



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

CENTRO PAULA SOUZA
ETEC ANTONIO DEVISATE

Técnico em enfermagem

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA
PEDIÁTRICA:
Práticas voltadas para o técnico de enfermagem

Caroline Martins Codogno
Daniela Oliveira dos Santos
Sergio Fujiho Utida

MARÍLIA
2024

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA: Práticas voltadas para o técnico de enfermagem

Caroline Martins Codogno

Daniela Oliveira dos Santos

Sergio Fujiho Utida

Projeto Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Técnico de Enfermagem da Etec Antônio Devisate orientado pelos professores Ellen Cristiane Gomes Navarro, Jonas Pedro Barbosa, Simone da Silva Carvalho e Dr.^a Maria Aparecida Bom João Passaroni como requisito parcial para obtenção do título de técnico de enfermagem.

MARÍLIA
2024

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus que esteve conosco em cada etapa desse projeto, sem ele nada seria possível.

As nossas famílias que não mediram esforços para nos ajudar em todos os momentos, sendo sempre os primeiros a nos incentivar.

Ao corpo docente dessa unidade escolar, que nos acompanharam em cada etapa desse projeto, nos orientando e dando todo o suporte necessário. Em especial aos professores Ellen Cristiane Gomes Navarro , Jonas Pedro Barbosa e Simone da Silva Carvalho que durante meses pontualmente nos acompanharam, incentivaram e orientaram , com êxito em todas as fases. E nossa coordenadora Dr.^a Maria Aparecida Bom João Passaroni que com seus conhecimentos, nos auxiliou, orientou, e direcionou o desenvolvimento e elaboração do projeto.

A cada membro do grupo que se empenhou e não mediu esforços para a realização desse projeto.

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse projeto a Deus, sem ele nada seria possível.

A nossa amizade que superou com êxito todas as dificuldades que apareceram no nosso caminho, e se fortaleceu ainda mais com o desenvolvimento desse projeto.

A professora Maria do Carmo Camargo que nos mostrou na prática como ser um profissional humanizado é importante, por todo carinho e apoio.

A todos os profissionais da área que nos ajudaram, e deram suas contribuições para que o desenvolvimento desse projeto fosse possível.

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da
noite amedronta os enfermos.

Escolhi estar presente na dor porque já estive
muito perto do sofrimento.

Escolhi servir ao próximo porque sei que todos
nós um dia precisamos de ajuda.

Escolhi o branco porque quero transmitir paz.

Escolhi estudar métodos de trabalho porque os
livros são fonte saber.

Escolhi ser Enfermeira porque Amo e respeito a
vida.”

(Florence Nightingale)

RESUMO

O tema abordado remete sobre técnicas que auxiliam na rotina dos profissionais de enfermagem para melhorar a assistência com crianças na faixa etária de 0 a 5 anos, visto que, não é totalmente abordado este tema específico como requisito na grade curricular nos cursos técnicos de enfermagem. Ressaltando que este despreparo dos profissionais para prestar assistência de qualidade e diferenciada ocasiona, em muitos casos, traumas emocionais como a “síndrome do jaleco branco” que futuramente fará com que estas não tenham confiança nos profissionais de saúde. Valorizando sempre a humanização do cuidado, e a importância da família como requisito essencial para auxiliar na assistência e bem-estar da criança, é verídico que, o apoio familiar somado com uma assistência humanizada, contribuem para melhoras físicas e emocionais. Sob o viés, os principais direitos da criança hospitalizada desde direitos fundamentais que incluem o direito à vida, saúde e proteção até o direito de ser acompanhado pelos pais ou responsável durante sua hospitalização, foram abordados. Ressaltando que se deve ter conhecimento sobre seus direitos, e que humanizar vai além da empatia, e reconhecer que o ambiente hospitalar pode ser assustador e estressante para a criança. A atualização dos profissionais de saúde pode contribuir para um atendimento humanizado e aumentar a qualidade da promoção à saúde.

Palavra-chave: Humanização pediátrica, guia prático, técnicas voltadas para o técnico de enfermagem.

ABSTRACT

The topic covered refers to techniques that assist in the routine of nursing professionals to improve care for children aged 0 to 5 years, as this specific topic is not fully covered as a requirement in the curriculum in technical nursing courses. Emphasizing that this unpreparedness of professionals to provide quality and differentiated assistance causes, in many cases, emotional trauma such as “white coat syndrome” which in the future will make them not have confidence in health professionals. Always valuing the humanization of care, and the importance of the family as an essential requirement to assist in the child's care and well-being, it is true that family support combined with humanized assistance contribute to physical and emotional improvements. Under the bias, the main rights of hospitalized children, from fundamental rights that include the right to life, health and protection to the right to be accompanied by parents or guardians during their hospitalization, were addressed. Emphasizing that you must be aware of your rights, and that humanizing goes beyond empathy, and recognizing that the hospital environment can be frightening and stressful for the child. Updating health professionals can contribute to humanized care and increase the quality of health promotion.

Keyword: Pediatric humanization, practical guide, techniques aimed at nursing technicians.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVO.....	12
3.1 OBJETIVO GERAL.....	12
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	12
4. METODOLOGIA.....	13
4.1 TIPO DE ESTUDO	13
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	13
4.3 MÉTODO DE COLETA DE DADOS	13
4.4 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS.....	14
4.5 RESULTADOS OBTIDOS.....	14
5. DESENVOLVIMENTO (REVISÃO DE LITERATURA).....	21
5.1 ASPECTOS FUNDAMENTAIS DO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA E A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA.	21
5.2 CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA.....	24
5.3 ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM FRENTE A FAMÍLIA E A CRIANÇA NO HOSPITAL	27
5.4 O IMPACTO DA NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO DA CRIANÇA NO HOSPITAL.....	29
5.5 A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DO CUIDADO LÚDICO DURANTE O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA	30
5.6 A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA NA HUMANIZAÇÃO.....	36
6. DIREITOS HUMANOS E HUMANIZAÇÃO.....	41
6.1 DIREITOS HUMANOS E SUA IMPORTÂNCIA NA SOCIEDADE.....	41
6.2 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DIREITOS HUMANOS	44
6.3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA.....	46
6.4 A DIFERENÇA ENTRE DIREITOS HUMANOS E DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	48
6.5 COMO A SAÚDE SE ENQUADRA NOS DIREITOS FUNDAMENTAIS	49
6.6 O DIREITO A SAÚDE.....	50
6.7 EM DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
8. REFERÊNCIAS.....	68
9. APÊNDICE	71

1. INTRODUÇÃO

O uso do brinquedo na assistência de enfermagem à criança foi referido inicialmente por Florence Nightingale, que reconhecia a necessidade de cuidados diferenciados à criança, e ressaltava a importância da recreação para seu desenvolvimento e restabelecimento da saúde. (RIBEIRO; BORBA; MELO, 2012). No Brasil, o uso do brinquedo terapêutico (BT) iniciou-se com a Prof.^a Dr.^a. Esther Moraes, docente de Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no final da década de 1960, por constatar menor sofrimento ocasionado pela separação dos pais, maior cooperação ao tratamento e maior aproximação entre o adulto e o pequeno paciente (CINTRA; SILVA; RIBEIRO, 2006).

A humanização no cuidado pediátrico consiste em práticas que visam aproximar o paciente e seus familiares do profissional de saúde, de forma que torne as relações menos formais e proporcione melhorias durante os processos dentro do hospital, como diminuição da dor, o que contribui para sua recuperação. No processo de humanização, dois pontos merecem mais atenção: empatia e comunicação. A empatia se faz a partir do olhar humanizado diante do paciente pediátrico e de sua família, esta que está totalmente envolvida na hospitalização da criança, merecendo atenção e esclarecimentos. Por conseguinte, a comunicação, que está intimamente ligada, deve ser adequada para cada situação, sendo realista e verdadeira, sem falsas perspectivas, porém mantendo cuidado e atenção com os gestos, com as palavras utilizadas e com a forma que é falada.

Visto, tal importância frente ao cuidado humanizado, a hospitalização pediátrica, devido a ruptura da rotina familiar, não sendo natural para criança, a qual se encontrará em um espaço desconhecido, pouco acolhedor, com procedimentos que se tornam ameaçadores (injeções, punções, biópsias, curativos, sondagens), se faz jus a assistência humanizada para diminuir o desconforto da hospitalização. Para isso, pode-se utilizar de atividades lúdicas com a finalidade de minimizar o estresse dos procedimentos e proporcionar momentos de atividades construtivas à criança, a qual pode se beneficiar de uma permanência mais agradável nos sistemas de saúde, o que por fim pode colaborar com o tratamento estabelecido.

Implementar a Saúde humanizada é uma forma de quebrar as barreiras e as interações distantes entre profissionais e pacientes, facilitando a comunicação, o esclarecimento de dúvidas e o acesso da população aos serviços.

É essencial e relevante identificar estratégias de cuidado de modo singular e multidimensional, que atendam às necessidades da criança e da família no processo de hospitalização. Os profissionais de enfermagem, além de responsáveis pelo cuidado contínuo, permanecem por mais tempo junto à criança hospitalizada/família, de um modo geral esse fator requer dos profissionais uma visão ampliada das necessidades de saúde da criança, requerendo uma abordagem criativa, mas sem violar a integridade do processo assistencial (MACHADO; SCRAMIN,2005).

2. JUSTIFICATIVA

O tema abordado foi selecionado, pois, conforme foi observado em campo de estágio, os profissionais que atuam na área da saúde ainda encontram dificuldades na assistência de crianças da faixa etária de 0 a 5 anos.

Assim, supomos que esse despreparo dos profissionais na assistência pediátrica ocorre por cursos técnicos não abordarem esse assunto na grade curricular, o que dificulta futuramente sua atuação em área específica no cuidado a crianças nessa faixa etária.

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar o estudo sobre humanização na assistência pediátrica (impactos da hospitalização), postura e conduta dos profissionais e a importância das famílias nesse processo.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Desenvolver a criação de um material de apoio, com dicas e técnicas, de como desenvolver a humanização no processo de hospitalização pediatria, durante a assistência de enfermagem, englobando não só a criança mais também os familiares, que são de extrema importância nesse processo.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A equipe que elaborou este TCC fez uma pesquisa por meio da criação de um formulário. A pesquisa qualitativa abrange um universo de significados crenças, valores e atitudes, esse tipo de pesquisa se preocupa não só com o produto, mas também em retratar a perspectiva de cada participante, sempre privilegiando a lógica ou o raciocínio indutivo (<https://mindminers.com/blog/pesquisa-qualitativa-quantitativa>).

A abordagem prioriza a busca de respostas e entendimento fundamentando-se em dados coletados nas interações interpessoais, no contexto dos entrevistados, com uma análise baseada nas perspectivas e experiências dos sujeitos. Assim, buscamos compreender, interpretar e participar desse processo sem generalizar as respostas, nunca as desvinculando do seu contexto social e real.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O público alvo que participou desse estudo foi composto por profissionais de saúde, que tem ou já tiveram contato com crianças e ainda prestaram assistência a elas em algum momento, totalizando vinte entrevistados. A escolha do público que participou da pesquisa qualitativa é compreendida por meio de critérios, de acordo com os objetivos de investigação.

Atenderam aos seguintes critérios: ser profissional de saúde – já ter prestado assistência a crianças, no mínimo mais de cinco vezes. Cada entrevistado foi orientado acerca dos objetivos e metodologia do estudo. O número de participantes foi determinado no momento em que as respostas começaram a se repetir.

4.3 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de um formulário encaminhado a cada participante de forma a obter melhor compreensão da realidade, de acordo com os objetivos do estudo. O objetivo foi fazer uma combinação entre teoria e prática. O roteiro seguido consiste em perguntas acerca de como os profissionais de enfermagem compartilham o cuidado à criança no hospital.

4.4 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A primeira etapa realizada foi o que afirmamos ser uma pré-análise, onde foi realizado agrupamento das falas e elaboração dos registros, realizou-se a leitura fluente do conjunto. Em seguida foi analisado se o material coletado contemplava os aspectos levantados no roteiro, ou seja, se compreendia as características essenciais do universo pretendido, e se são pertinentes (<https://mindminers.com/blog/pesquisa-qualitativa-quantitativa>).

ROTEIRO DE PESQUISA

1. Nível de formação: enfermeiro(a), técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, outra.
2. Quais aspectos você considera que dificultam o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?
3. Em sua opinião, como deve ser o ambiente de uma Unidade Pediátrica?
4. Que aspectos devem ser valorizados quando buscamos a humanização na Unidade Pediátrica?
5. Em sua opinião, o quanto o familiar é importante no processo de hospitalização?
6. O ambiente da Unidade Pediátrica oferece conforto às crianças e seus familiares?
7. A forma como o ambiente da Unidade Pediátrica está organizado influencia no processo de trabalho da equipe?
8. Em sua opinião que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar no desenvolvimento da assistência, e humanização no processo de trabalho das equipes?

4.5 RESULTADOS OBTIDOS

Siglas utilizadas:

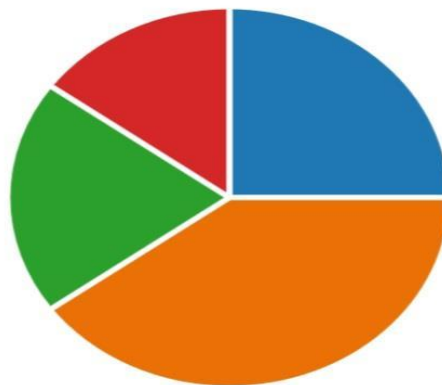
- Para os enfermeiros (ENF);
- Para os técnicos de enfermagem (TE);
- Para os auxiliares de enfermagem (AE).

O número na frente da sigla é correspondente a ordem de resposta. Participaram da pesquisa um total de vinte profissionais selecionados dentro dos critérios.

Segue abaixo figura, no qual corresponde a formação acadêmica dos entrevistados na pesquisa relatada anteriormente:

Gráfico 1- Formação acadêmica dos entrevistados em pesquisa

● Enfermeiro(a)	5
● Técnico de Enfermagem	8
● Auxiliar de Enfermagem	4
● Outra	3



Fonte: Próprio autor, 2024

Seguindo o roteiro perguntamos quais aspectos dificultam o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de enfermagem. Analisando os resultados se constatou que o despreparo dos próprios profissionais é um fator que dificulta o desenvolvimento de uma boa assistência, conforme exemplificam as falas abaixo:

“Acho que o fato de o profissional não saber como desenvolver a assistência, como abordar e dar o devido suporte não só a criança, mas também ao familiar.” (ENF 1).

“Afinidade dos profissionais envolvidos na área, exemplo um profissional que gosta do cuidar infantil, desenvolve um trabalho muito mais humanizado e menor mecanizado”.

(TE 2).

Os profissionais entrevistados apontaram, também, a falta de destreza e de harmonia nas equipes, a falta de materiais para trabalhar, as condições do ambiente e a dificuldade de comunicação com os familiares como possíveis problemas.

Perguntamos a eles: em sua opinião, como deve ser o ambiente de uma unidade pediátrica? Segue abaixo as respostas dos profissionais:

“Um ambiente de apoio mútuo entre profissionais e familiares, tornando-o mais acolhedor possível” (TE 1).

“O ambiente da Unidade Pediátrica tem que ser alegre, com presença de cores nas paredes, que transmita paz, amor, segurança. O acolhimento dos pais é o mais importante, o cuidado humanizado é essencial, e deixa o ambiente mais leve para a criança” (ENF 5).

“Acolhedor, com atividades lúdicas, equipe multi atuante, o que ameniza o ambiente para a criança, tornando-o menos traumatizante e com melhores resultados” (AE 17).

