiro e a humanização”	62
TABELA 2: Descritivo da categoria: “Humanizar começa em nós”	62
TABELA 3: Descritivo da categoria: “Humanizar depende de cada um”	63
TABELA 4: Descritivo da categoria: “Humanizar é bom para o enfermeiro”	63
TABELA 5: Síntese da categorização do tema: “A humanização que temos”	64
TABELA 6: Descritivo da categoria “O domínio da técnica”	65
TABELA 7: Descritivo da categoria “Valorização da técnica”	65
TABELA 8: Descritivo da categoria “Desvalorização da humanização”	66
TABELA 9: Descritivo da categoria “Necessidade de melhorar”	67
TABELA 10: Descritivo da categoria “O que perdemos”	67
TABELA 11: Descritivo da categoria “Apoio do serviço de humanização”	68
TABELA 12: Síntese da categorização do tema: “O que falta para humanizar”	69
TABELA 13: Síntese da Categoria: “Adequar atitudes”	70
TABELA 14: Descritivo da categoria “Adequar atitudes” e subcategoria “Flexibilidade”	70
TABELA 15: Descritivo da categoria “Adequar atitudes” e subcategoria “Disponibilidade”	71
TABELA 16: Descritivo da categoria “ Adequar atitudes” e Subcategoria “Transmitir segurança”	71
TABELA 17: Descritivo da categoria “Adequar atitudes” e subcategoria “Transmitir esperança”	72
TABELA 18: Síntese da Categoria: “Adequar intervenções”	72
TABELA 19: Síntese da categoria “Adequar intervenções” e subcategoria “Acolher”	72

TABELA 20: Descritivo da subcategoria “Acolher” sub-subcategoria “Os pais na admissão”	73
TABELA 21: Descritivo da subcategoria “ Acolher” sub-subcategoria “Os pais no internamento”	74
TABELA 22: Síntese da categoria “Adequar intervenções” subcategoria “Parceria de cuidados”	74
TABELA 23: Descritivo da subcategoria “Parceria de cuidados” sub-subcategoria “Apoiar os pais”.....	75
TABELA 24: Descritivo da subcategoria “Parceria de cuidados” sub-subcategoria “ Envolver os pais nos cuidados”	76
TABELA 25: Síntese da categoria “Adequar intervenções” sub-subcategoria “ Estabelecer relação de ajuda”	77
TABELA 26: Descritivo da subcategoria “Estabelecer relação de ajuda” sub-subcategoria “Comunicação”.....	77
TABELA 27: Descritivo da subcategoria “Estabelecer relação de ajuda” sub-subcategoria “Escuta ativa”	78
TABELA 28: Descritivo da subcategoria “Estabelecer relação de ajuda” sub-subcategoria “Verdade”.....	78
TABELA 29: Descritivo da categoria “Adequar intervenções” subcategoria “Informar e explicar”.....	79
TABELA 30: Descritivo da categoria “Adequar intervenções” subcategoria “Respeitar o silêncio ”.....	79
TABELA 31: Descritivo da categoria “ Formação em humanização”	80
TABELA 32: Descritivo da categoria “ Recursos Humanos” subcategoria “Aumentar o rácio de enfermeiros	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição do gênero na amostra.....	81
GRÁFICO 2: Distribuição do estado civil.....	82
GRÁFICO 3: Distribuição das habilitações acadêmicas	82
GRÁFICO 4: Distribuição da Proveniência geográfica dos participantes por distrito	83
GRÁFICO 5: Profissional de saúde que recebeu a família à chegada da criança ao serviço	83
GRÁFICO 6: Sabe o nome do enfermeiro que cuida do seu filho.....	84
GRÁFICO 7: Quando o enfermeiro cuida do seu filho	85
GRÁFICO 8: Distribuição do tipo de cuidados para os quais os participantes foram motivados	86
GRÁFICO 9: Distribuição do grau de satisfação dos participantes sobre a relação que estabeleceu com os enfermeiros	86
GRÁFICO 10: Distribuição do grau de satisfação dos participantes sobre os cuidados de enfermagem.....	87
GRÁFICO 11: Distribuição da percepção dos pais sobre avaliação da dor, pelo enfermeiro	87
GRÁFICO 12: Distribuição do grau de satisfação sobre as medidas implementadas para o alívio da dor.....	88
GRÁFICO 13: Distribuição do grau de satisfação sobre as condições do serviço para a criança.....	89
GRÁFICO 14: Distribuição do grau de satisfação sobre as condições do serviço para o (a) acompanhante da criança	90
GRÁFICO 15: Distribuição da opinião sobre o acompanhamento do filho durante as 24 horas	90
GRÁFICO 16: Distribuição da opinião dos pais sobre a motivação para o acompanhamento do filho durante as 24 horas	91

GRÁFICO 17: Distribuição da adequação do horário de visitas relativamente à criança/ família.....	91
GRÁFICO 18: Distribuição das sugestões dos pais relativas ao horário das visitas	92
GRÁFICO 19: Distribuição do grau de satisfação com o apoio prestado à família pelos enfermeiros	92
GRÁFICO 20: Distribuição relativa ao conhecimento da Carta da Criança Hospitalizada e da Carta de Humanização do HSJ.....	93
GRÁFICO 21: Distribuição relativa ao ter visto exposta a Carta da Criança Hospitalizada e a Carta de Humanização do Hospital de S. João	93
GRÁFICO 22: Distribuição relativa à informação que lhes foi fornecida sobre os serviços de apoio do Hospital de S. João.....	94

RESUMO

Uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é o local ideal para tratar de crianças gravemente doentes, mas pode oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Apesar do esforço que os enfermeiros possam realizar no sentido de humanizar os cuidados, esta é uma missão difícil, pois solicita atitudes contra um sistema tecnológico dominante.

Este estudo teve como objetivo conhecer a opinião dos enfermeiros e dos pais das crianças internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria perante a humanização do cuidar de enfermagem.

Foi um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, descritivo e transversal. A recolha de dados decorreu entre os meses de março e maio de 2011 e como instrumentos de colheita de dados foram utilizados um questionário e uma entrevista semiestruturada. A amostra foi constituída por 37 participantes, dos quais 32 pais e 5 enfermeiros.

A análise dos dados dos questionários mostrou que a totalidade dos pais reconheceu que os enfermeiros trataram com educação e respeito, manifestaram disponibilidade e simpatia e usaram uma linguagem compreensível. Os pais ficaram satisfeitos com os cuidados de enfermagem e com a relação estabelecida com os enfermeiros e maioritariamente reconheceram terem sido acolhidos pelo enfermeiro. Quanto ao acompanhamento do filho, muitos referiram que este foi facilitado, mas nem sempre motivado.

No que concerne à análise de dados das entrevistas, para os enfermeiros a humanização é intrínseca à enfermagem, proporciona bem-estar, quer ao nível pessoal quer ao nível profissional. Num ambiente tenso e tecnológico, onde o reconhecimento profissional é expresso pela boa prestação técnica, os enfermeiros identificaram carência na humanização e a necessidade de melhorar as relações humanas. A flexibilidade, a disponibilidade, a transmissão de segurança e de esperança foram atitudes que os enfermeiros apontaram como indispensáveis à humanização dos cuidados à criança. Para os enfermeiros há intervenções como o acolhimento, a parceria de cuidados, o informar e explicar, o

respeito pelo silêncio e a formação em humanização, como fundamentais para um cuidado humanizado à criança e família.

Palavras-chave: Humanização; Cuidar; Enfermeiros de Pediatria; Cuidados Intensivos Pediátricos.

ABSTRACT

Title: Nursing care humanization in a Pediatric Intensive Care Unit: parents and nurses perception

The Pediatric Intensive Care Unit is an ideal place for treating critically ill children, but it can offer one of the most aggressive, tense and traumatic hospital environments. Despite the efforts of the nurses in order to humanize cares, this is a difficult mission because it requires a series of attitudes against a dominant technological system.

This study aimed to know the opinion of nurses and parents of children admitted in a Pediatric Intensive care Unit, towards the humanization of nursing cares. It was a qualitative, exploratory, descriptive and cross-sectional study. Data collection took place between March and May of 2011, using a questionnaire and a semi-structured interview. There were 37 participants, 32 parents and 5 nurses.

The data analysis of the questionnaires showed that all parents recognized that nurses cared for their children with courtesy, respect and sympathy, manifested availability and with an understandable language. The parents were satisfied with the nursing cares and the relationship established with the nurses, and most of them recognized that they had been integrated by a nurse. Regarding the accompaniment of their child, most related that this was facilitated, but not always motivated.

The analysis of the interview data showed that nurses thought that humanization was intrinsic to the nursing practice and provided satisfaction both at the personal and professional level. In a tense, technological environment where professional recognition depends on good technical performance, the nurses invoked a lack of humanization and a need for an improvement of the human relations. Flexibility, availability, assurance and hope were attitudes that nurses pointed out as essential to the compassionate care of children. Nursing

cares include interventions such as parental integration and partnership of care, information, respect for silence and training in humanization that nurses recognized as fundamental to a humanized approach to the children and their families.

Key-words: Humanization; Child; Care; Technology Intensive Care; Pediatric nurses

INTRODUÇÃO

Na atualidade, em virtude do acelerado desenvolvimento técnico e científico, o respeito pela pessoa humana, com frequência, parece ser relegado a um segundo plano, e, de um modo peculiar nos cuidados de saúde. Um desafio que se coloca atualmente aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros, é que, do mesmo modo que acompanham o progresso tecnológico, não esqueçam a existência do ser que requer os seus cuidados, e que o fazer técnico que lhe é exigido se transforme num efetivo cuidado. Muitas coisas evoluíram positivamente nos últimos anos no nosso país, no que se refere ao nível da humanização dos cuidados de saúde, porém, persistem dificuldades e necessidades que é preciso transpor, sendo forçoso atribuir a este sector da sociedade um interesse prioritário.

Embora a Unidade de Cuidados Intensivos seja o local ideal para tratar crianças gravemente doentes, todavia consagra um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam realizar no sentido de humanizar os cuidados, esta é uma tarefa difícil pois solicita atitudes contra todo um paradigma tecnológico dominante. A humanização dos cuidados de saúde é uma aposta que hoje se coloca, em todas as instituições e serviços onde existem pessoas que precisam ser cuidadas, contudo nas unidades de cuidados intensivos e sobretudo nas pediátricas pela vulnerabilidade das crianças internadas este é um aspeto mais premente.

A hospitalização é uma situação crítica e delicada na vida de qualquer ser humano, mas tem contornos especiais quando acontece na vida de uma criança. “Cuidar”, em pediatria, significa envolver não só a criança nesse cuidado, mas englobar também nesse processo o seu universo relacional e social, de modo a considerar criança e família um só utente. No tempo em que vivemos, o caminho a percorrer para uma assistência humanizada à criança funda-se quando os profissionais de saúde acolhem os pais como parceiros de cuidados. O cuidado compartilhado engrandece a relação terapêutica e fomenta um cuidado mais integral, holístico e humano. Para Carmona da Mota (2006, p.11), “o bem-estar

depende muito do tratamento humano; a cura da doença depende essencialmente da oferta da melhor estratégia terapêutica”.

A humanização dos cuidados de saúde é uma responsabilidade de todos e, tendo em conta a minha responsabilidade individual como enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, aliada ao esforço institucional suportado pela criação de um Serviço de Humanização no hospital onde exerço funções, tornou-se pertinente um estudo e reflexão sobre a humanização dos cuidados de enfermagem. Conhecer a percepção dos pais e dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, justifica-se plenamente nos dias de hoje, quando o domínio da tecnologia parece impor um quotidiano que, na maior parte das vezes, parece incompatibilizar-se com reflexões relativas ao nosso agir. Aprofundar o conhecimento sobre a humanização dos cuidados possibilitará encontrar estratégias para alterar a nossa prática e desenvolver comportamentos capazes de oferecer um cuidado integral e eficaz à criança.

O objetivo principal deste estudo é conhecer a opinião dos pais e dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados nos Cuidados Intensivos de Pediatria, mais especificamente sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros. Deste modo, partimos da questão central: Qual a percepção dos enfermeiros e dos pais das crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos perante a humanização dos cuidados de enfermagem?

De modo a dar resposta a esta questão que é muito ampla, traçamos os seguintes objetivos parcelares:

Objetivo 1: - Conhecer a opinião dos pais das crianças internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria sobre a humanização na prestação dos cuidados;

Objetivo 2: - Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a humanização na prestação de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos 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.

Este estudo enquadra-se no paradigma naturalista, característico da investigação qualitativa Polit *et al* (2004). Todavia, dada a especificidade dos

participantes, auxiliamo-nos de métodos não exclusivamente qualitativos. O tipo de estudo será exploratório, descritivo e transversal.

Para permitir uma melhor compreensão, a presente investigação encontra-se estruturada em quatro capítulos. No primeiro capítulo - enquadramento teórico - abordaremos conceitos e realidades inerentes ao tema, com o intuito da construção da problemática tendo por base uma alargada pesquisa bibliográfica. No segundo capítulo descreve-se a metodologia e a sua adequação à pesquisa em estudo, enfatizando os instrumentos de colheita de dados e os participantes aos quais estes serão aplicados. O terceiro capítulo englobará a apresentação e análise dos dados, resultantes da presente investigação. Para finalizar, no quarto capítulo, apresentamos a discussão dos resultados, principais conclusões deste trabalho e implicações que esta investigação possa importar para o serviço e hospital no futuro.

CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A finalidade da investigação científica não é apenas um relatório, uma descrição de factos ou um balanço teórico sobre o tema, mas um desenvolvimento de carácter interpretativo sobre as leituras realizadas e sobre os dados obtidos. Desta forma, torna-se fundamental correlacionar a investigação com o universo teórico que serve de base à interpretação dos dados e dos factos recolhidos. Para tal, é necessário efetuar uma revisão bibliográfica, bem como a definição dos conceitos estruturante que darão suporte à investigação. A pesquisa documental é uma etapa essencial à exploração de um domínio de investigação. Fortin (2003) refere que rever a literatura equivale a fazer um balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo.

1.1 - A Humanização dos Cuidados de Saúde

O conhecimento de cada sociedade e nas diversas civilizações modificou-se ao longo do tempo e, ser homem na África não é o mesmo que ser homem na Ásia e ser homem na antiguidade não foi o mesmo que na idade média e é diferente dos dias de hoje. Nas diferentes épocas, cada sociedade, cada cultura desenvolveu um conhecimento acerca do mundo e das relações com os seus semelhantes, ou seja, estabeleceu referências para orientação do ser humano. Na era moderna, o conceito do homem tendeu a universalizar-se, e todos os homens são considerados humanos e integrantes de uma espécie comum, a humanidade. Esta resulta daquilo que cada um de nós for, a ação de cada individuo reflete-se na humanidade, do mesmo modo que esta em cada momento se reflete no individuo

e é nesta interação constante, que se vai construindo cada ser humano e ao mesmo tempo a própria humanidade (Oliveira *et al*, 2006).

Com as grandes descobertas realizadas pelo homem, surge a convicção de que toda a sabedoria pode ser transformada em conhecimento, desde então a ciência passa a formalizar e a justificar a ação humana, com a promessa de resolver as angústias do homem. Segundo Caboclo (2011), “em toda a história da humanidade, nenhum ditador, nenhum império, exerceu tamanho domínio sobre o homem quanto a ciência atualmente”(Caboclo, 2011, p.1).

Desde então, o conhecimento científico em vez de resolver as angústias do homem e as suas relações sociais, alveja para um homem menos humanizado que carece de valores, que relega para um papel secundário os valores humanos, justificando as suas atitudes com as alterações originadas por novos hábitos e necessidades, bem como por responsabilidades acrescidas. A vigente crise mundial que intensifica as preocupações em relação ao dinheiro e ao nível de vida, a crescente importância do trabalho e o ritmo frenético do dia-a-dia são apenas alguns dos motivos que condicionam o homem moderno e lhe impõem involuntariamente ideais materialistas. De acordo com Bento XVI (2012), “ o homem do nosso tempo vive muitas vezes condicionado pelo reducionismo e o relativismo, que levam à perda do sentido das coisas” (Bento XVI, 2012).

O humanismo procedeu do cristianismo primitivo, a partir da religião judaica das colónias do médio oriente, cuja conceção teve uma influência incalculável no conceito de humanidade e na prática de humanização na cultura ocidental. A ética e a organização social implícitas no mesmo contribuíram para o conceito de humanidade e para a prática de humanização. De acordo com Oliveira *et al* (2006) na civilização contemporânea “humanizar significa distribuir igualmente benefícios e resultados considerados propriedades *sine qua non* da condição humana tais como: dar atenção às necessidades básicas de subsistência, educação, justiça, trabalho, acesso à liberdade de pensamento e de expressão, de prática política, científica, arte e estilo, culto religioso e principalmente o cuidado à saúde” (Oliveira *et al*, 2006; p.281). Segundo a mesma autora, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, isto é, as noções de dor ou de prazer para serem humanizadas necessitam que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, só assim se conhece e compreende o outro e é possível proporcionar o bem-estar recíproco (Oliveira *et al*, 2006).

Nas últimas décadas, a humanização na saúde tem sido alvo de preocupação em todo o mundo, tendo ganho grande destaque na literatura científica e em pesquisas direcionadas para as ciências da saúde. Numa visão humanizadora são recorrentes as divulgações científicas relacionadas com o cuidado e assistência na saúde, com a hospitalização, com a ética, com a tecnologia, com as políticas de saúde ou com a relação entre os profissionais de saúde e o utente. No entanto, na efetivação da prática profissional, não se anunciam alterações nas atitudes dos profissionais, parecendo estar na moda discutir-se a humanização dos cuidados de saúde, mas, não se observando compromisso e manutenção na sua consolidação (Benevides *et al*, 2005).

Segundo Fortes (2004), o conceito de humanização na saúde terá tido a sua génese na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que no seu art.º. 1º afirma: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. As primeiras reflexões sobre práticas humanizadoras em saúde surgem em 1970. No entanto, é em 1972 que é reconhecida pela literatura a primeira declaração dos direitos dos pacientes, emitida pelo Hospital Mont Sinai, em Boston/ USA. A Associação Americana de Hospitais lança em 1973 a Patient`s Bill of Rights (Carta dos Direitos dos Pacientes), tendo sido posteriormente alterada em 1992 (Fortes, 2004).

A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em setembro de 1978 em Alma-Ata pela Organização Mundial de Saúde e pela UNICEF, reafirmou que a saúde é um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, devendo ser compreendida como um direito humano fundamental. Realçou ainda, que as pessoas devem ter o direito e a obrigação de participar, individual e coletivamente, no planeamento e na implementação dos seus cuidados de saúde, sendo a obtenção do mais alto nível de saúde possível, o objetivo social mais importante a ser atingido pelos sistemas de saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978).

A OMS, em 1981, adotou a estratégia mundial de “Saúde para todos”, assumindo que a saúde, ou a sua proteção, começa em casa, na escola e nos locais de trabalho, que todos devem ter acesso aos recursos essenciais de saúde e que precisam ser criadas oportunidades iguais de integração social para pessoas com necessidades especiais, incluindo as pessoas que por razões de pobreza ou marginalização acabam por fazer parte de grupos de risco. O Parlamento Europeu

aprova, em 1984 a Carta Europeia dos Direitos dos Doentes, na qual se encontram entre outros, o direito do doente à informação sobre o tratamento e prognóstico, o direito à consulta do processo clínico, bem como o direito de aceitar ou de recusar ser submetido a tratamentos (Carta Europeia dos Direitos dos Doentes, 1984).

Em Novembro de 1986, na primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, é apresentada a Carta de Ottawa que defende a promoção da saúde como o fator fundamental de melhoria de qualidade de vida, salientando que tal promoção não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas é responsabilidade de todos, em direção ao bem-estar global (Carta de Ottawa, 1986).

De todas estas diretrizes o que sobressai, é que a saúde vai muito para além da simples assistência médica. Para se atingir um estado de “bem - estar físico, mental e social” e não apenas a “ausência de enfermidades ou doenças”, teremos que considerar múltiplos fatores que possibilitam ou impedem este estado, devendo prestar a todos os que necessitam o melhor atendimento possível, não só do ponto de vista técnico mas também humano, pois o doente tem direito a uma assistência digna, justa, ética e acima de tudo ser cuidado como uma totalidade.

De acordo com Pessini (2009) “estamos perante a desumanização das instituições de saúde, numa sociedade desumanizada e desumanizante” (Pessini, 2009, p.51). As instituições de saúde como qualquer outra instituição, refletem e expressam a sociedade em geral. No tempo em que vivemos, numa sociedade materialista, fruto da sucessiva evolução de valores, em que se perdeu a percepção do ser humano como um todo, do seu valor inerente e da sua individualidade, acarretando situações de desigualdade e de falta de liberdade, é de esperar que estes princípios se cruzem com as questões da saúde e se reflitam em desumanização nas instituições de saúde.

Na área da saúde as transformações foram de tal profundidade, que são cada vez mais evidentes as influências que o progresso nesse campo produziu. Segundo Bermejo (2008), o progresso responsável pela produção de equipamentos e tratamentos cada vez mais sofisticados, juntamente com outros fatores adicionais envolvidos, como a burocratização, a massificação, a centralização do poder e a progressiva desumanização, conduziu-nos para cuidados de saúde mecânicos e impessoais.

De acordo com Pessini (2009), “confrontamo-nos com meios tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana. Passamos por uma crise de

humanismo”(Pessini, 2009, p.52). Passou-se a olhar para a doença desligada do ser em que ela se desenvolve. Instituiu-se a fragmentação do ser humano e a dificuldade em percebê-lo de forma integral, passando a dignidade da pessoa humana para um segundo plano.

A medicina, provida de muito pouca tecnologia e fundada principalmente na relação humana, transformou-se numa “medicina de curar” em que a análise, o exame instrumental, a tecnologia de ponta substituem cada vez mais essa antiga e essencial relação humana. São indiscutíveis os incalculáveis benefícios que este progresso tecnológico conduziu em auxílio do homem, porém não encontrou substituto para a pessoa que cuida. A esse propósito Antunes (2009), expõe “(...) o que me preocupa é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, perca a sua face humana, que esqueça a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, ainda não se descobriu o modo de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão” (Antunes, 2009, p.154). Segundo [Osswald cit. por Jorge, (2004)] refere que a humanização dos cuidados de saúde é o problema/questão de maior relevo na ética médica e por isso deve ser discutido e aprofundado.

Um relatório do King`s Fund (The Kings Fund Annual Conference 2008), com base em investigação fundamentada e tendo em conta as vivências dos pacientes, familiares e profissionais de saúde, no que respeita ao modo como os cuidados de saúde são prestados, realça para a necessidade urgente dos profissionais de saúde e instituições de saúde se concentrarem em cuidar da “pessoa no paciente”, ou seja, da sua dimensão humana, para além da utilização dos modernos equipamentos de saúde e tecnologias de ponta. Esta instituição reforça que cada paciente é uma pessoa única, com carências variadas, um indivíduo que necessita de ser cuidado e não uma doença ou patologia que precisa de tratamento, e sugere um modelo de cuidados de saúde holístico e integrado, que promova a recuperação da saúde a nível mental, emocional, espiritual, social e físico. (The Kings Fund Annual Conference, 2008)

Jiménez *et al* (2009), no que concerne à percepção, crenças e atitudes sobre o processo de humanização nos hospitais, concluem que algo está ocorrendo mas de uma forma muito lenta, atendendo à mudança no processo de humanização dos cuidados. Percebem que não se realiza um atendimento adequado à família e ao cuidador nos hospitais e consideram imprescindível uma mudança de perspetiva. Admitem que seja fundamental a aquisição de conhecimentos e estratégias

comunicativas e sociais para a abordagem emocional em relação ao paciente e sua família.

De acordo com Osswald (2002), a humanização dos cuidados de saúde é uma exigência para quem quer cuidar de pessoas, “e a pessoa e a sua circunstância concreta deve estar no centro de atenção à saúde, pois o que é bom para a pessoa é, seguramente bom para a pessoa doente” (Osswald, 2002, p.43). A humanização dos cuidados de saúde tornou-se um ensejo ético universal da sociedade atual e é uma responsabilidade deontológica e de cidadania de todos os profissionais de saúde, pois, mais do que ninguém deveriam compreender que o seu serviço destina-se à pessoa que o requer, o doente ser fragilizado e não a uma parte dela.

O Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 89º anuncia a responsabilidade do enfermeiro pela humanização dos cuidados, particularizando o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e de contribuir para a formação de um ambiente favorecedor do desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.74).

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa, humanizar “é tornar mais humano, tornar mais compreensivo, bondoso e sociável. Posto isto, a humanização subentende uma alteração dos valores, pressupõe uma valorização das relações entre o profissional de saúde e o doente, numa comunicação mais eficaz e de respeito pelo ser humano. De acordo com Amendoeira, (2000) “a pessoa passa a ser o centro de interesse, baseado numa relação interpessoal que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solícita, e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é um ato mecânico, mas sim humanístico” (Amendoeira, 2000, p.68).

Para cuidar de forma humanizada, o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximo, deve estabelecer uma relação efetiva de cuidado, representada no acolhimento, na ternura, na sensibilidade, no respeito e na compreensão do ser doente, e não somente na aplicação de técnicas de enfermagem. De acordo com Backes *et al.* (2007), a humanização dos cuidados de saúde é motivada pelo valor da dignidade humana, de quem cuida e de quem é cuidado e determina um processo gradual, dinâmico e sistematizado. O cuidado humano deve ser exercitado, vivido e sentido no interior de cada um, envolvendo atos, princípios, valores, ética e que devem fazer parte do cotidiano de cada um.

1.1.1 - A Humanização dos Cuidados de Saúde em Portugal

Em Portugal, em 1992, o Ministério da Saúde com o intuito de desenvolver políticas e desenvolver ações de forma a humanizar o SNS, criou a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde (CNHQSS), conforme despacho do Secretário do Estado e da Saúde de 15 de Dezembro de 1992 e publicado no Diário da República, IIª série, 24 n.º13 de 16 de Janeiro de 1993. Esta comissão, composta por oito elementos provenientes de áreas diferenciadas da saúde, tinha como principal propósito a elevação da qualidade dos cuidados de saúde. Os sectores prioritários de atuação eram os seguintes: acesso aos serviços e acessibilidade dos cuidados; acolhimento e encaminhamento; personalização dos cuidados e o acompanhamento da pessoa, continuidade dos cuidados e apoio a familiares. Para responder a este desafio, e tendo em conta a extensão do território nacional, foram criadas subcomissões regionais a nível dos hospitais e centros de saúde, cujas funções e articulações foram definidas em despacho ministerial. Em Setembro de 2001, por mudança do Governo é criado pelo despacho ministerial nº 19204/01 e publicado em Diário da República (II série) o programa “ Humanização, Acesso e Atendimento no Serviço Nacional de Saúde”. Desde então, a Comissão Nacional de Humanização, embora não sendo extinta, foi destituída dos seus membros, deixando de exercer funções (Grande, 2007).