“Acolhedor para que a criança se sinta em casa e possa fazer seu tratamento com confiança na equipe; - Cooperação da equipe com informações claras e precisas sobre o tratamento do paciente; - Possuir uma excelente gestão; - Bom relacionamento entre equipes e seus familiares; - Treinamentos com equipes especializadas para melhorias contínuas” (TE 15).

Seguindo essa linha de raciocínio, percebemos que os profissionais reconhecem que a ambiência é um fator que conta pontos para a melhor recuperação da criança, mas, que a equipe que o ocupa influencia positivamente ou negativamente nesse processo.

Na busca por uma assistência cada vez mais humanizada, na opinião dos profissionais devem ser levados em consideração alguns fatores:

“Devemos respeitar o tempo da criança e da mãe, porém sem deixar de fazer nosso trabalho que realmente precisa ser feito” (TE 20).

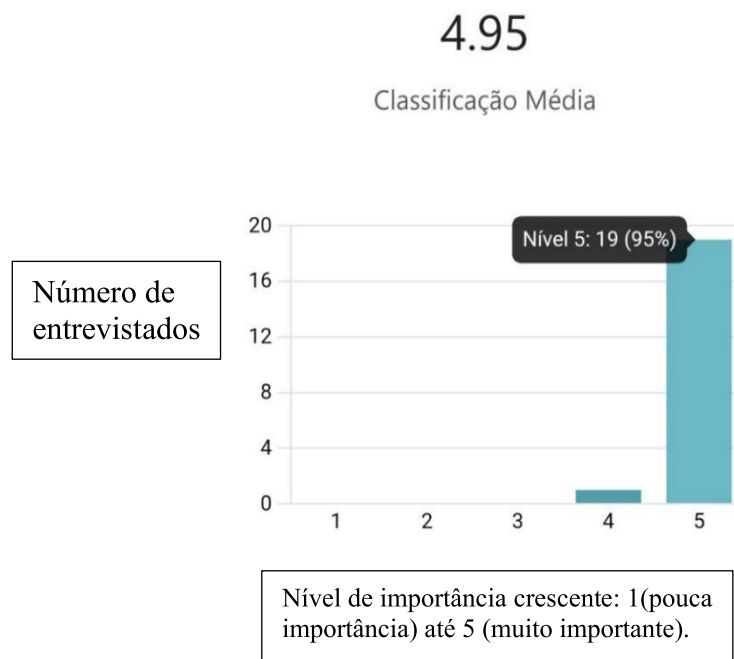
“Praticar uma humanização vivida e não falada, pais ou responsáveis presentes o tempo todo” (TE 13).

“Práticas que visam aproximar o paciente e seus familiares do profissional de saúde, de forma que torne as relações menos formais e proporcione melhorias durante os processos dentro dos hospitais, como diminuição da dor, o que contribui para a sua recuperação” (ENF 4).

“União da equipe na hora de realizar os procedimentos, conversar mostrar e explicar o que vai ser feito, ter muita paciência, empatia, cuidado, respeito e dignidade para com a criança e a família” (AE 10).

Referente a importância da humanização na assistência pediátrica, segundo os entrevistados, foi construído um gráfico para melhor visualização dos resultados obtidos. Assim, segue abaixo o gráfico:

Gráfico 2- Importância da humanização na assistência pediátrica



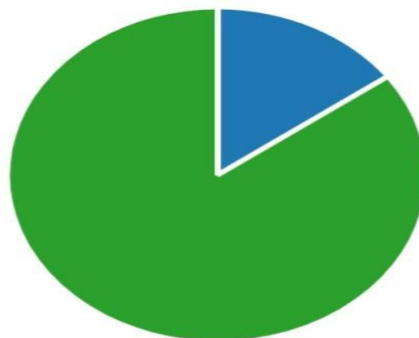
Fonte: Próprio autor, 2024

Concluindo através desta pesquisa que 95% dos entrevistados reconhecem que a humanização na assistência pediátrica é de extrema importância no processo de hospitalização.

Ressaltando também que foi realizado pesquisa em formulário sobre a presença da humanização nos hospitais em que os entrevistados do setor de saúde trabalham, segue abaixo os resultados obtidos:

Gráfico 3- Presença de assistência humanizada nos hospitais onde atuam os profissionais entrevistados

	Sim	3
	Não	0
	Poderia melhorar	17



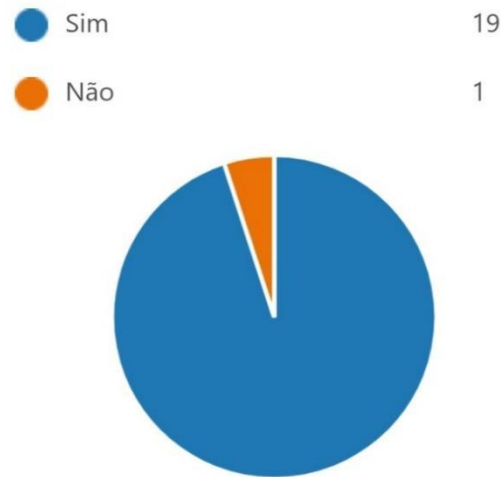
Fonte: Próprio autor, 2024

Os entrevistados, apontam ainda, que a ambiência é um fator que contribui na melhoria de Promoção à saúde, mas que poderia melhorar.

Em um formulário elaborado pela equipe do TCC foi relatado através das 19 pessoas entrevistadas, que a maneira que o ambiente hospitalar está organizado impacta diretamente na qualidade da assistência, onde uma equipe bem-preparada e capacitada é essencial para a construção de um ambiente harmônico.

Segue abaixo gráfico que apresenta os resultados, segundo as respostas dos profissionais, sobre a importância da qualificação profissional nos cuidados em pediatria.

Gráfico 4 - Proporção de profissionais que consideram importante a qualificação profissional específica no setor de pediatria:



Fonte: Próprio autor, 2024

Alguns recursos foram sugeridos pelos profissionais para a melhoria da qualidade da assistência, e ainda para torná-la o mais humanizado possível, ressaltaram bastante a importância de se ter profissionais capacitados atuando, conforme demonstra as falas abaixo:

“Primeiramente as equipes precisam ser instruídas para desenvolver a assistência de maneira correta, é também deve-se incluir as famílias no cuidado a criança, dar voz à elas” (AE 20).

Destacaram ainda a importância de um apoio mútuo da equipe multiprofissional:

“É necessário um olhar diferenciado do gestor em relação a sua equipe, uma assistência com qualidade e efetiva, inclusão dos familiares e comunicação assertiva” (ENF 18).

“Oferecer treinamento e conscientização para as lideranças, para que possa construir uma ponte de informações entre seus colaboradores!” (TE 16).

E ainda mencionam a importância da exploração de recursos:

“Desenvolver o cuidado lúdico durante a assistência é muito importante, utilizar brinquedos, desenhos e outras possíveis atividades para distrair a criança e reduzir a exposição a situações estressantes” (TE 14).

“Utilizar todos os recursos disponíveis nos dias atuais, bem como o envolvimento efetivo da equipe no processo de cuidar” (AE 8).

Ao finalizar as análises percebemos que, os profissionais reconhecem a importância da humanização na assistência pediátrica, e que ela depende em grande parte da maneira que as equipes multidimensionais, se organizam se comunicam, e interagem entre si, e ainda como é importante a participação da família nesse processo.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 ASPECTOS FUNDAMENTAIS DO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA E A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA.

O preceito do surgimento das instituições hospitalares, até por volta de 1760, tinha como objetivo isolar do convívio social indivíduos moribundos, doentes e inválidos, caracterizando a instituição hospitalar como instrumentos mistos de assistência, exclusão e transformação espiritual, regidos por religiosos. Com o passar do tempo e o surgimento e avanços da tecnologia e cientificidade médica imposto pela revolução industrial, que o hospital começa a ser visto como espaço terapêutico (FOUCALT,1978).

Nesse contexto hospitalar, o atendimento à criança era regido com caráter normativo, burocratizante e centralizador, levando sempre em consideração apenas o tratamento da patologia. Diversas consequências eram acarretadas a criança hospitalizada, pois, tanto na assistência de enfermagem quanto no tratamento e conduta clínica, não eram consideradas as necessidades emocionais, subjetivas e de reações sociais. Até aproximadamente 1930, o protesto utilizado para separar as crianças dos seus familiares nas internações, era a prevenção de infecções tendo em vista a “Era Bacteriológica”. O cenário se resumia em mães e familiares afastados das crianças e do envolvimento com profissionais no cuidado a elas, e as crianças se viam sozinhas mantidas restritas à área do leito (RIBEIRO,2006).

A hospitalização pediátrica traz com sigmo um misto de sentimentos, muitas vezes contraditórios entre si, pode ser vista pela criança como ameaçadora, motivo de dor medo e incertezas, e foi levando em consideração esses aspectos que ao longo dos séculos o modelo de internação hospitalar que focava em deixar as crianças e familiares separados, deu lugar ao alojamento conjunto onde se reconheceu que o envolvimento familiar é essencial nesse processo (COLLET; OLIVEIRA; VIERA, 2010 b).

Segundo Bowlby (2006) a restrição das crianças com relação a mãe e a familiares somente deve acontecer se a mesma não demonstrar ter uma relação íntima, calorosa e contínua. Por outro lado se a criança demonstrar esses sentimentos e houver uma privação parcial de contato que sejam restritas à visitas por exemplo, por parte da criança podem surgir sentimentos como: ansiedade, depressão, carência e algumas podem inclusive demonstrar fortes sentimentos de vingança, Bowlby ainda ressalta que se esse contato com a mãe é família for totalmente restrito corre-se o risco da criança ter a capacidade de estabelecer

relações com as pessoas reduzidas, e as reações que a criança demonstrará variam de acordo com a idade, a condição física em que a mesma se encontra no ato da Internação e também do comportamento emocional anterior.

Com relação a separação materna ou familiar crianças na faixa etária de seis meses a cinco anos de idade, normalmente apresentam ansiedade ocasionada pela separação, tendo ainda suas reações podendo ser manifestas em três fases: o **protesto** onde percebemos, intensidade dos movimentos físico, choro contínuo, busca pela mãe incessantemente; **desespero**, aparente tranquilidade e apatia, diminuição dos movimentos físicos, choro monótono, e por último a **negação** aceita ser cuidada por outras pessoas com um falso reconhecimento de que não precisa da mãe, porém não estabelece vínculo. Na faixa etária de seis a dez anos o sentimento de ansiedade devido a essa separação é presente, mas não na mesma intensidade (BOWLBY,2006).

Após a análise desse cenário nada positivo, a presença das famílias participando ativamente no cuidado a criança passou a ser rotina no dia a dia dos profissionais de enfermagem. Mesmo diante de dados comprovando a importância da presença de um acompanhante durante a hospitalização pediátrica, no Brasil somente em 1990, o fato ganha caráter legal, garantindo através da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, através do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) que assegura a presença dos pais e responsáveis durante o período de hospitalização, garantindo a universalidade dos direitos de se usufruir do sistema de alojamento conjunto pediátrico.

Devido a fatores biopsicossociais as crianças acabam tendo uma percepção errônea e distorcida dos procedimentos realizados pelas equipes no ambiente hospitalar, e além disso ajustar-se as equipes de enfermagem, adaptar-se ao novo ambiente são desafios enfrentados pelas crianças e até certo ponto, são sentimentos normais, devido ao novo ambiente e dado ao exposto (LAPA; SOUZA,2011).

De certo modo a ferramenta para tornar o período de hospitalização menos traumático, e mais acolhedor, está nas mãos das equipes que entram em contato com a criança, e em um maior grau quando falamos da equipe de enfermagem, que vai estar vinte e quatro horas com essas crianças prestando todo o suporte e assistência necessária. Em meio ao cenário de conflitos, adaptação, incertezas e instabilidade, é necessário ir além de somente prestar a assistência já padronizada, cabe aos profissionais buscar modos de atenção individualizada, levar em conta fatores físicos e sociais, desenvolver uma assistência singular, a prioridade

deve sempre maneiras de minimizar danos emocionais e sobretudo contribuir para mudanças de cultura e padrões durante os atendimentos hospitalares.

Quando falamos de hospitalização infantil, devemos levar em conta fatores importantes, o primeiro deles é que se tem um sofrimento mútuo devido a situação delicada que resultou em uma internação, o segundo são as alterações na rotina e do cotidiano tanto da criança como da família, onde esse impacto pode ser maior o menor dependendo de uma série de outros fatores, sociais, econômicos e culturais, por exemplo, as equipes de enfermagem devem levar em conta todos esses fatores, desenvolvendo assim o cuidado multidimensional e singular, deve zelar não só pelo bem estar da criança hospitalizada, mas também atender as necessidades da família que não só compartilha desse cuidado, como também é de extrema importância para o desenvolvimento de uma assistência cada vez mais humanizada, buscando reduzir os impactos emocionais gerados pela hospitalização nas crianças(MENEZES,2010).

É de competência da equipe oferecer as famílias um ambiente acolhedor buscando assim a construção de vínculos, benefícios da integração da família no processo de cuidado: diminuir angústias, a criança se sente mais confortável para se expressar possibilitando maior facilidade para a equipe referente ao que diz respeito às sensações e sentimentos da criança, além de diminuir angústias ocasionadas pela internação (HONÓRIO; SANTOS,2010). Os cuidados com a criança devem ser desenvolvidos sobre a análise de alguns fatores como: faixa etária, motivo da hospitalização, valorizando seu mundo, ela necessita sentir-se amada e segura no novo ambiente, e a melhor maneira de proporcionar isso a elas é o desenvolvimento de um cuidado singular com o apoio mútuo da equipe de enfermagem e a família (MEDEIROS; MOTTA,2008).

Todos os membros devem ser reconhecidos como foco de cuidado e não só a criança, reconhecer a família como unidade de cuidado, proporcionaram avanços na enfermagem pediátrica (PINTO; RIBEIRO; PETRENGILL et al., 2010). Segundo a literatura as vantagens de se desenvolver uma abordagem centrada na família são: relacionamento democrático com divisão das responsabilidades e apoio mútuo entre profissionais e familiares, melhor envolvimento da criança e da família nas questões que dizem respeito à saúde e assistência intra-hospitalar (GOMES, PINTANEL, STRASBURG et al., 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece a família como cenário importante nos cuidados à criança, prezando que os profissionais de saúde realizem uma escuta qualificada e que estejam cada vez mais comprometidos com o cuidado humanizado, assistência integral, resolutiva, e prezando sempre pela equidade e participação da família (BRASIL,2004).

A relação equipe de enfermagem-criança hospitalizada-família é um instrumento importante para o fortalecimento das relações humanas, beneficiando a criança que passa a ter melhores condições emocionais podendo com isso diminuir o tempo de internação, a eficiência do serviço também é melhorada, e a família acaba se capacitando para a realização dos cuidados básicos (MORLINA; MARCON, 2009). A família também necessita ser o foco da assistência de enfermagem, muitas vezes do ponto de vista emocional, por vivenciarem o sofrimento da criança sendo importante que o profissional tente compreender os vários contextos, e a vivência da família, de fundamental importância o auxílio às necessidades dos mesmos durante a internação (CAMPOS, 2011).

5.2 CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA.

A maneira como a hospitalização e a doença impactará a criança, dependerá do seu processo de adaptação no hospital, é nessa hora que o profissional de enfermagem poderá impactar positivamente ou negativamente esse momento, sendo de extrema importância que a equipe seja acolhedora e priorize os sentimentos da criança para evitar traumas biopsicossociais, pois muitas crianças idealizam que os hospitais são locais que realizam procedimentos dolorosos. (LAPA; SOUZA, 2011).

Temos aqui uma criança que está sujeita a um volume de informações muito grande, tendo dificuldade muitas vezes em processar todas elas, onde ainda são expostos a exames de rotina diferentes, com isso, surgem dois extremos, a criança pode amadurecer psicologicamente com esse processo ou ele pode apresentar danos físicos e mentais para a criança, estamos falando de um ambiente desconhecido aos olhos delas, estão longe de seus familiares e amigos, diante de profissionais que a tocam o tempo todo realizando procedimentos desconfortáveis e dolorosos.(JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010). Dependendo do tempo de internação essa situação pode desencadear sensações como medo, angústia e ansiedade nas crianças. (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

A família nesse processo reduz a chances de trauma psicológicos na criança e por isso é envolvida nos cuidados mediante internação, porém o cuidado dispensado pelos familiares não substitui o da equipe de enfermagem, ou vice-versa, é necessário a união de ambas as partes, sendo de competência da equipe a supervisão e a orientação, por mais básicos que possam parecer os procedimentos como higiene/conforto, alimentação. (WEGNER; PEDRO, 2012).

A internação não precisa nem deve ser vista como ameaçadora, medidas são cada vez mais adotadas para reduzir os impactos que ela possa causar às crianças, a primeira e mais importante delas é a internação da família junto com a criança proporcionando um cuidado lúdico, que auxilia e familiariza a criança com o ambiente hospitalar, diminuindo os medos e angústia não só da família mas também da criança, impactando positivamente na melhora da sua saúde, para um tratamento de qualidade e eficaz é necessário primeiramente alcançar as necessidades humanas das crianças e seus familiares, não restringi-la do seu mundo infantil, respeitar a sua singularidade, o contexto cultural e social ao qual está inserida, sempre buscando como principal objetivo minimizar os danos da hospitalização.(BRITO et al., 2009).

Com a presença da família sempre ao lado da criança, a mesma se sente segura, sendo de extrema importância esse contato na realização de procedimento dolorosos, os aspectos mais importantes vão muito além de apenas tratar a doença ou o motivo que a levou a internação, é o brincar, a criação de vínculos, o contato físico de maneira correta, a linguagem adequada e feita da maneira correta, é sempre se colocar no lugar dessa criança e da sua família é ser humano acima de tudo. (BOZTEPE, 2012).

O elemento chave é a participação da família para um atendimento de enfermagem pediátrica de qualidade, com isso alguns pontos devem ser destacados, a partir do momento que reconhecemos que a família tem essa importância nesse processo ela tem o direito de conhecer primeiramente o projeto terapêutico que está ou será desenvolvido com a sua criança, em segundo lugar ela deve ser instruída sobre o processo de hospitalização que virá pela frente para que tenha condições de enfrentá-lo. A partir desse momento o profissional deve ter consciência de que deve dar voz à família, deve-se respeitar as suas opiniões, escolhas, o direito de decidir e opinar e estar sempre dispostos a sanar dúvidas, que surgem o tempo todo, a inclusão da família na singularidade da assistência não é uma tarefa fácil para ambos os lados, mas de extrema importância para tornar essa situação o menos desagradável possível para todos os envolvidos, uma vez que os benefícios são inúmeros.(BAGGIO et al.,2011).

O familiar cuidador mais do que ninguém, conhece todas as necessidades da criança, incluindo os seus sentimentos, personalidade entre outros fatores importantes que são essenciais para os profissionais de enfermagem, pois com esse panorama se torna mais fácil aplicar a singularidade de maneira correta na assistência, existem visão muito errôneas da parte dos profissionais que já vêm pré-estabelecidas a muito tempo, muitos profissionais de enfermagem enxergam essa inclusão familiar como perturbadora, uma vez que é de costume

dos familiares, expressar seus pensamentos, realizar perguntas antes durante e depois da realização de procedimentos, questionam, reclamam, algumas vezes brigam, exigem, sugerem melhorias, mas, tudo isso com um único propósito, a priorização e bem estar da criança. A partir do momento em a criança interna em um hospital, a família tende a se fragilizar, seja pela mudança de rotina, pelo quadro clínico/motivo da internação, e em meio a isso ainda temos presente a chance do surgimento de impotência por saber que já não é o único responsável pelos cuidados com a sua criança, por saber que a saúde e a vida da sua criança está mais nas mãos de desconhecido do que na dela, muitos profissionais julgam algumas atitudes dos familiares com uma intromissão, que na verdade nada mais é do que o instinto protetor intensificado mediante a situação vivenciada.

Para a família, mesmo que a criança esteja em um ambiente rodeada por uma equipe multidimensional, recebendo uma assistência integral, ninguém poderá cuidá-la como ela, por esse fator a família cuidador não abre mão de mesmo no hospital, realizar os cuidados integrais a criança, sempre atento a satisfazer suas necessidades. Um dos cuidados mais prestados pela família é em relação a alimentação, por acreditar que ela implica como fator maior na recuperação e no processo de cura. Outro cuidado muito visado é com a higiene (banho, troca de roupas, troca de fraldas), aos quais os familiares acabam por realizá-los. (BAGGIO et al.,2011).

As crianças tendem no período de internação ficar mais vulneráveis à doença, e com isso os familiares tentam compensá-las dando amor e colo, se tornam muitas vezes sentinelas, chamando sempre a equipe de enfermagem quando necessitam de suporte ou notam algo anormal, e estão ainda sempre observando a evolução do quadro clínico da criança. Outro ponto a ser notado é que estão sempre monitorando e supervisionando a equipe multiprofissional, principalmente os profissionais de enfermagem que prestam assistência vinte quatro horas por dia a criança, com o intuito de garantir que os cuidados sejam relativos à sua necessidade. (BAGGIO et al.,2011).

Cabe ao profissional primeiramente avaliar a situação, o contexto como um todo, segundo, deve se por no lugar desse familiar, entender que a assistência de enfermagem deve ser multidisciplinar a família e a criança se tornam um só, conhecimento sobre técnicas, procedimentos são extremamente importantes e precisam ser dominados mais ao tocar um ser humano seja somente outro, se coloque no lugar, literalmente seja humano. (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011). Integrar a família nos cuidados à criança que está hospitalizada, as permite desenvolver habilidades técnicas, a entender a rotina da instituição, a

entender o cotidiano, a ter voz, e autonomia no que diz respeito aos cuidados da criança, e para que isso aconteça na prática é de extrema importância que o profissional conceda ao profissional essa liberdade, abertura e oportunidades para que o familiar possa se expressar, e para que só então esse cuidado surja baseado em um encontro dialógico.(LIMA et Al., 2010).

5.3 A ATUAÇÃO DA EQUIPE ENFERMAGEM FRENTE À FAMÍLIA E A CRIANÇA NO HOSPITAL.

O domínio técnico-científico não é a única competência, que os profissionais de enfermagem necessitam, muito pelo contrário, é necessário sempre buscar aperfeiçoamento de habilidades e conhecimentos já dominantes, e com isso temos a evolução no relacionamento interpessoal, pois, encontrar maneiras que permitam as pessoas expressarem suas necessidades, é a arte do cuidar. Os profissionais devem ser capazes de ouvir e responder as suas necessidades de modo amplo.

Atuar frente ao cuidado da criança e da família nas unidades pediátrica é reconhecer suas necessidades de cuidado, é perceber a necessidade de orientação desses família quanto a todos os procedimentos realizados na criança, e o mais importante reconhecê-lo como participantes nesse processo é não como simples espectadores. Quando o profissional de enfermagem reconhece o familiar cuidador como um importante aliado no processo de hospitalização, esclarece as possíveis dúvidas, facilitando-lhes estar com a criança, acabam, por conseguinte, diminuindo a ansiedade nesses familiares, que passam a se sentir importantes e confiantes nesse processo, onde além de impactarem positivamente na recuperação da criança, também ocorre o empoderamento dos mesmos para os cuidados em domicílio. (MERIGHI et al., 2011).

Um profissional que escolhe por aplicar um cuidado integral voltado para as relações interpessoais, ou seja, voltados também para a família terá como benefício a reciprocidade de perspectivas, na relação profissional-família, o fato de os informar sobre o quadro clínico, sobre a terapêutica utilizada, permitir que sempre esteja por perto durante a realização de procedimentos, proporcionam conforto a esses familiares e também sentimentos como segurança e confiança. (MERIGHI et al., 2011).

A família precisa ser percebida e cuidada pelas equipes, a compreensão para com a situação, entender e partilhar suas angústias facilita a criação de vínculos e facilita a relação profissional-família-criança hospitalizada. (MERIGHI et al., 2011).

Quando falamos de enfermagem pediátrica um dos princípios básicos é o cuidado a família, pois sem ela estudos comprovam que as crianças tendem a apresentar comportamentos que comprometem para a melhora da saúde e por conseguinte a assistência de enfermagem sendo extremamente difícil o desenvolvimento de uma assistência singular e humanizada, ressaltando ainda a presença de possíveis danos psicológicos. Cada procedimento deve ser explicado e todas as dúvidas que os familiares possam vir a ter devem ser explicadas da maneira mais clara possível, é de extrema importância que o profissional se atente a todas as suas condutas pois todas as experiências vivenciadas pelas crianças podem impactar de maneira positiva ou negativa. (BOZTEPE, 2012).

A hostilidade da família em algumas situações se deve muitas vezes pela própria patologia da criança, quanto mais grave for o quadro clínico da criança, quanto mais complexo for o procedimento, maior a cobrança desse familiar sobre os profissionais, que muitas vezes cobram e exigem constante vigilância dos profissionais.

A atuação de enfermagem merece plena atenção, pois é ela quem presta uma atenção integral estando vinte quatro horas beira leito. É necessário que esses profissionais passem a incluir a família no processo de cuidar, mas, também é necessário que a equipe transmita seus conhecimentos técnicos-científicos para a família, pois os cuidados aos quais as famílias estão habituadas diariamente não são suficientes nessa situação, afinal os ambientes hospitalares são de alta complexidade e vão além dos cuidados que a família está acostumada a ter com essa criança, no cotidiano. (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

Com a internação o familiar, as crianças, estão sujeitos a um período de inadequação ao ambiente hospitalar, e o que determina o quanto afetado esse familiar será muitas vezes é o próprio quadro clínico da criança. Lidar com a doença/trauma não é uma tarefa fácil, para a criança tem grandes chances de ser traumatizante, para as famílias, uma situação extremamente pois além de preocupadas com a situação, tem suas rotinas afetadas e modificadas, com a intenção de disponibilizar-se integralmente as necessidades das crianças. (SANTOS, A. M. R. et al., 2011).

Assim a família incluída nesse processo é fundamental, é um aumento nas porcentagens de melhora e eficiência no tratamento, possibilitando a melhora dos canais de comunicação colaborando com o próprio tratamento. (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

O processo de hospitalização é muitas vezes incompreensível aos olhos da criança, é por esse motivo que a família deve ser vinculada nesse processo, afinal é esse familiar quem melhor conhece a criança, e é capaz de perceber alterações em seu comportamento que são

cruciais no tratamento, alterações essas que podem passar despercebidas pelos profissionais. (QUIRINO; COLLET; NEVES,2010).

A família muitas vezes sente necessidade de se explicitar, de ser ouvida, compartilhar suas angústias e medos, e expor também as experiências vivenciadas diariamente nas dependências hospitalares, esses familiares sentem falta de serem incluídos pelos profissionais, sentem falta de serem cuidados. Essa relação profissional-família deve seguir parâmetros e serem fundados no respeito, responsabilizações, construção de vínculos e autonomia dos envolvidos. Os benefícios abrangem a troca de experiências e informações, troca de saberes, sendo tudo isso com o objetivo de promover uma melhor assistência e plano de cuidados para a promoção da recuperação da saúde da criança. (RODRIGUES et al.,2013).

5.4 O IMPACTO DA NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO DA CRIANÇA NO HOSPITAL.

São diversas as causas de internação na unidade pediátrica, um fator peculiar, mas não muito distante da nossa realidade, é o fato de na maioria das vezes a família só recorrer aos cuidados médicos quando não dá mais conta em casa, e a ida ao hospital se dá com o intuito de minimizar os sintomas apresentados pela criança. (OLIVEIRA et al. 2013).

Os motivos das internações são variados, desde a procedimentos cirúrgicos e outras na urgência e emergência, variam ainda em quadros graves, como meningite e septicemia. (OLIVEIRA et al. 2013).

O que se predomina como pensamento familiar ao recorrer ao hospital, é de que a criança será examinada pelo médico, se necessário algum exame complementar, conseguinte prescrito uma medicação, e após retornará para casa, realizando o tratamento no domicílio. Quando são surpreendidas com a necessidade de internação muitas vezes entram em estado de choque. (OLIVEIRA et al. 2013).

O impacto dessa notícia se dá de várias maneiras diferentes, podendo impactar algumas famílias mais que outras, principalmente se for a primeira internação da criança, alguns familiares referiram o sentimento de susto por nunca terem seus filhos internados, por isso, esse processo afeta emocionalmente a criança e também o familiar cuidador. (OLIVEIRA et al. 2013).

Outro ponto que merece a atenção dos profissionais, é de que muitas vezes esse estado de nervosismo é angústia não se limita somente ao fato de estar em um ambiente novo,

desconhecido, em alguns casos pela primeira vez, ou pela própria gravidade da situação, mas também pelo fato de alguns familiares cuidadores terem outros filhos menores, que também necessitam de cuidado. Quando uma criança adocece, por mais estruturada que essa família seja e mesmo contando com uma rede de apoio, todos adoecem junto, uma vez que se ocorre o compartilhamento dos cuidados dessa criança hospitalizada. (AFONSO; MITRE,2013).

A notícia da internação é permeada por inúmeros sentimentos, entre eles, insegurança, choque, surpresa e preocupação com relação a saúde da criança que será hospitalizada. (ZACARIN et al.,2014).

Por mais que os estudos relatem um certo conhecimento por parte dos familiares, sobre uma suspeita de uma internação, a notícia de que a criança será hospitalizada ainda causa um impacto muito grande, o choque do diagnóstico, gera sentimentos de angústia e nervosismo, e essa situação ainda é vista como algo horrível. E mesmo com todos esses sentimentos a flor da pele, os autores relatam que os família estão dispostos a enfrentar toda e qualquer adversidade, para estarem ao lado das crianças, oferecendo apoio, carinho, segurança, o os fortalecendo para sua melhor recuperação. (FIGUEIREDO et al. 2013).

Os familiares, geralmente leigos, acabam associando o ato de internação com a gravidade do quadro clínico da criança, e um sentimento acoplado a essa situação é a impotência, intensificada principalmente se a situação for inesperada. (SANTOS, L. M. et.,2014).

5.5 A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DO CUIDADO LÚDICO DURANTE O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA.

A assistência de enfermagem não envolve somente procedimentos técnicos e invasivos, mas, especialmente, é saber lidar com o outro, através de conhecimentos específicos, respeito, presença, delicadeza e muita empatia a fim de entender suas particularidades de modo a transpor esse cuidado para a criança e sua família. A relação interpessoal entre enfermeiro-paciente é um processo que requer de forma sistemática orientação, identificação, exploração e resolução.

Os enfermeiros têm a percepção que o atendimento à criança passa por outras necessidades, que pode não ter sido verbalizada, mais que pode influenciar na recuperação; o brincar. Reconhece essa necessidade, que pode ocorrer pela interação, com criação de novas alternativas de cuidado, como o cuidado lúdico, que tenham como foco a integralidade da

atenção e pautadas no pressuposto de evitar ou até mesmo amenizar possíveis danos emocionais, causados pela hospitalização, além dos ocasionados pelo processo saúde-doença.