Foi apresentado no Plano Nacional de Saúde 2004/2010, que o nosso sistema de saúde pecava por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dava às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores. Salientou a insuficiente divulgação de experiências devidamente avaliadas e que configuravam sinais de sucesso. Os diagnósticos efetuados referentes ao desempenho dos serviços de saúde demonstraram a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de liderança em que estes trabalhavam. Realçou que os principais agentes de decisão, investigadores em saúde e líderes de opinião, convergiam na constatação da escassez ou mesmo na inexistência de indicadores válidos e fiáveis que suportavam a gestão estratégica e operacional do Sistema de Saúde. Sublinhou, que apesar de à época, ser reconhecida a necessidade da existência de um conjunto de suportes que fornecessem bases estruturadas no processo de diagnóstico e de decisão terapêutica e de estar demonstrada a sua efetividade na

integração de atividades das diferentes competências que intervinham no processo de prestação de cuidados em saúde, reduzindo a variabilidade não desejada e reforçando a adoção de boas práticas, saíram limitadas as iniciativas nestas áreas em Portugal. Deste Plano Nacional de Saúde fizeram parte três grandes objetivos estratégicos: obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo da vida e reduzindo o peso da doença; utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados; garantindo os mecanismos adequados para a efetivação do plano através de uma cativação de recursos adequados, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e atualização do plano. De forma a garantir o respeito pela pessoa doente e de seus familiares e a humanização dos serviços de saúde fez parte das estratégias a revitalização da Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde (CNHQSS) e investimento na formação dos membros das comissões de ética (Ministério da Saúde, 2004).

Sucedeu-se o Plano Nacional de Saúde 2012/2016 que tem como modelo conceptual maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania. Relativamente à qualidade em saúde considera duas dimensões: de estrutura e de processo. A Qualidade da estrutura é referida à utilização adequada dos recursos de modo a atingir os resultados esperados. São exemplos, a competência profissional, a eficiência administrativa, a locação eficiente de recursos. A Qualidade do Processo é referida à adequação dos serviços aos resultados esperados e tem ainda três dimensões: técnica, relações interpessoais e organizacional. Quanto à dimensão técnica dos serviços, a qualidade é definida por critérios e normas profissionais sustentadas na evidência técnico-científica e em boas práticas. A dimensão das relações interpessoais integra a interação psicológica e social entre utilizadores e prestadores nomeadamente, a solicitude, apoio e atenção à satisfação do cidadão e do profissional, no respeito pela pessoa. A dimensão organizacional considera a globalidade e continuidade dos cuidados e dos serviços, isto é, o carácter multiprofissional e interorganizacional dos cuidados (Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com Osswald (2008), é reconhecido pelas agências e observatórios internacionais, que os cuidados de saúde prestados em Portugal são geralmente de

boa qualidade, proporcionados por profissionais competentes e desenvolvidos em condições técnicas ou institucionais satisfatórias ou boas, porém, o maior foco de descontentamento e das reclamações apresentadas pela população atendida nos serviços de saúde é a desumanização que a prestação de cuidados sofre. Refere ainda Osswald (2007), “... a esmagadora maioria das reclamações constantes nos livros existentes nas instituições diz respeito à falta de humanização nas relações com os doentes” (Oswald, 2007, p.220).

Evidentemente que todos os aspetos são importantes e contribuem para a qualidade do sistema de saúde, porém, as tecnologias e as estruturas organizacionais, nomeadamente numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos, a sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre os profissionais e os doentes. De acordo com Bermejo (2008) as ações devem estender-se à formação educacional dos profissionais de saúde, independentemente do grupo profissional a que pertençam. É no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento na saúde e, que para tal, é preciso empreender um esforço coletivo por parte de todos os profissionais da saúde.

1.1.2 - Serviço de Humanização do Hospital de S. João

O Serviço de Humanização surgiu em 2006 no Hospital de S. João, num momento de grande remodelação quer ao nível da sua estrutura física quer ao nível da sua organização gestacional, com a finalidade de proporcionar juntamente com estas transformações uma mudança cultural no seu ambiente hospitalar. Para responder a esta aposta, o serviço de humanização reconheceu os seus valores, estabeleceu a sua missão e projetou as suas estratégias (Almeida, 2008).

Desde então, foram já várias as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Humanização desta instituição, das quais se destaca: edição do “ livro Branco da Humanização” do HSJ; elaboração da “Carta de Humanização do HSJ”; realização de um inquérito a todas as direções de serviço e a profissionais, cujo objetivo era conhecer a realidade hospitalar no que respeita à humanização, e o qual se

encontra divulgado no “livro Branco da Humanização”; implementação e promoção de ações de reflexão sobre a humanização, junto das várias classes de profissionais; desenvolveu Encontros Nacionais para debate sobre temas referentes à humanização; publicação e distribuição trimestral do Boletim Informativo “Humanização”; distribuição de cartazes no hospital com temas referentes à humanização.

Atualmente, na comunidade hospitalar já se tem conhecimento deste serviço. Evidenciando-se uma ação disponível e acessível, e que já influenciou centenas de pessoas, doentes e profissionais. No seguimento do seu exercício, esperamos que o hospital de S. João agregue à eficácia técnica científica que o caracterizam, uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades dos doentes e dos profissionais, adicionada com a preocupação da valorização e do desenvolvimento dos seus profissionais, aos quais lhe é incumbida a tarefa de cuidar. Que a sua política institucional faculte as condições necessárias para o exercício das atividades diárias e que crie condições para que os que cuidam possam também ter as suas necessidades satisfeitas. De acordo com Almeida (2008), “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 humanizante” (Almeida, 2008, p.9).

O grande desafio que se coloca hoje nos serviços de saúde, não é só compreender e auxiliar no tratamento, mas sim desenvolver uma prática humanizada.

1.2 - A Humanização dos Cuidados de Saúde à Criança

Parece pertencer ao séc. XX, uma especial descoberta do mundo infantil e da sua dinâmica. Monteiro na sua obra “Direitos Da Criança: Era uma Vez...” refere que “a descoberta de que as crianças são seres humanos diferentes e de que o futuro da espécie humana se semeia na infância dos seus filhos começou apenas há alguns séculos. E o reconhecimento de que a criança é um ser humano plenamente igual aos adultos, em dignidade e direitos, é uma história muito recente” (Monteiro, 2010). Durante vários séculos a criança foi vista como “uma

miniatura do adulto” mas, lentamente foi sendo evidenciada a necessidade de garantir proteção especial à criança, melhorando as suas condições de vida e alegando para ela certos direitos imprescindíveis ao normal desenvolvimento.

É a Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada em 1989 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, que proclama a dignidade e o valor da criança como pessoa - os direitos fundamentais. Pela primeira vez a impressão “Interesse superior da Criança” aparece num texto com tão grande significado. A proclamação da Convenção dos Direitos da criança conduz a uma valorização constante das competências infantis, passando a proteção e o desenvolvimento da criança a ser uma contemplação essencial da sociedade, reconhecendo que o interesse superior da criança é o de ser respeitada e amada, principalmente no seio da sua família (Gomes Pedro, 2008).

Segundo Thomazine *et al* (2009), até 1930 os cuidados à criança hospitalizada tinham como principal objetivo prevenir a transmissão de infeções através do isolamento rigoroso. Nesta forma de tratar, não era considerada a importância do desenvolvimento e crescimento da criança, nem ponderado o impacto emocional da doença e da hospitalização na criança e nos pais. A família era afastada de qualquer envolvimento, quer com a criança, quer com os profissionais.

A partir da década de 40 começou-se a dar importância à carência afetiva na criança quando separada da mãe. Em 1945, Spitz descreve a síndrome do hospitalismo, as manifestações clínicas provocadas pelo internamento, pela separação da mãe e do seu meio familiar, juntamente com o trauma emocional e a agressão física provocado pelas técnicas de diagnóstico e intervenções terapêuticas, que provocam na criança carência afetiva, retrocesso no desenvolvimento psicomotor e afetivo e, por vezes, levam mesmo a estados depressivos (Vale *et al*, 2008).

Em 1951, Bowlby descreve os estádios sucessivos que uma criança hospitalizada atravessa quando sofre uma hospitalização prolongada e afastada da família. Este defende que é essencial para a saúde mental da criança que esta possa estabelecer uma relação contínua com a mãe. Bowlby fala também do papel das experiências de vinculação no desenvolvimento da personalidade, e segundo ele, os processos relacionados com a estrutura da personalidade são dotados de um certo grau de sensibilidade ao meio, especialmente ao meio familiar, durante os primeiros anos de vida (Bowlby, 1982).

Em 1959, a pedido do Ministério de Saúde de Inglaterra e tendo como finalidade humanizar a hospitalização da criança, é elaborado e publicado o Relatório Platt. Este é um marco nas discussões sobre o cuidado da criança hospitalizada, uma vez que desencadeou um processo de revisão e transformação das rígidas medidas previstas na assistência à criança durante a hospitalização. De entre inúmeras propostas recomendava: admissão de crianças em hospitais infantis ou unidades pediátricas; treino específico para médicos e enfermeiros que assistissem crianças, internamento hospitalar só quando não houvesse alternativa em ambulatório, horários flexíveis de visitas, introdução sistemática de atividades de recreio e educacionais e a permanência da mãe junto da criança hospitalizada (Davies *et al*, 2010).

Em maio de 1988, em Leiden, na 1ª Conferência Europeia das Associações “Crianças no Hospital” é aprovada a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada que, entre outros direitos, refere que a criança tem direito a ter junto de si os pais ou a pessoa que os substitui, durante a hospitalização, não como espectadores passivos, mas como elementos ativos na vida hospitalar (Jorge, 2004).

Também nesse mesmo ano, Anne Casey publicou o seu modelo de parceria nos cuidados que seria utilizado na prestação de cuidados pediátricos. Este defende que para assegurar o crescimento e desenvolvimento de uma criança os cuidados devem ser assentes no amor, estímulo e proteção e ninguém melhor que os pais para o fazerem. Neste sentido, considera que alguns cuidados à criança são mais bem prestados pelas famílias desde que devidamente supervisionados, do que pelos profissionais. Com este propósito Casey desenvolveu um modelo de intervenção cuidativa que identifica claramente o contributo dos pais/família nos cuidados à criança. (Casey, 1993). Desde então, o cuidar centrado na família é imprescindível no processo de assistência integral e humanizado à criança.

A criança é um indivíduo único, em processo contínuo de desenvolvimento. E os padrões de desenvolvimento podem ser muito diferentes de criança para criança dentro dos limites considerados normais. Quer no crescimento, quer no desenvolvimento, existem padrões definidos e previsíveis, que são contínuos, ordenados e progressivos. O desenvolvimento manifesta-se de diversas maneiras mas interrelacionadas como as alterações físicas, as mudanças nas capacidades perceptuais, intelectuais e linguísticas, modificações nas características da personalidade e variações nos estilos de interação social. Todas estas

características explicam-se nos diferentes tipos de desenvolvimento psicomotor, cognitivo e sócio emocional (Wilnelstein *et al*, 2006).

No que se refere ao desenvolvimento sócio emocional, pode dizer-se que, desde o nascimento a criança está apta a iniciar relações afetivas e sociais. As experiências que a criança vai desenvolvendo fortalecem o vínculo e aumentam a interação social. Rapidamente mostram capacidade de diferenciar as pessoas e os objetos, preferindo estar com pessoas familiares do que com estranhos. É através da relação precoce entre o recém-nascido e a mãe que se iniciam as relações emocionais. A criança aprende a interpretar e a transmitir informações a respeito de si própria e a mãe aprende a interpretar e a responder aos sinais da mesma. Quer o crescimento quer o desenvolvimento são influenciados tanto por aspetos genéticos e hereditários como por aspetos ambientais, nomeadamente os fatores sociais, económicos e culturais. As crianças são influenciadas pelo sistema de valores de sua família, pelo meio onde crescem e se desenvolvem (Gomes-Pedro *et al*, 2005).

Atualmente, apesar de todas as evoluções socioculturais e da rapidez com que elas ocorrem, a família nuclear permanece como o modo de organização social mais frequente nas sociedades ocidentais e continua a servir de modelo e referência, independentemente do número de pessoas que a compõem ou da forma como é configurada a sua dinâmica familiar. A família desempenha um papel fundamental e esta deve ser vista como um meio acolhedor por parte da criança, um meio capaz de garantir segurança plena e sobretudo de corresponder em tudo às suas exigências sócio afetivas. Nessa fase de vida da família, a ligação entre os seus diferentes membros surge como elemento central no processo de socialização e equilíbrio emocional, tornando-se um espaço indispensável para a sobrevivência e proteção, bem como um lugar privilegiado para a absorção dos valores éticos e humanitários e aprofundamento dos laços de solidariedade. A ausência da família, ou até mesmo a pertença a uma família desequilibrada, põem em causa o desenvolvimento integral da criança. É no meio familiar que a criança poderá ter maiores possibilidades de encontrar as condições indispensáveis ao seu desenvolvimento: amor, proteção, segurança e diversidade. Hoje é reconhecida a importância da qualidade e constância de uma família, enquanto célula primordial da sociedade, pois desempenha o alicerce fundamental para a vida e o desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, particularmente nos momentos de crise (Bettelheim, 2003).

De acordo com Monteiro (2003), em Portugal, só após a revolução de abril é que se passou a propagar uma "cultura" de encarar a criança, numa união à família e ao seu meio, mesmo quando no hospital, tornando este meio mais acolhedor, compreensivo e humano. Foi em 1977, no Hospital Pediátrico de Coimbra, que pela primeira vez se começaram a considerar instalações para os pais poderem acompanhar as suas crianças hospitalizadas. A partir de então passou a ser cada vez mais habitual o acompanhamento da criança pela mãe durante a hospitalização.

Em 1979, o problema da humanização foi abordado na reunião sobre os direitos da criança realizada pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). Nos anos 80 a secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, interessada em conhecer a problemática da humanização, realizou duas reuniões das quais resultaram recomendações que foram importantes para a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada. Em 1983, é fundado o Instituto de Apoio à criança (IAC). Quer a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), quer o Instituto de Apoio à criança (IAC), têm tido, ao longo dos últimos anos, um papel de relevo na difusão da humanização dos cuidados de saúde à criança, através da criação de legislação que protege a criança doente e sua família, na adaptação dos serviços de saúde a estas novas exigências, bem como na sensibilização dos profissionais de saúde para esta nova realidade (Vale *et al*, 2008).

A legislação em vigor faculta a presença dos pais 24 horas nos internamentos dos serviços de saúde e a sua participação nos cuidados. A Lei nº 106, de 14 de Setembro de 2009 estabelece no Artigo 2º, que a criança com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde, tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou da pessoa que os substitua. No Artigo 5º, determina que os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que esta possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação dos cuidados à pessoa internada (Ministério da Saúde, 2009).

Todas as mudanças ocorridas na sociedade dirigem-se para o respeito pela criança como ser único e distinto satisfazendo todas as suas necessidades biológicas, psicológicas e afetivas, não esquecendo que este ser se insere num meio social, familiar e cultural que não pode ser menosprezado, mas sim respeitado. Embora se possa salientar o progresso desenvolvido nas últimas décadas, no que diz respeito ao acolhimento e atendimento à criança hospitalizada, existe uma sensibilidade diferente em relação ao conceito de

criança, ao seu desenvolvimento, bem como às formas de pensar, prevenir e tratar o seu sofrimento. É amplamente reconhecido que as crianças são seres com necessidades específicas, diferenças emocionais, biológicas, sociais e culturais que exigem abordagens de cuidado diferenciadas. Porém, ainda hoje se torna importante lembrar, mencionar, recordar as características, as necessidades e os direitos da criança. Hoje, proferir que a criança no hospital está no centro das preocupações, significa que esta é sempre o sujeito e não o objeto dos cuidados. O cumprimento dos princípios enunciados na Carta da Criança Hospitalizada, juntamente com a excelência do desempenho técnico e científico, é o garante da excelência do acolhimento e da estadia da criança no hospital (Instituto de Apoio à Criança, 2007).

De acordo com Torrado da Silva a humanização 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). Ainda há muito a realizar para que os cuidados à criança hospitalizada se centrem nas necessidades da criança e família e não apenas na doença. Para que a humanização dos cuidados de saúde à criança seja uma realidade e uma prática constante nas instituições de saúde exige-se dos profissionais outra forma de pensar, de agir e de organização do trabalho. Implica que haja uma partilha de conhecimento, de domínio e de espaço, conduzindo a mudança de valores e de atitudes que seja extensivo a uma parceria exigente mas dignamente compensatória para aqueles que a vivenciam. Logo, é aos profissionais de saúde que compete fazer um esforço no sentido de união à volta de um objetivo comum e de definir rumos que apontem um horizonte que seja visto e sentido do cumprimento dos direitos da criança hospitalizada.

1.3 - O Cuidar - A Essência da Enfermagem

De acordo com Collière (1999), desde o início da humanidade que o cuidar é imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie. “Cuidar”, “tomar conta da vida” é tão vital para os homens de hoje como foi para os de ontem. Cuidar é uma das mais velhas experiências da história da humanidade, e a enfermagem encontra as suas origens na prática dos cuidados,

pelo que podemos depreender que a Enfermagem é uma profissão que surgiu com a própria vida. Ainda que seja difícil reconhecer e descrever, de forma apropriada, as origens da enfermagem, afirma-se que esta pode ser pensada como sendo a mais antiga das artes e a mais jovem das profissões (Donahue,1985).

Segundo Collière (1999, p.40), a história da Enfermagem está intimamente ligada com a “história da mulher que presta cuidados e a sua evolução. Desde o início dos tempos, até ao fim da Idade Média, a prática dos cuidados foi identificada com a mulher, é ela que “dá à luz” e que tem a responsabilidade de gerir o que mantém a vida quotidiana. O cuidar sempre foi um dever moral da mulher nas suas práticas, pelo cuidado dos mais vulneráveis, no seio das famílias e das comunidades. A partir da Idade Média, a identificação da prática dos cuidados, altera-se, passando estes a ser desempenhados pela mulher consagrada. A mulher consagrada, que presta cuidados renúncia ao mundo e dedica toda a sua vida a Deus, à Igreja, aos pobres, aos humildes e aos indigentes.

Tal como outras profissões, a enfermagem desenvolveu-se alicerçada em distintos contextos sociais, culturais, económicos, políticos, filosóficos e tecnológicos. Como refere Donahue (1985), o papel da mulher-enfermeira como mãe, o conceito de enfermagem como ocupação feminina e o desenvolvimento da disciplina até abranger pessoas não relacionadas com tais papéis, demonstram as etapas seguidas pela enfermagem até converter-se em essencial para a sociedade.

De acordo com Collière (1999), com o passar dos tempos, dá-se a dessacralização progressiva do poder político e a separação da Igreja do Estado (fim do século XIX e na primeira metade do Século XX), assistindo-se à construção do papel da mulher enfermeira. Esta começa a ser admirada com respeito, igualdade, disciplina e não como alguém submisso e determina a sua prática num papel moral e num papel técnico, com Florence Nightingale.

De acordo com Silva *et al* (2007), pode-se referir que os primeiros passos se terão iniciado com Florence Nightingale (1820-1910), durante a guerra da Crimeia, entrando na história da humanidade como a dama da lanterna. Neste período, os primeiros registos ou notas, por ela efetuados, e a utilização da observação sistemática tornam-se elementos fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Nightingale procurou que a enfermagem fosse um ideal de serviço, baseado em motivações altruístas e organizadas à volta das necessidades sociais, nomeadas como essenciais, conferindo à enfermagem um traço de profissionalismo. Assim, Florence Nightingale foi a primeira a salientar o cuidar como algo humano e de profundo sentido, observando a necessidade de

instruir uma profissionalização da enfermagem vocacionada para o cuidar. Funda em 1860, a primeira escola de enfermagem no hospital St. Thomas, em Londres, com o objetivo primordial de preparar enfermeiras hospitalares. Foi sob a sua liderança que surgiu a Enfermagem organizada, desenvolvendo-se ao ritmo das grandes correntes de pensamento marcando a evolução dos acontecimentos. Após a sua organização inicial, com o intuito de clarificar o campo profissional, a Enfermagem tem procurado abordar e estabelecer relações entre os elementos que Nightingale julgava centrais ao seu exercício: o Cuidado, a Pessoa, a Saúde, o Ambiente. Aparecendo estes elementos de forma diferente nas diversas correntes de pensamento que influenciaram a evolução da Enfermagem.

Segundo Rosado *et al* (2007), com o evoluir da ciência e da tecnologia e da medicina em particular, a percepção que a sociedade faz do profissional de enfermagem altera-se. Os médicos começam a delegar gradualmente nas enfermeiras funções, pois torna-se necessário auxílio especializado para executar todas as tarefas técnicas que a ciência proporcionou. Os cuidados de enfermagem eram, cuidar dos doentes, não colocar questões e executar tarefas repetitivas. A medicina tornou-se responsável pelo tratamento e cura das doenças e a enfermagem respondia pelos cuidados que prestava, não ao indivíduo e à sociedade, mas às instituições e à medicina, por quem era controlada.

Segundo Duarte (2002), neste modelo assiste-se à desvalorização dos problemas referenciados como “da vida” sendo a experiência subjetiva da doença, menosprezada. Dá ênfase ao curar, considera o ser humano um ser biológico, constituído por partes e tem por critério do sucesso a cura; a atenção desvia-se do doente para a doença, dando grande relevo a tudo o que se relaciona com aspetos médicos e técnicos, no papel da Enfermagem, desvalorizando todas as atividades relacionadas com os sentimentos e emoções. Esta abordagem não se adequa às necessidades do ser humano, se pretendermos que a ênfase seja dada ao cuidar e não ao curar.

De acordo Duarte (2002) cuidar e curar não são atividades paralelas, mas estão estritamente implicadas, para curar é preciso cuidar, e mesmo que não seja possível a cura, é sempre preciso cuidar. Segundo Amendoeira (2000) o cuidar e curar são conceitos interdependentes, porque são inerentes à pessoa e como tal não podem, nem devem, ser considerados em oposição. Nessa perspetiva, Pacheco (2002), expõe que para cuidar é essencial estar presente a competência técnica e a sensibilidade afetiva.

Até muito recentemente, os conhecimentos e técnicas aplicadas aos enfermeiros durante a sua formação profissional, eram fundados no modelo biomédico. Esta compreensão da enfermagem está ainda enraizada na nossa sociedade, pertencendo aos enfermeiros a responsabilidade pela alteração deste conceito, através das suas ações como profissionais e também como teóricos (Amendoeira, 2006).

Foi através do desenvolvimento da formação que foi possível progredir para uma nova dimensão de enfermagem, como ciência e como profissão, tendo sido um longo caminho até à sua afirmação. Houve mudança de paradigma, para um modelo humanista, tomou-se consciência que a prática da enfermagem, é dirigida para as pessoas, e são estas, a razão de ser da sua existência. A mudança de atitude consistiu essencialmente no enunciar os elementos que, verdadeiramente constituem o bem-estar das pessoas. Pessoas conscientes, que se apresentam como “corpo”, mas o que as caracteriza realmente é a sua essência humana. A pessoa é, segundo Renaud (1994, p.12), “um ser consciente, aberto ao mundo através do corpo”. Esta consciência que se abre ao mundo, num determinado tempo e situação, é o que caracteriza o essencial da realidade humana.

Nesta perspetiva, as escolas de Watson e Leininger propõem a Enfermagem como uma disciplina científica e humanista, à procura de um delicado equilíbrio entre o conhecimento científico e uma prática humanizadora. Surge assim, a escola do “caring” que tem por fim na sociedade, cuidar da totalidade da pessoa humana. A teoria e o modelo de Leininger ampliam a conceção dos cuidados de enfermagem e dos clientes que deles usufruem, ao trazer para o domínio da enfermagem profundos conhecimentos antropológicos e culturais, contribuindo para o despertar de importantes aspetos ligados à prática profissional.

De acordo com Watson (2002), a enfermagem vem sendo edificada à luz de uma base humanista de atenção, que busca significado na existência do ser humano. A essência da enfermagem constrói-se a partir da relação com o outro, e é através do cuidado com a pessoa e com a vida, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional. A enfermagem é compreendida como uma ciência e uma arte, a arte de cuidar; a sua essência são os cuidados às pessoas, integrados num modelo holístico, em que a pessoa é um todo não podendo ser desagregado em partes.

Watson (2002) define a enfermagem como sendo “uma ciência humana de pessoas e de saúde humana - experiências de doença que são mediadas pelas transações humanas do cuidar profissional, pessoal, científico, estético e ético”

(Watson, 2002, p.96). Na sua perspetiva a preservação do cuidado humano é crucial para a enfermagem e para os atuais sistemas de saúde, que são cada vez mais técnicos e despersonalizados. O ato de cuidar é o ideal moral da enfermagem, tendo como principais objetivos a proteção e a preservação da dignidade humana, envolvendo valores, vontade e conhecimentos.

Numa perspetiva holística, em que os cuidados de enfermagem se encontram centrados no utente como sujeito, onde se dá ênfase ao cuidar, é crucial a relação de ajuda que se estabelece entre o utente e o enfermeiro, sendo uma forma de atenuar o carácter profissional dos cuidados de enfermagem. Cuidar do ser é despertar para a nossa verdadeira natureza e iniciar a exploração dos nossos infinitos recursos inferiores. De acordo com Moniz (2003) cuidar é “um verdadeiro encontro com o outro, um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencia por abertura, compreensão e confiança” (Moniz, 2003, p.26).

Segundo Vieira (2007), em Portugal, o exercício da profissão de enfermagem remonta a finais do séc. XIX, sendo a partir da segunda metade do séc. XX que mudanças realizadas a nível das competências começaram a ser exigidas aos enfermeiros e, por isso, o seu nível de formação académica tem vindo a traduzir-se numa prática cada vez mais complexa e diversificada, permitindo por sua vez, à organização profissional de enfermagem, ganhar espaço para a afirmação da identidade, reivindicando autonomia e competências próprias. Desde a criação da Ordem dos Enfermeiros, a profissão de Enfermagem possui um quadro de referências, que assenta no Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros; no Código Deontológico do Enfermeiro; nos Padrões de qualidade; enquadramento conceptual, enunciados descritivos e no Modelo de desenvolvimento profissional.

O Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros constituiu-se como base essencial para devolver à profissão a responsabilidade de autorregulação, iniciando um novo ciclo, que aponta claramente para princípios de atuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais. O código deontológico do enfermeiro expõe no 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” (Código Deontológico do Enfermeiro, p.72). O enfermeiro deverá ter uma prática

profissional, ética e legal, baseada nestes documentos, que citam os direitos e deveres dos profissionais de Enfermagem e que regem o exercício da profissão.

Com o modelo de desenvolvimento profissional, perspectiva-se uma grande mudança na profissão de enfermagem, sendo um dos seus fundamentos o apoio assistencial ao longo do ciclo vital, que impõe competências gerais, mas também apropriadas a cada fase etária, bem como respostas organizativas inovadoras, o que toma esta questão relevante na definição das necessidades específicas de formação e de desempenho dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Este processo, do passado até ao presente, ajuda a refletir sobre o sentido original dos cuidados e a delimitar o objetivo da prática profissional: o Cuidar. Porém, o cuidar é contextual, relacional e existencial. Desse modo, o mais importante é a nossa prática diária, isto é, os saberes aplicados a um cuidar verdadeiro, através da reflexão e utilizando princípios éticos de maneira a proteger os direitos e individualidades de cada um. Isto implica pôr na prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado.

1.4 - O Cuidar nos Cuidados Intensivos de Pediatria

As Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas (UCIP) dedicam-se à assistência intensiva integral e continuada à criança criticamente doente, independentemente da origem da sua doença, tendo como objetivo proporcionar cuidados ótimos às crianças gravemente doentes, instáveis ou potencialmente instáveis, que necessitam de pessoal especializado e equipamento específico da UCIP (Ruza, 2003).

Estes serviços criaram novos e contínuos desafios na prática dos cuidados de enfermagem, o rigor e a qualidade exigida nestas unidades tornam o trabalho de equipa imprescindível ao êxito. Assim, toda a equipa prestadora de cuidados à criança em estado crítico deve ter como objetivo último: a “Excelência do Cuidar” (Código Deontológico do enfermeiro, 2009, p.5).

Cuidar em cuidados intensivos pediátricos reveste-se de algumas particularidades, sendo o ambiente desconhecido e hostil, não tanto para as crianças que não estão, a maior parte das vezes, conscientes do ambiente que as rodeia, mas muito para os pais/familiares que são confrontados com um meio

tecnicista e constrangedor. A admissão de uma criança num serviço de cuidados intensivos provoca na família sentimentos de impotência, medos e ansiedade, culminando com o desequilíbrio emocional, destabilização e crise familiar. Segundo Girardon-Perlini (2009), a família desenvolve sentimentos de dor e insegurança, ao conviver com a possibilidade de morte iminente e rutura familiar. É neste ambiente estranho, quer para as crianças quer para os pais, que juntos terão de ultrapassar este período de crise.

A doença surge como um mal-estar, gerador de sofrimentos e desajustes nas relações e na construção dos valores da família. Assim, ao ter um elemento da família a dar entrada num serviço de cuidados intensivos, esses sentimentos potencializam-se, principalmente pelo inesperado e pela ameaça presente na situação. É comum as pessoas não aceitarem a ideia de sofrimento, dor e doença, na infância e adolescência, visto que esta fase remete a idealização de saúde plena e expectativas de futuro sem maiores dificuldades. Essa expectativa não se sustenta ao observarmos a realidade, na qual pode ocorrer agravamento da saúde da criança e do adolescente. De entre eles, estão as urgências/emergências pediátricas e várias outras situações que acometem a criança/adolescente e que levam ao internamento nas unidades de cuidados intensivos.

Hoje em dia é possível uma maior sobrevivência de crianças gravemente doentes, quer pelo avanço tecnológico e medicamentoso, quer pelo empenho de uma equipa multiprofissional, na qual os enfermeiros têm um papel preponderante na vigilância e tratamento da criança, 24 sobre 24 horas. São exigidos ao enfermeiro conhecimentos e perícia que lhe permitam passar do simples registo de valores para a interpretação e análise dessa informação, de forma a prevenir e minimizar complicações. O suporte tecnológico destas unidades não substitui uma observação rigorosa, nem a satisfação das necessidades de conforto, atenção, afeto e respeito pela criança/família. Assim, o cuidar em cuidados intensivos, jamais deve ser visto como apenas algo técnico, mas como algo mais profundo, tanto do ponto de vista de quem cuida, como de quem é cuidado.

Logo que estabilizada a criança deve ser permitida a entrada dos pais sendo-lhes explicada a dinâmica do serviço e tudo o que envolve os cuidados à criança, nomeadamente a necessidade de ventilação e monitorização. O acolhimento inicial feito aos pais na UCIP é extremamente importante nas expectativas formadas, reduzindo medos e ansiedade, bem como na construção de uma relação de ajuda (Maestri *et al*, 2011).

Medo, ansiedade e frustração são sentimentos habitualmente expressos pelos pais. O medo e a ansiedade estão muitas vezes relacionados com a gravidade da doença e os tipos de procedimentos envolvidos, bem como com as restrições financeiras e as atenções que os irmãos da criança requerem. A frustração decorre do processo de hospitalização e de sentimentos de impotência face à incapacidade de resolver o problema (Maruiti *et al*, 2008; Frizon *et al*, 2011).

Estes sentimentos aliados à falta de informação em relação aos procedimentos e tratamentos provocam-lhes ainda mais preocupação. Os enfermeiros desempenham um papel importante no sentido de combater estes sentimentos. Os pais são indivíduos com as suas características e necessidades próprias, tal como a criança doente. Não existe uma fórmula fácil ou uma abordagem certa e ideal para todos os pais, para os ajudar a adaptarem-se. O enfermeiro deve fazer uma avaliação individual e agir de forma a estabelecer um ambiente de confiança, ajudando-os a lidar com os seus receios, angústias e ansiedades. É preciso que esteja sempre presente o acolhimento e a disponibilidade, o dar o seu tempo, dar a sua competência, os seus saberes, o seu interesse e a sua capacidade de escuta e compreensão. No acolhimento deve-se celebrar um laço de confiança na relação o que facilita que as famílias se sintam escutadas, entendidas e partilhem a responsabilidade de cuidar de si e dos restantes membros familiares (Maestri *et al*, 2011).

Estas atitudes são importantes na Pediatria, nomeadamente em cuidados intensivos, em que se pode considerar as crianças e os pais como mutuamente dependentes dos cuidados de enfermagem. De acordo com Zen *et al* (2008), a prática assistencial nos cuidados intensivos pediátricos requer cuidados especializados à criança, bem como aos pais que defrontam uma situação de stress e insegurança quanto à vida do seu filho. O enfermeiro deve apresentar-se, demonstrar simpatia, tranquilidade e disponibilidade para ouvir. Deverá esclarecer as dúvidas que lhe são colocadas, utilizando uma linguagem apropriada, compreensível, evitando excesso de informação e permitindo que os pais expressem o que pensam e sentem, incentivando-os a falar (Soares *et al*, 2008).

Os pais das crianças têm o direito a que lhes sejam comunicadas todas as informações referentes ao estado do seu filho, nomeadamente informação sobre todos os cuidados de enfermagem que estão a ser realizados e sobre a evolução do estado da criança, realçando os aspetos positivos. São os enfermeiros que mais tempo permanecem junto da criança/pais, pelo que a relação que entre eles se estabelece tem um carácter único. É aos enfermeiros que os pais se dirigem mais

quando necessitam de alguma informação, mesmo que esta diga respeito ao diagnóstico e prognóstico, devendo o enfermeiro assumir um papel de mediador entre os pais e o médico, no sentido de esclarecer e clarificar dúvidas e consequentemente tranquilizá-los (Jorge, 2004).

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e os pais deve possuir todas as qualidades fundamentais de uma verdadeira relação de ajuda, onde o enfermeiro pode utilizar todas as suas competências, sobretudo a capacidade de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia. Ao enfermeiro que lhe está incumbida a responsabilidade de cuidar, deve aplicar cuidados personalizados e eficazes e a relação de ajuda ou comunicação terapêutica não é uma característica da profissão de enfermagem, é sim a condição necessária da eficácia dos cuidados. Segundo Chalifour (2008) a relação de ajuda é um fator que concorre para o acompanhar da criança/família no processo de adaptação à doença ou à morte.

O estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e os pais implica, também a capacidade de comunicação tanto verbal como não-verbal, que é um dos elementos básicos da convivência humana. Comunicar, ou saber comunicar é humanizar, sendo cada vez mais importante que o enfermeiro seja capaz de se colocar no lugar dos pais, nunca esquecendo que estes estão numa situação de perda ou de dependência. Por outro lado, o saber escutar, estar disponível, esclarecer as dúvidas sem fazer juízos de valor, favorecem o desenvolvimento de um sentimento de segurança e de confiança nos pais. Para se estabelecer uma comunicação eficaz o enfermeiro deve ser capaz de saber ouvir, mostrar disponibilidade, identificar os seus sentimentos e tentar reconhecer a pessoa com quem pretende comunicar, não emitindo preconceitos ou juízos de valor, utilizar o silêncio, a serenidade, esclarecimento e a coerência nas mensagens que transmite aos pais. A eficácia na comunicação entre enfermeiros e pais reduz a ansiedade, aumenta a aceitação da doença e hospitalização da criança, facilitando o processo de tratamento (Sabatês *et al*, 2005).

Os enfermeiros devem demonstrar o seu interesse, a sua capacidade de escuta e, muito importante, a sua compreensão empática e o seu respeito. Para que a escuta seja eficaz, o enfermeiro deverá mostrar disponibilidade, dedicar do seu tempo para poder escutar atentamente, abstraindo-se dos seus problemas, preconceitos, juízos de valor, acerca da pessoa que está a necessitar de ajuda. Ao mostrar disponibilidade para escutar os pais, ajudámo-los a exteriorizar as suas emoções, identificar os seus problemas e necessidades, tentando encontrar um

mecanismo de ação para a resolução do problema em causa. Segundo Beirão (2000), o escutar é um instrumento essencial à relação de ajuda que cada um de nós deve desenvolver, é captar o significado profundo daquilo que ouvimos.

A empatia é considerada uma das atitudes fundamentais no estabelecimento da relação de ajuda e implica a adoção do ponto de vista do outro, para melhor o compreender e ajudar (Phaneuf, 1995). O desenvolvimento de uma atitude empática exige ao enfermeiro um investimento pessoal muito sério para que se consiga manter uma atitude de ajuda efetiva, essencial ao cuidar em enfermagem. A empatia tem como finalidade última compreender e manifestar essa compreensão, verbal ou não verbalmente, criando-se assim sentimentos de aproximação, de “estar com” os pais. De acordo com Gomes *et al* (2005), o relacionamento empático transmite à família disponibilidade para tirar dúvidas, bem como, compartilhar os cuidados respeitando a sua escolha.

O respeito, que deverá estar presente nesta relação enfermeiros/pais, exprime-se mais através dos atos do que das palavras, manifestando-se através da aceitação do outro como ser único, com todos os seus valores e atitudes. Respeitar um ser humano é acreditar que ele é único e irrepetível, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial. A esse propósito Lazure (1994) afirma que “respeitar o ser humano é acreditar profundamente que ele é único e que devido a essa unicidade só ele possui potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória” (Lazure, 1994, p.214). Afastar os juízos críticos, evitar paternalismos, assegurar uma presença física muito atenta, interessar-se pelo que os pais estão a viver e a sentir, fornecer informações, são formas que o enfermeiro tem para demonstrar que acredita que estes pais são únicos, e que tem o direito a ser respeitados.

Embora numa primeira fase os cuidados de enfermagem sejam centrados na criança doente e no equilíbrio das suas funções vitais, não devemos esquecer a parceria de cuidados. O Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem baseia a sua filosofia nos cuidados centrados na família, concretizada numa comunicação efetiva, envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados com a família. Os cuidados de enfermagem no âmbito desta especialidade caracterizam-se pelo reconhecimento das capacidades e forças da família enquanto recurso de intervenção, a sua integração nos cuidados e promoção da autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, quanto possível,

devemos motivar os pais a participarem na prestação de cuidados diretos ao seu filho (cuidados de higiene, mudança de fralda, posicionamentos, ...), ajudando-os a perder o receio inicial e a se sentirem adequados nos seus papéis de pai e mãe. Só quando existe este envolvimento entre os familiares que prestam cuidados e profissionais de saúde é que se promove a recuperação da criança doente. Segundo Carneiro (2010), a eficácia dos cuidados à criança impõe o envolvimento absoluto dos pais ou dos seus substitutos e o reconhecimento da importância das funções que realizam.

Os pais que vivenciam a experiência de ter um filho em risco de vida apresentam características, medos e valores individuais próprios e necessitam de ser tratados de acordo com a sua unicidade. Na perspectiva do cuidado humanizado e individualizado em saúde, devemos entender que cada família desenvolve uma maneira única de enfrentar a situação, não havendo espaço para padronizações ou generalizações, no que respeita ao modo de lidar com cada uma das famílias. Por isso, a necessidade e a importância de se procurar estratégias para melhor compreender a família, perceber seus comportamentos e sentimentos é essencial. Quando os pais conhecem profissionais preocupados em ouvi-los e compreendê-los, dá-se, o primeiro passo para o suporte adequado às necessidades de cada família e uma forma de humanizar o cuidado à criança hospitalizada.

CAPITULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação é um processo sistemático assente numa base racional, cujo propósito é o de promover e validar novos conhecimentos. O facto de produzir novos saberes e de clarificar e validar conhecimentos previamente existentes, permite que possa ser utilizada numa diversidade de disciplinas (Fortin, 2003).

A enfermagem como disciplina em evolução e em constante procura de melhoria dos cuidados ministrados encontra na investigação contributos preciosos, com o objetivo de atingir a excelência dos cuidados que são prestados à população. Contemporaneamente, a enfermagem está consciente da importância da investigação científica para o desenvolvimento da profissão enquanto ciência. Reconhecendo-lhe o seu valor ao fortalecer e fundamentar o seu nível de saber, ao contribuir para o exercício da suas competências com autonomia saber e responsabilidade, ao conduzir a um melhor cuidar e engrandecendo deste modo a sua visibilidade social, ao evidenciar e consolidar os alicerces sobre os quais recai a sua prática.

Ao longo deste capítulo descrevem-se os procedimentos metodológicos realizados e as justificações para as opções tomadas, no sentido de responder à questão de partida da presente investigação. Segundo Fortin (2003), esta etapa do projeto de investigação é revestida de um caráter concreto, que comporta a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, o recrutamento dos participantes e a escolha dos instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados de modo a assegurar a credibilidade dos resultados.

Formalmente este capítulo encontra-se estruturado em cinco subcapítulos: questão de investigação e objetivos do estudo; tipo de estudo; caracterização do campo de estudo; procedimentos metodológicos e considerações éticas.

2.1 - Questão de Investigação e Objetivos do Estudo

Elaborar um estudo de investigação compromete o investigador para a escolha de um tema preciso e claro a investigar. Inerentes ao processo de investigação encontram-se as perguntas de partida e orientadoras, as quais ajudam o investigador a expressar sucintamente o que procura entender.

Como nos diz Fortin (2003) “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado” (Fortin, 2003, p.48). [Adebo (1974) cit. por Fortin (2003; p. 48)] define problema de investigação como “uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação”.

Atendendo a uma preocupação pessoal, emerge a problemática da humanização dos cuidados de enfermagem, tendo em conta que a minha experiência profissional acontece num contexto caracterizado por um ambiente de grande dependência tecnológica que determina nos enfermeiros um ênfase sobre a técnica, podendo fazer esquecer a relação com o doente e família e conduzir à prestação de cuidados parciais e despersonalizados.

De acordo com Fortin, (2003) “a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente (...) a população a estudar” (Fortin, 2003, p.101). Tendo em conta que, com o estudo a realizar, pretendemos conhecer a realidade da humanização dos cuidados de enfermagem prestados numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria na opinião dos pais e dos enfermeiros, surge a seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros e dos pais das crianças internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria perante a humanização dos cuidados?

Segundo ainda a mesma autora, o objetivo de um estudo permite orientar a investigação, indicando o seu porquê, sendo este “... um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo” (Fortin, 2003, p.40). Para esta investigação foram delineados os seguintes objetivos:

- Conhecer a opinião dos pais das crianças sobre a humanização na prestação de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria;

- Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a humanização na prestação de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria;
- Identificar as atitudes que caracterizam e promovem a humanização dos cuidados de enfermagem;
- Identificar as intervenções de enfermagem que caracterizam e promovem a humanização dos cuidados.

2.2 - Tipo de Estudo

Num processo de investigação é necessário recorrer a métodos e técnicas de pesquisa e análise adequados para explicarem a realidade que constitui o objeto de estudo. O presente estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, pois pretende-se um conhecimento amplo e vasto da realidade a investigar, no seu ambiente natural. De acordo com Fortin (2003) na investigação qualitativa, o investigador preocupa-se com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. O objetivo dos métodos qualitativos é o descrever ou interpretar, mais do que avaliar.

É um estudo exploratório, descritivo, uma vez que se pretende aprofundar um fenómeno ou conceitos relativos a uma população, não contemplados de forma satisfatória anteriormente e discriminar os fatores que eventualmente possam estar associados (Fortin 2003). Segundo Polit *et al* (2004) “a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado”(Polit *et al*, 2004, p.34). É transversal porque pretendemos estudar um fenómeno presente num dado momento da investigação (Fortin, 2003).

2.3 - Caracterização do Campo de Estudo

Segundo Fortin (2003), o investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha. O local onde a investigadora exerce a sua

atividade profissional foi eleito como campo de estudo. Esta escolha fundamenta-se no facto de a investigadora ter neste local uma relação de proximidade, o que auxilia todo o processo de investigação, facultando o acesso ao campo e aos participantes e promovendo uma maior colaboração, e por ter sido nele que surgiram as inquietações que motivaram o estudo.

O estudo foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos de um Hospital Central. Este serviço esteve integrado no SU de Pediatria desse mesmo hospital até 1998, altura em que se tornou num serviço independente. Passou por diversas remodelações nos últimos anos, estando a funcionar nas atuais instalações desde 2010. Presta assistência a lactentes, crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 29 dias e os 17 anos e 364 dias de vida, em estado crítico, com patologia médica ou cirúrgica e necessidade de internamento em cuidados intensivos. Constituindo o centro de referência da região Norte para doentes traumatizados, neurocirúrgicos e cardíacos, recebe frequentemente doentes provenientes de toda a zona norte, além de prestar assistência a doentes da sua área direta de influência.

Esta Unidade dispõe de uma sala de internamento ampla com lotação atual de seis camas mas com espaço físico para dez camas. Das seis camas, duas são em quarto de isolamento com capacidade de pressurização por pressão negativa ou positiva. No centro da Unidade situa-se a sala de enfermagem, proporcionando assim uma melhor visualização e vigilância dos doentes. Dispõe, ainda, de zonas de apoio, as quais passamos a citar: sala dos médicos; gabinetes individuais, destinados ao Diretor de Serviço, ao Enfermeiro Chefe e à funcionária administrativa; salas de armazenamento de materiais e equipamentos diversos; um quarto para o médico com casa de banho individual; uma copa de apoio aos doentes; uma copa de apoio aos profissionais; duas casas de banho para os profissionais e uma sala de espera destinada aos pais e visitas, equipada com cadeirões para poderem repousar e com casa de banho incorporada.

A equipa médica é constituída por seis pediatras com experiência na área de cuidados intensivos pediátricos, onde se inclui o Diretor de serviço, e por uma anestesista com experiência em pediatria. Colaboram ainda, com a equipa, uma pediatra e uma cardiologista pediátrica.

A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe, Especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e por mais 22 enfermeiros, dos quais 12 (54,5%) são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 (4,5%) é especialista em Enfermagem Médica Cirúrgica e 9 (41%) são enfermeiros

generalistas. É uma equipa com experiência em pediatria intensiva, com experiência profissional média de (11,8) anos, correspondendo na sua grande maioria, o tempo de experiência profissional neste serviço ao tempo de exercício profissional. A média de idade é de (30,6) anos. Fazem parte ainda, desta equipa, seis auxiliares de ação médica e uma administrativa.

Para aceder ao campo de estudo foi inicialmente contactado de forma informal o Enfermeiro Chefe, em exercício de funções na data de início desta investigação e o Diretor de Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria. Posteriormente foi efetuado um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração e ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João - EPE, os quais foram deferidos.

2.4 - Procedimentos Metodológicos

Nesta fase metodológica o investigador determina os métodos a utilizar, de forma a obter resposta à questão de investigação colocada ou formulada, definindo a população e escolhendo os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados. É uma fase decisiva num trabalho de investigação pois só através da utilização de métodos adequados é possível percorrer o caminho para alcançar os objetivos traçados, conferindo validade científica à investigação (Fortin, 2003).

Deste estudo fazem parte duas populações distintas, uma relativa aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, e uma outra, relativa aos pais cujos filhos se encontram internados neste mesmo serviço. Iremos estudar as duas populações separadamente, como apresentaremos posteriormente.

Apesar de ser uma investigação de natureza predominantemente qualitativa, evidenciou-se no plano das metodologias mais adequado recorrer a estratégias qualitativas e quantitativas. Embora consideremos a entrevista como sendo o instrumento de colheita de dados de eleição, tanto para os pais como para os enfermeiros, optamos pela aplicação de um questionário aos pais, atendendo que os pais são um grupo vulnerável face ao investigador, enfermeiro que cuida do seu filho, evitando deste modo constrangimentos ou falsas declarações. Por sua vez, este método facultá-nos aceder a um maior número de participantes, que mesmo

não sendo representativos da população em estudo, permite-nos ter uma visão mais alargada do fenómeno. O facto de as suas opiniões serem absolutamente anónimas possibilita-nos uma maior fidedignidade dos dados obtidos.

2.4.1 - Os Enfermeiros

Nesta parte do estudo pretendemos explorar e descrever a perceção dos enfermeiros sobre a humanização do cuidar na Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, onde exercem a sua atividade profissional.

2.4.1.1 - População e Amostra

Num processo de investigação é imprescindível selecionar a população alvo que “compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (Fortin, 2003, p.41). Nesta fase do estudo, a nossa população alvo é constituída por todos os enfermeiros que exercem funções na Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria do hospital de S. João EPE.

A amostra é um subgrupo da população sendo que deve ser representativa da mesma. De acordo com Fortin, (2003) “é o conjunto de sujeitos retirados de uma população”, com as mesmas características da população visada, sobre a qual se faz o estudo (Fortin, 2003, p.363).

O método de amostragem aplicado foi a amostragem não probabilística, “um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 2003; p.208).

Assim, a técnica de amostragem aplicada neste estudo para a seleção dos enfermeiros foi a amostragem por seleção racional, uma vez que estes foram escolhidos intencionalmente. Segundo Fortin (2003) “...é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico...” (Fortin, 2003, p.209).

A nossa população de enfermeiros é constituída por um total de 23, mas na impossibilidade de entrevistar todos e no sentido de dar resposta aos objetivos do estudo, consideramos importante definir critérios de inclusão e exclusão. Foram definidos como critérios de inclusão: ser enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria; ser chefe de equipa; e após serem devidamente informados aceitaram participar no estudo. Para nos permitir obter uma perspetiva mais enriquecida e alargada relativamente às suas vivências e opiniões sobre o contexto do presente estudo, consideramos ser importante ser especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e ser chefe de equipa, uma vez que implica maior experiência profissional. Quanto aos critérios de exclusão determinamos o envolvimento no presente estudo e a não prestação de cuidados diretos às crianças e suas famílias. Destes critérios resultou uma amostra constituída por cinco enfermeiros.

2.4.1.2 - Instrumento de Recolha de Informação

Os fenómenos em estudo devem ser traduzidos em conceitos que possam ser mensurados, registados. A escolha ou elaboração de um método de colheita de dados é mais um desafio que se coloca durante o processo de investigação (Polit, 2004; p.248).

A entrevista é um método frequentemente utilizado nos estudos exploratórios descritivos e, como já referido anteriormente, pareceu-nos na nossa perspetiva ser o instrumento de colheita de dados mais indicado para a população constituída pelos enfermeiros. Segundo Fortin (2003) “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (Fortin, 2003, p.245).

Com a entrevista pretende-se compreender o significado dado a um acontecimento ou fenómeno na perspetiva dos participantes (Fortin,2003, p.245). Pelo facto de existir entre o investigador e os participantes uma relação de proximidade, pensamos ser vantajoso na abolição de barreiras comunicacionais, facilitando a livre expressão de opiniões, originando uma abordagem mais exploratória e mais rica.

A entrevista pode ter vários tipos de estruturação. Optamos por uma entrevista semiestruturada, constituída por três questões abertas, favorecendo

assim a livre expressão do pensamento, permitindo-nos, compreender o significado dado ao tema em estudo, na perspectiva dos participantes. Segundo Polit *et al* (2004) na entrevista semiestruturada o investigador recorre a um guião pré elaborado onde estão os tópicos que este pretende desenvolver e encoraja o participante a falar livremente.

Este guia auxiliou-nos nas questões a colocar, organizando-as cronologicamente e orientando-nos sobre qual a informação a ser mais aprofundada. Para a validação deste guião efetuamos um pré-teste, entrevistando uma enfermeira que fazia parte da população mas não da amostra, com o objetivo de determinar a imparcialidade e clareza, e se as questões eram adaptadas à colheita de informação que se pretendia. Como não ocorreram dúvidas, este foi aplicado como guião final (ANEXO I)).

Quanto às questões colocadas, certificamo-nos que estas foram facilmente compreendidas.

2.4.1.3 - Procedimento para Recolha e Tratamento dos Dados

Os participantes da nossa amostra foram antecipadamente questionados sobre o interesse da sua participação e colaboração no estudo, tendo sido informados sobre os objetivos e finalidades do mesmo, obtendo-se desse modo o consentimento livre e esclarecido de cada um deles (ANEXO II).

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e da investigadora, tendo ocorrido entre os meses de março e maio de 2011 e tiveram uma duração que variam entre 15 e 45 minutos. Foram realizadas no gabinete do enfermeiro chefe, na ausência deste mas com a autorização do mesmo, de modo a obter-se um ambiente calmo e sem interrupções. Foram realizadas fora do horário de serviço da investigadora e dos enfermeiros participantes. No início da entrevista, e após garantida mais uma vez a sua confidencialidade, foi solicitada a autorização para a gravação da entrevista, pedida autorização para a sua transcrição e divulgação de partes no âmbito deste estudo, assegurando o anonimato e a eliminação da gravação após a sua transcrição. Ao longo da entrevista houve, por parte da investigadora, a preocupação em respeitar as técnicas de comunicação, mantendo uma postura de escuta ativa, dando tempo e espaço para o participante refletir e responder,

utilizando o guião da entrevista como auxiliar de memória e tendo sido acrescentadas algumas questões que pareceram pertinentes, no momento, para clarificar conceitos. No término da entrevista foram manifestados os devidos agradecimentos pela disponibilidade e colaboração dispensada.

As entrevistas foram recolhidas com recurso a gravador áudio, posteriormente transcritas para suporte de papel, tendo o cuidado de respeitar na íntegra as palavras utilizadas pelos participantes. Depois de transcritas estas foram cedidas a cada um dos participantes, de modo a que estes validassem a informação nelas transcritas, o que se verificou. As entrevistas foram codificadas pela letra E e numeradas de 1 a 5, (E1, E2,E3,E4,E5) de modo a facilitar a sua análise e garantir o anonimato.

Como principal metodologia de tratamento de dados utilizamos a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2002) é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”(Bardin, 2002, p.38). As etapas de análise de conteúdo de acordo com este autor, organizam-se à volta de “três polos cronológicos”: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na fase de pré análise tivemos o primeiro contacto com as entrevistas através de uma leitura flutuante e posteriormente através de uma leitura mais cuidada, de modo a excluir partes do texto que não tivessem interesse para a investigação ou que fossem suscetíveis de identificação, resultando o *corpus* da análise. Posteriormente procedeu-se a nova leitura pormenorizada das entrevistas, procedimento que nos ajudou a esclarecer de forma progressiva as diferentes partes que constituem o *corpus*, tentando descobrir as ideias gerais que estão por trás das opiniões dos entrevistados. Este processo permitiu-nos organizar de forma sistemática o material reunido, facilitando a sua leitura e compreensão.