Percebe-se que existem fatores que restringem a utilização do cuidado lúdico por parte dos enfermeiros, os quais foram relacionados, principalmente, à sobrecarga de trabalho, a indisponibilidade de recursos materiais, transferência da responsabilidade para a equipe da terapia ocupacional em aplicar o cuidado lúdico, à ausência de protocolos e de capacitação da equipe para utilizar a técnica do lúdico, a indisposição e desmotivação profissional em estar utilizando a técnica do cuidado lúdico e a dificuldade de alguns profissionais em inserir esse instrumento no plano de cuidados de enfermagem.

É relevante considerar que o ato de brincar constitui-se em recurso de comunicação viável e adequado da equipe de enfermagem pediátrica, sendo essencial que ela conheça os benefícios dessa ação e avance na construção de um conhecimento intuitivo, pautado na prática diária, para um outro nível conceitual que abarque a sistematização da assistência de enfermagem e produza reflexões sobre a tipologia de cuidado implementado e quais os benefícios alcançados.

É notório, que o processo de hospitalização se constituiu como uma experiência complexa e traumática para o público infantil, podendo desencadear desde posturas de agressividade e incompreensão até uma inibição excessiva, caracterizando assim um comportamento regressivo. Mediante o exposto, a hospitalização implica em modificações da rotina habitual, privação das atividades escolares e de entretenimento, distância de seus familiares, além das dores, desconfortos sentidos e dos inúmeros procedimentos aos quais são submetidos.

No ambiente hospitalar, é consenso que o brincar e o desenvolvimento do lúdico junto a crianças traz importantes benefícios, especialmente na melhora da resposta e enfrentamento da dor, no alívio de tensões e estresse do próprio processo terapêutico, inclusive na redução do período de hospitalização. O cuidado lúdico desponta como alternativa de baixo custo e com efeitos relevantes e positivos para a assistência de enfermagem.

O brincar representa uma das atividades mais importantes para a criança durante todas as fases da infância. Essa atividade estimula a criatividade, a autoconfiança, a consciência corporal e habilidades para o desenvolvimento do sistema psicomotor, cognitivo, social e afetivo. Além de auxiliar no expressar das emoções e experiências com o ambiente.

A concordância de que o brinquedo fornece ao enfermeiro uma intervenção não farmacológica viável, que potencialmente ajuda a distrair a crianças e gerenciar a intensidade

da dor, com melhora na experiência da hospitalização. Assim, por estar diretamente relacionado à brincadeira, traz a ideia de diversão e prazer, os quais minimizam os danos emocionais causados pelo processo de hospitalização. Ao procurar, dentro de suas possibilidades, viabilizar meios para o cuidado lúdico o enfermeiro se sobrepõe à valorização da tecnologia, que estima somente a cura e procura considerar como prioridade o próprio paciente, colocando-se à disposição para atender às demandas que para ele são relevantes.

A utilização de diferentes tipologias de brincadeiras surgiu como forma de criar vínculos e entreter a criança, estando geralmente atrelada a um procedimento específico de enfermagem. Assim condiz que com achados de autores que afirmam que os jogos trazem divertimento e auxiliam no desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social. Os fantoches por exemplo, podem auxiliar nos cuidados de saúde, além de ser uma estratégia útil para envolver as crianças na aprendizagem significativa. Além disso, crianças, família e enfermeiros relatam o valor e o potencial dos fantoches para reduzir a ansiedade e preparar as crianças e suas famílias para o desconhecido.

As diversas atividades lúdicas, orientadas e não estruturadas precisam ser priorizadas, e tanto podem ser utilizadas em grupo como em assistência individualizada. As instituições devem oferecer uma perspectiva inclusiva, pois mesmo que a criança não se movimente, são instrumentos de cuidados de enfermagem pertinentes, podendo ser utilizadas com crianças muito doentes ou com limitações físicas importantes.

Um dos aspectos fundamentais da arte do cuidar é a transmissão de sentimentos a quem é cuidado através do toque, sons, cores e formas. Ressaltando que a habilidade do enfermeiro de se relacionar com o outro na relação transpessoal é traduzida através de movimentos, gestos, expressões faciais, procedimentos, toque, sons e expressões.

Nesta ótica, o próprio fazer cotidiano do enfermeiro e as inúmeras atividades que realiza que vão desde o acolhimento até procedimentos sofisticados podem caracterizar momento oportuno para pôr em prática o lúdico. Atrá forma que o enfermeiro se comporta, da postura que adota, do tom dócil e acolhedor, do uso de vestimentas e caracterizações que dão vida ao dia a dia da criança fora do ambiente hospitalar; da utilização de instrumentos/materiais customizados que tragam a memória costumes/hábitos das crianças e as façam se sentir à vontade; e o incentivo e envolvimento dos responsáveis no cuidado, com adoção de estratégias que perpassam pela participação deles, já permite o desenvolver da ludicidade.

A Política Nacional de Humanização (PNH), entre outros aspectos, fortalece estratégias dessa natureza na atenção hospitalar, ao orientar novos arranjos de trabalho e estimular os profissionais a criarem métodos que qualifiquem o ambiente e práticas de cuidado, em prol do acolhimento humanizado.

Ressaltando ainda a lei nº 11.104 de 21 de março de 2005, onde cita como obrigatória a instalação de brinquedotecas em ambientes onde há assistência pediátrica em regime de internação, que combina prática lúdicas para possibilitar a interação da criança enferma com seus aspectos saudáveis, em momentos de lazer e aprendizagem.

Na enfermagem, o cuidado lúdico pode ocorrer a partir da interação entre a equipe de enfermagem e o paciente, seja pela utilização de técnicas criativas de comunicação, ou do brincar terapêutico que desperte o interesse, traga emoções positivas e desvie a atenção dos sofrimentos. O brincar no serviço de pediatria é entendido como uma ferramenta de socialização, harmonização, desconpressão, estabelecimento de vínculo e de promoção da educação em saúde.

Desse modo, é imprescindível que o enfermeiro apresente como ferramenta a capacidade de observação e comunicação interpessoal aprimorada, a fim de identificar as demandas do pequeno paciente e sua família ou acompanhante legal, bem como aquelas que, embora, não sejam ditas verbalmente, são expressas de outras maneiras.

Na prática dos serviços de saúde os profissionais de enfermagem tendem a ressignificar suas ações na perspectiva de diminuir o sofrimento dos usuários. Quando o cuidado envolve crianças faz-se necessário compreender que estratégias podem ser adotadas para a construção de vínculo, para direcionamento das atividades de tal forma que elas se revertam em melhoria na adesão e no estado de saúde e principalmente contribua para dirimir a dor e o sofrimento vivenciado.

A utilização do lúdico em pediatria tem sido vista como uma possibilidade terapêutica capaz de produzir efeitos positivos sobre a saúde das crianças, bem como no ambiente e nas relações de trabalho no setor pediátrico.

O trabalho da Enfermagem por vezes está relacionado ao atendimento das rotinas associadas à internação da criança e ao acompanhamento do curso da doença. As necessidades inerentes ao desenvolvimento humano durante a assistência de enfermagem acabam por não ser valorizadas e tendem a não ser objeto de atenção no período de convalescência.

Considerando as características particulares de dependência que a criança apresenta em relação aos profissionais que a rodeiam durante a hospitalização, a utilização do lúdico é uma estratégia útil para produção de vínculo e relacionamento mais estreito, e por vezes, a sobrecarga de trabalho acaba por limitar os profissionais às tarefas rotineiras e de cunho repetitivo, impedindo-os de reconhecer demandas que porventura possam estar causando dor e sofrimento às crianças.

No tocante à justificativa para a não utilização do lúdico a sobrecarga de trabalho emergiu de forma mais recorrente, sendo reconhecida majoritariamente como uma das principais dificuldades encontradas na utilização do lúdico no cuidado de enfermagem. As manifestações dos enfermeiros vão ao encontro dos achados de trabalhos onde destacam que; a sobrecarga de trabalho não é um fator isolado. Ela está associada a uma cascata, que vai de déficit de profissionais, dificuldades relacionadas a dinâmica do trabalho, falta de tempo e até questões burocráticas que impedem os enfermeiros de realizarem uma assistência mais humanizada, pautada na relação enfermeiro-paciente e com viabilidade de planejamento de ações orientadas pelo cuidado lúdico.

A literatura aponta uma dupla dimensão associada à sobrecarga de trabalho. De um lado, a quantitativa que é evidenciada pela responsabilidade que por vezes a enfermagem assume por mais de um setor hospitalar, tendo que realizar revezamento quando diante de falta de outros profissionais, o que pode ser impeditivo para o enfermeiro gerir um cuidado em pediatria pautado pelo lúdico. Por outro lado, a qualitativa verificada a partir da complexidade das relações humanas que existem nos serviços de saúde, dificuldade de comunicação e de otimizar o tempo para ações que tragam benefícios positivos para os pacientes.

As dificuldades encontradas são relatadas pelos enfermeiros, onde existe a carência na disponibilidade, pela instituição, de brinquedos e/ou outros materiais didáticos para realização de atividades lúdicas. A indisponibilidade de recursos materiais foi reconhecida como um limite importante para a aplicação do lúdico no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. Na prática, a depender do cenário, das questões políticas que afetam o financiamento das ações desenvolvidas e do modelo de atenção adotado para gestão do cuidado, observa-se a falta de investimento no ambiente hospitalar, o que repercute de maneira negativa na forma do cuidado, no acolhimento, na escuta qualificada e na autonomia dos sujeitos.

A equipe de enfermagem passa o maior tempo junto ao paciente e apesar de não haver normativa que discorra sobre o papel exclusivo dos profissionais de enfermagem no cuidado lúdico, pela rotina de cuidado instituída que envolve realização de procedimentos dolorosos aos olhos infantis, como curativos, punções venosas e administração de medicamentos, pode se valer dos benefícios do cuidado lúdico na prática assistencial. A transferência desse cuidado exclusivamente para outros profissionais, pode deixar a imagem do profissional de enfermagem, como sendo aquele que vai até o leito para gerar dor, choro e incômodos na criança.

Nesse sentido, faz-se necessário, valorizar o trabalho multiprofissional e multidisciplinar, que pode ser alcançado por momentos de integração entre os diferentes profissionais, conhecimento das necessidades dos pacientes, discussão de casos e construção de estratégias coletivas de intervenção mais humanizadas, no que o cuidado lúdico pode despontar como alternativa viável.

Esse cuidado lúdico, não precisa necessariamente de ambiente projetado para tal. Há estratégias que podem ser utilizadas, mas requerem empenho dos profissionais envolvidos nesse cuidado, pois, em algumas circunstâncias, deverão lidar com pedidos e arrecadação de doações e reaproveitamento de materiais.

Em geral o uso de estratégias lúdicas no cuidado a criança é benéfico para o tratamento da criança hospitalizada, ao passo que reduz o estresse, a ansiedade, a intensidade da dor e favorece aceitação de procedimentos dolorosos, a interação com a criança, bem como promove a diversão da criança no contexto hospitalar. Contudo, ainda é notória a dificuldade dos enfermeiros em empregar essa estratégia de cuidado, sobretudo em função de sua elevada carga de trabalho.

Cumprido ressaltar que na área da Enfermagem ao possibilitar aos profissionais da área a identificação de estratégias lúdicas aplicáveis ao contexto do cuidado à criança hospitalizada com seus potenciais impactos na recuperação da criança entendendo que o adoecer por vezes pode ser incapacitante e a criança nesse contexto encontra-se em situação de extrema vulnerabilidade e fragilidade, faz-se necessário um aparato, isto é, um suporte ou pilar de sustentação, o que pode ser evidenciado pela presença da família durante a prestação da assistência, uma vez que esta é co-participante e co-responsável nesse processo de cuidado e o brinquedo terapêutico a criança proporciona diversos benefícios, incluindo o fortalecimento de vínculo e a participação da criança e família nos cuidados de enfermagem.

Tendo em vista que a criança possui necessidades e demandas inerentes à fase da infância, a hospitalização não deveria impedir que a mesma realize algumas dessas atividades rotineiras. Nesse contexto, a equipe de enfermagem deve atuar de forma a viabilizar a construção de um ambiente terapêutico, isto é, facilitador para o processo de recuperação dessa criança, o que pode ser feito por meio de estratégias lúdicas, a citar a clownterapia (terapia utilizando palhaços).

No que concerne ao ensino do brinquedo terapêutico e demais estratégias lúdicas nas universidades, estudos apresentam que os discentes de enfermagem referem que, embora este conteúdo seja ministrado em aula teórica, pouco é exercitado na prática durante os estágios supervisionados nas Unidades de Internação Pediátrica. Todavia, os acadêmicos ressaltam a contribuição do lúdico no contexto hospitalar infantil, bem como para o processo de formação, por meio de aquisição de segurança e habilidades para o manejo do público infantil.

5.6 A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA NA HUMANIZAÇÃO

Como protagonista temos mais uma vez Florence, que identificou na prática que o desequilíbrio no ambiente compromete. Na melhoria da saúde, uma estrutura com comprometimento na ventilação, no aquecimento, no ruído, limpeza, iluminação, tem total impacto social e físico sobre uma pessoa. (LOBO,2000).

Levando em conta que o ambiente hospitalar é considerado estressante tanto para criança quanto para a família, desenvolver um cuidado voltado para o binômio é de extrema importância, as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem visam diminuir as experiências sofridas e traumatizantes por meio de ações que não demandam alto custo e de fácil resolutividade, o ambiente ideal seria aquele onde o paciente do leito tivesse a visão do mundo exterior e da luz solar, com estímulo aos visitantes para que proporcionem o máximo possível de entretenimento, voltado para a conduta das equipes temos como ênfase a busca, por não necessitar acordar com frequência os pacientes e se necessário de modo menos súbito, o ambiente ideal ainda conta como uma atmosfera calma, com menos correria. Quando nos referimos à ambiência a própria Florence já reconhecia a necessidade de mudanças na cor, quadros, e ainda o oferecimento de flores ou plantas ao paciente (LOBO,2000).

Mesmo reconhecendo as dimensões físicas, psicológicas e sociais, Florence tinha como foco dedicar-se ao ambiente físico, pois, segundo ela quando este está adequado há uma menor necessidade de atenção a fatores sociais e emocionais do doente depois o próprio

ambiente proporciona melhoria nesses quesitos. Um ambiente negativo pode acarretar estresse físico, comprometendo a melhora da sua saúde, em decorrência deve-se oferecer ao paciente uma variedade de atividades, mantendo a sua mente estimulada (LEOPARDI,2006).

Por conseguinte, os cuidados a criança na pediatria, não podem nem devem limitar-se ao leito, devendo sempre utilizar de todos os recursos disponíveis para a construção de uma ambiência que atenda as necessidades psicológicas, físicas e emocionais das crianças e também dos familiares cuidadores (LEOPARDI, 2006).

A melhoria da ambiência hospitalar deve ser vista como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, e da melhoria e promoção da saúde, essa transformação não se limita somente ao espaço físico, mas também ao contexto social, profissional, e o desenvolvimento saudável das relações interpessoais. (BRASIL,2004b; BRASIL,2006).

O primeiro ponto de destaque são os elementos que tornam o espaço físico acolhedor e confortável, como a cor, o som, iluminação, e até mesmo o cheiro. Quando todos esses elementos estão em concordância, o ambiente se torna um lugar acolhedor beneficiando os usuários e trabalhadores e contribuindo positivamente e significativamente para a promoção de saúde (BRASIL,2004b; BRASIL,2006).