A segunda fase - exploração do material, consiste no desenvolvimento de um sistema de codificação. Segundo Bardin (2011), corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto, seguindo regras precisas, transformação esta que esclarece sobre as características do texto. A exploração do material envolve as tarefas de codificação, onde a escolha das unidades (recorte) e a escolha de categorias (classificação) pretendem aplicar as decisões da pré-análise. A categorização surgiu da análise realizada às leituras exaustivas do corpus das entrevistas, de onde foram extraídas as unidades de registo e de contexto. Na realização da categorização foram tidas em conta as seguintes características:

exclusão mútua, condição que implica que cada elemento não possa existir em mais do que uma categoria; homogeneidade, que apela a um só princípio de classificação; pertinência, isto é, que a categoria escolhida se adapte ao material de análise; a objetividade e fidelidade, devendo-se evitar inferências e distorções; produtividade, ou seja, que o conjunto de categorias forneça dados férteis.

2.4.2 - Os Pais

Como já referido anteriormente, embora esta seja uma investigação de carácter qualitativo, recorreremos a uma metodologia quantitativa para a colheita dos dados relativos aos pais das crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria.

2.4.2.1 - População e Amostra

Na impossibilidade de questionarmos todos os pais, selecionamos uma amostra constituída pelos pais das crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria e que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: pais que estiveram a acompanhar os seus filhos na unidade no período projetado para a recolha de dados, entre março e maio de 2011, e cujo internamento tenha sido superior ou igual a 72 horas. Estes critérios de inclusão foram estabelecidos porque consideramos que deste modo podemos aceder a um conjunto de informação resultante de um grupo de pais com características e experiências minimamente uniformes e satisfatórias para uma opinião fundamentada e dentro das contingências inerentes ao serviço o número de camas reduzido (seis).

Para a seleção da amostra constituída pelos pais, a técnica de amostragem utilizada pela investigadora foi a amostragem acidental. De acordo com Fortin (2003) esta “...é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso...” (Fortin, 2003, p.209). Trata-se de uma amostragem não probabilística, “um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de

ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 2003; p.208). Resultou uma amostra constituída por 32 pais. Temos consciência que esta não é estatisticamente representativa da população em estudo, considerando que em 2011 se realizaram 289 internamentos na UCIP.

2.4.2.2 - *Instrumento de Recolha de Informação*

Como já referido anteriormente decidimos abordar os pais através de um questionário. Segundo Fortin (2003), o questionário é um método de colheita de dados de respostas escritas pelos sujeitos, que traduz os objetivos do estudo, ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, permitindo que as informações sejam colhidas de uma forma rigorosa, com um melhor controlo dos enviesamentos. De acordo com a mesma autora, a sua elaboração “...requer da parte do investigador um conhecimento aprofundado do objetivo do estudo, do nível de conhecimentos existente sobre o fenómeno em estudo e da natureza dos dados a colher...” (Fortin, 2003; p.250).

Para a construção do questionário recorreu-se a pesquisa bibliográfica e a outros questionários já desenvolvidos e aplicados a serviços de adultos pelo serviço de Humanização do Hospital de S. João EPE, tendo sido adaptado por nós à realidade pediátrica e ao contexto de cuidados.

Após o primeiro esboço do questionário, este foi colocado à discussão com peritos na área, nomeadamente os orientadores da investigação. Após algumas correções foi elaborado um questionário piloto. Com o objetivo de avaliar a sua eficácia e pertinência, este foi sujeito a um pré teste, tendo sido aplicado a cinco pais que possuíam as mesmas características da amostra e que foram excluídos do estudo. Com a sua aplicação verificou-se que as questões utilizadas eram compreensíveis, não apresentando ambiguidades, foi fácil o preenchimento, em tempo adequado e permitiu-nos colher as informações desejadas.

È constituído essencialmente por duas partes, na primeira parte pretende-se uma caracterização sociodemográfica da amostra, na segunda parte pretende-se a opinião e a perceção dos pais quanto às atitudes e intervenções relativamente aos cuidados de enfermagem prestados durante o internamento dos seus filhos. É composto por questões de escolha fixa, questões dicotómicas e questões de escolha múltipla (ANEXO III).

2.4.2.3 - Procedimento para Recolha e Tratamento dos Dados.

A recolha de dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2011, após aprovação do Conselho de Administração e da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João, para a realização do estudo. Os questionários, juntamente com as declarações de consentimento informado, foram entregues pela investigadora a cada um dos participantes, individualmente, tendo sido previamente solicitada a sua colaboração voluntária, informado sobre o interesse da sua participação e colaboração no estudo, bem como dos objetivos e finalidades do mesmo.

Para o seu preenchimento foi disponibilizado a cada participante espaço com privacidade e tempo, e solicitado que, após o seu preenchimento, o formulário fosse colocado individualmente numa caixa em acrílico lacrada, existente na sala de pais para esse efeito, garantindo o anonimato.

Após a recolha dos questionários dos participantes no estudo, foi-lhe atribuída numeração para facilitar a introdução dos dados em suporte informático. A análise dos dados foi efetuada utilizando o programa de análise estatística SPSS v19 para MacOS (Statistical Package for Social Sciences). Na análise descritiva da amostra foram aplicadas estatísticas de sumário apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%).

2.5 - Considerações Éticas

Os enfermeiros enfrentam na sua prática profissional situações que exigem tomadas de decisão de natureza ética e moral. Comprometer-se com um estudo de investigação implica, por parte destes, a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que este seja sólido do ponto de vista ético e moral.

Segundo Fortin (2003), a investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas, pelo que se torna necessário que o investigador obedeça a princípios éticos de forma a proteger os

direitos fundamentais das pessoas, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, à confidencialidade, ao consentimento informado e a um tratamento justo e equitativo.

Nesta investigação foram salvaguardados todos os princípios éticos, dado que existiu a preocupação de elaborar um pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João EPE e ao Conselho de Administração, do qual fazia parte um projeto global do estudo e do qual faziam parte os instrumentos de colheita de dados a aplicar. A todos os participantes foi pedido o consentimento informado, tendo-lhes sido fornecida toda a informação, escrita e verbal, acerca da investigação, os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto, de acordo com a Declaração de Helsínquia. Além disso, todos os participantes foram informados do direito de decidir livremente aceitar ou recusar da sua participação no estudo. Neste estudo foi respeitado o anonimato e a confidencialidade aos pais, através da utilização de uma caixa lacrada para a colocação dos questionários. Aos enfermeiros foi garantida a confidencialidade, eliminando a gravação das entrevistas após a sua transcrição. Atendendo o direito à privacidade dos participantes, estes autorizaram a leitura e análise dos instrumentos de recolha de dados, sabendo que estes destinavam-se a um estudo de investigação. A destruição dos dados foi garantida, após a transcrição das entrevistas e análise dos questionários.

A autorização para a colheita de dados foi dada em Fevereiro de 2011, pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João-EPE, pelo Conselho de Administração do Hospital de S. João, pelo Diretor de Serviço e pelo Enfermeiro Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria. (ANEXO IV)

CAPITULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dando prosseguimento aos objetivos do presente estudo, neste capítulo passamos à apresentação dos resultados. A sua apresentação será realizada em duas partes. Na primeira parte, caracterizamos o grupo dos enfermeiros participantes no estudo, seguida da apresentação dos resultados referentes às entrevistas realizadas aos enfermeiros. Na segunda parte, apresentam-se os resultados relativos aos questionários realizados aos pais, antecedidos da caracterização da respetiva amostra.

3.1 - A opinião dos enfermeiros

Realizamos cinco entrevistas a enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão. Dos participantes, quatro elementos (80,0%) eram do género feminino. A média de idades é de 38,4 anos, variando entre os 36 e os 47 anos, idade mínima e máxima respetivamente. A experiência profissional em pediatria, é em média de 17,2 anos, variando entre os 25 e os 15 anos, respetivamente valor máximo e valor mínimo. Quanto ao tempo de experiência profissional nesta Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, a média é de 16,6 anos, variando entre uma máxima de 22 anos e uma mínima de 15 anos.

Aos enfermeiros participantes foi-lhes solicitado que dessem a sua opinião relativamente à humanização dos cuidados de enfermagem no serviço, quais as atitudes e intervenções de enfermagem que podem contribuir para a humanização dos cuidados e o que se pode melhorar para tornar os cuidados de enfermagem mais humanizados.

Como referido anteriormente, para o processo da análise dos dados das entrevistas recorreremos à análise de conteúdo segundo Bardin.(2009) A análise aprofundada dos discursos dos enfermeiros originou categorias e subcategorias

encontradas indutivamente que, depois de agrupadas fizeram destacar três áreas temáticas: o enfermeiro e a humanização; a humanização que temos; o que falta para humanizar.

Passamos a fazer a apresentação dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas efetuadas, organizados nestes três temas principais.

TEMA 1: O enfermeiro e a humanização

No tema “O enfermeiro e a humanização” agruparam-se os elementos que nos permitiram caracterizar a humanização na opinião dos enfermeiros, bem como o valor que estes lhe atribuem.

Ressaltaram as categorias: humanizar começa em nós; humanizar depende de cada um e humanizar é bom para o enfermeiro (tabela1)

TABELA 1: Síntese da categorização do tema: “O enfermeiro e a humanização”

Tema	Categoria
O enfermeiro e a humanização	<ul style="list-style-type: none"> • Humanizar começa em nós • Humanizar depende de cada um • Humanizar é bom para o enfermeiro

Na análise da categoria “Humanizar começa em nós” apuramos que, na opinião dos enfermeiros, a humanização aparece como intrínseca à pessoa/enfermeiro, faz parte da sua maneira de estar, a necessidade de humanizar emerge do enfermeiro (tabela2).

TABELA 2: Descritivo da categoria: “Humanizar começa em nós”

Categoria	Unidade de registo
Humanizar começa em nós	<p>E2 - A humanização é a tua maneira de estar (...)</p> <p>E3 - A humanização vem de cada um de nós (...) tu tens que tomar a iniciativa de fazer a humanização.</p> <p>E5 - As mudanças têm que partir de nós, somos nós que sentimos as necessidades.</p>

Ao analisarmos a categoria “Humanizar depende de cada um”, através da opinião dos entrevistados percebemos que sendo a humanização intrínseca à pessoa, esta é individual, logo, é diferente de enfermeiro para enfermeiro. Neste sentido, no serviço parece haver enfermeiros que se preocupam mais do que outros em humanizar, sendo também estes mais solicitados pelos familiares (tabela3).

TABELA 3: Descritivo da categoria: “Humanizar depende de cada um”

Categoria	Unidade de registo
Humanizar depende de cada um	<p>E1 (...) há algumas diferenças entre nós, por causa das próprias personalidades.</p> <p>E1- Há elementos que se preocupam um pouco mais do que outros com a humanização.</p> <p>E1 - No nosso serviço a humanização é um bocadinho pessoal, parte de cada um.</p> <p>E2 - Há diferença dos enfermeiros dentro da mesma equipa</p> <p>E2 - Há enfermeiros que são mais solicitados em relação a outros (...)</p> <p>E2 - porque é que alguns enfermeiros se diferenciam em relação a outros, serão mais humanos?</p> <p>E3 - (...) as pessoas são diferentes (...)</p> <p>E4 - Há alguns enfermeiros que já se nota a diferença em relação à humanização.</p>

Emerge, na análise da categoria “Humanizar é bom para os enfermeiros”, que a humanização acarreta reflexos positivos e propicia valor pessoal (tabela4).

TABELA 4: Descritivo da categoria: “Humanizar é bom para o enfermeiro”

Categoria	Unidade de registo
Humanizar é bom para o enfermeiro	<p>E1 - (...) a humanização vai trazer reflexos positivos para os enfermeiros (...)</p> <p>E2 - A humanização (...) dá um proveito e dá um ganho pessoal aos enfermeiros no futuro.</p>

TEMA 2: A humanização que temos

Neste tema “A humanização que temos” organizamos os juízos emitidos pelos entrevistados sobre a realidade de humanização dos cuidados de enfermagem prestados no serviço.

Emergiram seis categorias: o domínio da técnica; valorização da técnica; desvalorização da humanização; necessidade de melhorar; o que perdemos; e por último, apoio do serviço de humanização (tabela5).

TABELA 5: Síntese da categorização do tema: “A humanização que temos”

Tema	Categoria
A humanização que temos	<ul style="list-style-type: none"> • O domínio da técnica • Valorização da técnica • Desvalorização da humanização • Necessidade de melhorar • O que é que perdemos • Apoio do serviço de humanização

Na análise da categoria “O domínio da técnica”, apuramos pelas expressões descritivas dos entrevistados que, dado a natureza dos cuidados que se prestam no Serviço, é dada muita ênfase à técnica. Transparece, duma forma geral, que o carácter amplo e complexo do serviço exige ao enfermeiro a necessidade de possuir sólidos conhecimentos técnicos e científicos, sobrevalorizando deste modo a técnica em detrimento da humanização, sendo esta realidade ainda mais manifesta nos enfermeiros mais novos. Percebemos ainda, pelas palavras dos entrevistados que a evolução técnica tem sido uma constante no serviço, ao contrário da humanização que não tem apresentado evolução (tabela 6).

TABELA 6: Descritivo da categoria “O domínio da técnica”

Categoria	Unidade de registo
O domínio da técnica	<p>E2 - O nosso serviço é muito técnico (...)</p> <p>E2 - (...) o enfermeiro tem que estar bem preparado tecnicamente.</p> <p>E2 - Temos evoluído muito em termos técnicos e científicos nestes últimos vinte anos (...)</p> <p>E1 - Nos cuidados intensivos, o doente quando entra por vezes está tão grave, que a humanização fica para segundo plano.</p> <p>E1 - (...) a parte técnica ainda se sobrepõe à parte humana.</p> <p>E2 - (...) os enfermeiros mais novos (...) dão essencialmente valor à parte técnica.</p> <p>E1- (...) dão muita importância à parte técnica (...)</p> <p>E2 - (...) ligamos muito à parte técnica e teórica da questão da enfermagem.</p> <p>E2 - Temos que superar primeiro a barreira técnica para depois avançar para a parte da humanização.</p>

Ao analisarmos a categoria “Valorização da técnica”, podemos depreender, da opinião dos entrevistados, que o reconhecimento profissional no serviço é manifestado pela boa prestação técnica, parecendo não se reconhecer o valor do carácter humano no seu desempenho profissional (tabela 7).

TABELA 7: Descritivo da categoria “Valorização da técnica”

Categoria	Unidade de registo
Valorização da técnica	<p>E2 _ (...) a pessoa só é bem vista como enfermeiro se tiver uma boa prestação técnica.</p> <p>E2 - A humanização, dá muito mais trabalho e demora muitos mais meses e anos a ser reconhecido (...)</p> <p>E2 - (...) em termos práticos o que interessa é o reconhecimento rápido.</p> <p>E2 - (...) em termos de classe de enfermagem é que quer logo ficar reconhecido.</p>

Resulta, da análise da categoria “Desvalorização da humanização” de modo geral o reconhecimento da existência da carência de humanização e que, embora

esta seja uma preocupação dos enfermeiros, na prática não se evidencia a sua concretização, ficando sempre para segundo plano (tabela 8).

TABELA 8: Descritivo da categoria “Desvalorização da humanização”

Categoria	Unidade de registo
<p>Desvalorização da humanização</p>	<p>E5 - (...) há pouca preocupação com a humanização dos cuidados.</p> <p>E3 - A humanização no serviço é falada mas não é vivida.</p> <p>E3 - (...) não está inculcida a preocupação com a humanização.</p> <p>E1 - Pelo que eu tenho presenciado no dia-a-dia, acho que ainda está muito pouco desenvolvida a humanização nos cuidados intensivos.</p> <p>E2 - relativamente à humanização, não sei se houve alguma evolução, antes pelo contrário, acho que houve involução.</p> <p>E2 - O nível de humanização no nosso serviço, não está num patamar superior (...)</p> <p>E5 - (...) o nível de humanização no nosso serviço é baixo.</p> <p>E3 - No nosso serviço a humanização fica sempre para segundo plano (...)</p> <p>E1 - (...) no dia-a-dia do trabalho dos enfermeiros eu não vejo (...) a humanização tão refletida.</p> <p>E1 - A falta de humanização no nosso serviço é uma atitude geral (...)</p> <p>E2 - (...) na relação ainda não temos agulha descartável, não evoluímos.</p> <p>E3- Estamos muito aquém da humanização, em relação aos pais e em relação aos adolescentes.</p>

Ao analisarmos a categoria “Necessidade de melhorar”, constatamos da opinião dos entrevistados que existe conhecimento e consciência da necessidade de melhorar o carácter humano no serviço. São vários os fatores que condicionam a humanização do cuidar no serviço, desde fatores humanos, a fatores organizacionais (tabela 9)

TABELA 9: Descritivo da categoria “Necessidade de melhorar”

Categoria	Unidade de registo
Necessidade de melhorar	<p>E5 - temos que mudar a nossa filosofia de cuidar.</p> <p>E1 -A humanização deveria ser uma filosofia do serviço.</p> <p>E1 - (...) a humanização é uma área a trabalhar sem dúvida.</p> <p>E3 - (...) relativamente à humanização poder-se-ia melhorar e muito (...)</p> <p>E4 - (...) deveríamos ser muito mais humanos em relação aos cuidados.</p> <p>E4 - Há muito a melhorar no serviço em relação á humanização dos cuidados.</p> <p>E1 - A humanização é um dos aspetos que temos que melhorar muito.</p> <p>E1- A falta de humanização não tem a ver só connosco, tem a ver com o grupo, com a equipe multidisciplinar. (...) A humanização teria que partir de todos, não era só da equipa de enfermagem (...)</p> <p>E2 - Não se deveria separar a humanização da técnica e da organização (...)</p> <p>E2 - (...) deveria haver um acompanhamento entre a técnica e a humanização em simultâneo (...)</p>

Desponta, da análise da categoria “O que perdemos” que na opinião de um entrevistado, ao longo do tempo, a tecnologia ocupou o espaço e o tempo disponível para a relação humana (tabela10).

TABELA 10: Descritivo da categoria “O que perdemos”

Categoria	Unidade de registo
O que perdemos	<p>E2 - Antes era uma técnica mais humana, mais natural, mais equilibrada.</p> <p>E2 - (...) perdemos muito essa parte do relacionamento e da técnica chamada ancestral.</p> <p>E2 - tínhamos outra perspectiva de vida e de enfermagem, porque não tínhamos tantas máquinas, nem tanta técnica para nos preocuparmos.</p>

No que concerne à categoria “Apoio do serviço de humanização”, uma das entrevistadas faz referência ao apoio e esforço levado a cabo pelo serviço de humanização, verificando-se na sua opinião, a existência de algumas alterações no hospital no sentido de este se apresentar mais humano para quem a ele recorre (tabela11).

TABELA 11: Descritivo da categoria “Apoio do serviço de humanização”

Categoria	Unidade de registo
Apoio do serviço de humanização	<p>E1 - foi introduzido algum esforço de exterior com o serviço de humanização</p> <p>E1 - (...) foi criado o serviço de humanização também com esse esforço de humanizar os cuidados.</p> <p>E1 - Gostei de quando o serviço de humanização veio falar sobre humanização.</p> <p>E1 - Em termos hospitalares, já se vai vendo algumas alterações desde que foi criado o serviço de humanização (...)</p> <p>E1 - Nota-se algum esforço ao nível hospitalar com a criação do serviço de humanização (...)</p>

TEMA 3: O que falta para humanizar

No tema “O que falta para humanizar”, agrupamos essencialmente os elementos que nos permitiram analisar quais as atitudes e intervenções consideradas pelos entrevistados como mais importantes para a prática de uma enfermagem humanizada e quais os aspetos inerentes ao serviço a que conferiam especial importância para a humanização.

Emergiram as seguintes categorias: Adequar atitudes; Adequar intervenções; Formação em humanização; Recursos humanos, de onde se salientam várias subcategorias e sub-subcategorias, que serão analisadas separadamente (tabela12).

TABELA 12: Síntese da categorização do tema: “O que falta para humanizar”

Tema	O que falta para humanizar	
Categoria	Subcategoria	Sub-subcategoria
Adequar Atitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade • Disponibilidade • Transmitir Segurança • Transmitir Esperança 	
Adequar Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher 	<ul style="list-style-type: none"> • Os pais na admissão • Os pais no internamento
	<ul style="list-style-type: none"> • Parceria de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar os pais • Envolver os pais nos cuidados
	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relação de ajuda 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Escuta ativa • Verdade
	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e explicar 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar o silêncio 	
Formação em humanização		
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o rácio dos enfermeiros 	

Na categoria “Adequar atitudes” os enfermeiros fazem referência a atitudes que na sua opinião são necessárias adequar à humanização dos cuidados, tendo emergido as seguintes subcategorias: flexibilidade; disponibilidade; transmitir segurança e, por último, transmitir esperança (tabela 13).

TABELA 13: Síntese da Categoria: “Adequar atitudes”

Categoria	Subcategoria
Adequar atitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade • Disponibilidade • Transmitir Segurança • Transmitir Esperança

Constata-se, na análise da subcategoria “Flexibilidade”, que todos os enfermeiros inquiridos dizem haver no serviço rigidez nas regras, não havendo lugar à flexibilidade, o que pode contribuir para a desumanização dos cuidados. Dai, depreendem que a flexibilidade é fundamental na sua opinião para o fomentar da humanização dos cuidados (tabela 14).

TABELA 14: Descritivo da categoria “Adequar atitudes” e subcategoria “Flexibilidade”

Subcategoria	Unidade de registo
Flexibilidade	<p>E1 - Não se pode ser tão rigoroso como às vezes se vê no serviço dever-se-ia avaliar caso a caso e facilitar um pouco mais (...)</p> <p>E1 - Não se deve ser tão rigorosos nas nossas atitudes o rigor é tanto que os pais interpretam as nossas atitudes de uma forma errada.</p> <p>E1 - Este período deveria ser mais alargado e mais flexível (...)</p> <p>E2 - (...) porque é que os pais vêm das 17 às 19 horas ?</p> <p>E3 - Somos pouco flexíveis com as regras.</p> <p>E4 - dever-se-ia alterar as visitas de acordo com as necessidades e disponibilidade dos familiares.</p> <p>E5 - Tem que se alterar algumas regras no serviço, há profissionais no serviço que não são flexíveis, seguem as regras com rigor.</p> <p>E4 - (...) os pais não podem estar sempre presentes, mas temos que avaliar caso a caso.</p> <p>E4 - (...) um pai estar lá fora e outro dentro do serviço não faz sentido, esse tipo de normas não é correto.</p> <p>E5 - alterar algumas regras no serviço no sentido dos pais não terem que sair na passagem de turno, pelo menos nas crianças que estão conscientes.</p> <p>E1 - (...) às vezes é difícil, contrariar as formas de trabalhar.</p>

Advém da análise da subcategoria “Disponibilidade” que, na opinião dos enfermeiros, existe carência de disponibilidade, particularmente no que concerne aos pais, e ser disponível é uma atitude necessária à humanização (tabela 15).

TABELA 15: Descritivo da categoria “Adequar atitudes” subcategoria “Disponibilidade”

Subcategoria	Unidade de registo
Disponibilidade	<p>E2 - Devemos ser disponíveis (...)</p> <p>E2 - (...) devemos estar sempre disponíveis para ajudar.</p> <p>E5 - (...) haver sempre alguém que estivesse mais disponível para dar uma palavrinha aos pais</p> <p>E2 _ Antes tínhamos mais tempo para os pais (...) e os pais estavam mais envolvidos.</p> <p>E2 - Cada vez se está mais distante da criança e dos pais.</p>

Em relação à análise da subcategoria “Transmitir Segurança”, dois dos enfermeiros inquiridos mencionaram a necessidade de transmitir segurança aos pais como sendo uma atitude necessária à humanização dos cuidados (tabela 16).

TABELA 16: Descritivo da categoria “ Adequar atitudes” Subcategoria “Transmitir segurança”

Subcategoria	Unidade de registo
Transmitir Segurança	<p>E2 - (...) tens que transmitir segurança e isso, é humanização.</p> <p>E4 - Os pais depois de nos conhecerem, ganham confiança e sentem segurança em relação aos cuidados.</p> <p>E2 - (...) transmitir que a criança está estável, transmitir equilíbrio, acho que isso é importante para a humanização.</p>

No que concerne à análise da subcategoria “Transmitir esperança” um participante apela para a necessidade da esperança estar sempre presente, mesmo nas situações de maior gravidade, sendo esta muito importante para o equilíbrio familiar (tabela 17).

TABELA 17: Descritivo da categoria “Adequar atitudes” subcategoria “Transmitir esperança”

Subcategoria	Unidade de registo
Transmitir Esperança	E2 - (...) transmitir aos pais que embora a situação seja grave, há sempre alguma esperança. E2 - (...) transmitir aos pais que o equilíbrio familiar é importante, que é importante terem uma atitude positiva

Relativamente à categoria “Adequar intervenções”, emergem cinco subcategorias: acolher; parceria de cuidados; estabelecer relação de ajuda; informar e explicar; respeitar o silêncio. Estas parecem constituir, na opinião dos inquiridos, as intervenções que são necessárias adequar para um cuidar mais humanizado, como podemos perceber melhor através da tabela que a seguir se apresenta (tabela 18).

TABELA 18: Síntese da Categoria “Adequar intervenções”

Categoria	Subcategoria
Adequar Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher • Parceria de cuidados • Estabelecer relação de ajuda • Informar e explicar • Respeitar o silêncio

Na subcategoria “Acolher” emergiram duas sub-subcategorias: “Os pais na admissão” e “Os pais no internamento” (tabela 19).

TABELA 19: Síntese da categoria “Adequar intervenções” subcategoria “Acolher”

Subcategoria	Sub-subcategoria
Acolher	<ul style="list-style-type: none"> • Os pais na admissão • Os pais no internamento

Assoma, da análise da sub-subcategoria “Os pais na admissão”, que todos os enfermeiros inquiridos fazem menção ao modo como é realizado o acolhimento dos pais no momento da admissão, salientando sobretudo os aspetos que devem ser melhorados. Emerge dos discursos, o tempo que os pais esperam, excessivo, até ao modo como este é realizado, sendo demasiado formal. Na opinião de um enfermeiro, no serviço é realizada a admissão da criança, sendo descurada a família, em oposição ao preconizado nos cuidados de enfermagem pediátricos. Consideram ainda o modo como o acolhimento é realizado um fator preponderante para a opinião dos pais quanto aos cuidados prestados e a respeito dos profissionais do serviço. Salientam que o modo como o acolhimento é realizado colide com a humanização. (tabela 20).

TABELA 20: Descritivo da subcategoria “Acolher” sub-subcategoria “Os pais na admissão”

Sub-Subcategoria	Unidade de registo
Os pais na admissão	<p>E1 - A admissão, acho que é o aspeto mais importante, dá a primeira ideia de como os profissionais trabalham (...)</p> <p>E1 - A admissão transmite se as pessoas são cuidadosas ou não, é a primeira impressão do acolhimento</p> <p>E1 - No nosso serviço faz-se é a admissão do doente e não a admissão da família, os pais de vez em quando lá nos lembramos.</p> <p>E1 - A admissão deveria ser melhorada (...)</p> <p>E2 - (...) a admissão está tão formalizada, que os pais às vezes parecem um robot.</p> <p>E3 - (...) quando entra uma criança, os pais ficam horas lá fora á espera.</p> <p>E3 - O tempo de espera de recebermos os pais é muito grande.</p> <p>E4 - (...) o impacto para os pais à chegada da unidade, acaba por ser desumano, ficam lá fora á espera.</p> <p>E5 - Quando se recebe a criança os pais ficam demasiado tempo lá fora (...)</p> <p>E4 - o tempo de espera para recebermos os pais é muito grande, muitas vezes por questões do serviço e outras vezes pela equipa.</p>

Pela análise das unidades de registo da sub-subcategoria “Os pais no internamento”, percebe-se que a opinião dos enfermeiros parece ser favorável à

presença dos pais em simultâneo nas 24 horas, atendendo ser vantajoso para a criança. Um enfermeiro no seu discurso referencia que, por razões inerentes ao serviço, os pais tem necessidade de se ausentar, por períodos, junto dos filhos, tornando-se estes, em momentos de angústia, quer para a criança, quer para a família (tabela 21).

TABELA 21: Descritivo da subcategoria “Acolher” sub-subcategoria “Os pais no internamento”

Sub-subcategoria	Unidade de registo
Os pais no internamento	<p>E1 - O período do tempo que os pais passam juntos dos filhos, (...) é vantajoso.</p> <p>E1 - (...) o período para os pais estarem juntos, deveria seja alargado.</p> <p>E4 - Deveríamos permitir que pudessem estar os dois pais e os amigos da criança (...)</p> <p>E4 - (...) permitir que os dois pais pudessem estar juntos da criança as 24 horas.</p> <p>E5 - (...) permitir que os dois pais estivessem juntos com a criança.</p> <p>E5 - (...) os pais não deviam sair na passagem de turno.</p> <p>E3 - (...) os pais podiam estar presentes, e não estão, e estar lá fora é angustiante</p>

Na subcategoria “parceria de cuidados” emergiram duas sub-subcategorias: apoiar os pais; envolver os pais nos cuidados (tabela 22).

TABELA 22: Síntese da categoria “Adequar intervenções” subcategoria “Parceria de cuidados”

Subcategoria	Sub-subcategoria
Parceria de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar os pais • Envolver os pais nos cuidados

Relativamente à análise da sub-subcategoria “Apoiar os pais” os enfermeiros enfatizam a necessidade do apoio aos pais como indispensável à humanização dos cuidados, devendo ser um apoio que vá de encontro às suas necessidades e dificuldades. Na sua opinião os pais apresentam várias necessidades, emocionais, sociais e religiosas (tabela 23).

TABELA 23: Descritivo da subcategoria “Parceria de cuidados” sub-subcategoria “Apoiar os pais”

Sub-subcategoria	Unidade de registo
Apoiar os pais	<p>E2 - (...) haver uma abertura maior com os pais, atender às suas dificuldades e às suas dúvidas.(...) haver uma abertura maior com a comunidade e com os pais, tudo isto iria facilitar a humanização.</p> <p>E2 - (...) ir ao encontro das necessidades dos pais e no fundo das necessidades da criança.</p> <p>E2 - (...) deveriam estar mais abertos às necessidades dos pais e da família.</p> <p>E3 - (...) dever-se-ia dispensar mais tempo à família (...) a família precisa de nós e não lhe dispensamos a devida atenção.</p> <p>E3 - (...) dever-se-ia dispensar muito apoio à família (...) são situações terminais e nós não damos o apoio necessário à família.</p> <p>E3 - O serviço não tem um espaço para as famílias em fases terminais.</p> <p>E3 - (...) alguns pais precisam de muito apoio (...) também não há ninguém para além dos enfermeiros para dar apoio aos pais.</p> <p>E4 - (...) deveria ser mudada muita coisa em relação aos pais.</p> <p>E5 - (...) estar mais despertos para as necessidades emocionais dos pais (...) nós focamo-nos muito na criança.</p> <p>E5 - Se prestássemos mais atenção às necessidades dos pais, envolvíamos-os mais e valorizávamos mais a sua presença. Esquecemo-nos da família.</p> <p>E5 - (...) os pais estão em grande sofrimento, em grande stress, temos que trabalhar a humanização com os pais.</p> <p>E1 - Nas passagens de turno deveríamos focar um pouco mais o lado familiar, o lado social e afetivo, está em segundo plano.</p> <p>E1 - Deveríamos perguntar aos pais se tem alguma dúvida (...), se quer algum esclarecimento ou se tem alguma preocupação.</p> <p>E1 - Deveríamos procurar saber de outras necessidades que os pais possam ter, sociais, familiares, religiosas.</p>

Na análise das unidades de registo da sub-subcategoria “Envolver os pais nos cuidados”, constatamos, do discurso dos entrevistados, que o envolvimento dos pais nos cuidados parece não ser uma realidade do serviço. Parece haver algum envolvimento quando a criança é pequena, mas não se verifica o mesmo quando a criança é mais crescida (tabela 24).

TABELA 24: Descritivo da subcategoria “Parceria de cuidados” sub-subcategoria “Envolver os pais nos cuidados”

Sub-subcategoria	Unidade de registo
Envolver os pais nos cuidados	<p>E2 - Temos que incluir os pais na equipa de saúde, porque embora os pais estejam presentes, não fazem parte da equipe.</p> <p>E5 - Envolver mais os pais nos cuidados, há muita coisa que os pais podem fazer à criança, se nós explicarmos (...)</p> <p>E5 - Promover a parceria dos cuidados, (...).</p> <p>E5 - acontece alguma parceria quando o bebé é pequeno. (...) quando a criança é maior não se vê parceria.</p> <p>E5 - (...) envolver os pais em todos os cuidados que sejam possíveis.</p> <p>E5 - (...) implementar a parceria dos cuidados.</p> <p>E3 - (...) é mais fácil tratarmos nós da criança e os pais ficarem ao lado a ver.</p> <p>E4 - Em relação aos pais, este serviço deixa muito a desejar, deixamos os pais mesmo à margem da equipa.</p> <p>E3 - No serviço não se envolvem os pais nos cuidados.</p> <p>E5 - (...) esquecemo-nos de tratar a criança como parte integrante de uma família.</p>

Na subcategoria “Estabelecer relação de ajuda” emergiram do discurso de um enfermeiro três sub-subcategorias: Comunicação; Escuta ativa; Verdade. Na sua opinião, estas parecem constituir as atitudes necessárias ao estabelecimento da relação de ajuda (tabela 25).

TABELA 25: Síntese da categoria “Adequar intervenções” sub-subcategoria “Estabelecer relação de ajuda”

Subcategoria	Sub-subcategoria
Estabelecer relação de ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Escuta ativa • Verdade

Na análise da sub-subcategoria “Comunicação”, emerge da opinião de um enfermeiro que a comunicação é uma atitude inerente à humanização, existindo no serviço enfermeiros que apresentam maior facilidade em comunicar, o que parece facilitar a humanização. Na sua opinião é importante saber comunicar com os pais quando se estabelece o primeiro contacto e que o confronto prejudica a comunicação (tabela 26).

TABELA 26: Descritivo da subcategoria “Estabelecer relação de ajuda” sub-subcategoria “Comunicação”

Sub-subcategoria	Unidade de registo
Comunicação	<p>E2 - (...) todas as técnicas de comunicação são muito importantes para a humanização.</p> <p>E2 - As atitudes que podem contribuir para a humanização, são na comunicação (...)</p> <p>E2 - Devemos ter uma comunicação efetiva.</p> <p>E2 - Há enfermeiros (...) têm uma maior facilidade de comunicação ao nível com a família e com os pais, o que facilita e encaminha para a humanização</p> <p>E2 - (...) não falar antes de pensar, coisas básicas na comunicação.</p> <p>E2 _ (...) uma palavra desviada ou no momento errado pode comprometer toda a comunicação (...)</p> <p>E2 - Não confrontar os pais, ter cuidado com o primeiro contacto com os pais.</p>

Transparece da análise da sub-subcategoria “Escuta ativa” que, na opinião deste entrevistado, esta deve estar presente para que haja humanização dos

cuidados. É através da escuta ativa com os pais que estes podem exprimir o seu sofrimento, as suas dificuldades ou as suas incertezas (tabela 27).

TABELA 27: Descritivo da subcategoria “Estabelecer relação de ajuda” sub-subcategoria “Escuta ativa”

Sub-subcategoria	Unidade de registo
Escuta ativa	<p>E2 - Sem palavras, às vezes o escutar, o estar algum tempo junto aos pais (...), aquela envolvência também é humanização.</p> <p>E2 - Devemos deixar falar os pais à vontade.</p> <p>E2 - Em cuidados intensivos, o falar muito não é o mais importante.</p>

Ao analisarmos a sub-subcategoria “Verdade”, apuramos da opinião deste entrevistado, que a verdade deve estar sempre presente na relação com os pais, devendo-se ter uma atitude franca, sem mentir ou adiar as situações (tabela 28).

TABELA 28: Descritivo da subcategoria “Estabelecer relação de ajuda” sub-subcategoria “Verdade”

Sub-subcategoria	Unidade de registo
Verdade	<p>E2 - Não uma comunicação de acordo com aquilo que os pais querem ouvir mas dentro da verdade.</p> <p>E2 - (...) uma comunicação fluida, uma comunicação verdadeira.</p> <p>E2 - Deve-se ser verdadeiro (...)</p> <p>E2 - (...) devemos sempre ser verdadeiros (...)</p> <p>E2 - Não devemos afastar os pais da verdade, não devemos mentir ou adiar a situação (...)</p> <p>E2 - (...) ter uma atitude franca, ter uma atitude livre para com os pais</p>

Constatamos da análise da subcategoria “informar e explicar” que na opinião de um enfermeiro a informação é importante para a humanização do cuidar, defendendo que o esclarecimento e a informação transmitem aos pais

tranquilidade e serenidade; salienta ainda que é relevante a determinação de períodos ao longo do dia para que esta informação seja transmitida (tabela 29).

TABELA 29: Descritivo da categoria “Adequar intervenções” subcategoria “Informar e explicar”

Subcategoria	Unidade de registo
Informar e explicar	<p>E1- Pais esclarecidos e pais informados são pais mais calmos.</p> <p>E1- (...) em todos os turnos dever-se-ia ter o cuidado de dar alguma informação.</p> <p>E1 - (...) estabelecer um período para falar com os pais.</p> <p>E1 - (...) deveríamos ter uma norma de um período para falar com os pais para os esclarecermos</p> <p>E1- Deveríamos criar períodos de tempo para falar com os pais (...)</p> <p>E1 - (...) é importante falar mais com os pais</p>

Da análise da subcategoria “Respeitar o silêncio” emerge o sentimento dos enfermeiros, de que é dada pouca atenção ao silêncio num serviço que por si só já é demasiado ruidoso, devido às características que lhe são inerentes (tabela 30).

TABELA 30: Descritivo da categoria “Adequar intervenções” subcategoria “Respeitar o silêncio ”

Subcategoria	Unidade de registo
Respeitar o silêncio	<p>E5 - No nosso serviço há pouca atenção com o silêncio.</p> <p>E3 - (...) no nosso serviço não se respeita o silêncio.</p> <p>E4 - (...) por vezes achamos que os pais já estão habituados a todos os ruídos e a todos os alarmes e banalizamos um bocado, somos desumanos.</p> <p>E4 - (...) o primeiro impacto com todos os ruídos é muito stressante para os pais.</p>

Quanto à categoria “Formação em Humanização”, emerge a opinião dos enfermeiros de que é escassa a formação na área da humanização. Dizem que esta

tem que partir da instituição e das chefias, devendo ser instituída do mesmo modo como o são os aspetos técnicos (tabela 31).

TABELA 31: Descritivo da categoria “ Formação em humanização”

Categoria	Unidade de registo
Formação em Humanização	<p>E2 - Há formações que poderão ser investidas nesta área da humanização (...)</p> <p>E2 - (...) há sempre mais formação técnica do que formação na área da relação humana.</p> <p>E2 - (...) não havia estudos nesta área, as pessoas também não deram importância nesta área.</p> <p>E3 - Não estamos motivados para a humanização, esta tem que ser inculcida pela instituição e pelas chefias.</p> <p>E3 - Quando integramos os novos elementos, estes são integrados nas técnicas, mas não fazemos referência à humanização.</p> <p>E1 - A humanização deve ser ensinada, conforme é ensinada a técnica asséptica (...)</p>

Na análise da categoria “Recursos Humanos”, resulta uma subcategoria “Aumentar o rácio de enfermeiros”, apenas uma enfermeira faz referência à necessidade de aumentar o rácio de enfermeiros para facilitar a humanização dos cuidados, nomeadamente no que respeita à disponibilidade dispensada aos pais (tabela 32).

TABELA 32: Descritivo da categoria “ Recursos Humanos” subcategoria “Aumentar o rácio de enfermeiros”

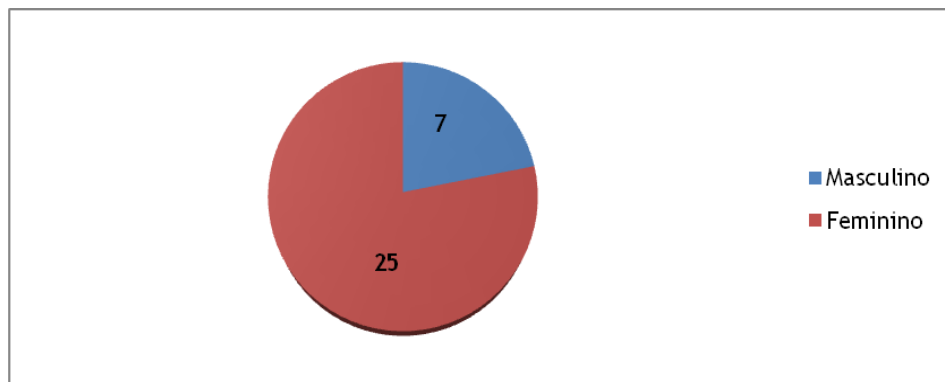
Subcategoria	Unidade de registo
Aumentar o rácio de enfermeiros	<p>E5 - (...) mudar o rácio enfermeiro doente. (...) mais um enfermeiro por turno facilitava muito a humanização.</p> <p>E5 - quando tenho um doente só para mim, eu trabalho a família, tento responder às necessidades emocionais, dar apoio psicológico, criar empatia.</p>

3.2 - A Opinião dos Pais

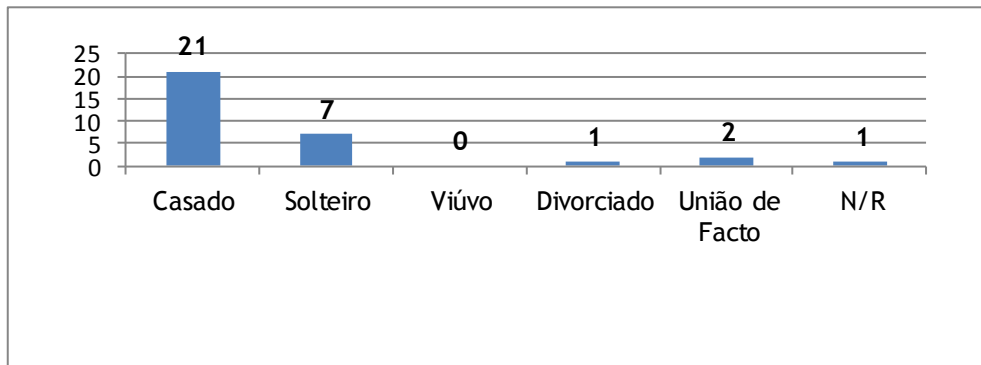
Após a realização dos questionários, procedeu-se à sua análise através do programa de análise estatística SPSS v19 para MacOS (Statistical Package for Social Sciences).

A amostra foi constituída por 32 pais, caracterizando-se por uma distribuição assimétrica entre o género feminino e masculino, sendo 25 (78,1%) do sexo feminino, correspondendo todas elas ao grau de parentesco mãe e 7 (21,9%) do sexo masculino, coincidindo com o grau de parentesco pai. A média de idades é de 32,2 anos, variando entre os 22 e os 44 anos, idade mínima e idade máxima respetivamente, com um desvio padrão (DP) de 5,6 anos (gráfico 1).

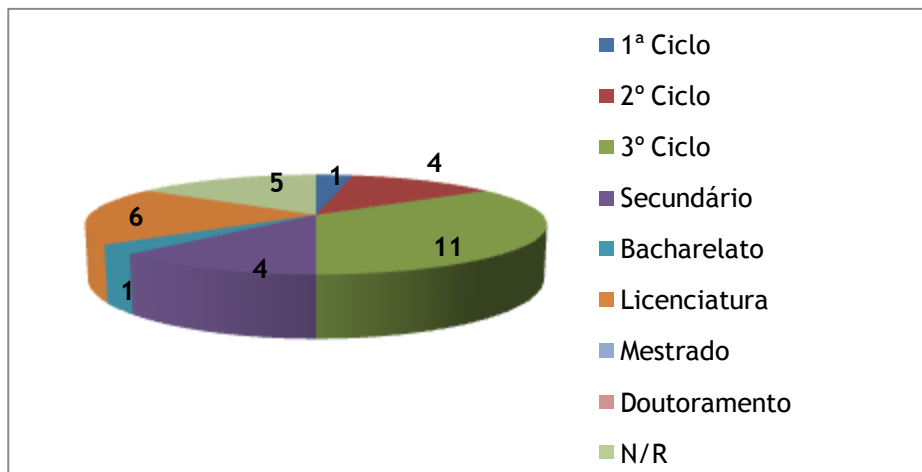
GRÁFICO 1: Distribuição do género na amostra



Quanto ao estado civil dos participantes 21 (65,6%) são casados, 7 (21,9%) são solteiros, 2 (6,3%) vivem em união de facto, 1 (3,1%) é divorciado e 1 (3,1%) não respondeu à questão (gráfico 2).

GRÁFICO 2: Distribuição do estado civil

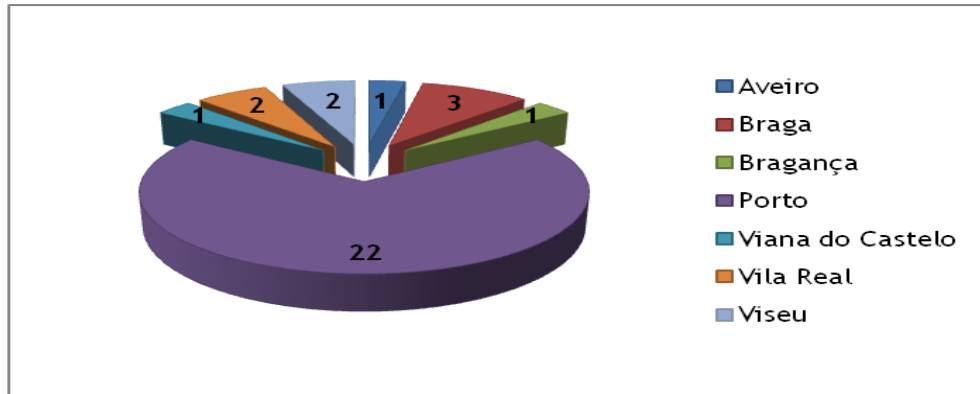
Relativamente às habilitações académicas apuramos que 5 (15,6%) dos participantes não responderam à questão, 4 (12,5%) afirmam possuir o ensino secundário; 11 (34,4%) o 3º ciclo; 4 (12,5%) o 2º ciclo e 1 (3,1%) o 1º ciclo. Quanto ao ensino superior, o grau académico mais elevado é a licenciatura com 6 (18,8%) dos participantes a referirem-no, seguida do bacharelato com 1 (3,1%) (gráfico 3).

GRÁFICO 3: Distribuição das habilitações académicas

Quanto à proveniência geográfica dos participantes, verificamos que a maioria 22 (68,8%) provêm do distrito do Porto, 3 (9,3%) são do distrito de Braga, 2 (6,3%) do distrito de Vila Real e em igual percentagem do distrito de Viseu e 1

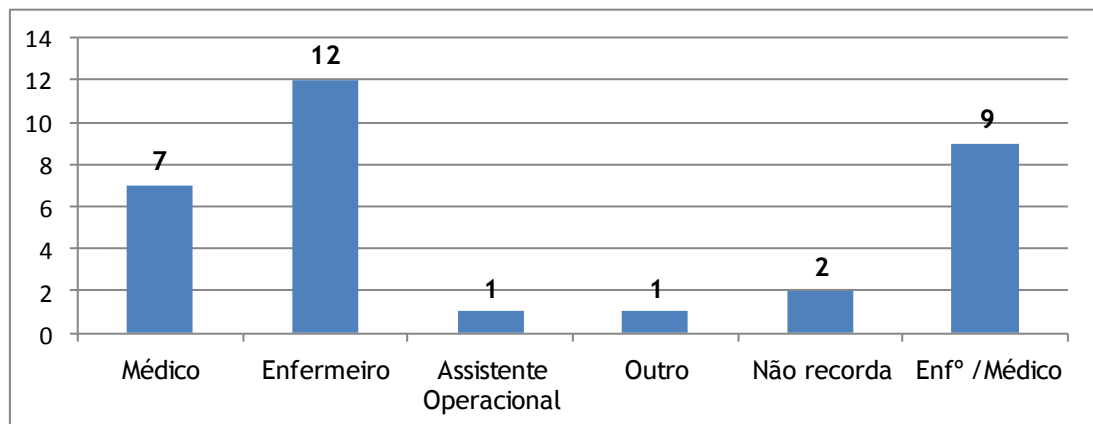
(3,1%) participante de cada um dos distritos de Aveiro, Bragança e Viana do Castelo (gráfico4).

GRÁFICO 4: Distribuição da Proveniência geográfica dos participantes por distrito



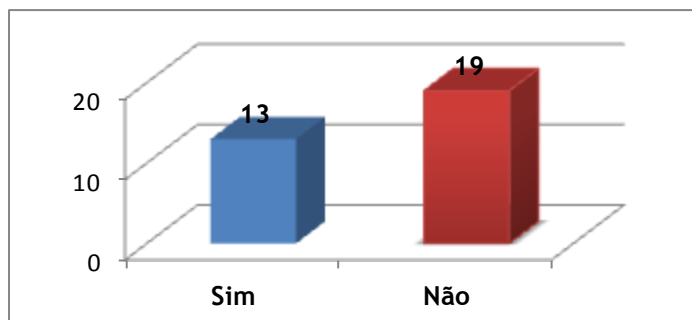
Quando questionados os participantes sobre qual o profissional de saúde que os recebeu à chegada da criança/família ao serviço, 12 (37,5%) afirmam terem sido recebidos pelo enfermeiro, 7 (21,9%) recordam-se de terem sido recebidos pelo médico, 1 (3,1%) foi recebido pelo assistente operacional e 1 (3,1%) por outro profissional, 9 (28,1%) foram recebidos pelo enfermeiro e pelo médico em simultâneo e 2 (6,3%) não se recordaram de qual o profissional de saúde que os recebeu (gráfico 5).

GRÁFICO 5: Profissional de saúde que recebeu a família à chegada da criança ao serviço



Dos inquiridos, 13 (40,6%) afirmam saber o nome do enfermeiro que cuida do seu filho e 19 (59,4%) respondem não saber o nome do enfermeiro que cuida do seu filho (gráfico 6).

GRÁFICO 6: Sabe o nome do enfermeiro que cuida do seu filho

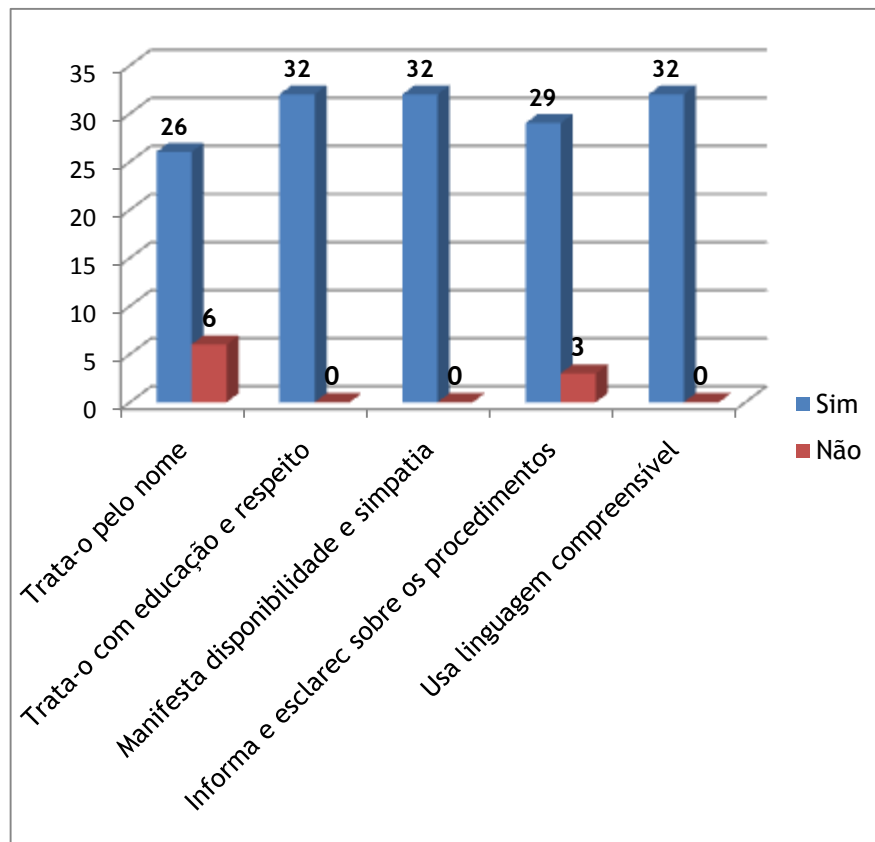


Quando questionados sobre se o enfermeiro que cuida do seu filho o trata pelo nome, 26 pais (81,3%) afirmam que os enfermeiros tratam a criança pelo nome e 6 (18,7%) que os enfermeiros não tratam a criança pelo nome.

Quando interrogados sobre se o enfermeiro que cuida do seu filho o trata com educação e respeito, manifesta disponibilidade e simpatia e usa linguagem compreensível, verificamos que todos os pais (100%) reconhecem que os enfermeiros os tratam com educação e respeito, manifestam disponibilidade e simpatia e usam linguagem compreensível quando cuidam do seu filho.

Quando inquiridos sobre se o enfermeiro que cuida do seu filho informa e esclarece sobre os procedimentos que vai efetuar, 29 pais (90,6%) afirmam que os enfermeiros que cuidam do seu filho informam e esclarecem sobre os procedimentos que vão realizar e 3 (9,4%) que não o fazem (Gráfico 7).