Quando falamos em ambiência englobamos uma série de elementos que contribuem para a confortabilidade do ambiente, dentre esses elementos temos a estrutura física, onde alguns fatores são possíveis de se modificar e outros não, quando pensamos na morfologia do ambiente por exemplo, a dimensão e volume talvez não possam ser alterados principalmente em instituições consolidadas há muito tempo, mas o lado estético pode ser modificado proporcionando beleza e funcionalidade ao ambiente. Assim quanto a iluminação, o ideal seria que o paciente tivesse contato com a iluminação natural, tendo assim noções de dia e noite, chuva e sol, a iluminação artificial também é de extrema importância para a realização de atividades, mas também pode sofrer modificações para proporcionar condições aconchegantes ao ambiente. Com relação a odores esses influenciam diretamente no estado de bem-estar do sujeito que se encontra internado na unidade podendo ser explorado maneiras de melhorar esse quesito.

O Som também pode ser explorado de maneira que não comprometa a privacidade e controle de ruídos, e também se leve em consideração a proteção acústica, utilizando músicas em ambientes e alguns espaços como enfermaria e esperas. As Cores também são um recurso útil, pois podem contribuir para o relaxamento físico, estimulam nossos sentidos, e ainda são

capazes de influenciar nos sentimentos de alegria ou tristeza (BRASIL,2004b; BRASIL,2006).

A ambiência se articulada com o processo de cuidado se torna uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, quando pensamos em um ambiente acolhedor temos como foco não só a criança e a família, mas também aos profissionais e todas as equipes que participam do cuidado direto aos mesmos, Sugere-se então a criação ou adaptação dos espaços multifuncionais coletivos que os profissionais usam para reuniões, orientações, pois, o profissional também necessita se sentir acolhido e com condições de trabalho favoráveis para que ele consiga desenvolver uma assistência da maneira correta. Também deve-se respeitar os direitos do acompanhante, sendo necessário que existam espaços capazes de acolhe-los, em que ele também possa relaxar, um espaço onde ele possa assistir televisão ou ouvir música. A instituição ainda deve levar em conta os trabalhadores do hospital fornecendo a estes espaços de apoio, salas de estar, copa e banheiros por exemplo. outro fator de Extrema importância que sobrepõem todos os outros já citados é o respeito à cultura e às diferenças, essas podem ser religiosas, regionais, étnicas, e todas devem ser respeitadas, devendo se considerar a importância do conhecimento, valores e costumes da comunidade em que se atua. (BRASIL,2004b; BRASIL,2006).

Com isso percebe-se que a humanização e ambiência, se somadas, são uma importante ferramenta para a promoção à saúde, para que isso ocorra de uma maneira real é preciso de uma gestão comprometida e que realmente preze pela saúde dos internados, é preciso que invistam em medidas que melhorem as demandas de trabalho, que busquem a adequação das pessoas no ambiente, que disponibilize materiais e insumos para que ocorra de maneira adequada essa assistência ao paciente por parte do profissional, sempre levando em consideração os aspectos psicológicos, socioeconômicos e pedagógicos da criança e da sua família (FONTANA, 2010).

O PNH, destaca que é necessário reconhecer as necessidades que surgem no ambiente hospitalar, e então considerar os aspectos necessários para o processo de implementação e melhoria dessas necessidades, seja por meio da construção de novos espaços, ou até mesmo pela adoção de novas condutas e posturas, revolucionando o modo de cuidar.

Levando em conta que essas mudanças custam caro e não são simples, deve-se primeiramente identificar quais ferramentas realmente irão contribuir para o desenvolvimento do cuidado humanizado (BOFF,2012).

Atentar-se para o modo de como o ambiente da Unidade Pediátrica está arquitetado é de extrema importância, pois, pode impactar diretamente no processo saúde doença, e também no bem estar global das crianças. (EISEN; et al., 2008 BAZUIN; CARDON, 2011). Foram apontados por pesquisadores que a ambiência engloba muitos aspectos: o espaço físico, objetos ali presentes, inclusive as pessoas que acabam sendo responsáveis pelas experiências cognitivas, sensoriais, sociais e até mesmo motoras as quais a criança está sujeita durante a assistência e cuidados prestados à ela (SOARES; SILVA, 2008).

Contudo é necessário e de extrema importância que o planejamento da ala pediátrica com relação ao espaço físico, esteja de acordo com todas as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e também com a Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT). São esses órgãos quem vão determinar características indispensáveis como: tamanho de quartos, número de leitos, distância entre os leitos, isolamento, e também algumas outras especificações quanto a pia, acabamentos, teto, banheiros, piso e muitos outros detalhes. Quando se pensa em se construir ou adequar um ambiente hospitalar para as crianças, barreiras são encontradas, a começar que o ambiente se molda pela decisão de um arquiteto juntamente com um pequeno grupo de dirigentes, além das regras e normas já padronizadas pela própria instituição e demais órgãos, fazendo que muitas vezes essas unidades dificultem a apropriação e uso pela própria equipe de enfermagem e saúde, familiares e também a criança.

Toda criança necessita sentir que a unidade pediátrica foi feita para ela, que seja acolhedor, uma vez que o mesmo tem influência no desfecho do processo de produção de saúde (EKARA; GJENGEDAL,2012).

Segundo uma pesquisa realizada no Reino Unido, referente ao *design* para o ambiente de uma unidade pediátrica constatou-se que, a área de entrada e recepção precisam transmitir uma sensação acolhedora, convidativa, bem iluminada e limpa, com pinturas de maneira a dar boas-vindas (COAD; COAD,2008).

O ambiente pode ser explorado de diversas maneiras, podendo conter imagens ou quadros, com algumas sinalizações, setas e pegadas por exemplo. Nas enfermarias a pesquisa destacou a preferência por temáticas envolvendo a natureza, mar, animais, sendo ainda ambientes bem coloridos (COAD; COAD,2008).

Infelizmente a realidade de alguns lugares não condiz com o modelo ideal, profissionais apontam que a humanização esta sendo construída e consolidada em cima de um ambiente que não condiz com a palavra, muitas vezes a própria falta de matérias e

equipamentos hospitalares é o motivo de frustrações entre a equipe, situação essa que além de ocasionar maior sofrimento ao paciente, prolonga o tempo de internação (GOMES; et al., 2011).

A realidade que observamos no cotidiano, são condições que parecem ir contra todos os princípios de humanização com condições insatisfatórias onde os próprios profissionais e usuários não tem as suas necessidades atendidas. É necessário que todas as características citadas sejam repensadas, adaptadas ou até mesmo recriadas de acordo com os órgãos e peculiaridades de cada local, afinal uma unidade projetada em prol de condições que possibilitem o desenvolvimento da humanização, tornam esse momento menos traumático e se tornar protagonistas no processo de produção a saúde o foco é objetivo maior é cuidar da criança em um ambiente acolhedor, que lhe proporcione conforto e bem-estar, privacidade e acima de tudo respeito (BARROS; QUEIROZ; MELO, 2010).

6. DIREITOS HUMANOS E HUMANIZAÇÃO

6.1 DIREITOS HUMANOS E SUA IMPORTÂNCIA NA SOCIEDADE

Neste capítulo abordaremos dois temas relacionados nos cuidados a criança citando as principais legislações que priorizam a assistência à criança. Primeiramente falaremos sobre como surgiu os direitos humanos e sua importância em nossa sociedade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) surgiu após a 2ª Guerra Mundial. O conflito terminou em 1945 onde no mesmo ano diferentes países se reuniram para formar a Organização das Nações Unidas com o objetivo era criar um ambiente de multilateralismo que garantisse a paz entre as nações e o fortalecimento dos direitos humanos, para que os horrores da guerra recém-terminada não se repetissem.

Assim nesse espaço que em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi concebida, para que, a partir dela, nenhum ser humano tivesse seus direitos violados.

Outras tentativas de sistematizar quais seriam os direitos humanos apareceram antes da DUDH, como a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 da França e a Carta de Direitos de 1791 dos Estados Unidos, mas sem o caráter universal da Declaração de 1948. No mesmo ano da DUDH, a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem foi aprovada durante a conferência que criou a (OEA) Organização dos Estados Americanos, e é considerado o primeiro instrumento internacional de direitos humanos.

Assim em 10 de dezembro de 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), um marco histórico na busca pela dignidade e igualdade de todas as pessoas.

A declaração tornou-se uma base jurídica para organizações que trabalham pelos direitos humanos. Com um amplo consenso internacional, o texto oferece argumentos sólidos para que a sociedade civil internacional cobre dos Estados a consolidação e ampliação de direitos. Composta por 30 artigos que falam sobre diversos aspectos da garantia de direitos. O primeiro artigo fala justamente sobre isso: “Todas as pessoas, mulheres e homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. A DUDH também fala sobre direitos como liberdade de associação, liberdade religiosa, condena tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, e aborda também sobre acesso à saúde, educação, trabalho e lazer.

Ressaltaremos sobre a importância dos direitos humanos em nossa sociedade onde estes regem o modo como os seres humanos individualmente vivem em sociedade e entre si, bem como sua relação com o Estado e as obrigações que o Estado tem em relação a eles.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos tem em seu âmago oito principais valores que deveriam ser praticados por todos os povos, são eles:

- paz e solidariedade universal;
- igualdade e fraternidade;
- liberdade;
- dignidade da pessoa humana;
- proteção legal dos direitos;
- justiça;
- democracia;
- dignificação do trabalho.

Apresenta, ainda, a tipicidade da tridimensionalidade do direito, na qual se têm fatos valorados e a dialética entre fato e valor fazendo imergir normas jurídicas elaboradas para a consecução do bem-estar social. Desta dialética, podem-se identificar nos Direitos Humanos duas características principais, serem imprescindíveis e inalienáveis ao ser humano.

Há, também, algumas características intrínsecas, podendo ser considerados:

Universalidade e inalienabilidade

Os direitos humanos são universais e inalienáveis. Todas as pessoas em todo o mundo têm direito a eles. Ninguém pode voluntariamente desistir deles. Nem outros podem tirá-los dele ou dela.

Indivisibilidade

Direitos humanos são indivisíveis. Sejam de natureza civil, política, econômica, social ou cultural, eles são todos inerentes à dignidade de toda pessoa humana. Conseqüentemente, todos eles têm o mesmo valor como direitos. Não existe um direito "menor". Não há hierarquia de direitos humanos.

Interdependência e inter-relação

A realização de um direito muitas vezes depende, no todo ou em parte, da realização de outros. Por exemplo, a realização do direito à saúde pode depender da realização do direito à educação ou do direito à informação.

Igualdade e não discriminação

Todos os indivíduos são iguais como seres humanos e em virtude da inerente dignidade de cada pessoa humana. Todos os seres humanos têm direito a seus direitos humanos sem discriminação de qualquer tipo, como raça, cor, sexo, etnia, idade, idioma, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, deficiência, propriedade, nascimento ou outro status como explicado pelos órgãos dos tratados de direitos humanos.

Participação e inclusão

Cada pessoa e todos os povos têm direito à participação ativa, livre e significativa no desenvolvimento civil, político, econômico, social e cultural, por meio do qual os direitos humanos e as liberdades fundamentais podem ser realizados. Têm também direito a contribuir para esse desenvolvimento e a desfrutar do mesmo.

Responsabilização e Estado de Direito

Os Estados e outros detentores de deveres têm de cumprir as normas e padrões legais consagrados nos instrumentos de direitos humanos. Quando não o fizerem, os titulares de direitos lesados têm o direito de instaurar procedimentos para uma reparação adequada

perante um tribunal competente ou outro adjudicador, de acordo com as regras e procedimentos previstos na lei.

Concluindo a respeito sobre os direitos humanos ainda há muito o que fazer para que realmente estes possam ser implementados pelos agentes estatais com o objetivo de proporcionar ao ser humano uma vida digna. Percebe-se que, aparentemente, a dignidade humana tem amparo somente no âmbito legislativo, ficando à revelia quando se observam os fatos concretos do cotidiano, estando submissa a interesses políticos, atos estatais ilícitos, práticas econômicas e tantas outras formas para atender exclusivamente aos interesses de grupos sociais que coordenam os fatos sócio-político-econômicos brasileiros.

Podemos reforçar a ideia de que não basta somente legislar a respeito do assunto. É urgente a necessidade de uma inserção estatal positiva na sociedade, de modo a reduzir as desigualdades existentes, melhorar as condições de vida (saúde, educação, lazer, segurança, entre outros), admitir e respeitar os grupos minoritários sociais (homossexuais, negros, índios, etc.) e melhorar a distribuição de renda.

Para se falar em plenitude de Direitos Humanos há muito que evoluir no quesito de respeito ao próximo. Em Sua passagem pelo mundo, Jesus Cristo já nos disse: “*Amai-vos uns aos outros como Eu Vos amei*”. Portanto, a habilidade de apreender o outro em sua expressão máxima de dignidade, de seus direitos e de suas diferenças, enfim a alteridade, será indispensável para a migração de um mundo ideal de Direitos Humanos para os fatos sociais concretos, sendo através dos desenvolvimentos cultural e da educação formal o caminho para se chegar à plenitude da dignidade humana.

6.2 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Entre a saúde e os direitos humanos existem vínculos complexos. A OMS (2002) lista alguns direitos humanos chave que guardam intrínseca relação com a saúde e o bem-estar de cada ser humano. Vejamos quais são eles:

- Tortura: ninguém deve ser submetido a torturas nem muito menos a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, ninguém deve ser submetido a experimentos médicos ou científicos sem seu consentimento;
- Violência contra as crianças: devem ser adotadas todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas apropriadas para proteger a criança contra toda forma de prejuízo físico ou mental, descuido ou negligência, maus tratos ou exploração, incluindo o abuso sexual;
- Participação: o direito a uma participação ativa, livre e significativa;
- Informação: liberdade de buscar, receber e difundir informações e ideias;
- Intimidade: ninguém deve ser objeto de interferências arbitrárias ou ilegais em sua vida privada;
- Progresso científico: todas as pessoas têm o direito de usufruir dos progressos da ciência e suas aplicações;
- Educação: o direito à educação, em particular o de conhecer os princípios básicos da saúde e nutrição das crianças, as vantagens do aleitamento materno, da higiene, do saneamento básico e as medidas de prevenção de acidentes, além de receber apoio para aplicar estes conhecimentos;
- Alimentação e nutrição: o direito de toda pessoa a uma alimentação adequada e de estar protegida contra a fome;
- Qualidade de vida: todos têm direito a um nível de vida adequado, incluindo alimentação, vestuário e moradia adequados, além de assistência médica e serviços sociais necessários.

O enfoque da saúde com base nos direitos humanos ocorre quando se utilizam os direitos humanos como marco para o desenvolvimento sanitário, quando se avaliam as consequências de qualquer política, programa ou legislação sanitária e quando são levados em conta os direitos humanos na concepção, aplicação, supervisão e avaliação de todos os tipos de programas e políticas que guardem relação com a saúde. (OMS, 2002)

São inúmeros os benefícios para a saúde contar com um enfoque baseado nos direitos humanos. Primariamente, pode-se fazer com que grupos vulneráveis e marginalizados tenham participação valiosa e voz ativa na proposição e construção das políticas públicas. Para tanto, entra em cena um fator determinante no acesso das pessoas aos serviços de saúde: a não discriminação, que passou a ser mais enfatizada após as reflexões e debates acerca do atendimento a pessoas com HIV/AIDS nos anos 1980. Respeitar e valorizar o que nos diferencia seria um passo importante para alcançar a equidade.

Por outro lado, a aplicação de tal enfoque fornece normas que servem de referência para avaliar resultados obtidos pelos governos em matéria de saúde, fazendo assim com que estes assumam uma posição mais responsável em relação às questões sanitárias. Seguindo a mesma linha, os Estados podem seguir diretrizes coerentes aceitas internacionalmente e torna-se mais fácil a supervisão por mecanismos nacionais e internacionais, estabelecendo-se uma base sólida e fidedigna para as atividades de promoção dos direitos humanos e da saúde. (OMS, 2002).

6.3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA

Dos Direitos Fundamentais

Direitos fundamentais são o conjunto de direitos individuais e coletivos positivados na Constituição de um país e que expressam as reivindicações políticas de um povo em um dado momento de sua história. Ou seja, são limites ao poder de atuação do Estado, assegurados por instrumentos de prevenção e repreensão contra situações de abusos.

O texto constitucional em vigor traz, por exemplo, as seguintes expressões ao se referir dos direitos fundamentais:

- Prevalência dos direitos humanos (art. 4º);
- Direitos e garantias fundamentais (Título II);
- Direitos e liberdades fundamentais (art. 5º, inciso XLI);
- Direitos e garantias fundamentais (art. 5º, § 1º);
- Direitos fundamentais da pessoa humana (art. 17);
- Direitos da pessoa humana (art. 34, inciso VII, alínea b);

- Direitos e garantias individuais (art. 60, § 4º, inciso IV);
- **Direitos humanos e direitos individuais e coletivos** (art. 134);
- Direitos individuais (art. 145, § 1º).

Segundo o entendimento doutrinário de Dirley da Cunha Júnior, essa variedade de expressões no texto constitucional impede um consenso sobre a terminologia dos direitos fundamentais, tanto na doutrina quanto na jurisprudência.

Porém essas críticas a multiplicidade de expressões sobre os direitos fundamentais no texto constitucional devem compreender que essa falta de referência terminológica é algo típico do processo constituinte, marca do pluralismo político e influência da manifestação heterogênea da representatividade democrática dos mais diversos segmentos sociais na Assembleia Nacional Constituinte.

Atualmente, a moderna doutrina constitucionalista vem repelindo essas variedades de expressões e tentando conferir unidade terminológica aos direitos fundamentais.

Assim podemos verificar que a partir do princípio hermenêutico de que a lei não contém palavras inúteis (*verba cum effectu sunt accipienda*) o melhor termo é o de “direitos e garantias fundamentais”, previsto no segundo título da Constituição Federal de 1988, por abranger a todas as espécies:

- direitos e deveres individuais e coletivos (capítulo I, do título II),
- **direitos sociais** (capítulo II, do título II),
- nacionalidade (capítulo III, do título II);
- direitos políticos (capítulo IV, do título II);
- partidos políticos (capítulo V, do título II).

No entanto é importante diferenciar os direitos das garantias fundamentais, já que a **Constituição Federal de 1988** não fez qualquer distinção específica, apesar da redação do seu título II se referir a “direitos e garantias fundamentais”.

Para tanto relataremos que a lição doutrinária de Uadi Lammêgo Bulos. Direitos fundamentais são bens e vantagens disciplinados na Constituição Federal, enquanto isso as **garantias**

fundamentais são as ferramentas jurídicas por meio das quais tais direitos se exercem, limitando os poderes do Estado.

Além disso, as garantias fundamentais dividem-se em:

1. **Garantias fundamentais gerais:** vedam abusos de poder;
2. **Garantias fundamentais específicas:** instrumentalizam os direitos e fazem prevalecer as próprias garantias fundamentais gerais.

Aliado à isso, elas também são prestações exigidas contra o Estado para atender necessidades sociais do indivíduo relacionadas à promoção da dignidade da pessoa humana, tais como:

- a educação, saúde e seguridade social;
- o trabalho, alimentação e moradia;
- o transporte, lazer, e a segurança;
- a proteção à maternidade e à infância;
- às pessoas com deficiência e aos idosos.

Portanto, são direitos e garantias fundamentais os expressos no texto constitucional e outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos **tratados internacionais** em que a República Federativa do Brasil seja parte, nos termos do § 2º do art. 5º da Constituição Federal de 1988.

6.4 A DIFERENÇA ENTRE DIREITOS HUMANOS E DIREITOS FUNDAMENTAIS

Os termos “direitos humanos” e “direitos fundamentais” são mencionados a todo momento, muitas vezes como sinônimos ou então sem muita análise sobre seu verdadeiro significado. Até mesmo em nossa Constituição Federal vigente, promulgada no ano de 1988, as diferenças entre direitos humanos e direitos fundamentais não são muito claras. Ainda assim, a chamada “Constituição cidadã” foi a primeira Carta Magna brasileira a fazer referência aos direitos fundamentais em seu famoso artigo 5º, ainda que de uma forma genérica (título II, e artigo 5º parágrafo 1º).

Mas, afinal, há alguma diferença entre direitos humanos e direitos fundamentais?

A teoria clássica liberal jusnaturalista entende que tanto direitos humanos quanto direitos fundamentais surgem a partir da suposta existência dos direitos naturais, ou *natural law*, como era reconhecido na legislação romana. Contudo, é preciso levar em consideração que, independentemente de estarem relacionados, os direitos fundamentais e sua teoria podem destoar dos direitos humanos, pois aqueles são fundados no pacto constituinte que integram interesses parlamentares, enquanto estes são baseados, em princípio, em um viés internacionalista e pro-persona. Por isso a importância da sua diferenciação.

De maneira geral, os direitos fundamentais são os direitos reconhecidos e assegurados de maneira constitucional por um determinado Estado, enquanto que os direitos humanos tem relação direta com os documentos de Direito Internacional.

6.5 COMO A SAÚDE SE ENQUADRA NOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

O conceito de saúde formulado pela Organização Mundial de Saúde, levando em conta não só as causas biológicas da doença, mas também, as causas sociais, influenciou o modo de ver o direito à saúde nas sociedades modernas. Da mesma maneira, contribuiu para a formulação de um conceito jurídico de saúde e seu enquadramento como direito fundamental. Assim, pode-se afirmar que a saúde, estado de completo bem estar físico, mental e social, é um direito fundamental da pessoa humana frente ao Estado e aos demais indivíduos. Este novo conceito, ditado pela OMS, foi recepcionado pela Constituição do Brasil, inserindo o direito à saúde no catálogo dos sociais, logo, direito fundamental. (SAMPAIO, 2003)

Por fim, Sampaio (2003) destaca que “a Constituição Federal de 1988, sob a influência da evolução do conceito de saúde construído pelo movimento jurídico mundial, rompe, definitivamente, com o paradigma dominante”, quando passa a considerar não só as causas biológicas da doença, como também, as causas sociais. Além disso, a Carta Magna introduz uma nova visão da saúde, colocando-a como um serviço de relevância pública, vinculando o Estado, de forma incondicional, a prestar o atendimento à saúde da população. Eleva, portanto, a saúde a um bem inviolável, condição *sine qua non* para uma vida digna.

O valor da dignidade humana elevado, de forma inédita, a princípio fundamental da Carta nos termos do art. 1º, inciso III, impõe-se como “núcleo básico e informador do ordenamento jurídico brasileiro, como critério e parâmetro de valoração” a orientar a

interpretação e compreensão do sistema constitucional instaurado em 1988. A dignidade humana e os direitos fundamentais passam, então, a constituir os princípios constitucionais que incorporam os clamores por justiça e por valores éticos. Sendo assim, esses valores passam a ser dotados de uma especial força, que se espalha por todo o universo constitucional e serve como critério de interpretação de todas as normas do ordenamento jurídico nacional. (PIOVESAN, 2008).

Com relação à eficácia das normas constitucionais que veiculam o direito fundamental à saúde, nota-se já no Preâmbulo da Constituição Federal, e ainda no art. 3º, inc. III, que os direitos sociais encontram-se intimamente vinculados às funções do Estado na sua expressão como Estado Democrático Social, que deve zelar por uma adequada e justa distribuição e redistribuição dos bens existentes, a fim de reduzir as desigualdades sociais. (RAMOS, 2010).

6.6 O DIREITO A SAÚDE

A saúde consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, que define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas.

E essa visão ampliada de saúde, voltada para o bem-estar social, com direitos humanos interligados, ficou implícita no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), com uma lista de condições necessárias para dignidade humana:

Artigo 25

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social.

No contexto brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

No entanto, direito à saúde não se restringe apenas a poder ser atendido no hospital ou em unidades básicas. Embora o acesso a serviços tenha relevância, como direito fundamental, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

O direito à saúde no Brasil foi resultado de anos de luta do movimento conhecido como Reforma Sanitária, uma reforma democrática na área da saúde. O movimento nasceu da ação contra a ditadura, no início da década de 1970. Já com conhecimento dos novos conceitos de saúde e da Declaração de Alma-Ata, no exercício de controle social, o debate sobre um novo modelo de saúde foi realizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986.

As discussões da 8ª CNS trouxeram as bases para elaborar a seção sobre saúde, na Constituição Federal (CF) de 1988, marco de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com os princípios mais democráticos de universalidade e equidade, ao encontro do processo de democratização do Brasil pós-ditadura.

A criação do SUS está diretamente relacionada a tomada de responsabilidade por parte do Estado. A ideia do SUS é maior do que simplesmente disponibilizar postos de saúde e hospitais para que as pessoas possa acessar quando precisem, a proposta é que seja possível atuar antes disso, através dos agentes de saúde que visitam frequentemente as famílias para se antecipar os problemas e conhecer a realidade de cada família, encaminhando as pessoas para os equipamentos públicos de saúde quando necessário.

A saúde está presente como direito fundamental na Constituição Federal brasileira, expresso no artigo 6, como um direito social. No artigo 23 da CF, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência está como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Na parte da ordem social, especificamente sobre seguridade social, está a seção sobre saúde, entre os artigos 196 e 200, a base legal para o SUS, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado e dispõe sobre a saúde no Brasil.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei Nº 8.080, de 1990, regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, colocando, também, a saúde como direito fundamental do ser humano e reforçando o dever do Estado. Já a Lei Nº 8.142, de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros, estabelecendo duas instâncias de participação social: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Interligando o direito à saúde com os princípios fundamentais da Constituição de 1988, Lima (2006) enumera que o art. 1º inaugura o texto constitucional, colocando, em seu inciso III, a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito em que se constitui a República Federativa do Brasil, que tem por objetivo maior a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, em respeito ao que diz o inciso I do art. 3º. Em suas relações internacionais e em consonância com os tratados dos quais é signatária, a República Federativa do Brasil, tomando por base o art. 4º, II, da CF/1988, também se compromete com a observação dos direitos humanos. Ao inaugurar o título referente aos direitos e garantias fundamentais, o art. 5º, caput, assegura expressamente a inviolabilidade do direito à vida, que tem ainda sua proteção reforçada por se tornar cláusula pétrea, conforme o que dispõe o art. 60, § 4º, IV. Do direito à vida e da proteção à dignidade humana certamente decorre, entre outros, o direito à saúde, inserido no capítulo da ordem social e com previsão central no art. 196.

A saúde, por outro lado, é caracterizada pelo art. 6º da Constituição como um direito social, assim como a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a infância e a assistência aos desamparados. Tendo a Constituição Federal de 1988 reconhecido o direito à saúde como direito fundamental, é necessário dizer, inicialmente, que as normas que o garantem têm **aplicação imediata**, na forma do § 1º do art. 5º do próprio texto constitucional. Essa interpretação está sedimentada e decorre da própria concepção de normatividade direta da Constituição. (LIMA, 2006)

Para localizar a saúde no texto constitucional basta ir ao Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde. Assim, é possível encontrar o art. 196, que dispõe: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A Seção II – Da Saúde é aberta pelo já citado art. 196, que constitui o ponto central do direito à saúde. Vale ressaltar que esse artigo dispõe que a saúde é direito de todos, **o que define seus titulares**, e dever do Estado, **o que indica o responsável por suas prestações**, sem prejuízo do disposto no art. 199, que torna a saúde livre à iniciativa privada. Esse dispositivo, no entanto, também refere que a saúde é garantida mediante políticas sociais e econômicas, sendo que essas devem visar à redução do risco de doença – uma finalidade que revela a preocupação com a prevenção – e ao acesso universal igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, uma finalidade que, diz o autor, especifica ainda mais a forma como será garantido o direito social em questão. (LIMA, 2006)

Como citado anteriormente a partir do texto do art. 196 é pertinente destacar que o direito à saúde tem duas faces: a primeira, a da preservação da saúde; a segunda, a da proteção e recuperação da saúde. O direito à preservação da saúde tem como contrapartida as políticas que visam à redução do risco de doença, situando-se nesta seara o próprio direito a um meio ambiente sadio. Está aqui uma prevenção genérica da doença, que não se pode individualizar e que diz respeito a ações voltadas para o coletivo. O direito à proteção e recuperação da saúde é o direito individual à prevenção da doença e seu tratamento traduz-se no acesso aos serviços e ações destinados à recuperação do doente.

Portanto, é dever do Estado prestar uma saúde digna e eficaz à população, uma prestação que, acima de tudo, atinge seu objetivo de atender respeitando os preceitos de não discriminação e dignidade da pessoa humana, fazendo prevalecer o que o Legislador

Constituinte definiu como “obrigação do Estado e direito da sociedade”, elevando a nível constitucional tal previsão, fazendo com que tal direito esteja dentre aqueles constitucionalmente consagrados, e que, portanto, gozam da mais alta esfera jurídica. Logo, torna-se claro que a Constituição de 1988 busca impor definitivamente ao ente estatal o ônus de zelar pela dignidade das pessoas que residam no território nacional, e ainda, vale destacar, compete também a ele zelar pela saúde de todos aqueles que estejam no território nacional, não importa a sua nacionalidade ou se estejam no país de forma temporária. (SIQUEIRA, 2008).

Art. 198, II, da Constituição Federal de 1988, sendo definido pela Lei 8080/90, em seu artigo 7º, inciso II, como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Por sua vez o artigo anterior relata em linhas gerais, a forma de organização do sistema único de saúde, quando determina que as ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado que persegue o cumprimento das seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o que impõe responsabilidade à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade, o que é essencial para que se entenda o direito à saúde como um processo onde as pessoas devem ter voz ativa e autonomia.

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mas é preciso entender que esta poderá participar de forma complementar do sistema único de saúde, “segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio” (CF, art. 199, § 1º). Assim, por determinação constitucional, as ações públicas de saúde no nosso país se fazem por intermédio de um sistema único, gerido nas esferas federal, estadual e municipal, baseado em transferências federais para os entes estaduais e municipais, sendo que os recursos financeiros do SUS devem ser depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (art. 33 da Lei nº 8.080/90). Outras normas relativas à saúde encontram-se dispersas em diversos instrumentos legais, a começar pela Constituição Federal, que estabelece a competência executiva dos entes

da Federação, para cuidar da saúde (art. 23, II) e para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24, XII). Essa é a primeira leitura que se pode fazer das normas constitucionais referentes ao direito à saúde, necessária para se poder delimitar, com maior grau de precisão, os fins propostos e o estado de coisas a ser perseguido. (LIMA, 2006)

Ramos (2010) conclui que parece claro também que não basta ao constituinte impor metas e estabelecer funções, se não for além, não fizer com que tais imposições sejam cumpridas, estabelecendo aplicabilidade e eficácia a estes dispositivos. Caso contrário, tais dispositivos permanecerão inertes, permearão o ordenamento jurídico de forma ineficaz, apenas como meras estipulações, meras previsões de cunho constitucional, mas que na verdade, na prática, de nada servirão, e não surtirão efeito algum.

Ainda acerca da positivação do direito à saúde na Carta Democrática brasileira, é de se ressaltar o que dispõe claramente o art. 197:

“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

Assim, o atendimento à saúde requer a intervenção legislativa que os regule, fiscalize e controle, tal como ocorreu com a edição da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90)⁸.