GRÁFICO 7: Quando o enfermeiro cuida do seu filho



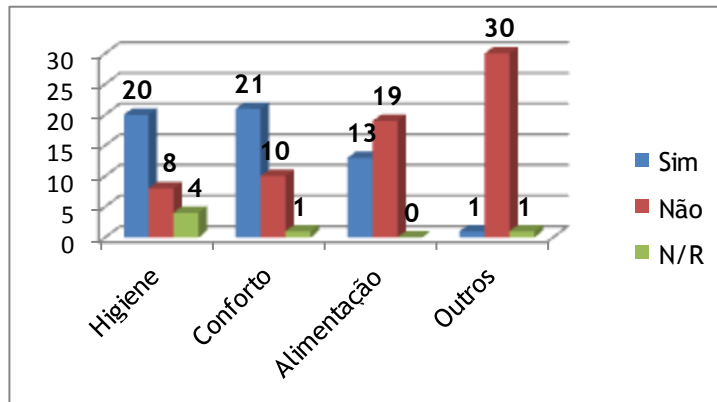
Quando questionados sobre o tipo de cuidados para os quais foram motivados a participar, dos 32 pais inquiridos, 20 (62,5%) assumem que os enfermeiros os motivaram e envolveram na participação dos cuidados de higiene a serem realizados ao seu filho, 8 (25,0%) assumem que os enfermeiros não os motivaram nem envolveram na participação dos cuidados de higiene, sendo que 4 (12,5%) não responderam à questão.

No que se refere a serem motivados pelo enfermeiro a participar nos cuidados de conforto, 21 (65,6%) dizem terem sido motivados a participar nos cuidados de conforto, 10 (31,3%) referem que não foram motivados a participar e 1 (3,1%) não respondeu à questão.

Relativamente à participação na alimentação dos seus filhos, 13 (37,5%) pais referem terem sido motivados para a participação neste cuidado e 19 (59,4%) não terem sido motivados.

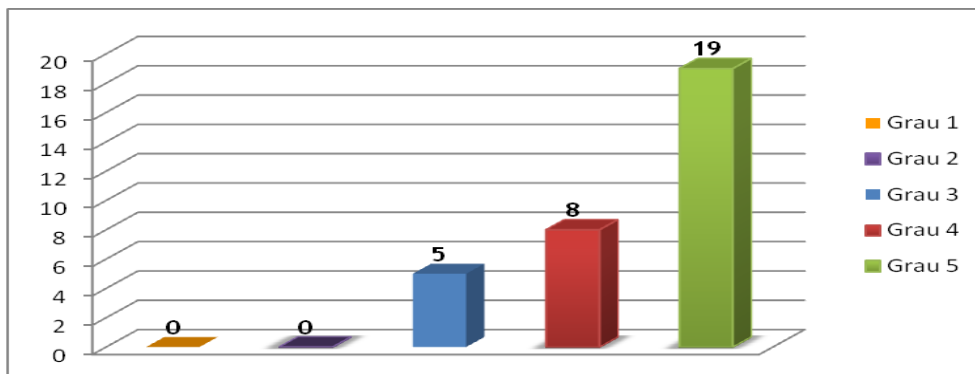
Quanto à participação dos pais em outros cuidados, 30 (93,8%) pais assumem que não foram incentivados a participar, 1 (3,1%) pai/mãe afirma ter sido motivado a participar e 1 (3,1%) não respondeu à questão (gráfico 8).

GRÁFICO 8: Distribuição do tipo de cuidados para os quais os participantes foram motivados



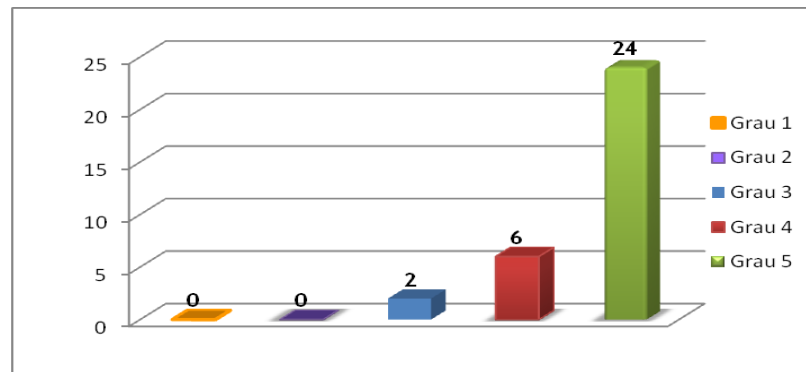
Quando solicitamos aos pais para indicarem, (numa escala de 1 a 5, em que 1 é o nível de menor satisfação e 5 o nível de maior satisfação) o seu grau de satisfação relativamente à relação que estabeleceram com os enfermeiros, 19 pais (59,4%) indicaram o grau 5, 8 (25,0%) o grau 4, e 5 (15,6%) o grau 3. Nenhum participante indicou o grau 2 e 1 de satisfação (gráfico 9).

GRÁFICO 9: Distribuição do grau de satisfação dos participantes sobre a relação que estabeleceu com os enfermeiros



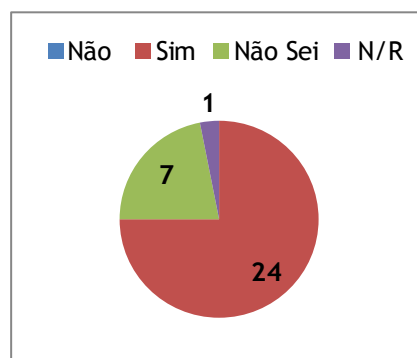
Relativamente ao grau de satisfação dos pais sobre os cuidados de enfermagem, constatamos que 24 pais (75,0%) posicionam-se no grau 5, 6 (18,8%) no grau 4, e 2 (6,2%) no grau 3. Nenhum participante referiu os graus 2 e 1 de satisfação (gráfico 10).

GRÁFICO 10: Distribuição do grau de satisfação dos participantes sobre os cuidados de enfermagem

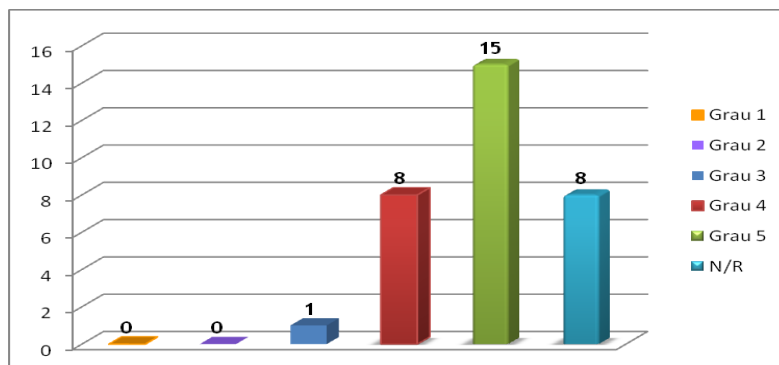


Quanto à avaliação da dor da criança, 24 (75,0%) pais referem ter a percepção que o enfermeiro avalia a dor, 7 (21,9%) referem não saber se o enfermeiro avalia e 1 (3,1%) não respondeu à questão (gráfico 11).

GRÁFICO 11: Distribuição da percepção dos pais sobre avaliação da dor, pelo enfermeiro



Em relação ao grau de satisfação dos pais sobre as medidas implementadas pelo enfermeiro para o alívio da dor, aferimos que 15 pais (46,9%) posicionam-se no grau 5, 8 (25,0%) no grau 4, 1 (3,1%) no grau 3. Nenhum participante se posicionou nos graus 2 e 1. Dos participantes, 8 (25,0%) não responderam a esta questão (gráfico 12).

GRÁFICO 12: Distribuição do grau de satisfação sobre as medidas implementadas para o alívio da dor

Em relação à satisfação sobre as condições que o Serviço apresenta para a criança inquirimos os pais relativamente aos cinco seguintes aspetos: silêncio; privacidade; espaço para atividades lúdicas; espaço físico na unidade/enfermaria; horário das refeições.

Relativamente ao silêncio podemos verificar no gráfico 13 que 27 pais (84,4%) assumem um grau de satisfação igual ou superior a 3, posicionando-se 15 pais (46,9%) no grau 5, 8 pais (25,0%) no grau 4 e 4 pais (12,5%) no grau 3. No entanto, 5 pais (15,6%) mostram-se menos satisfeitos posicionando-se 2 pais (6,2%) no grau 2 e 3 pais (9,4%) no grau 1.

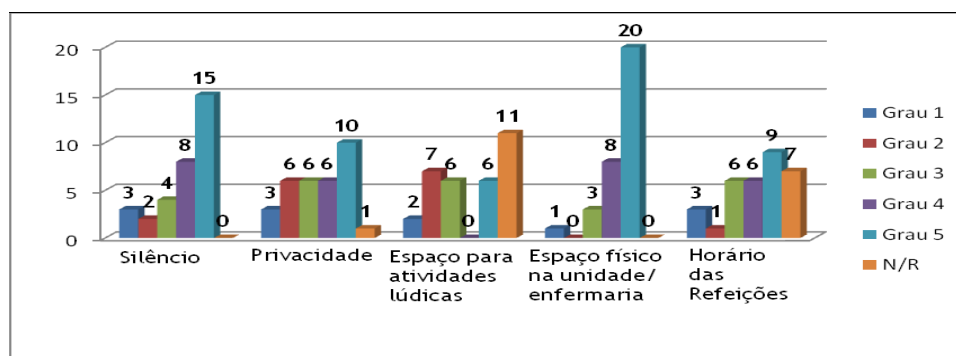
Já os dados relativos à privacidade mostram que 22 pais (68,8%) apresentam um grau de satisfação igual ou superior a 3. Assinalando 10 pais (31,2%) o grau 5, 6 (18,8%) o grau 4 e em igual percentagem o grau 3. Contudo 6 pais (18,8%) assinalam o grau 2 e 3 pais (9,3%) o grau 1, havendo 1 pai (3,1%) que não respondeu à questão.

Quanto ao espaço físico para atividades lúdicas os dados mostram-nos que 12 pais (37,5%) apresentam um grau de satisfação igual ou superior a 3, assinalando 6 pais (18,8%) o grau 5 de satisfação e em igual percentagem o grau 3. Porém 9 pais (28,1%) assumem um grau de satisfação igual ou inferior a 2, posicionando-se 7 pais (21,9%) no grau 2 e 2 (6,2%) no grau 1. A esta questão, 11 pais (34,4%) não responderam.

Relativamente ao espaço físico da unidade, 20 pais (62,5%) indicam o grau 5, 8 pais (25,0%) o grau 4, 3 pais (9,4%) o grau 3 e um participante (3,1%) indicou o grau 1 de satisfação.

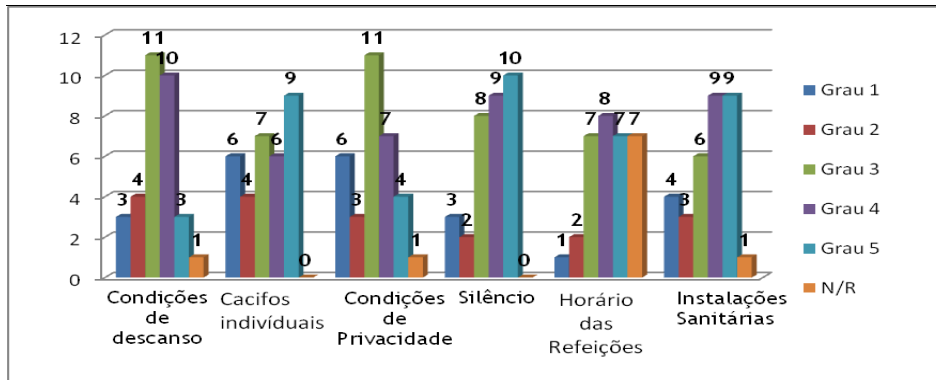
Quanto ao horário das refeições, 21 pais (65,6%) assinalam um grau de satisfação igual ou superior a 3: 9 pais (28,1%) no grau 5 e 6 pais (18,8%) no grau 4 e em igual percentagem no grau 3. No entanto, 1 pai (3,1%) assinalou o grau 2 e 3 pais (9,4%) o grau 1. A esta questão 7 pais (21,9%) não responderam (gráfico 13).

GRÁFICO 13: Distribuição do grau de satisfação sobre as condições do Serviço para a criança



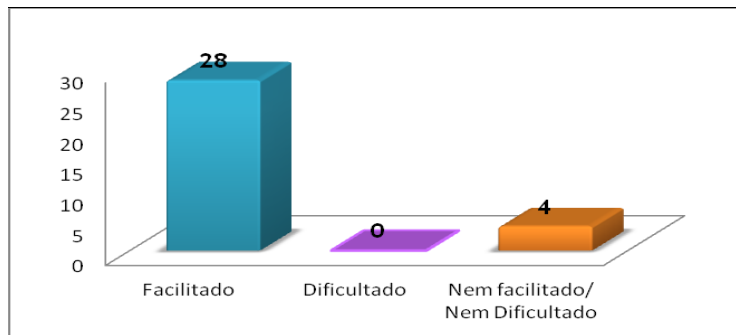
Relativamente ao grau de satisfação sobre as condições que o Serviço apresenta para o acompanhante, questionamos os pais sobre os seguintes aspetos: condições de descanso, cacifos individuais, condições de privacidade, silêncio, horário das refeições e instalações sanitárias. Os dados colhidos evidenciam que o grau de satisfação dos pais é maior no que concerne às condições de silêncio, posicionando-se 27 pais (84,4%) num grau de satisfação igual ou superior a 3. Seguem-se as condições das instalações sanitárias e de descanso, com 24 pais (75,0%) expressando um grau de satisfação igual ou superior a 3. Quanto aos cacifos individuais, horário das refeições e condições de privacidade 22 pais (68,8%) assinalam um grau de satisfação igual ou superior a 3 (gráfico 14).

GRÁFICO 14: Distribuição do grau de satisfação sobre as condições do Serviço para o (a) acompanhante da criança



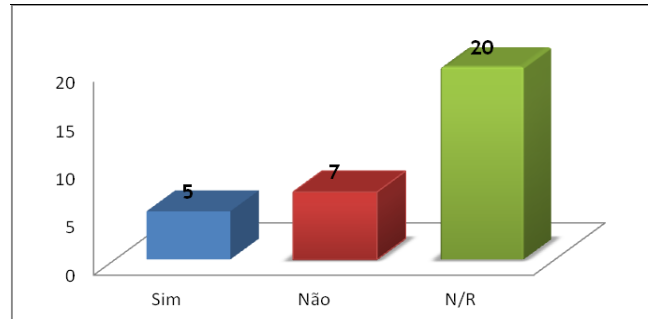
Relativamente ao acompanhamento do filho durante as 24 horas, 28 pais (87,5%) assumem que o acompanhamento do filho foi-lhes facilitado e 4 (12,5%) que não lhes foi facilitado nem dificultado (gráfico 15).

GRÁFICO 15: Distribuição da opinião sobre o acompanhamento do filho durante as 24 horas



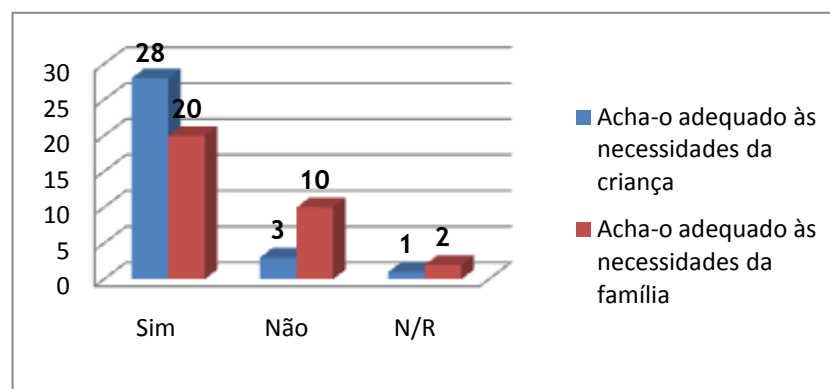
Quando interrogados os pais sobre a motivação, pelos enfermeiros, para o acompanhamento do filho ao longo das 24 horas, 5 pais (15,3%) dizem terem sido motivados, 7 (21,9 %) respondem não terem sido motivados e 20 (62,5%) não responderam à questão (gráfico 16).

GRÁFICO 16: Distribuição da opinião dos pais sobre a motivação para o acompanhamento do filho durante as 24 horas



No que respeita ao horário das visitas, quando questionamos os pais se consideravam o horário adequado às necessidades da criança, 28 pais (87,5%) afirmam que o mesmo vai ao encontro das necessidades da criança, 3 (9,4%) acham que não se encontra adequado e 1 (3,1%) não respondeu à questão. Quando interrogados sobre se o horário de visitas é adequado às necessidades da família, 20 pais (62,5%) responderam ser adequado, 10 (31,3%) não o acham adequado e 2 (6,2%) não responderam à questão (gráfico 17).

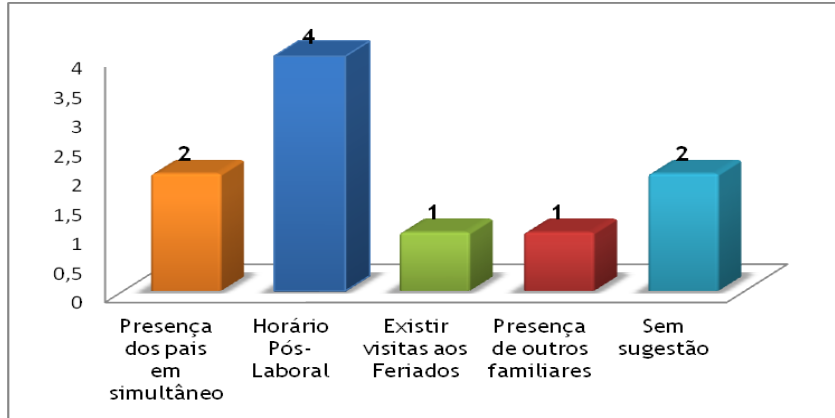
GRÁFICO 17: Distribuição da adequação do horário de visitas relativamente à criança/ família



Ao analisar as respostas à questão sobre “qual o horário mais adequado” apuramos que, dos 10 pais que responderam não ser adequado, 2 (20%) sugerem a presença dos dois pais em simultâneo, 4 (40%) sugeriram um horário pós laboral, 1

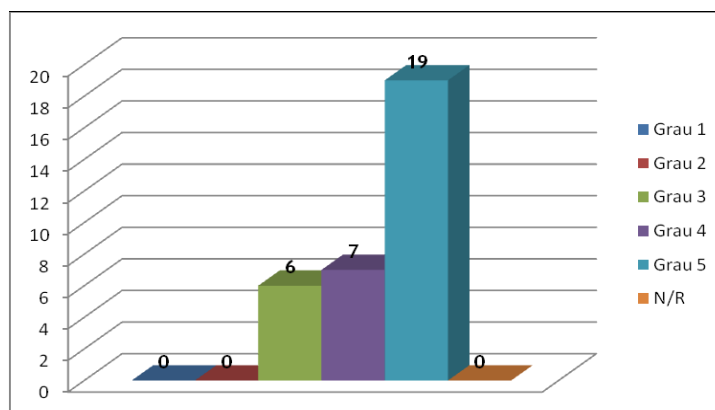
(10%) aponta para visitas aos feriados, 1 (10%) sugere possibilidade da presença de outros familiares e 2 (20%) não deram nenhuma sugestão (gráfico 18).

GRÁFICO 18: Distribuição das sugestões dos pais relativas ao horário das visitas



Quanto ao grau de satisfação dos pais sobre o apoio prestado à família, pelos enfermeiros, verificamos que 19 pais (59,4%) posicionam-se no grau 5, 7 (21,8%) no grau 4 e 6 (18,8%) no grau 3 de satisfação (gráfico 19).

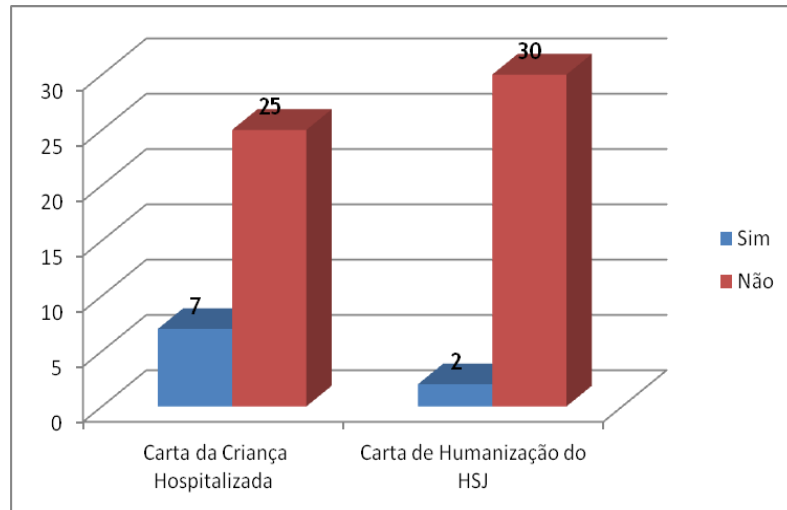
GRÁFICO 19: Distribuição do grau de satisfação com o apoio prestado à família pelos enfermeiros



Dos 32 pais inquiridos, 25 (78,1%) assumem não ter conhecimento da Carta da Criança Hospitalizada e 7 (21,9%) afirmam conhecê-la. Relativamente à Carta de

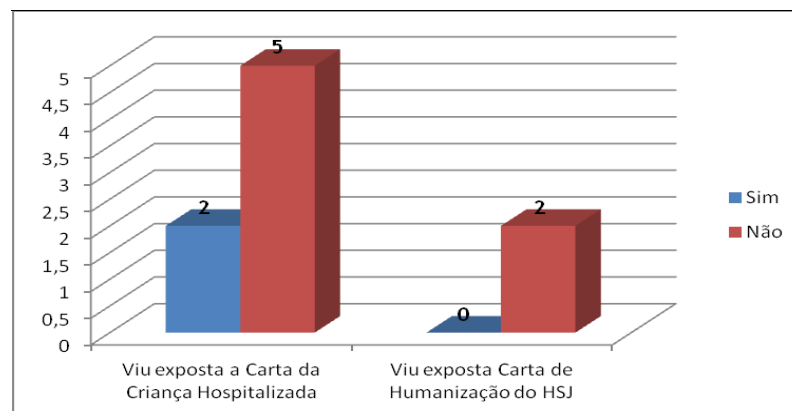
Humanização do Hospital de São João, 30 (93,8%) atestam não a conhecer e só 2 (6,2%) dizem conhecê-la (gráfico 20).

GRÁFICO 20: Distribuição relativa ao conhecimento da Carta da Criança Hospitalizada e da Carta de Humanização do HSJ



Dos 7 pais que assumem conhecer a Carta da Criança Hospitalizada, 2 (28,6%) afirmam que a viram exposta no Serviço e 5 (71,4%) negam tê-la visto. Os 2 pais que assumem conhecer a Carta de Humanização do Hospital de São João não tiveram acesso à mesma através da sua exposição no Serviço (gráfico 21).

GRÁFICO 21: Distribuição relativa ao ter visto exposta a Carta da Criança Hospitalizada e a Carta de Humanização do Hospital de S. João

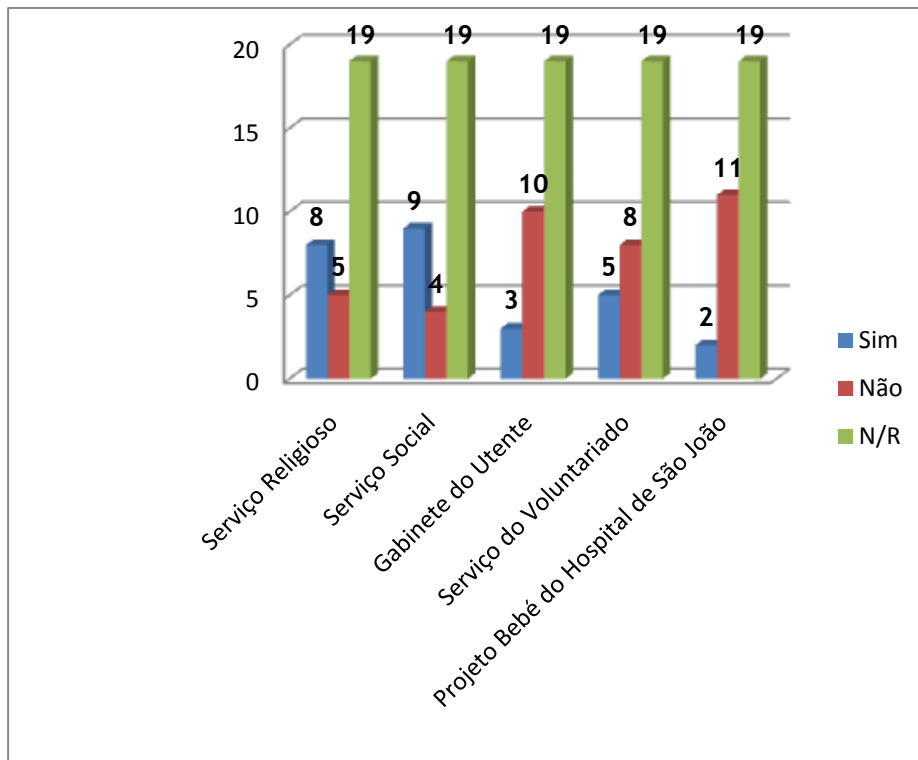


No que respeita ao ter conhecimento sobre os serviços de apoio do Hospital de S. João, no que se refere ao serviço religioso 8 (25,0%) dos acompanhantes

afirmam conhecer este serviço e 5 (15,6%) dizem não conhecer. Quanto ao serviço social, 9 (28,1%) conhecem este serviço e 4 (12,5%) não têm conhecimento deste serviço. Relativamente ao conhecer o gabinete do utente, 3 (9,4%) conhecem este serviço de apoio e 10 (31,2%) não o conhecem.

Em relação ao Serviço de Voluntariado 8 (15,6%) têm conhecimento sobre ele e 8 (25,0%) desconhecem este serviço. No que se refere ao Projeto Bebê do Hospital de São João 2 (6,3%) conhecem este projeto e 11 (34,3%) desconhecem o projeto. Dos 32 pais que constituem a amostra, 19 (59,4%) não responderam a estas questões (gráfico 22).

GRÁFICO 22: Distribuição relativa à informação que lhes foi fornecida sobre os serviços de apoio do Hospital de S. João



CAPITULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procederemos à discussão dos principais resultados obtidos no nosso estudo através das entrevistas e dos questionários realizados. Serviram de guia orientador os autores referenciados no percurso desta investigação, bem como a nossa perspetiva consolidada na nossa experiência profissional.

Com os dados alcançados foram identificadas três áreas temáticas: O enfermeiro e a humanização; A humanização que temos; O que falta para humanizar. Consequentemente, a discussão foi estruturada em função destes temas, incluindo em cada um deles a análise às opiniões dos pais e dos enfermeiros.

O Enfermeiro e a Humanização

A essência da humanização no contexto da saúde está relacionada com a qualidade da relação que se estabelece entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, no qual os enfermeiros são responsáveis por uma contribuição significativa. A humanização é o dever de quem escolheu cuidar de pessoas como legado. No nosso estudo a humanização foi identificada pelos enfermeiros como parte integrante da pessoa/enfermeiro, faz parte do ser enfermeiro, sendo a necessidade de humanizar intrínseca ao enfermeiro. Estas opiniões estão de acordo com Souza *et al* (2005, p.267) quando afirmam que “o ato do cuidar compreende agir com desvelo, solicitude, empenho, zelo e carinho”. Gomes et al (2005, p.22) entendem que “ não existe outra forma de cuidar de seres humanos que não seja a humanizada”.