O artigo 199 e seus parágrafos dispõem acerca da liberdade conferida à iniciativa privada para, de forma complementar, participar do sistema único de saúde, por meio de contrato de direito público ou convênio, seguindo as diretrizes do SUS, “proibindo a ela auxílios e subvenções”, como também vedando a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo expressa disposição legal. O artigo 200, caput, estabelece a competência e atribuições do SUS – Sistema Único de Saúde, remetendo a sua disciplina à lei, nos termos dos artigos 23, II e 24, XII, todos da Constituição Federal. (RAMOS, 2010)

É necessário ainda refletir acerca de um ponto, talvez essencial, que diz respeito à Constituição dirigente, uma vez que esta estabelece funções diferentes ao Estado, não o

vinculando apenas a atividade legislativa, mas indo além, visando que este seja protagonista de atuações econômicas e sociais, tendo em vista sempre a realização de uma nova ordem econômica e social, conforme bem preconiza o texto constitucional. Assim, o direito à saúde está constitucionalmente consagrado e está além de uma simples previsão constitucional, que visa atividade legiferante para efetivação do que está previsto, mas que visa, acima de tudo, à realização da nova ordem social, conforme previsto no texto constitucional, pelo disposto no artigo 196. (RAMOS, 2010)

Este dispositivo é claro e imperativo, ficando estabelecida ao Estado a tarefa básica de atuar, exercer políticas e ações para promover a construção de uma **nova ordem social**, tendo como meta e ideal o bem-estar de todos aqueles que estão no território nacional, buscando ainda um tratamento igualitário. A Constituição de 1988 não se limita e não pode ser tida apenas como um estatuto, mas deve ter seu espectro de atuação para além disso, servindo como instrumento de governo e como guia para reduzir as desigualdades. (RAMOS, 2010).

A luta pelo direito deve ser um processo contínuo e incessante. Isso vale para todas as categorias de direitos, sobretudo aquelas que concorrem para a conservação e preservação da dignidade humana. A saúde, ao se constituir em um dos principais fatores que possibilitam ao ser humano ter uma vida digna e alcançar plenamente o seu potencial, certamente é um bem que deve ser protegido legalmente.

É preciso entender e reconhecer que a inclusão da saúde como direito fundamental na Constituição brasileira de 1988 foi uma grande conquista só possível após um longo processo que teve início há 65 anos com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, passou pela compreensão da influência direta que o ambiente social exerce sobre os determinantes da saúde, e chegou ao ápice quando a sociedade amadureceu o debate sobre esta questão fazendo com que, ao legislador constituinte, não restasse outra opção a não ser elevar este bem ao status de direito constitucional.

Sendo assim, a partir desta conquista, é importante ficar sedimentada a ideia de que a saúde é um bem jurídico exigível. Portanto, a cada oportunidade em que for negado a um cidadão o acesso ao sistema de saúde, em qualquer dos seus níveis de atenção, este direito deve ser invocado, sem hesitação, em favor do indivíduo.

Considerando o que foi exposto surgem algumas perspectivas para estreitar a relação prática entre saúde e direito que dizem respeito à atuação dos profissionais de saúde, dos operadores do direito, dos gestores públicos e dos cidadãos.

Na sua prática diária, os profissionais da saúde devem incluir preceitos referendados por uma abordagem voltada para os direitos humanos que os tornem capazes de introduzir, no contato com as pessoas e no atendimento, o respeito à liberdade, à integridade física dos indivíduos e a autonomia destes em relação à sua própria saúde, o respeito às diferenças e ao princípio de não-discriminação.

Aos operadores do direito - notadamente os defensores públicos - e ao Ministério Público, cabe vigiar a observância do direito à saúde, ouvindo as denúncias de ingerência no trato com a coisa pública, fiscalizando o funcionamento dos serviços de saúde e atuando na defesa da coletividade.

Trabalhar diuturnamente para o cumprimento e efetivação do direito à saúde deve ser o objetivo maior dos gestores públicos. A razão para isto não pode ser apenas o apego juspositivista ao que está expresso na Constituição, mas o dever moral de perseguir o bem comum. Em todo caso, quando esta visão transmutar-se, na realidade, em demasiado ingênuo, a norma está aí para ser aplicada.

O mais importante dentre todos estes atores é, sem dúvidas, o cidadão. Todos aqueles que foram citados acima devem servir como facilitadores para que este possa ter acesso universal à saúde, sem burocracia e obstáculos que atravanquem sua entrada. Ao cidadão, é resguardada a tarefa de exigir e reivindicar seus direitos sempre quando estes lhe forem tolhidos.

6.7 EM DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR

A luta pelos direitos dos indivíduos teve seu início na Declaração dos Direitos Humanos, marco histórico na busca e na defesa dos direitos dos seres humanos, onde foram reconhecidos os direitos fundamentais de todos. No contexto das crianças, surge a necessidade de implementação de leis específicas, em virtude da peculiaridade da criança, que garantam o adequado crescimento e desenvolvimento de forma saudável, culminando na

criação da Declaração Universal dos Direitos das Crianças, constituindo-a um marco para a promoção e proteção dos direitos na infância.

No Brasil, a elaboração dos direitos das crianças e dos adolescentes está fundamentada na Constituição Brasileira, porém apenas com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) obteve-se a consolidação desses direitos. Contudo, no que tange a criança em situação de internação hospitalar, o ECA confere direito de atendimento integral à saúde da criança, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Cabe destacar ainda que, posteriormente ao ECA, foi elaborado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, em que constitui-se de um órgão colegiado permanente de caráter deliberativo, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente. Tal conselho tem como finalidade maior a deliberação e controle da política de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente em nível federal. Atualmente, entre as principais competências legais do CONANDA, está a de elaborar normas da Política Nacional de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente, e, também, fiscalizar a execução prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Nesse contexto, considerando a presença constante do enfermeiro nos serviços de saúde, o bom relacionamento com os pacientes e familiares e o amplo conhecimento sobre o funcionamento dos sistemas de saúde, é justificável e, talvez até improvável, que os enfermeiros não atuem defendendo o paciente.

Os enfermeiros exercem uma importante função na defesa dos direitos da criança, garantindo sua efetivação, especialmente, ao longo da internação hospitalar. A hospitalização constitui-se de um evento estressor tanto para a criança quanto para sua família, podendo, até mesmo, causar prejuízos em seu crescimento e desenvolvimento saudável, de modo que a garantia dos direitos da criança hospitalizada visa proporcionar melhores condições de tratamentos e cuidados, bem como minimizar o estresse da internação hospitalar.

Ao longo da internação hospitalar da criança, é extremamente relevante que sua família se reconheça como um ser de direitos, exercendo sua autonomia frente à equipe de saúde e auxiliando na busca, solicitação e luta pelos direitos dos seus familiares internados. O enfermeiro necessita exercer a advocacia em saúde, orientando os familiares sobre quais são

os direitos das crianças, para que estes tenham conhecimento e, com isso, possam lutar pela garantia de tais direitos, evitando assim possíveis prejuízos para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Ao fazer referência à defesa dos direitos das crianças hospitalizadas, a advocacia em saúde pode se mostrar como um importante conceito. Na literatura, existem três definições bastante difundidas no que se refere à advocacia em enfermagem, sendo estas: proteger os pacientes contra a intervenção médica não desejada; libertar os pacientes do desconforto de tratamentos desnecessários; e capacitar os pacientes a fim de torná-los sujeitos ativos nas escolhas e decisões a respeito de seus cuidados e tratamentos.

Em revisão integrativa acerca da advocacia em saúde da criança, evidenciou-se que a utilização do termo advocacia na área da saúde está diretamente associada ao campo de atenção à clientela infantil, abrangendo as ações dos profissionais de saúde com potencial capacidade de advogar em prol das crianças, defendendo seus direitos, especialmente, no âmbito da saúde comunitária.

As primeiras experiências de advocacia em saúde da criança ocorreram em 1975, quando um grupo de pediatras norte-americanos iniciou a reivindicação dos direitos das crianças, incluindo os profissionais da saúde como atores importante nas lutas pela garantia de tais direitos. Contudo, embora as primeiras discussões sobre a prática da advocacia do paciente pediátrico tenham surgido no ano de 1975, as investigações que envolvem tal temática ainda são escassas na literatura, evidenciando uma importante lacuna a ser explorada.

Os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados foram publicados em 17 de outubro de 1995 pelo Ministério da Justiça e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que aprovaram, na íntegra, o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Apesar dos tantos anos de vigência, esses direitos ainda são desconhecidos por grande parcela da sociedade, instituições e profissionais de saúde. O desconhecimento e/ou a não incorporação de tais direitos à prática hospitalar tem levado crianças, adolescentes e suas famílias a situações de sofrimento desnecessárias. Considerando que violação de direitos representa uma forma de violência, desejamos, com esta iniciativa, divulgar esses direitos, conquistar defensores para a causa e, principalmente, oferecer dignidade às crianças e aos adolescentes hospitalizados.

Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados

(Resolução do Conanda nº 41, de 17 de outubro de 1995)

1. Direito à proteção, à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
3. Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade.
4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
5. Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer.
6. Direito de receber aleitamento materno sem restrições.
7. Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
8. Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.
9. Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente de seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.
11. Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família.
12. Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.
14. Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
15. Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral.
16. Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.

17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
18. Direito à confidência de seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição pelo prazo estipulado em lei.
19. Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.
20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

No que se refere a primeira categoria formada, *Ações dos enfermeiros na garantia do direito à vida e à dignidade*, as principais ações desenvolvidas pelos enfermeiros são pautadas na orientação e promoção da autonomia, busca pela melhoria das condições de infraestrutura da unidade e segurança do paciente. Cabe destacar que desde a instituição da Declaração Universal dos Direitos da Criança, em 1959, ocorreu um significativo e profundo impacto nas atitudes de cada nação diante da infância, reafirmando a importância de se garantir a universalidade, objetividade e igualdade na consideração de questões relativas aos direitos da criança. Do mesmo modo, enfatiza-se a importância de se intensificar esforços para a promoção do respeito dos direitos da criança à sobrevivência, proteção e desenvolvimento.

Nesse sentido, a advocacia do paciente na saúde da criança tem sido alvo de discussões, agregando ações curativas, de promoção da saúde e defesa política, buscando criar condições de autonomia, igualdade e justiça nas relações sociais, acesso igualitário às oportunidades, bem como capacitar e contribuir para empoderar os pacientes e familiares para que reivindiquem seus direitos. Assim, no que se refere à saúde da criança, o enfermeiro tem um papel fundamental no estabelecimento de vínculo com as crianças, auxiliando-os na realização de escolhas mais saudáveis e contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento.

A criança é um cidadão em condição particular de desenvolvimento, o que impõe cuidados para a satisfação das suas necessidades básicas, tendo em vista que essa ainda não tem plena noção de seus direitos, bem como condições para se defender ou se fazer ouvir. Dessa forma, é fundamental o papel do enfermeiro na defesa e busca dos direitos das

crianças hospitalizadas, assegurando que o paciente receba informações sobre sua enfermidade de forma apropriada a sua idade e informando, esclarecendo e orientando tanto as crianças na medida de sua compreensão acerca de seus direitos quanto seus pais ou responsáveis para que fortaleçam sua autonomia e reivindiquem seus direitos.

A comunicação com a criança deve ser empregada de maneira simples, efetiva e esclarecedora, possibilitando ao paciente expor suas dúvidas e necessidades quanto ao processo saúde-doença que vivencia, promovendo, então, um relação de confiança entre paciente e enfermeiro. Assim, em relação ao cuidado com a criança hospitalizada, a comunicação é de extrema importância, tendo em vista que essa favorece o cuidado integral e minimiza as angústias do momento de hospitalização, tornando a criança mais confiante e segura diante dos cuidados com a sua saúde.

Outra ação utilizada pelos enfermeiros visando assegurar o direito à vida e à dignidade das crianças, refere-se à exigência de melhores condições de infraestrutura, o que pode possibilitar maior conforto e bem-estar às crianças e garantir a sua segurança. Cabe ressaltar que quando os enfermeiros exigem melhores condições no ambiente de trabalho, estão indiretamente advogando pelos pacientes ao garantir a qualidade do cuidado prestado.

Em relação a segunda categoria formada, *Ações dos enfermeiros na garantia à saúde*, os enfermeiros atuam na defesa da criança mediante ações de organização do processo de trabalho, de orientação e promoção da autonomia e encaminhamento para órgãos competentes quando não há condições para os cuidados com a saúde da criança na instituição hospitalar. Destaca-se que o artigo 11 do ECA confere direito de atendimento integral à saúde da criança, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Cabe destacar ainda que, posteriormente ao ECA, foi elaborado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que faz referência aos direitos das crianças no ambiente hospitalar, especifica o direito da criança de ser hospitalizada quando for necessário ao seu tratamento.

A organização do processo de trabalho foi evidenciada como uma importante ação para garantir a efetivação dos direitos da criança. Assim, é possível afirmar que a instituição de protocolos, normas e rotinas nas unidades de saúde e, especificamente, em unidades

pediátricas, pode auxiliar na garantia dos direitos da criança ao organizar o processo de trabalho da enfermagem e qualificar os ambientes de saúde.

Salienta-se ainda que as ações dos profissionais de enfermagem na busca pela garantia dos direitos das crianças hospitalizadas devem ser realizadas, principalmente, quando os pacientes e seus familiares apresentam carências econômicas, culturais, instrutivas ou mesmo cognitivas, tendo em vista que nessas ocasiões cabe aos profissionais da área da saúde intervir na garantia dos direitos desses pacientes. No que tange aos direitos das crianças no ambiente hospitalar, o CONANDA enumera itens específicos que tratam dessa questão, entre eles, o direito da criança de ser hospitalizada quando for necessário ao seu tratamento.

No que se refere a terceira categoria formada, *Ações dos enfermeiros na garantia da permanência em tempo integral de um dos pais, do lazer e da alimentação*, os enfermeiros buscam estabelecer o vínculo e uma relação de confiança com os pais ou responsáveis para assegurar tal direito. A permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças, exposto no artigo 12 do ECA, minimiza os efeitos da separação e auxilia no estado emocional do paciente, tendo em vista que a hospitalização traz sentimentos de medo e angústia, pois retira a criança de seu ambiente cotidiano.

Ao longo da hospitalização, a presença dos pais e familiares se faz necessária, tanto para a preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados pelo ECA quanto para a efetivação da garantia dos direitos da criança. Porém, quando estes não cumprem com tal papel, por vezes, até mesmo violando os direitos das crianças, a atuação dos enfermeiros na advocacia em saúde, torna-se ainda mais necessária para a garantia dos direitos das crianças.

Em relação à garantia do direito ao lazer, os enfermeiros desenvolvem ações visando a criação, otimização e utilização de espaços de lazer. O direito da criança ao lazer consta no artigo quatro do ECA, de forma que a implantação de brinquedotecas ou áreas de recreação para a criança hospitalizada são obrigatórias nas instituições de saúde, de modo a garantir uma infância saudável e estimular e aperfeiçoar os aspectos cognitivos, afetivos, motores e sociais da criança. Do mesmo modo, o CONANDA prevê que a criança tenha direito de desfrutar de alguma forma de lazer ao longo da hospitalização.

No Brasil, desde 2005, a instalação de brinquedotecas tornou-se obrigatória em todas as unidades de saúde públicas ou privadas, que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. O Conselho Federal de Enfermagem recomenda a abordagem dessa temática no ensino de graduação em enfermagem, assegurando ao profissional de enfermagem o emprego da técnica do brinquedo terapêutico na assistência à criança e sua família.

Destaca-se que o brinquedo tem sido utilizado no cuidado de enfermagem à criança como um alívio das tensões e, também, como uma ferramenta de comunicação, por onde o enfermeiro pode orientar e esclarecer as dúvidas da criança, bem como receber informações sobre o que ela acredita que está vivenciando ao longo da hospitalização, subsidiando a elaboração do plano de cuidados. Assim, o brinquedo é utilizado tanto como uma forma de satisfazer a necessidade recreacional da criança como para propiciar seu desenvolvimento físico, mental, emocional e sua socialização ao longo da internação hospitalar.

Diversos estudos têm demonstrado que as crianças passam a se mostrar mais cooperativas com seu tratamento e conseguem expressar de forma mais efetiva seus sentimentos ao longo da internação hospitalar.

Diante disso, o Conselho Federal de Enfermagem assegura ao profissional de enfermagem o emprego da técnica do brinquedo terapêutico na assistência à criança e sua família. Assim, os enfermeiros procuram estimular as crianças e garantir o acesso e a utilização dos pacientes às brinquedotecas ou áreas de recreação no ambiente hospitalar, garantindo, dessa forma, a melhoria na qualidade da assistência e na recuperação da saúde da criança ao longo da internação.

As ações realizadas pelos enfermeiros no sentido de garantir o direito à alimentação das crianças hospitalizadas referem-se, especificamente, à alimentação para crianças que internam pela falta da alimentação apropriada ou por alergia a determinada alimentação, mediante a orientação para promoção da autonomia dos familiares para que esses tenham seu direito garantido pelo Estado. Nesse sentido, um estudo sobre as percepções de familiares de crianças e adolescentes com alergia alimentar identificou que o convívio com a doença ficou mais fácil após as orientações recebidas dos profissionais de saúde, potencializando a adesão e a busca pelo tratamento.

Do mesmo modo, a orientação já foi evidenciada em um estudo acerca do exercício da advocacia do paciente internado em um centro de queimados como uma forma de defender a justiça social, visto que, muitas vezes, o paciente desconhece as formas de auxílio que pode receber do SUS e do Estado. Assim, a orientação permite promover a autonomia do paciente para que este saiba se impor diante das injustiças sociais para obter acesso e receber os recursos necessários para o seu tratamento.

Por fim, a categoria *Ações dos enfermeiros em casos suspeitos ou identificados de maus-tratos*, configura as ações dos enfermeiros na defesa dos direitos das crianças hospitalizadas atreladas à efetivação da notificação e denúncia realizada ao Conselho Tutelar no casos suspeitos ou identificados de maus-tratos. Conforme o artigo 13 do ECA, é dever do profissional de saúde na observação de casos suspeitos ou identificados de maus-tratos denunciá-los, obrigatoriamente, ao Conselho Tutelar.

Dessa forma, é essencial que o enfermeiro tenha conhecimento e preparo para identificar crianças vítimas de maus-tratos, zelando pela criança e evitando que esta venha a sofrer com negligência, abuso e violência. Nos últimos anos, os maus-tratos, principalmente àqueles associados à violência, têm sido uma das principais causas de morte de crianças e adolescentes, sendo considerado um grave problema de saúde pública no Brasil.

Considerando a complexidade dos maus-tratos contra as crianças e a estreita relação entre violência e saúde pública, o envolvimento dos profissionais da área da saúde, entre eles, o enfermeiro, é de extrema importância, visto que estes atuam tanto na identificação e nos cuidados quanto na notificação e denúncia dos maus-tratos. Nesse sentido, a notificação à autoridade competente de qualquer suspeita ou confirmação de maus-tratos constitui-se de uma obrigação dos profissionais de saúde, sob pena de multa de três a 20 salários mínimos, segundo dispõe o ECA no artigo 245.

Nesse contexto, é de extrema relevância destacar o papel do profissional do serviço social no ambiente hospitalar, tendo em vista que este atua como um elo entre o enfermeiro e o Conselho Tutelar. Também é responsável por ações de orientações e concretização do acesso dos pacientes às políticas públicas, o que faz com que sua prática não seja apenas assistencialista, mas que possua um caráter socioeducativo, fortalecendo a consciência crítica dos cidadãos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após finalizar os estudos sobre o tema, temos ressaltado a importância e os benefícios de se aplicar a humanização na assistência durante os atendimentos pediátricos, desenvolver métodos para tornar esse processo o menos traumático possível para as crianças é possível e contribui ainda para que o processo de recuperação da saúde seja mais rápido.

Ser um profissional que busca sempre o melhor para os seus pacientes, que preza não só pelo cuidado com relação a patologia, mas também desenvolve um cuidado multidimensional, se atenta a todos os fatores que possam interferir na recuperação da criança, sejam eles sociais, culturais, emocionais, econômicos entre outros possíveis, e ainda que engloba a família em seu processo de cuidado, que reconhece as necessidades do binômio, é saber aplicar na prática a humanização na assistência.

Percebemos que humanizar vai além de empatia, requer dos profissionais reconhecer todo o contexto em que a criança e o família cuidador estão inseridos, reconhecer que o ambiente hospitalar pode ser estressante para o binômio, onde o mesmo pode gerar traumas biopsicossociais para a criança que se encontra em um lugar desconhecido, submetida a procedimentos dolorosos, e com profissionais que a tocam o tempo todo. Ficou contatado ainda a importância que a família tem nesse processo, e como ela contribui positivamente na redução desses possíveis traumas, a mesma deve ser incluída no processo de cuidado a criança, tanto para dar mais conforto a ela quanto para que esse familiar se sinta integrado, ouvido e incluído em tudo que diz respeito ao tratamento da criança.

De acordo com a pesquisa realizada entre profissionais de saúde, constatamos que os profissionais reconhecem a importância e o impacto positivo que a humanização no ambiente pediátrico traz, porém os mesmo ainda têm dificuldade em desenvolvê-la muitas vezes por falta dos recursos necessários, onde também apontam que a falta de profissionais qualificados prejudica esse processo pois a humanização requer de um apoio simultâneo de toda a equipe de saúde e não só dos profissionais de enfermagem, apontaram ainda que um ambiente organizado e com profissionais bem preparados contribui e facilita para o desenvolvimento de uma assistência singular e humanizada.

Visto isso, a criação do guia prático de humanização na assistência pediátrica, reúne informações importantes sobre o assunto, contendo ainda dicas e técnicas de como desenvolver e aplicar a humanização na assistência pediátrica, o objetivo da criação desse livrinho é que o profissional encontre de maneira clara e objetiva como desenvolvê-la,

contribuindo assim para que a humanização seja cada vez mais presente no dia-a-dia das unidades pediátricas e para que contribuam cada vez mais para a melhoria da promoção à saúde.

8. REFERÊNCIAS

FREITAS DE ALMEIDA CORREIO, Jocyane; BARROS BARBOSA, Aline; LUIZA MAUÉS DE SENA, Maria; et al. O Cuidado Lúdico pela Enfermagem em Pediatria: Conhecimento e Dificuldades para sua utilização. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 96, n. 39, 2022.

MARTINS, Polyana Loureiro; AZEVEDO, Creuza da Silva ; AFONSO, Selene Beviláqua Chaves. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 4, p. 1218–1229, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2018.v27n4/1218-1229/pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

QUIRINO, Daniela Dias; COLLET, Neusa ; NEVES, Ana Flávia Gomes de Britto. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, n. 2, p. 300–306, 2010.

Humanização no atendimento da criança e do adolescente. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/humanizacao-no-atendimento-pediatico/>.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 16, p. 609–616, 1 dez. 2007^a.

CAMARGO, Isabella; FERREIRA DE SÁ, Tannos ; PRIVADO, Thiago. REVISÃO CRÍTICA. [s.l.: s.n.], 31DC. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v5n2a10.pdf>. Acesso em: jan. 31DC.

BOWLBY, J. Formação e rompimento dos laços afetivos. Tradução Álvaro Cabral. 4^a Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

CASTRO, D. P; ANDRADE, C. U; LUIZ, E; MENDES, M; BARBOSA, D; SANTOS, L. H. G. Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*, São Paulo, vol. 32, n. 4, p. 245-54, 2010.

BRASIL. Atualizações das informações de internações hospitalares de janeiro/2009 A fevereiro/2010. DATASUS, acessado em 20/01/2013, <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. In: MENEZES, M. A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização. Florianópolis, 2010. 411p. Tese de Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

COLLET, N; OLIVEIRA, B. R. G; VIERA, C.S; A criança e a assistência à saúde. In: COLLET, N; OLIVEIRA, B. R. G; VIERA, C.S. Manual de enfermagem em Pediatria. 2^a Edição. Goiânia: AB, 2010. 560p, a.

JANSEN, M. F; SANTOS, R. M; FAVERO. L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. Ver *Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 247-53, junho 2010.

MACHADO, W.C.A.; SCRAMIN, A.P. Cuidado multidimensional para e com pessoas Tetraplégicas: repensando o cuidar em enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 4, n. 2, p. 189-197, maio/ago. 2005.

MENEZES, M. A criança e sua rede familiar: significações do processo de Hospitalização. Florianópolis, 2010. 411p. Tese de Doutorado em Psicologia, Programa De Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

KRAMER, S. A infância e sua singularidade. In: *Ensino fundamental de nove anos: Orientações para a inclusão da criança de seis anos de idade/ organização Jeanete Beauchamp, Sandra Denise Rangel, Aricélia Ribeiro do Nascimento – Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007.*

Câmara dos deputados. Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, De 13 de julho de 1990, Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991, e convenção sobre Os direitos da criança. 4ª ed. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 2003.

MURAKAMI, R; CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 64, n. 2, p254-60, mar-abr 2011.

PIMENTA, E. A. G; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 622-9, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSSI, C. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 640-5, out. 2010.

SILVA F. A. C. et al. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes Oncológicos junto aos familiares. *Esc. Anna Nery* [online]. 2009, vol.13, n.2 [cited 2015-03-24], pp. 334-341 .

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: Prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. Ver. *Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, maio/jun. 2012.

YAMAMOTO, D. M et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de Alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 224-32, 2009.

SOARES, I. M.; GARCIA, C. A. Problemas comuns entre acompanhantes e equipe de enfermagem em pediatria. Rev Enferm UNISA. v.10, n.2, p.154-7, 2009. Disponível em:<<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-2-10.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2015.

STRASBURG, A. C.; et al. Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: percepção de mães acompanhantes. Rev. enferm. UERJ, v.19, n.2, p.262-7, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a15.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2015.

VILLAÇA, T. M. Minimizando os traumas da hospitalização: a utilização do brinquedo terapêutico na assistência da criança e sua família. In: FONSECA, A. S. Enfermagem pediátrica. São Paulo: Martinari, 2013. P.149-162.

SILVA, S. H.; JESUS, I. C.; SANTOS, R. M.; MARTINS, D. C. Humanização em Pediatria: O brinquedo como recurso na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Moreira Jr. Editora. Pediatria Moderna, v. 46, n. 3, p.101-4, 2010.

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

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

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

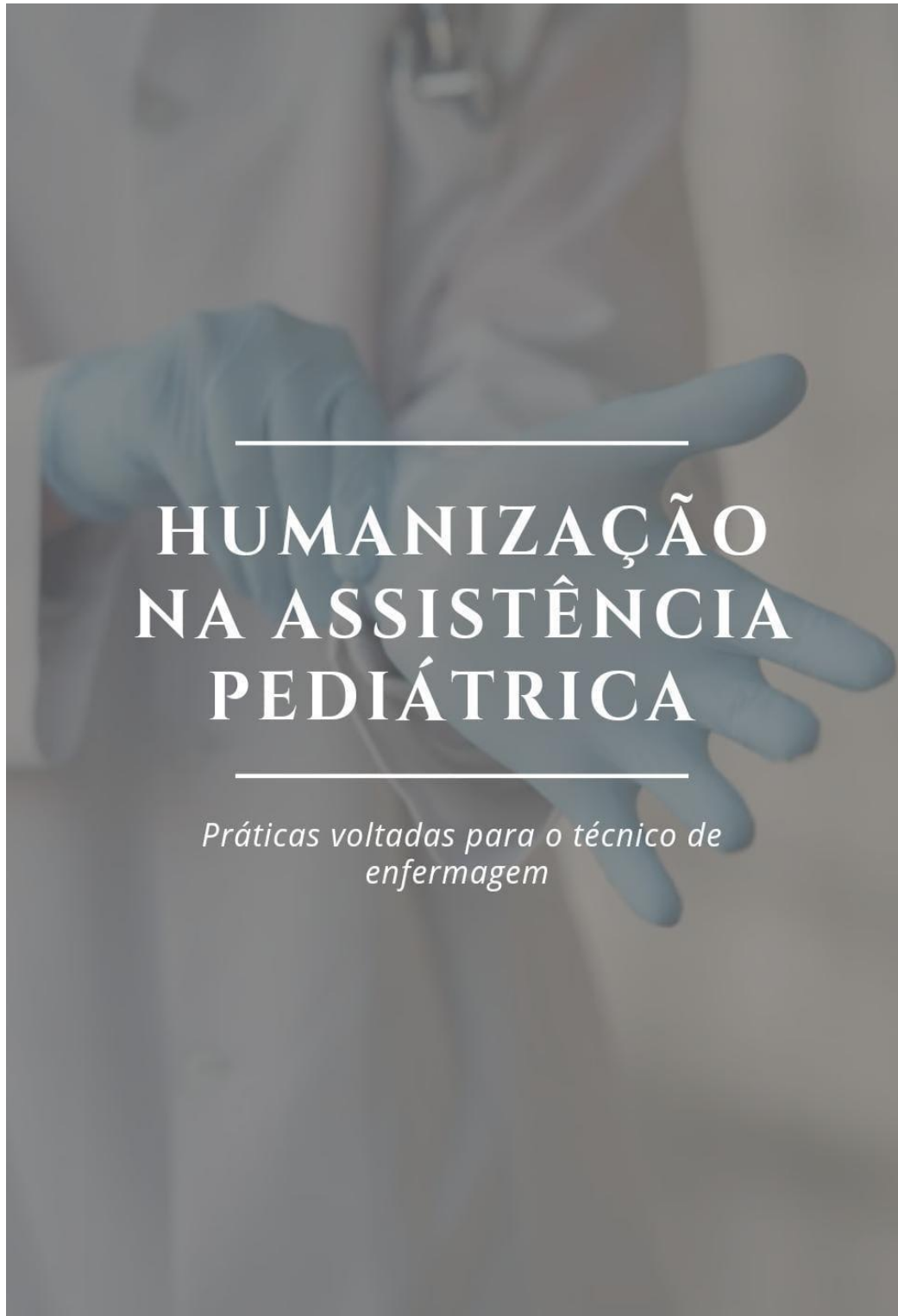
LEOPARDI, M. T. Florence Nightingale: teoria ambientalista. In: LEOPARDI, M. T. Teoria E método em assistência de enfermagem. 2º. Ed. Ver. Ampl. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006. p. 177-190.

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

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

9. APÊNDICE

IMAGEM DO GUIA PRÁTICO SOBRE HUMANIZAÇÃO, DESENVOLVIDO PELO GRUPO:



Roteiro de pesquisa encaminhado a profissionais de saúde

ROTEIRO DE PESQUISA

1. Nível de formação: enfermeiro(a), técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, outra.
2. Quais aspectos você considera que dificultam o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade Pediátrica?
3. Em sua opinião, como deve ser o ambiente de uma Unidade Pediátrica?
4. Que aspectos devem ser valorizados quando buscamos a humanização na Unidade Pediátrica?
5. Em sua opinião, o quanto o familiar é importante no processo de hospitalização?
6. O ambiente da Unidade Pediátrica oferece conforto às crianças e seus familiares?
7. A forma como o ambiente da Unidade Pediátrica está organizado influencia no processo de trabalho da equipe?
8. Em sua opinião que recursos podem ser utilizados e implantados para auxiliar no desenvolvimento da assistência, e humanização no processo de trabalho das equipes?