O enfermeiro é um ser único, que age e interage no ambiente onde se insere, influenciando e sofrendo influências e à medida que constrói o seu

desenvolvimento pessoal e profissional, vai adquirindo capacidades e competências, refletindo a sua prática, as suas vivências e experiências. Neste sentido, e na opinião dos enfermeiros entrevistados, a humanização é individual, é diferente de enfermeiro para enfermeiro, verificando-se no serviço distintas inquietações com a humanização do cuidar.

O valor humano do enfermeiro traduz-se na humanização que pratica e, o desejo de ser compreendido, apreciado e reconhecido é a força matriz básica do seu comportamento. A valorização do enfermeiro é uma fonte de motivação uma vez que é responsável por proporcionar crescimento pessoal e profissional. Na opinião dos enfermeiros entrevistados a humanização conduz ao reconhecimento e propicia valor pessoal. Esta opinião é sustentada por [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”.

A Humanização que temos

As unidades de cuidados intensivos estão organizadas de modo a prestar uma assistência médica e de enfermagem especializada e ininterrupta a pessoas gravemente doentes, com risco de vida. Para tal são munidas de tecnologia e de equipamentos cada vez mais sofisticados, favorecendo o atendimento e a segurança tanto do doente como da equipa, mas, em contrapartida contribuem para relações humanas cada vez mais distantes, entre os profissionais de saúde e o doente/família. Na opinião dos enfermeiros participantes no estudo, o carácter amplo e complexo do Serviço exigem-lhe a necessidade de possuir sólidos conhecimentos técnicos e científicos. Estes dados corroboram com os de outros autores. Bártolo (2008, p.9) expõe que “a intensidade da vida de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos é associada a uma equipa de saúde jovem, devido ao ritmo e exigências da componente técnica” e que o contexto “contribui fortemente para o processo de desenvolvimento de saberes e competências, na medida em que os seus profissionais colocam constantemente em ação saberes teóricos e saberes práticos, e é desta confluência que surgem as novas competências profissionais”. Figueiredo (2008, p.157) afirma, “são tecnologias que exigem da enfermagem habilidades e competências para cuidar que parecem

ser o “divisor de águas” entre o cuidado prestado na terapia intensiva e em outras unidades”.

É percebido pelos enfermeiros entrevistados, que o reconhecimento profissional no Serviço é manifestado pela boa prestação técnica, não se reconhecendo o valor do carácter humano no seu desempenho profissional. Considerando haver uma sobrevalorização da técnica em detrimento da humanização. Estes resultados estão de acordo com outros estudos. Na perspectiva de Bártolo (2008, p.9) “a equipa manifesta grande preocupação com o treino da competência técnica. A avaliação rigorosa que a equipa de enfermagem emite sobre todos os procedimentos realizados e o conhecimento preciso da situação clínica da criança traduzem a preocupação com o domínio da técnica”. [Bettinelli (2004) cit por Gomes *et.al*, (2005, p.25)] diz que “na visão curativista existente nas instituições hospitalares, a eficiência do enfermeiro é avaliada pela capacidade técnica e pela destreza nos procedimentos. Esses fatores favorecem a impessoalidade nas relações do cuidado, que se restringe, muitas vezes, ao mero cumprimento de tarefas rotineiras e à obediência ao modelo de atendimento à saúde existente, tornando o ser humano objeto da assistência”.

Na opinião dos participantes no estudo, subsiste uma necessidade de humanização no serviço, e embora a humanização seja uma preocupação para os enfermeiros, na prática não se evidencia a sua concretização, parecendo ficar sempre em segundo plano. Estes dados corroboram os de [Bettinelli (2004) cit. por Gomes *et.al*, (2005, p.25)] que exprime, “na maioria das vezes, o enfermeiro tem como preocupação primeira e fundamental a própria doença, em detrimento do cuidar o ser humano que necessita de assistência na sua totalidade. Há um esquecimento dos aspetos afetivos, da intuição, da sensibilidade, do envolvimento e da solidariedade ao cuidar do ser humano”.

Parece existir por parte dos enfermeiros, conhecimento e consciência da necessidade de melhorar o carácter humano no serviço e que são várias as condicionantes à humanização do cuidar, desde fatores humanos a fatores organizacionais. Os enfermeiros reconhecem que, ao longo do tempo, a tecnologia parece ter ocupado o espaço e o tempo disponível para o estabelecimento de efetivas relações humanas. Este resultado corrobora o de [Nietsch (2000) cit. por Figueiredo *et al*, (2008)] que diz “os profissionais de saúde, ao não se darem conta de onde termina a máquina, e onde começa o doente, transformam a sua relação com a máquina e o cuidado de enfermagem num ato mecânico, vendo o cliente como uma extensão do aparato tecnológico”.

Todos os pais reconhecem que os enfermeiros cuidam com educação e respeito, usam linguagem compreensível e manifestam disponibilidade e simpatia quando prestam os cuidados à criança. Os enfermeiros preocupam-se com o respeito da criança quando lhe prestam cuidados, sendo esta opinião partilhada pelos pais: 81,3% afirmam que o enfermeiro trata a criança pelo nome quando lhe presta cuidados e 75,0% encontram-se muito satisfeitos com os cuidados de enfermagem.

A preocupação dos enfermeiros com o bem-estar da criança é percecionada no nosso estudo: 75,0% dos pais dizem que os enfermeiros avaliam a dor à criança e 46,9% estão muito satisfeitos com as medidas implementadas para o seu alívio. 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”.

No que diz respeito às condições que o serviço apresenta para a criança, 96,3% dos pais encontram-se satisfeitos com as condições físicas da unidade, 68,8% com as condições de privacidade, 65,6% com o horário das refeições. Salientamos o facto de, 34,4% dos pais não terem respondido quanto às condições que o serviço apresenta para atividades lúdicas. O que nos faz perceber que esta questão não deveria ter sido colocada no presente estudo, atendendo que este parâmetro não se adequa na maioria das vezes às crianças internadas nos cuidados intensivos, tendo em conta a sua vulnerabilidade física, e dependência técnica e medicamentosa.

Relativamente às condições que o serviço apresenta para os acompanhantes, os pais também se apresentam na sua maioria satisfeitos, ou seja, condições de descanso e instalações sanitárias 75,0%; cacifos individuais, condições de privacidade e horário das refeições 68,8%. Estes dados revelam que a preocupação com a humanização hospitalar não se depreende apenas com as condições do doente, estas alargam-se à família e aos acompanhantes.

O Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos está inserido numa instituição de saúde que se encontra ao dispor da sociedade. Esta instituição envolve outros serviços que têm como objetivos ajudar os profissionais desta instituição a prestar cuidados de qualidade, no respeito e dignidade da pessoa que cuidam. No nosso estudo é apontado o auxílio prestado pelo Serviço de Humanização, nomeadamente as transformações a que este serviço já conduziu, apresentando-se esta instituição, hoje, mais humana para quem a ela recorre. Este dado está de

acordo com [Mezemo (2001), cit. por Andrade *et al* (2009; p. 152)] que exprime “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”.

O Hospital envolve, no seu espaço físico, outros serviços de apoio aos utentes, contudo, é apontado pelos nossos participantes pouca informação acerca destes, estando entre os mais divulgados o Serviço social 28,1% seguido do Serviço religioso 25%. De salientar que um grande número de participantes 59,1% não respondera relativamente a esta questão. Estes resultados mostram que existe uma fraca sensibilidade dos profissionais em informar os pais acerca destes recursos e no Serviço existe pouca informação e divulgação sobre os mesmos. Por outro lado, os pais focam a sua atenção no estado de saúde do seu filho, encontrando-se receosos, ansiosos e com medo pela possibilidade de perda. A fonte principal de preocupação é o seu filho, tudo o resto é relegado para segundo plano.

No Hospital existe uma carta de Humanização, mas os dados do nosso estudo revelam que 93,8% dos pais não a conhecem. Quanto á Carta da Criança Hospitalizada, 78,1% dos pais assumem que a desconhecem. Na nossa opinião, estes dados parecem revelar pouca divulgação por parte dos profissionais e que determina uma lacuna na humanização.

O que falta para humanizar

Na opinião dos enfermeiros participantes no estudo, há atitudes e intervenções que conferem um carácter humanizado no processo de assistir e que é importante desenvolver e cultivar na prática assistencial dos cuidados intensivos pediátricos. Uma das atitudes apontadas pelos enfermeiros é a flexibilidade, dizem-nos que no serviço existe por parte dos profissionais rigidez no cumprimento de rotinas e de regras. Este facto corrobora o estudo de Faquianello (2007), quando nos diz que o atendimento não humanizado é traduzido por atitudes que valorizam as regras hospitalares.

Os pais 87,5% consideram que o horário de visitas vai de encontro às necessidades da criança e 62,5% pensam que é adequado às necessidades da família. Contudo, 31,3% dos pais dizem que o horário de visitas não é adequado às necessidades da família e apresentam algumas sugestões, tais como, a presença

dos dois pais em simultâneo, horário de visita pós laboral, permissão de visitas aos feriados e a possibilidade do acompanhamento por outros familiares. Estes dados estão de acordo com Côrte-Real (2007), quando refere que nas Unidades de Cuidados Intensivos as rotinas são muitas vezes rígidas e inflexíveis, que uma prática importante observada refere-se à inflexibilidade das normas e rotinas relacionadas com o horário de visitas e que exige reformulação.

A disponibilidade é uma atitude anotada pelos enfermeiros do nosso estudo, como indispensável ao cuidar humanizado e que é necessário cultivar no Serviço, particularmente no que concerne aos pais. Esta atitude é importante para que os pais reconheçam que o enfermeiro é um profissional acessível e que os apoia. Silveira *et al* (2005, p.129) expõem que, “a família pode contribuir muito para a recuperação do paciente, mas para tal, esta necessita ser acolhida, respeitada e também cuidada”.

Outra postura apontada pelos enfermeiros entrevistados como fundamental para a humanização dos cuidados é a necessidade de transmitir segurança aos pais. Este dado corrobora os de outros estudos. Maruiti *et al* (2007) apontam a segurança emocional como a necessidade mais sentida pelos familiares. Para a família é importante ter a certeza que o seu familiar está a receber o melhor tratamento, a incerteza é fonte de ansiedade e de angústia. Para Gomes *et al* (2005, p.28), “é fundamental que o cuidado se dê de forma compartilhada, estabelecendo confiança, segurança e sentimento de proteção”.

Por último, mas não menos importante, uma das atitudes evidenciadas pelos enfermeiros para a humanização dos cuidados é a indispensabilidade da transmissão de esperança aos familiares. Na sua opinião mesmo em situações de enorme gravidade é importante transmitir esperança aos pais na medida em que esta ajuda ao equilíbrio familiar e na aquisição de uma atitude positiva face à situação. Estes dados estão de acordo com Cavaco *et al* (2010), quando afirmam que a esperança afeta o binómio saúde/doença de forma positiva e auxilia a pessoa a combater as incertezas do futuro de uma forma mais eficaz. Referem ainda que a evidência científica tem comprovado o seu efeito terapêutico e a sua utilidade enquanto estratégia de coping nas mais diversas situações.

O acolhimento parece ser condição necessária no processo de humanização dos cuidados, é extensivo a todos os contextos de cuidados de saúde e engloba a tríade profissional de saúde/criança/família. No nosso estudo, na opinião dos enfermeiros o acolhimento realizado no serviço é uma intervenção que necessita de reformulação. Afirmam que os pais esperam demasiado tempo para serem

acolhidos. No Serviço é estabelecida prioridade no cuidado à criança esquecendo-se que a família é parte integrante da criança. Estes dados corroboram os de outros estudos. Bettinelli *et al* (2007) demonstraram que existe pouca consideração e acolhimento para com os familiares por parte dos profissionais de saúde. A preocupação é receber o doente e cuidar dele, e pouca importância é dada ao familiar que aguarda. Silveira *et al* (2005, p.126) concluem, que “em decorrência da premência de um fazer tecnológico imediato, muitas vezes torna-se difícil um contato inicial com os familiares, o que contribui para o entendimento da UCI como um local onde predomina a frieza e a atuação desumana e distante”. Estes dados vão de encontro a outro estudo, realizado por Vila *et al* (2002), sobre o significado cultural do cuidado numa UCI. Esta investigadora diz que o diálogo entre enfermeiros e familiares é restrito e superficial, observando-se um relacionamento formal, burocrático e despersonalizado.

Esta opinião também parece ser partilhada pelos pais. Os dados demonstram que, quando a criança/família foram admitidos no serviço, 37,5% dos pais afirmam terem sido recebidos pelo enfermeiro, 21,9% pelo médico, 28,1% foram recebidos pelo médico e pelo enfermeiro em simultâneo e 6,3% não se recordam de qual o profissional de saúde que os recebeu, (o que se pode justificar pela situação de stress). Tendo em atenção que o acolhimento inicial contribui para a formação de expectativas, reduzindo medos e ansiedade, colaborando para a construção de uma verdadeira relação de ajuda essencial no processo de cuidar, estes dados parecem traduzir que, apesar de existir preocupação no serviço em acolher, a sua tradução prática assume uma forma passiva e pouco sistematizada.

A opinião dos enfermeiros é favorável à presença dos pais em simultâneo durante as 24 horas, afirmando ser vantajoso para a criança. Assumem que por razões inerentes ao serviço, os pais tem necessidade de se ausentar, por períodos, junto dos filhos, sendo estes momentos de angústia quer para a criança, quer para a família. Nesse sentido, Faquinello *et al* (2007, p.610) dizem que “os pais exercem papel fundamental no contexto da hospitalização infantil, na medida em que representam a referência fundamental da criança, enquanto mediadores da relação terapêutica, fonte principal de segurança e de carinho, além de apoio imprescindível ao enfrentamento desta situação desafiadora que é a doença e o internamento”.

A legislação em vigor permite a permanência dos pais 24 horas junto do filho ao longo do internamento. Na opinião dos enfermeiros, o acompanhamento da

criança pelos pais ajuda no processo de integração da criança, na aceitação e adaptação à doença e hospitalização e na sua recuperação. A maioria dos pais (87,5%) assume que o acompanhamento do filho durante as 24 horas foi-lhes facilitado, no entanto 21,9% dizem não terem sido motivados para o acompanhamento. Estes dados parecem demonstrar que embora os enfermeiros aceitem a permanência dos pais junto da criança, pois é um direito da mesma, não os motivam na totalidade. Barbosa (2004) aponta que, embora os profissionais percebam a participação da família enquanto extensão da criança internada, não se sentem preparados para dividir os mesmos espaços, sentindo-se desconfortáveis com a sua presença.

Desde de Anne Casey que a evidência científica tem demonstrado que a parceria de cuidados é condição *sine qua non* para a assistência humanizada à criança, contudo, o nosso estudo revela-nos que, no que diz respeito ao envolvimento dos pais nos cuidados, 25,0% dos pais dizem que não foram motivados nem envolvidos nos cuidados de higiene. Quanto à sua participação nos cuidados de conforto, 31,3% referem que não foram motivados a participar neste cuidado. Relativamente à participação da alimentação dos seus filhos, 59,4% dizem não terem sido motivados e 93,8% assumem que não foram incentivados a participar noutra tipo de cuidados. A percepção dos pais parece estar de acordo com a opinião dos enfermeiros.

Na percepção dos enfermeiros, a parceria de cuidados não está devidamente estabelecida no serviço, a participação dos pais nos cuidados não é uma prática generalizada, o que não é contribui para o bem-estar da criança, nem está de acordo com o preconizado face ao respeito e à promoção do papel dos pais como principais cuidadores, proporcionando-lhes sentimentos de competência e controle. Estes dados corroboram os de outros estudos. Molina *et al* (2007, p.441) concluem que “a permanência da família durante a hospitalização de um filho, compromete transformações na rotina hospitalar nos aspetos referentes à estrutura física, mas também intervém na teia de relações sociais complexas e cristalizadas presentes nas instituições, onde os pilares ainda são a burocracia, o poder, a hierarquização, a rigidez e a administração não participativa, geralmente”. Collet *et al* (2004) afirmam que na participação dos pais na assistência à criança no hospital, não se identifica um planeamento devidamente articulado, não havendo iniciativa nem por parte da enfermagem nem por parte dos pais no estabelecimento de uma negociação nesse sentido. A divisão de tarefas é previamente determinada pela instituição e pelos profissionais, cabendo

aos pais, a princípio, cumprir o que lhe é determinado. Embora a permanência de um acompanhante em tempo integral seja hoje uma realidade, o cuidado continua a ser realizado em instituições de saúde burocratizadas, com espaços definidos, com regras e regulamentos minuciosos que regem o seu funcionamento.

Todos os pais mostram ter estabelecido uma relação positiva com os enfermeiros, com 59,4% a referirem ter uma relação muito boa. Contudo, somente 40,6% dos inquiridos sabem o nome do enfermeiro que cuida do seu filho. De um modo geral os pais encontram-se satisfeitos com os cuidados de enfermagem, sendo que 75,0% encontram-se muito satisfeitos; porém, os enfermeiros alegam que é insuficiente o apoio dispensado aos pais e esta opinião também é partilhada pelos pais, pois apenas 59,4% se encontram muito satisfeitos com o apoio recebido. Estes dados corroboram os de outros. Bettinelli *et al* (2007) afirmam que a atenção dispensada ao familiar do doente internado nos cuidados intensivos deve ser reconhecida como um cuidado de enfermagem importante e cujos conhecimentos e habilidades ainda carecem de um saber sócio humanístico, aliado ao fazer e ao ser dos profissionais de enfermagem. Gomes *et al* (2005) concluem que a equipa de saúde dedica-se principalmente à criança, desprezando as dificuldades e as necessidades da família. Mas o assistir à criança envolve também dar assistência à família.

Na opinião dos enfermeiros, os pais apresentam necessidades várias, tais como necessidades emocionais, sociais, religiosas, etc. e enfatizam a indispensabilidade do apoio nestas necessidades para o cuidar humanizado. Esta opinião corrobora a de Hayakawa *et al* (2009, p.181): “quando os pais percebem que os profissionais estão preocupados em ouvi-los e em compreendê-los, este é o primeiro passo para o suporte adequado às necessidades da família e uma forma de humanizar os cuidados à criança”.

A convicção dos enfermeiros é de que há a necessidade de um cuidar mais amplo, baseado nas necessidades do outro, e não fundamentado simplesmente na habilidade técnica. É essencial a construção de uma relação de ajuda, assente na comunicação, escuta ativa e verdade, pertencendo aos enfermeiros, pelo tempo que permanecem junto da criança/família, a oportunidade do estabelecimento de um forte elo de ligação e que deverá conduzir a uma relação de carácter único. A esse propósito Faquianello (2007, p.613) diz-nos que a enfermagem é notável “quando em seu cuidado leva em conta as pequenas coisas, traduzidas em gestos e atitudes, e que proporcionam um suporte psíquico emocional e uma relação de ajuda, tornando a hospitalização uma experiência mais facilmente tolerável”.

A maioria dos pais (90,6%) afirma que os enfermeiros informam e esclarecem sobre os procedimentos que realizam aos seus filhos, e a opinião dos enfermeiros realça a importância da transmissão de informação como fundamental para o equilíbrio emocional da família, sendo necessário no serviço, estabelecer períodos diários para a transmissão dessa mesma informação. Este dado corrobora os de [Almeida (2006), cit. por Nascimento *et al* (2007, p.449)] ao afirmar que, “os familiares necessitam além de conforto, de comunicação clara e segura, contactos prolongados e informação. Faquianello *et al* (2007, p.615), afirmam “os pais necessitam de informação sobre as condições de saúde do seu filho, de tal forma a poder lidar com a situação de forma mais equilibrada, controlando suas reações na medida em que lhes são fornecidos maiores subsídios e conhecimentos sobre o diagnóstico de seu filho”.

Os pais 84,4% encontram-se satisfeitos com as condições que o serviço apresenta relativamente às condições de silêncio no que concerne à criança e ao acompanhante. No entanto, o ruído excessivo inerente ao serviço e a pouca atenção dispensada ao silêncio são dificuldades apontadas pelos enfermeiros. Afirmam que não há por parte dos profissionais, preocupação em falar baixo, ou cuidado pelo evitar o ruído na manipulação dos equipamentos. Este dado confirma um estudo realizado por Deslandes *et al* (2005) que nos dizem que o barulho produzido pelos equipamentos de monitorização são constantes e que embora os profissionais tenham consciência dos seus efeitos nocivos, estes adaptam as condições de trabalho às suas próprias necessidades, naturalizando esses ruídos.

Escassez de formação na área da humanização é apontada no nosso estudo como um fator que concorre para a desumanização dos cuidados. Este dado corrobora com outro estudo, Gomes da Silva *et al* (2008) evidenciam que além do bom exercício técnico, devem ser introduzidas as práticas de humanização para facilitar a relação humana. Igualmente expõe que cada instituição deve investir através da educação continuada, no lado humano e interativo dos seus profissionais, para que aprendam a executar a humanização com cuidado. Justificam que a educação continuada tem enorme importância para que impere a boa qualidade da assistência humanizada e que a carência desta causa empobrecimento na assistência de enfermagem.

Um participante diz-nos que o rácio de enfermeiros por doente é uma barreira para a assistência humanizada. [Bedin (2004), cit. por Gomes da Silva *et al* (2008)] relatam que em todo o ambiente hospitalar há necessidade de recursos

humanos adequados, pois com funcionários sobrecarregados, a tendência natural é mecanizar os procedimentos, o que contraria o ideal de humanização.

CONCLUSÃO

Atualmente, um dos objetivos maiores no processo de saúde é a humanização dos cuidados e, cada vez mais, na nossa sociedade e nas instituições de saúde, sente-se e exige-se a indispensabilidade da humanização. O cuidado humanizado é uma premissa a ser proporcionada por todos os profissionais de saúde que se preocupam com a qualidade dos cuidados que prestam.

Com o tempo a criança alcançou um lugar de destaque na sociedade. Hoje, é consensual que o direito à saúde e conseqüente garantia de qualidade de vida da criança é de importância fundamental para a saúde das sociedades, pois são elas que determinam o futuro. Num sistema de saúde que se pretenda humanizado, o envolvimento dos pais é condição necessária para que a criança regresse ao seio familiar com segurança e garantia desses cuidados. A família é o apoio efetivo da criança, e como tal esta deve ser integrada de forma eficaz na equipa de saúde.

As Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas surgiram da necessidade de aperfeiçoar e concentrar recursos materiais e humanos e da indispensabilidade da observação constante, médica e de enfermagem, para o atendimento a crianças gravemente doentes. Estes serviços desenvolveram novos e permanentes desafios nas equipas de saúde, pois, embora o suporte tecnológico que lhe é inerente seja importante, não é mais relevante que a essência humana. A humanização é inerente ao enfermeiro e aos cuidados de enfermagem qualquer que seja o contexto em que estes acontecem, engrandecendo e concorrendo para o bem-estar de todos os envolvidos no processo do cuidado.

Com o nosso estudo entendemos que ao profissional de enfermagem, pela natureza da sua profissão e pelo tempo que permanece com a criança e família, cabe-lhe nesse sentido uma maior responsabilidade na humanização e qualidade dos cuidados. O cuidado humano é a melhor estratégia terapêutica que o enfermeiro dispõe para auxiliar a criança em situação de doença e os seus pais, mesmo quando este acontece num ambiente intensivo.

Percebemos que, apesar de os pais se encontrarem de um modo geral satisfeitos com os cuidados e com a relação estabelecida com os enfermeiros a humanização do cuidar não é atingida só na perspetiva dos cuidados e tecnologias disponibilizados pelos profissionais de saúde e serviço. A humanização é entendida pelos enfermeiros como um agregado complexo de atitudes e intervenções motivadas por um pensamento ético, humanitário, social e holístico que satisfaçam as necessidades de conforto, atenção, afeto e respeito essenciais ao bem-estar da criança/família.

Embora os enfermeiros reconheçam a importância da família na humanização dos cuidados à criança, os dados apontam que não existe uma efetiva valorização da presença dos pais, é necessário melhorar a relação com os pais, dispensando-lhe mais atenção e apoio. A valorização de estratégias como a comunicação, a escuta ativa e a verdade surge como elemento essencial no estabelecimento de uma relação de ajuda com os pais.

Os dados apontam que na relação estabelecida entre enfermeiros e pais, é indispensável que esteja sempre presente o acolhimento, a disponibilidade, o dar o seu tempo, dar a sua competência técnica e humana, o seu interesse e a sua capacidade de escuta e compreensão, estas atitudes são importantes na pediatria, nomeadamente nos cuidados intensivos, em que se pode considerar criança e pais mutuamente dependentes dos cuidados de enfermagem. É forçoso estar atento às necessidades afetadas da família.

Entendemos que detemos a responsabilidade de promover a confiança e segurança, embora nem todas as expectativas da família possam ser satisfeitas, estas devem ser valorizadas e ouvidas. É imprescindível transmitir esperança nos pais.

Reconhecemos que o acolhimento realizado à família na UCIP é extremamente importante nas expectativas formadas, reduzindo medos, ansiedade, contribuindo para o iniciar de uma verdadeira relação de ajuda. Entendemos que é necessário o compromisso e a responsabilidade de desenvolver esforços no sentido de aprimorar o acolhimento. Deve subsistir um maior investimento por parte dos enfermeiros no momento do acolhimento, menos tempo de espera por parte dos pais, e estes devem desfrutar de mais informação durante este tempo. Todos os pais devem ser acolhidos pelo enfermeiro ou simultaneamente pelo enfermeiro e médico, de modo a promover o atendimento personalizado.

Os enfermeiros sabem que os pais têm o direito a que lhes sejam comunicadas todas as informações referentes ao estado de saúde do seu filho. No entanto, os dados do trabalho reforçam um maior empenho em fornecer informações, fidedignas, claras e objetivas sobre o estado de saúde da criança e sobre todos os procedimentos terapêuticos, nomeadamente sobre todos os cuidados de enfermagem que lhe são realizados, realçando os aspetos positivos, no sentido de diminuir sentimentos de insegurança e de angústia familiar.

No estudo perspetiva-se a possibilidade dos dois pais permanecerem em simultâneo junto da criança, sempre que esta seja a sua vontade, embora, já seja permitido num período das 17 às 22 horas, este não é alargado às 24 horas. Contudo, o processo de humanização engloba muito mais que o permitir ou não a presença dos pais. Os pais devem ser motivados a permanecer junto dos filhos, mas para que tal aconteça, o serviço deve oferecer conforto aos familiares, também é necessário que durmam e que descansem, permitindo-lhes condições de sono e de repouso.

Entende-se que embora inicialmente os cuidados de enfermagem possam ser centrados na criança, é evidente que se deve apostar na parceria de cuidados, reconhecendo os familiares como membros da equipa de cuidados à criança, integrando-os e negociando as suas funções.

Os dados manifestam que a atenção com o silêncio, não pode continuar a ser aligeirada pelos profissionais, num ambiente que está repleto de alarmes geradores de enorme perturbação e angústia nos familiares.

É apontado no estudo a importância da reformulação das regras do serviço quanto ao horário das visitas, nomeadamente para as pessoas mais significativas para a criança.

Os pais encontram-se satisfeitos com as condições proporcionadas, mas dentro das limitações estruturais que existem, desenvolver esforços junto das entidades competentes para proporcionar melhores condições para a família. É fundamental quantificar e adequar os enfermeiros para dar atenção aos pais, pois exige-se um olhar atento às necessidades físicas e psicológicas dos familiares.

Os dados apontam para uma maior exposição e divulgação da Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada e da Carta de Humanização do Hospital de S. João. Devemos apostar na sensibilização e formação para a sua aplicação.

Consideramos imprescindível que a equipa de enfermagem reflita sobre a importância da família como participante ativo no cuidado prestado à criança e como potencializadora da sua recuperação. Acreditamos que o cuidar humanizado

à criança/família depende sobretudo da formação e sensibilização dos enfermeiros que trabalham nos cuidados intensivos pediátricos.

Analisando o trabalho desenvolvido, podemos afirmar que os resultados encontrados dão resposta aos objetivos propostos no início deste trabalho. A pertinência da temática foi considerada por nós geradora de enorme motivação, muito embora conscientes da responsabilidade e da implicação de algumas limitações, que foram surgindo ao longo deste percurso, entre as quais a inexperiência na área da investigação.

Consideramos que foi relevante a execução deste estudo, pois possibilitou-nos aprender a atribuir mais importância a alguns valores inerentes a qualquer pessoa, dentre eles, a sensibilidade, a afetividade, a capacidade de empatia e envolvimento emocional, como instrumentos a serem utilizados na relação entre as pessoas. Descobrimos também que somos capazes de transmitir segurança, pela simples presença junto à criança/família, demonstrando-lhe interesse genuíno pela sua situação de doença e o nosso envolvimento no cuidar.

É importante lembrar que um estudo desta natureza, nos quais se vislumbra o diagnóstico desta realidade de cuidados, tem benefícios para a própria equipa de saúde e instituição, na medida em que fornece indícios para melhor compreender as expectativas e necessidades das crianças e famílias atendidas, estabelecendo metas e ações para a qualificação do atendimento e a consequente melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de vida das pessoas envolvidas neste processo.

Esta investigação, para além de enriquecer o nosso conhecimento sobre o tema e constituir um contributo para a nossa formação pessoal e profissional, pretende contribuir para a realização de novos estudos e proporcionar alguns subsídios que poderão concorrer para uma prática de enfermagem mais desperta para o cuidar humanizado. Como profissionais de saúde precisamos procurar na pesquisa científica, meios e estratégias que nos permitam refletir criticamente a nossa realidade, identificando deficiências e caminhos de mudança.

Concluimos que o cuidar é inerente à prática de enfermagem, não importa o contexto onde acontecem os cuidados. Os pais que vivenciam a experiência de ter um filho em risco de vida apresentam características, medos e valores individuais e necessitam de ser tratados de acordo com a sua unicidade, competindo ao enfermeiro um papel elementar na resposta às necessidades da criança e da família numa perspetiva do cuidado humanizado. O bem-estar da família é indispensável à criança e à humanização dos cuidados infantis.

No final fica o sentimento de que o caminho percorrido foi engrandecedor, pela aprendizagem, pela experiência, pelo amadurecimento, mas principalmente pelo contributo que este trabalho possa importar para a humanização do cuidar à criança. Penso que o sucesso da enfermagem, nesta área específica, tem de ser continuar a investir na humanização do cuidar, pois é isso que nos torna seres particulares e nos diferencia. Mais do que a técnica são as qualidades humanas e as características pessoais que os pais exaltam quando lembram quem tratou um dia dos seus filhos.

Apontamos algumas sugestões para o Serviço, inferidas das conclusões a que chegamos. Facultar aos profissionais formação no âmbito da humanização. Elaboração de um guia de acolhimento quer para a criança quer para a família. Estudar a possibilidade da presença dos dois pais durante as 24 horas. Proporcionar maior flexibilidade nas visitas, ampliar à presença de outros familiares, nomeadamente irmãos e amigos e que sejam compatíveis com horários laborais e escolares. Desenvolver na equipa momentos de reflexão, pois acreditamos que o processo de humanização é um percurso da responsabilidade de todos.

BIBLIOGRAFIA

AYRES, José R. de C. M.- Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 549- 560, 2005.

ALDRIDGE, Michael D. - Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive. *Care Unit. Critical Care Nurse*. ISSN 0279 - 5442 25:6 Dezembro 2005. (p. 40-50)

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.

ALMEIDA, J. M. R.- Direitos das crianças ou deveres dos adultos? In: *Boletim do IAC* - Lisboa. Nº24 - Março/Abril 1993.

ÁLVAREZ, L. N. R.; TRIANA, A. - Perception of behaviors of humanized nursing care at Clinica del Country. *AV. Enferm.*, XXV (1): 56-68, 2007.

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.

AMARAL, João M. Videira - Tratado de Clínica Pediátrica, vol. I Alfragide: Editor Coordenador - João M. Videira Amaral. 1ªed, 2008.

AMARAL, Nádea M. F.- Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém Nascidos Prematuros Internados: a visão das enfermeiras. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. 2009.

AMENDOEIRA, José - Cuidado de Enfermagem - intervenção ou ação. O que pensam os estudantes? - Revista Nursing, julho/agosto de 2000.

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.

AMENDOEIRA, José - Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. - Revista Sinais Vitais, Nº 67, julho de 2006.

AMENDOEIRA, José - Uma biografia Partilhada de Enfermagem. A segunda metade do séc.XX. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, 2006.

AMENDOEIRA, José - Dos saberes dos enfermeiros aos saberes em Enfermagem. Uma reflexão sobre a procura e o uso de conhecimentos em Enfermagem. [Consult. 10 setembro. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.joseamendoeira.pt.vu/>

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 percepção 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).

ANDRÊ, M. E. D. A.- Etnografia da prática escolar. Campinas: Papyrus, 1995.

ANTUNES, J. L., A medicina à medida de cada um, Expresso. Revista Única, nº1940, 31/12/2009, 154-155.

BACKES, D.S; LUNARDI, V.L; LUNARDI, W.D. Filho - *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.; KOERICHI, M.S.; ERDMAN, A.L. -Humanizando o Cuidado pela Valorização do ser Humano: Re-Significação de Valores e Princípios pelos Profissionais de Saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. (jan/fev 2007) 15(1):34-41.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. D. - Humanização nas Relações com a Família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, vol. 26, núm. 1, pág. 205-212, 2004.

BARBOSA, I. A. *et al* - Cuidado Humanizado de Enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília 2007. Set-Out; 60(5): 546-51.

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

BÁRTOLO, Emilia - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. Revista de Ciências da Educação. Nº 5. Jan/Abr. 2008. ISSN 1646-4990.

BEIRÃO, M.; SIMÃO, M. - *Relação de Ajuda: Essência nos cuidados de enfermagem*. Revista Servir, vol. 48, nº 2. (Março/Abril 2000). Pág. 97-99.

BENEVIDES, R.; PASSOS, F. Humanização na Saúde: um modismo? Interface - Comunicação Saúde, Educação Vol. 9, nº 17, p. 389 - 394. (2005).

BENTO XVI _ “ Crise do Pensamento”- Visita de Bento XVI à Universidade Católica em Roma. 3 de maio de 2012 [Consult. 20 abril. 2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=90751>

BERMEJO, José Carlos - Humanizar a saúde - Cuidado, Relações e Valores. Editora Vozes. Petrópolis. Brasil. 2008.

BETTELHEIM, Bruno - Bons Pais: o sucesso na educação dos filhos. 3ª Ed. Bertrand Editora. 2003.

BETTINELLI. L.A; ROSA j.; ERDMAN A.l.; Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares. Ver Gaúcha Enferm. 2007; 28(3):377-84

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.

BOLWLBY, J. 1969. *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books Edição revista, 1982.

CABOCLO, J. L. F. Ética e Tecnologia. [Consult. 12 outubro. 2011]. Disponível na Internet: <http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/26.htm

CARMONA DA MOTA, H. 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.

CARNEIRO, S. G.- As Implicações Da Parceria de Cuidados Para A Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem Nos Serviços De Pediatria. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. 2010.

CARO, Sarita - Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2009; 25, (1): 172-178.

CARTA DE HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL DE S. JOÃO, 2008.

CARTA EUROPEIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA, 1986.

CARTA EUROPEIA DOS DIREITOS DOS DOENTES, 1984. [Consult. 12 maio. 2011]. Disponível na Internet:><http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779>.

CARTA DE OTAWA, 1986. [Consult. 12 maio. 2011]. Disponível na Internet:http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf

CASEY, A. - Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, E.; TUCKER, A. - *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press, 1993.

CAVACO, V. *et al* - Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? - Revisão Sistemática. *Revista Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série: 12 (2010) p. 93-103.

CHALIFOUR, Jacques- A Intervenção terapêutica- Os fundamentos existencial-humanistas da relação de Ajuda. Loures, Lusodidáctica. 2008.

CHAREPE, Z. B.; FIGUEIREDO, M. H. J. S.; VIEIRA, M. M. S.; NETO, I. M. V. A. (RE) Descoberta de Esperança na Família da Criança com Doença Crónica através do Genograma e Ecomapa. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2011 abr-jun; 20(2): 349-58.

CNHQSS (Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde) (1999). 3º Encontro nacional das Comissões de Humanização. *Humanização em notícia*.

CNHQSS (Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde) (2000). *Plano de atividades 2000: ano do acompanhamento*. Porto: Ministério da Saúde.

COELHO, Linèa P.; RODRIGUES, B. M. D.- O Cuidar Da Criança Na Perspetiva Da Bioética. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17 (2): 188-93.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança Hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Ver. Latino-am Enfermagem* 2004 março- abril; 12 (2): 191-7.

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

CÔRTE - REAL, Isabel - Enfermagem em Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Bioética/ (nº1) / Maio 2007*.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M. O. H. - Acolhimento na Unidade Neonatal: Perceção da Equipe de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Rio de Janeiro*, 2012 jul/set; 20(3): 349-53.

DAVIES, R.;R.G.N;R.S.C.N.; V.H.D.;M.A.;P.H.D - Marcando o 50^a aniversário do Relatório de Platt. *Jornal de Saúde da Criança*. 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978. [Consult. 12 maio 2011]. Disponível na Internet:>http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

DESLANDES, S. F. ; LAMEGO, D. T. C.; MOREIRA, M. E. - Challenges for humanization of care in a surgical neonatal intensive care unit. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10(3) 669-675. 2005.

DECRETO-LEI nº 106, de 14 de setembro. *Acompanhamento familiar em internamento hospitalar*.Diário da República nº 178/09, I^a série. Lisboa: Ministério da Saúde, p. 6254-6255.

Dicionário da Língua Portuguesa 2011, Acordo Ortográfico, o antes e o depois. Porto Editora. Fev. 2010.

DONAHUE, M. P. - Historia de la enfermeria. Barcelona: Doyma, 1985.

DUARTE, Susana - Saberes de Saúde e de Doença: Porque Vão as Pessoas ao Médico? - Coleção Educação e Saúde. Coimbra: Editora Quarteto, 2002.

EPIFÂNIO, Rui- Carta da Criança Hospitalizada- Humanização dos serviços de atendimento à criança. In Boletim do IAC - Lisboa. Nº49- Julho/ Setembro 1998.

FAQUINELLO, P.; HARUMI, L. H.; MARCON, S. S. - O Atendimento Humanizado em Unidade Pediátrica: Perceção do Acompanhante da Criança Hospitalizada. Texto & Contexto Enfermagem, Outubro-Dezembro, ano/vol. 16, número 004. Brasil 2007.

FAVERO, Luciane et al - Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. Ata Paulista de Enfermagem 2009; 22(2): 213-8

FIGUEIREDO, Nébia M. A.; PORTO, Isaura S.; SILVA, Roberto C. L. -Reflexões Acerca da Assistência de Enfermagem e o Discurso de Humanização em Terapia Intensiva. Esc Anna Nery Rev. Enfermagem. Março 2008. 12(1): 156-9

FONSECA, Aurora - “Viagem” por dentro dos direitos da criança. In: Boletim do IAC - Lisboa. Nº 6 - Janeiro/Fevereiro. 1989.

FORTES, Paulo A. C. - Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

FORTIN, Marie- Fabienne- O Processo De Investigação- da concepção à realização. Loures: Lusociência; 3ª ed. 2003.

FRANÇA, Ana Paula. - *A Consciência Bioética e o Cuidar*. Coimbra: Formasau, 2012.

FRIZON, G.; NASCIMENTO, E. R.P.; BERTONCELLO, K. C. G.; MARTINS, J. J.- Familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32:72-8.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. - Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer. Tese apresentada em Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor. São Paulo 2009.

GOMES, C. G.; TRINDADE, G. P. G.; FIDALGO, J. M. A. - Vivências de Pais de Crianças Internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Rev. Referência II Série - nº 11 - Dez. 2009*

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L.- O Cuidado Compartilhado Entre A Família E A Enfermagem À Criança No Hospital: uma perspectiva para a humanização. *Rev. Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2005. Abril; 26(1):20-30*

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

GOMES-PEDRO, J.- Os Superiores Interesses da Criança. In *Tratado de Clínica Pediátrica*, vol. I; Alfragide: Editor Coordenador - João M. Videira Amaral. 1ªed, 2008.

GOMES da SILVA, A.; SOUZA, T. T. R.; MARCELINO, K. Assistência de enfermagem humanizada: dificuldades encontradas por enfermeiros em hospital privado de São Paulo. *ConsScientiae Saúde*. 2008; 7(2): 251-259.

GONÇALVES, M. J. - O Direito ao Acompanhamento durante os internamentos hospitalares - Carta da Criança Hospitalizada. In: *Boletim do IAC - Lisboa*. Nº48 - Abril/Junho 1998.

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

HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; HIGARASHI, L. H. - Alterações Familiares Decorrentes Da Internação De Um Filho Em Uma Unidade De Terapia Intensiva Pediátrica. Rev. Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2009 Jun; 30 (2): 175-82.

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

ICN: Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0. Lisboa (PT): Ordem dos Enfermeiros; 2006.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. Boletim do Centro de Estudos e Documentação sobre a Infância do Instituto de Apoio à Criança. In: Boletim do IAC, nº12. Lisboa, fevereiro/2009.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - Acolhimento E Estadia Da Criança E Do Jovem No Hospital. Fundação GlaxoSmithkline das Ciências da Saúde. Edição: Instituto de Apoio à Criança. Lisboa. 1ª Ed. Março 2006.

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

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. Os Direitos da Criança. In: Boletim do IAC - Lisboa. Nº5 - Novembro/Dezembro 1998.

JIMÉNEZ, A. P.; AMENGUAL, C.:H. ; PERDIZ, A. M.; VICENS, E. P.; AGULLO, I. R. - Algo Se Está Movendo En Los Hospitales, Será Quizás La Humanizacion Clinica? Cultura dos Cuidados 1º Semestre 2009. Ano XIII - nº23.

JORGE, Ana et al. - Humanização dos serviços de Atendimento à criança. In: Boletim do IAC. - Lisboa. N 73 (Julho- setembro 2004), separata nº 12.

JORGE, Ana Maria - Família e Hospitalização da Criança - (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Editora Lusociência. Loures. 2004.

LAMEGO, D. T. C.; MOREIRA, M. E. ;DESLANDES, S. F. - Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 669-675, 2005.

LAZURE, H. - *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994

LEANDRO, A. G. - A Criança, esse candidato à humanidade- Comentário ao 2º princípio da Carta da Criança hospitalizada. In: *Boletim do IAC - Lisboa*. Nº 62- outubro/ dezembro. 2001.

LIMA, E. C.; ISSI, H. B.; CACHAFEIRO, M. E. H. ; HILLIG, M. G. RIBEIRO, N. R. R. - Modelo de Cuidado Diferenciado de Enfermagem à família da Criança Internada na Unidade de terapia Intensiva. *Família. Saúde e Desenvolvimento.*, Curitiba, v.8,nº2, p. 168-177, maio/ago.2006.

MACIAK, I.; SANDRI, J. V. A.; SPIER, F. D. Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Emergência: percepção do usuário. *Cogitare Enfermagem*, 2009 Jan./Mar.; 14(1):127-35.

MAESTRI, E.; NASCIMENTO, E.R.P.; BERTONCELLO, K.C.G.; MARTINS, J. J.- Strategies for the Reception of relatives of Patinentts in the Intensive care Unit - *Rev. Enfermagem*. Rio de Janeiro, 2012 Jan/mar; 20 (1): 73-8.

MAESTRI, E.; NASCIMENTO, E.R.P.; BERTONCELLO, K.C.G.; MARTINS, J. J.- Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Escola de Enfermagem. USP*. 2012; 46(1):75-81

MAIA, Luís - *E Tudo Começa No Berço*. Um guia para a educação e respeito social. Lisboa. PACTOR- Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea. 2012.

MARÇAL, M. T. O.- O Envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho- Um desafio para os profissionais de saúde- Carta da Criança Hospitalizada. In: *Boletim do IAC - Lisboa*. Nº63- Janeiro/Março. 2002.

MARQUES, R. I.; SOUZA, A. R. - Tecnologia e Humanização em Ambientes Intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 2010. Jan/fev. 63(1):141-4

MARUITI, M.R.; GALDEANO, L.E. - Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Ata Paulista de Enfermagem*. 2007; 20(1) 37-43.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E.; FARAH, O. G. D. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Cuidados Intensivos. *Ata Paulista de Enfermagem*. 2008; 21: 636-42.

MOLINA, R. C. M.; VARELA, P. L. R.; CASTILHO, S. A.; BERCINI, L. O.; MARCON, S. S. - Presença da Família nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal: Visão da equipe multidisciplinar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol.11, núm. 3 Setembro, 2007, Pág. 437-444.

MONIZ, José M. N. - *A Enfermagem e a pessoa idosa*. Loures, Lusociência. 2003.

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

MONTEIRO, M. A. J. - *Parceria de Cuidados: Experiência dos Pais num Hospital Pediátrico*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2003. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

MORITZ, R.D. *et al* - Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2008; 20 (4): 422-428.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M. ; VÉRAS, R. V. - Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. *Psicologia em estudo*. Maringá, v.11, nº2 p. 323-330, maio/agosto. 2006

NASCIMENTO, A. Z.; RIBEIRO, G.; BERNADINO, E.; OLIVEIRA, E. S. - Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem Out/Dez*. 12(4): 446-51. 2007

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIEIRA, C.S. A humanização na assistência a saúde. *Rev. Latino-americana de enfermagem*. março/abril (2006). 14 (2): 277-284.

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 - Fórum Nacional Descentralizado. Desenvolvimento Profissional Que futuro ? Certificação de Competências e Especialidades. Outubro de 2006.

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS [Em linha] Código Deontológico dos Enfermeiros, 2009 [Consult. 25 novembro. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documentos/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de Desenvolvimento Profissional. 2011.

OSSWALD, Walter - A Relação Enfermeiro Doente e a Humanização dos Cuidados de saúde. Cadernos de Bioética. Ano XI, nº 23 - 41-45. Coimbra. 2000.

OSSWALD, Walter. Cadernos do Mosteiro. Gráfica de Coimbra. Coimbra 2007, p.220.

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

PACHECO, Susana - Cuidar a Pessoa em Fase Terminal. Loures. Lusociência. 2002

PAIVA, M. B.; SOUZA, C. A.; SOARES, E. Fatores que Interferem na Preservação do Sono e Repouso de Criança em Terapia Intensiva. Escola. Anna Nery. Revista de Enfermagem, 2006 abril; 10(1): 29-35.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally W.; FELDMAN, Ruth D. - O Mundo da Criança. Lisboa. Editora McGraw- Hill de Portugal. 2001.

PERDIGÃO, Ana - Em dez anos de convenção sobre os direitos da criança Portugal não tem ignorado nenhum artigo- É preciso concretizar. In: Boletim do IAC- Lisboa. Nº 55- Janeiro/ Março 2000.

PERFEITO, A. A. B. et al - Dicionário da Língua Portuguesa- Acordo Ortográfico. Porto. Porto Editora. 2010.

PESSINI L.; PEREIRA L.L. ZAHER V. L.; SILVA M. J.P. Humanização em saúde: O resgate do ser com competência científica. O Mundo Saúde. 2003; 27(2): 2003-05

PESSINI, Leo et al - Problemas atuais de Bioética, São Paulo, Edições Loyola, 2005

PESSINI, L.. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Revista Bioética, Brasília, v.10, n.2, nov. 2009. [Consult. 25 novembro. 2013]. http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214.

PESSINI, L. Bioética e cuidado do bem-estar humano: ética, humanização, e vocação como desafio para os profissionais da saúde. 2007.

PESSINI, L. Bioética e cuidados paliativos: Alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas. In: CRUZ, D. A. L. M; MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Dor e cuidados paliativos - Enfermagem, Medicina e Psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p. 45-66

PHANEUF, M. - *Relação de Ajuda - elemento da competência da enfermeira*. Texto da conferência pronunciada no I Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Portugal, 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. DESPACHO MINISTERIAL nº 19204/01, 13 de setembro. *Programa "Humanização, Acesso e Atendimento no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa, Ministério da Saúde. 2001.

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

PORTUGAL. *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Ministério da Saúde. 2004.

PORTUGAL. *Plano Nacional de Saúde 2012/2016*. Ministério da Saúde. 2013.

QUIVY, Raimond; CAMPENHAUDT, Luc Van: *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações, 1998.

RENAUD, Isabel - *Pessoa Humana e o Direito à Saúde*". Revista Brotéria, volume 139. Outubro, 1994.

ROSADO, Alexandra; ROLO, A. N. ; SILVA, A. ; BRANCO, C. C. - *Percurso da Enfermagem em Portugal: De final dos Oitocentos a meados de Novecentos: In Percursos*. Ano 2- Número Especial. Maio 2007.

RUZA, F. - *Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Madrid: Editora Norma-Capitel. Vol. I; 3ªed. 2003.

SABATÊS, A. L. ; BORBA, R. I. H. - As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005; 13 (6): 968-73.

SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Reflexões Acerca Da Assistência De Terapia E O Discurso De Humanização Em Terapia Intensiva. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2008, mar; 12 (1): 156 - 9.

SILVA, A. P.; FRADINHO, H.; MALTA, L.; SERRA, S.; AMORIM, T. - Florence Nightingale - Biografia e influência para a Enfermagem. In Percursos. Ano 2- Número Especial. Maio 2007.

SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L. ; FILHO, W. D. L.; OLIVEIRA, A. M. N. Uma Tentativa de Humanizar a Relação da Equipe de Enfermagem com a Família de Pacientes Internados na UTI. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2005: pág.125-30.

SOARES, Maria de Fátima; LEVENTHAL, Lucila Coca - A Relação entre a Equipe de Enfermagem e o Acompanhante da Criança Hospitalizada: Facilidades e Dificuldades. Ciência Cuidado e saúde. 2008 Jul/Set;7(3):327-332

SOUZA, M. L.; SARTOR, B. V. ; PADILHA, M. I.C. S.; PRADO, M. L. O Cuidado em Enfermagem: Uma aproximação teórica. Texto e contexto em Enfermagem. Vol.14, nº2, p.266-270, abril/jun.(2005).

THE KINGS FUND-ANNUAL CONFERENCE. 2008 [Consult. 20 maio. 2012]. Disponível na Internet: <URL: <https://www.kingsfund.org.uk/event/kings-fund>

THOMAZINE, A. M. ; PASSOS, R. S.; JUNIOR, O. G. B.; COLLET, N. ; OLIVEIRA, B. R. G.- Assistência de Enfermagem à Criança Hospitalizada: Um resgate Histórico. 2008

URIZZI, F. ; CORRÊA, A. K. - Vivências de Familiares em Terapia Intensiva: o outro lado da internação. Revista Latino-am Enfermagem 2007 julho-agosto; 15(4): 598-604

VALE, M. C.; AMARAL, J. M. V. - Ética, humanização e cuidados paliativos In Tratado de Clínica Pediátrica, vol. I; Alfragide: Editor Coordenador - João M. Videira Amaral. 1ªed, 2008

VIEIRA, M.- Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência. Lisboa. Universidade Católica Editora. 2007.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. - O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “Muito falado e pouco vivido” Ver. Latino-am Enfermagem 2002 março-abril; 10(2):137-44

WATSON, Jean - Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem: Loures. Lusociência 2002

WATSON, J. - Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma da Enfermagem. Lisboa: Lusociência, 2002.

WINKELSTEIN, M. L. - *Perspectivas da Enfermagem Pediátrica*. In HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, W. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006.

ZEN, N. L. ; CECHETTO, F. H. - Assistência de Enfermagem à Família em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: Um Estudo de Revisão da Literatura. Rev. Soc. Bras. Enfermagem, v.8, nº2, p.83-9 São Paulo 2008.

[Http://www.observaport.org/](http://www.observaport.org/) in Observatório Português dos Sistemas de saúde (OPSS,2011)

The World Health Report Archives, <http://www.who.int/whr>

ANEXOS

ANEXO I - GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião da Entrevista aos Enfermeiros:

1. Na sua opinião os enfermeiros do serviço prestam cuidados de Enfermagem Humanizados?
2. Na sua opinião quais as atitudes e intervenções de Enfermagem que contribuem para a Humanização dos Cuidados?
3. Na sua opinião o que se pode melhorar para tornar os cuidados de enfermagem mais humanizados?

ANEXO II - CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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):

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

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha 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 objectivos, 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 minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

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

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

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura *do(a)* *participante:*

O(A) Investigador(a) responsável:

Nome:

Assinatura:

O modelo de solicitação de consentimento informado aqui apresentado é optativo

ANEXO III - QUESTIONÁRIO

Documento de Identificação do Estudo

TÍTULO

A Humanização no Cuidar em Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria: A Perceção dos Pais e dos Enfermeiros

IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR

Maria do Carmo Alves Donas Boto

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

Contacto: 918454425

Endereço eletrónico: carmoboto@gmail.com

OBJECTIVOS

Objetivo 1: - Conhecer a perceção dos pais e dos enfermeiros sobre a humanização na prestação de cuidados pelos enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos 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.

Eu, Maria do Carmo Alves Donas Boto, 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 faze-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:

(Maria do Carmo Alves Donas Boto)

Dados Biográficos:

Nº _____

Idade: _____

Sexo: F___ M___

Estado Civil: _____

Habilitações Académicas: _____

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. 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 ___

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

Sim ___ Não ___

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

6.1. Trata-o pelo nome?

Sim ___ Não ___

6.2. Trata-o com educação e respeito?

Sim ___ Não ___

6.3. Manifesta disponibilidade e simpatia?

Sim ___ Não ___

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

Sim ___ Não ___

6.5. Usa linguagem compreensível?

Sim ___ Não ___

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

Sim ___ Não ___

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

Higiene ___

Conforto ___

Alimentação ___

Outros _____

7. 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 ___

8. 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 ___

9. Relativamente à avaliação da dor:

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

Sim ___

Não ___

Não sei _____

9.2. 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 Bebé do Hospital de São João ____

Obrigada pela sua colaboração.

**ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
MEDIANTE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Maria do Carmo Alves Donas Boto, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 14/ Janeiro / 2011

Maria do Carmo Alves Donas Boto

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

28/ Janeiro / 2011

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

[Handwritten Signature]
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética