



**UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

SOLANGE C. DE PAULA SOARES

**ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS E DE SEUS PAIS/ACOMPANHANTES EM UM
PRÉ-OPERATÓRIO: ANÁLISE DE UMA INTERVENÇÃO JUNTO À EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

**CURITIBA
2016**

SOLANGE C. DE PAULA SOARES

**ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS E DE SEUS PAIS/ACOMPANHANTES EM UM
PRÉ-OPERATÓRIO: ANÁLISE DE UMA INTERVENÇÃO JUNTO À EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde na Comunidade

Orientadora: Profa. Dra. Grazielle Tagliamento

**CURITIBA
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

S676 Soares, Solange C. de Paula.
Acolhimento de crianças e de seus pais/acompanhantes
em um pré-operatório: análise de uma intervenção junto à
equipe de enfermagem/ Solange C. de Paula Soares;
orientadora Prof^a dr^a Grazielle Tagliamento.
87f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná
Curitiba, 2016

1. Acolhimento. 2. Pais. 3. Direitos dos usuários. 4. Pré-
operatório. 5. Humanização. I. Dissertação (Mestrado) –
Programa de Pós-Graduação em Psicologia/ Mestrado em
Psicologia. II. Título.

CDD – 301.1

*O que há de melhor no homem somente
desabrocha quando se envolve em comunidade.*
Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Grazielle Tagliamento**, pelo apoio, confiança e por compartilhar seu conhecimento.

Aos **membros da Banca Examinadora** de defesa desta dissertação, **Profa. Dra. Ana Claudia N. de Souza Wanderbroocke** e **Profa. Dra. Leomar Albini**, pelas valorosas contribuições.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social Comunitária**, da Universidade Tuiuti do Paraná.

Às minhas filhas, **Heloisa e Marina**, pelo grande amor, ajuda e paciência.

Aos genros, **Nicholas e Gabriel**, que, além do carinho, estiveram sempre presentes.

À **equipe de enfermagem** do hospital onde foi realizada a pesquisa. Nunca desistam de cuidar!!!

RESUMO

O acolhimento em saúde deve estar presente em qualquer etapa do trabalho de profissionais da enfermagem, sendo que, para sua efetivação, é necessário que se crie um vínculo entre usuários do sistema de saúde e os profissionais envolvidos. O objetivo deste estudo foi implementar ações de humanização e acolhimento no pré-operatório de crianças de 0 a 14 anos, em um hospital público do estado do Paraná. Buscou-se, também, identificar como se dava o acolhimento no pré-operatório e coconstruir com profissionais da enfermagem do pré-operatório estratégias que visassem ao maior acolhimento nesse setor. Para tanto, foi realizada uma pesquisa-ação com 10 profissionais da enfermagem que atuavam no referido setor. A pesquisa teve as seguintes etapas: entrevistas iniciais, realização de quatro encontros para a coconstrução de ações de humanização e entrevistas finais, sendo realizada também observação participante no setor e nos encontros. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Observou-se que poucos dos profissionais possuíam conhecimentos sobre a política de humanização e que o setor não proporcionava um acolhimento aos pacientes e seus acompanhantes. Por meio dos encontros realizados, oportunizou-se o processo reflexivo sobre o cotidiano do setor, a solidariedade entre os profissionais e a coconstrução de ações de humanização. Essas ações foram implementadas, proporcionando uma mudança na maneira de receber os pacientes e seus familiares quando adentravam ao centro cirúrgico, devido a um trabalho conjunto, a um trabalho onde todos eram protagonistas das relações estabelecidas e dos procedimentos de saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Pais. Direitos dos usuários. Pré-operatório. Humanização.

ABSTRACT

User embracement in health must be present at any working step of nursing professionals, and for its execution is necessary create a link between the users of public system and the professionals who are involved. The aim of this study was to implement actions of humanization and user embracement on the preoperatively of children between 0 and 14 years old in a public hospital on the state of Paraná. Also, we tried to identify how the attention in the preoperatively was given and build strategies with the preoperatively professionals that will increase the attention in this sector. For doing so, an action research was realized with 10 nursing professionals, who actually act in the area. The research had the following steps: initial interviews, four meetings for the co-construction of humanizing actions and finals interviews. We also made notes about these meetings. Data were analyzed using the content analysis. It was observed that a few professionals does not had the knowledge of humanization and that the sector does not provides a great reception to the patients and their accompanies. Trough the meetings we made, it was possible to make a reflection about the daily life in this sector, the solidarity between the professionals and the co-construction of humanizing actions. Thanks to a together work, which everybody is protagonist of the established relations and healthy procedures, these actions were implemented, providing a change in the way of receiving the patients and their family when they are inside the surgery center.

Keywords: User embracement. Parents. Users rights. Preoperatively. Humanization.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Humanização e Acolhimento na Saúde	13
1.2 Práticas de Cuidado	20
1.3 As Relações em Saúde.....	23
1.4 A Importância do Acompanhante.....	27
2 OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo Geral	31
2.2 Objetivos Específicos	31
3 MÉTODO	32
4 O CENÁRIO DA HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO SEGUNDO OS PROFISSIONAIS	38
5 OS ENCONTROS PARA HUMANIZAÇÃO.....	45
5.1 Primeiro Encontro: Discussão sobre a PNH.....	45
5.2 Segundo Encontro: Oficina Vivencial sobre Situações de (Não) Acolhimento no Pré- Operatório	47
5.3 Terceiro Encontro: Construção de Estratégias de Acolhimento e Humanização no Setor	51
6 PROJETOS DESENVOLVIDOS DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO	54
7 ANÁLISE DOS ENCONTROS E DOS PROJETOS A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PARTICIPANTES.....	64
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	85
Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista	85
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema do acolhimento de crianças e de seus pais e acompanhantes no momento do pré-operatório veio a partir de minha experiência como enfermeira assistencial em um centro cirúrgico de um hospital de grande porte no estado do Paraná. A instituição realiza em média 800 cirurgias ao mês, sendo estas de pequeno a grande porte. As cirurgias pediátricas passam de 100 por mês, atendendo de recém-nascidos a crianças de até 14 anos.

Com o passar do tempo, fui percebendo que alguma coisa me incomodava na maneira como era feito o acolhimento dos pacientes no pré-operatório cirúrgico, com os pacientes adultos e principalmente com as crianças e seus responsáveis e acompanhantes. Percebi que, além da técnica exigida e conhecimento para se trabalhar nesse ambiente, seria importante que todos percebessem a angústia, a apreensão e o medo que tomam conta dos acompanhantes no momento em que deixam seus filhos aos cuidados de pessoas até então desconhecidas.

O contato com a recepção do pré-operatório se dá de uma maneira muito rápida, sendo somente feitas e refeitas perguntas sobre as condições clínicas do paciente. Os acompanhantes na maioria das vezes ficam sozinhos em um espaço único, com muita aglomeração de pessoas e com barulho constante devido a conversas da equipe multidisciplinar que ali atua. Por vezes, tenta-se deixar esse momento angustiante um pouco menos doloroso, mas são poucas as vezes que se consegue, devido ao tempo escasso e ao número reduzido de funcionários, e da sobrecarga de atividades. Percebe-se uma postura inadequada ao se dirigir aos pacientes, seus familiares e em relação à própria equipe multidisciplinar.

Diante desse contexto, ao pensar no projeto de pesquisa do meu mestrado em Psicologia Social Comunitária, busquei desenvolver um estudo que visasse sensibilizar a equipe da instituição que ali atua para que houvesse um atendimento com qualidade, presteza, agilidade, mas sem jamais esquecer a humanização para com esses pacientes e seus acompanhantes no

momento do acolhimento. O tempo que convivemos com os pais e acompanhantes pode ser pouco, o número de funcionários insuficiente, mas, se a cada dia conseguirmos ter mais um deles envolvido no acolhimento mais humanizado, poderemos receber os pacientes, tanto adultos quanto crianças, como indivíduos únicos que são. O profissional que ali atua tem que se sentir responsável desde a entrada até a saída do paciente do centro cirúrgico.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Romero e Pereira-Silva (2011), o HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização (PNH), é uma política criada para todas as pessoas e instituições que atendem no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de:

reduzir filas e tempo de espera nos hospitais e serviços do SUS, baseados em critérios de risco; criar acesso a um verdadeiro acolhimento, que resolva a demanda do usuário; identificar e responsabilizar funcionários que cuidam da saúde e dos serviços de saúde; facilitar o acesso do usuário aos seus direitos; favorecer a gestão participativa e transversal (transdisciplinar) aos trabalhadores, e favorecer uma educação permanente. (p. 333).

Nesse sentido, “a promessa ético-estético político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no sistema de gestão” (Ministério da Saúde [MS], 2008, p. 13). Para Santos Filho (2007), a política da humanização do Ministério da Saúde é baseada em conceitos e dispositivos que tendem a reorganizar os processos de trabalho e saúde, propondo, principalmente, transformar as relações sociais que englobam trabalhadores e gestores em suas experiências rotineiras de organização/condução dos serviços e transformação no modo de criar e prestar serviços à população. Segundo o autor, a gestão almeja a implementação de instâncias colegiadas e a horizontalização das linhas hierárquicas, reconhecendo a participação dos envolvidos, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os procedimentos decisivos, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. Quanto à atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e a integralidade da assistência, permitidas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e a população, evoluindo

para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”. Para garantir essas mudanças, são necessárias transformações no campo da formação, com planos de educação permanente e de aumento de conhecimento dos trabalhadores para avaliar e intervir em seus métodos de ação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), por meio do programa HumanizaSUS, acolhimento é a maneira como se recebe o usuário, desde sua chegada, promovendo cuidados integrais, ouvindo suas queixas, suas angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, assegurando que o atendimento seja resolutivo e que se tenha contato com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Dessa forma, o acolhimento é fundamental durante um pré-operatório, pois a hospitalização é algo que não é desejado nem planejado por ninguém, e traz consigo características estressantes, sendo reconhecido como algo ameaçador. Nesse ambiente, o paciente se depara com um universo de ameaças, internas e externas, que faz com que ele precise encontrar estratégias para enfrentar o problema (Barbosa & Costa, 2008).

Para Guareschi e Martins (1997), os familiares sofrem demais quando permanecem afastados de casa, onde muitas vezes existem outras crianças necessitando de cuidados, afastados do trabalho, sentem angústia pelo adoecimento do filho, permanecem em um ambiente estranho, onde têm que cumprir normas e protocolos que devem ser rigorosamente seguidos. Além dessas dificuldades, as crianças, por morarem muitas vezes em cidades e até estados distantes, não recebem visitas, o que, para o acompanhante, significa impossibilidade de revezar o acompanhamento à criança. Todas essas mudanças contribuem para um nível de estresse muito grande nas famílias, que se visualiza no contato diário com a equipe multiprofissional.

Segundo Figueiredo, Machado e Porto (1995), o cuidado de enfermagem não se limita apenas ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, é preciso ter um olhar diferenciado e comprometido, com sensibilidade, amor, dedicação, carinho, respeito e intuição para cuidar do

outro. Esse envolvimento promove confiança mútua, valoriza as potencialidades, facilita a comunicação e a receptividade, o que faz a diferença no cuidado.

De acordo com Vila e Rossi (2002, p. 37):

a humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta sim conduzirá o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para os pacientes que diariamente necessitam de atendimento.

Entre as várias funções exercidas pelos enfermeiros de um centro cirúrgico, é essencial a assistência de enfermagem voltada para o acompanhante da criança em situação cirúrgica, esta tem que estar preparada, sensibilizada e qualificada para a função, transmitindo, assim, maior segurança e tranquilidade. O paciente e/ou seus familiares permanecem no pré-operatório por um período de tempo necessário para a verificação de sinais vitais pela equipe de enfermagem e também para receber orientações do anestesiológico. Nesse momento, os familiares/acompanhantes também respondem a qualquer dúvida que ainda paire sobre o paciente, ou ainda tiram suas próprias dúvidas do que acontecerá enquanto seu familiar estiver sobre os cuidados da equipe multidisciplinar que ali atua. Além disso, todos têm a preocupação de que algo possa sair errado e comprometer sua saúde para sempre, medos relacionados a anestésias e ao morrer. Devido a esse estresse, o atendimento deve ser de excelência por todos que ali atuam direta ou indiretamente com o paciente ou seus familiares. Em se tratando de crianças, é obrigatória a presença de acompanhante quando se dirige para o centro cirúrgico, segundo Ordem de Serviço de nº 37, de 2009, do centro cirúrgico do hospital onde foi desenvolvida a pesquisa.

1.1 Humanização e Acolhimento na Saúde

Segundo Paim (2009), um sistema de saúde é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. As agências são organizações públicas ou privadas que têm como finalidade promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Os agentes são os profissionais e demais trabalhadores da saúde que realizam ações, cuidando das pessoas e das comunidades.

No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, o único sistema de saúde existente era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este servia somente às pessoas que contribuíssem com a Previdência Social, ou seja, aquelas que tinham carteira assinada e que contribuía com o INAMPS. Os demais eram tratados como indigentes ou não contribuintes. O INAMPS tinha seus próprios estabelecimentos, mas a grande parte de seus atendimentos era realizada pela iniciativa privada, que estabelecia a remuneração a ser paga pelo governo. Esse instituto tinha uma visão meramente de caráter curativo, somente tratava a doença e administrava as vacinas.

Com a Constituição de 1988, foi passada ao Poder Público a obrigatoriedade de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196). Essa conquista aconteceu após as diversas lutas do movimento da Reforma Sanitária, que aconteceu entre 1976 e 1988. Criado em 1988, pela Constituição Federal, para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Mais do que oferecer a medicina curativa, ele se propõe a promover a saúde, com prioridade para as ações preventivas e democratização das informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

A implantação do SUS teve início nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,

complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro 1990. Essas leis foram importantes para o funcionamento do sistema de saúde, porque definiram os objetivos e atribuições do SUS, e também as regras gerais para a participação popular (Cruz, 2011). A Lei Orgânica da Saúde define a competência e as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais em relação ao SUS, estabelecendo responsabilidades comuns às três esferas do governo e discriminando as responsabilidades específicas da direção nacional do SUS, da direção estadual e da municipal. Além disso, orienta o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados e também as políticas de recursos humanos, financiamento, gestão financeira, planejamento e orçamento.

A participação da comunidade nas ações e serviços públicos de saúde está prevista pela Lei nº 8.142/1990. De acordo com essa lei, os usuários devem participar da gestão do SUS por meio das conferências de saúde que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis federais. Por conseguinte, ela busca incentivar a participação popular na discussão das políticas públicas da saúde. Conforme a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, competindo ao Poder Público garantir esse direito, através de políticas sociais e econômicas que têm como finalidade a redução dos riscos de se adoecer e morrer, da mesma maneira como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Os três princípios doutrinários do SUS são universalidade, equidade e integralidade.

No que diz respeito ao princípio da Universalidade, “o SUS tem como objetivo atender a toda população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, estados e municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público” (Universidade Federal Fluminense [UFF], 2014, p. 3). O princípio de equidade proposto pelo SUS tem como diretriz personalizar o atendimento, tratando cada indivíduo conforme as suas necessidades, “respeitando os direitos de cada um, segundo as suas diferenças, apoiando-se mais na convicção íntima da justiça natural do que na letra da lei” (Ramborger,

2013, p. 1). Ayres (2009a) afirma que, entre os princípios do SUS, o da integralidade é aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde. O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, “mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um” (Ayres, 2009a, p. 14).

Segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (MS, 2007), alguns princípios têm que ser respeitados e conhecidos por todos, tanto pelos usuários quanto pelos que trabalham com esses usuários: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, a tratamento adequado e efetivo para seu problema, ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; além disso, tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos e também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; por fim, tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

De acordo com Paim (2009), as questões referentes ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços de saúde brasileiro expressam os limites e distorções dos modelos de atenção vigentes. Guardam íntimas relações com problemas referentes à distribuição desigual da infraestrutura do sistema de serviços de saúde, especialmente do número de estabelecimentos e de trabalhadores da saúde. Têm a ver, também, com problemas não resolvidos no financiamento, organização e gestão do SUS.

Ao serem identificadas inúmeras queixas dos usuários, referentes aos maus-tratos nos hospitais, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta de trabalho voltada à humanização do atendimento, a partir de uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. A primeira etapa desse programa foi a realização, em 2001, de

um projeto-piloto implementado em dez hospitais distribuídos em várias regiões do Brasil, o qual passou a se chamar Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

A proposta de humanização da assistência à saúde significa a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e melhores condições de trabalho para os profissionais. Mas para isso é fundamental a sensibilização dos dirigentes dos hospitais para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão, criando uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira e melhorias na qualidade e na eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil. Para isso, faz-se necessário a capacitação dos profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde, que valorize a vida humana e a cidadania, modernizando as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (MS, 2001).

Mesmo com a implantação do PNHAH, o SUS ainda precisava ser fortalecido, então o que era um programa passou a ser uma política que foi denominada Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS). Por humanização, entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Pensando-se em crianças no processo cirúrgico, não se pode pensar em humanizar o atendimento sem que se faça um bom acolhimento no pré-operatório, tendo a compreensão do seu provável estresse.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (2005), a Política Nacional de Humanização (PNH) parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população.

Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e a horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários (Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2005).

A humanização, talvez um pouco esquecida na área da saúde atualmente por esta estar mais voltada à técnica, faz-se necessária junto ao usuário e ao trabalhador, desenvolvendo, assim, a essência humana (Matumoto, 1998). Tratando-se de internamento de crianças, há de se contar com pais e acompanhantes que estão sendo aos poucos inseridos nesse cotidiano, por meio da adequação das rotinas, pois não são só meros acompanhantes, mas parceiros dos profissionais, atuando nos cuidados (Collet & Rocha, 2003).

De acordo com Calegari (2012), embora a humanização se faça presente como algo positivo em diversos setores, em razão das diferenças culturais e dos valores individuais, assume diferentes significados e o que é humanizado para uma pessoa, para outro pode ser desumano. Para Casate e Corrêa (2005), a humanização, hoje muito cobrada nos serviços de saúde, já vem desde a década de 1950 sendo proposta entre as equipes de atendimentos junto aos seus assistidos e nas questões administrativas, que até então eram desarticuladas do sistema político de saúde, já que na época os atendimentos eram somente curativos. Atualmente, a humanização se tornou um direito dos usuários no acesso à saúde, considerando a dignidade de cada um.

Segundo Mota, Martins e Vêras (2006), a proposta de humanização da assistência à saúde busca melhorar a qualidade de serviços ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais. Visa, também, a uma concordância com as políticas de saúde e à redução dos custos elevados e desnecessários decorrentes do pouco saber, do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em todas as instâncias. Para os autores Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006), a dignidade do ser humano vem a cada dia sendo deixada em segundo

plano. Não é mais o doente, mas a doença que importa. Dá-se muita importância à doença esquecendo-se do “ser” paciente. Os profissionais da saúde envolvidos parecem se desumanizar, aumentando, assim, a desumanização de sua prática. No entanto, os autores lembram que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), por exemplo, postula que a enfermagem deve ser uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, tendo como compromisso ético a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

Backes et al. (2006) afirmam que os profissionais da saúde devem respeitar o outro, fazer sua profissão ser exercida com honra e dignidade, mas, ao mesmo tempo, os profissionais necessitam trabalhar em lugares menos insalubres, tendo uma remuneração justa e um quantitativo desses profissionais suficiente, valorizando, dessa forma, o trabalho e o trabalhador. O trabalhador precisa ser valorizado e ter condições para exercer sua competência, que é definida nos documentos oficiais da educação profissional como “saber, saber-fazer, saber-ser e saber-conviver”, inerentes a situações concretas de trabalho (Ministério da Educação [MEC], 1999, p. 25). É um saber operativo, dinâmico e flexível, capaz de guiar desempenhos no mundo do trabalho em constante mutação e permanente desenvolvimento.

Nesse sentido, a humanização é uma ferramenta de gestão, pois valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais (Rios, 2009). Humanização é o ato de humanizar, ou seja, dar estado ou condições de homem, no sentido de ser humano (Grande Enciclopédia Larousse Cultural, 1998). Humanização é o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos (MS, 2003) ou, ainda, humanização diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (MS, 2003).

Para que a política de humanização consiga se concretizar nos locais onde se busca atendimento em saúde, é necessário um contínuo exercício de todos os envolvidos para que se

faça valer o cuidado, a gestão, o acolhimento, o vínculo e a mudança de postura dos profissionais, para que todas as necessidades do usuário sejam atendidas e respeitadas (Trentini, Paim, & Vasques, 2005).

Em se tratando de qualidade na saúde quando se procura atendimento, é necessário que esse serviço disponha de um acolhimento, pois, para Matumoto (1998), no estudo do acolhimento em serviços de saúde, devemos pensar em por que acolher, para que acolher e como acolher. O porquê diz respeito ao motivo, a razão do acolhimento que está relacionada à concepção de saúde/doença que norteia o trabalho; o para quê é a finalidade dada ao trabalho; e o como acolher é como se realiza o trabalho. O acolhimento passa, segundo Schmidt e Figueiredo (2009), a ser fundamental como uma estratégia para promover mudanças no processo de trabalho. Para Merhy (1998), o mais importante em um atendimento ao usuário da saúde é que os responsáveis por esse atendimento consigam estabelecer uma relação com quem os procura. Para o usuário, é necessário que tenha alguém que se responsabilize por ele, que o acolha, pois ele quer ser compreendido em suas necessidades. Quer ser orientado e ter confiança no que farão com ele.

O acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde, ou seja, faz parte da relação entre profissionais e pacientes e seus familiares. O acolhimento é uma postura ética que implica a escuta do usuário em suas queixas, o reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e a responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2005).

Existem projetos muito bons, como os desenvolvidos no hospital onde se realizou esta pesquisa: a escolarização nos hospitais, a participação dos pais ou responsáveis quando seus

filhos necessitam passar por procedimentos cirúrgicos, a contação de histórias, onde se demonstra de forma lúdica por quais cuidados as crianças deverão passar enquanto internadas. Os projetos para a melhoria dos usuários do SUS crescem a cada dia, mas ainda não são suficientes e dependem da participação da coletividade para ter sucesso total.

1.2 Práticas de Cuidado

Para a realização do cuidar, é necessário que o usuário tenha mais espaço e seja visto como realmente um sujeito e não somente como o objeto do cuidado. É fundamental que aconteça um efetivo envolvimento entre o profissional da saúde e o usuário, a comunidade e os processos de cuidado (Ayres, 2009b). Onde existe vida humana, existe cuidado, e é esse cuidado que faz com que a vida se mantenha, porém, não esteve associado a nenhuma profissão durante milhares de anos. Para Coelho (2005, p. 2), a história do cuidado foi construída sob duas orientações complementares e que coexistem, sendo elas “cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte”.

De acordo com Valla (1998), embora alguns profissionais da saúde não tenham a visão de totalidade dos sujeitos e nem a compreensão mais ampla do processo de sofrimento e adoecimento, isso não os impede de cuidar. Os sujeitos precisam ser ouvidos e respeitados no que concerne às suas necessidades em geral e ao seu sofrimento, considerando-se que essas pessoas são detentoras de um saber próprio construído através das experiências concretas de vida, de saúde e de adoecimento. Para Boff (2000), o cuidado é pertinente ao ser humano e não é apenas um ato pontual, mas uma conduta de respeito, carinho e responsabilização para com o próximo. Cuidar é uma atitude que inclui o comprometimento e a relação entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito e respeito ao seu sofrimento e suas histórias vividas.

Na concepção de Ayres (2009b), por trás da expressão “escuta e acolhimento”, há elementos importantes para o cuidado, pois é necessário ouvir mais. Isso porque o relato das pessoas é de fundamental importância na orientação do raciocínio diagnóstico e terapêutico, mas essa escuta foi sendo progressivamente substituída pelo impressionante arsenal de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvidas ao longo dos séculos. É preciso ir além, fazer melhor do que está sendo feito, e em algumas vezes fazer diferente ou ainda compreender de outra forma esse fazer (Ayres, 2001).

Nem sempre os serviços de saúde oferecem cuidados realmente humanizados. Por vezes, prioriza-se a tecnologia e os equipamentos, os quais valorizam o ambiente. Há uma supervalorização da técnica perfeita, por vezes, mais importante que as pessoas. Os usuários passam a ser um número, objeto de cuidado ou lucro certo, os quais ficam passivamente a espera do poder médico. Muitas vezes, os ambientes hospitalares são centros tecnológicos e os usuários são coisificados. É essencial que os caminhos sejam revistos, novas metas e estratégias sejam seguidas para a valorização do ser humano (Bettinelli, Waskiewicz, & Erdmann, 2004).

Quando se presta um cuidado é necessário usar as tecnologias relacionais, sendo que essas tecnologias podem ser descritas como dura, leve dura e leve. A tecnologia dura é todo e qualquer mobiliário, equipamentos, material concreto e instrumentos. A tecnologia leve dura inclui as áreas da saúde, como, por exemplo, a clínica médica, urologia, ginecologia. São os saberes, protocolos, normas, conhecimento técnico. Na tecnologia leve aparecem as relações, vínculo, acolhimento, comunicação entre profissionais e usuários, formas de agir, são as relações. Em todos os atendimentos junto aos usuários todas as tecnologias deverão estar presentes, mas a tecnologia leve é extremamente importante. O processo de cuidar se faz em todos os momentos entre o ser cuidado e o cuidador, envolvendo razão, sensibilidade e afetividade. É um encontro único onde se cria vínculo e crescimento dos envolvidos (Merhy &

Chakkour, 2006). Tal vínculo precisa ser estendido aos familiares envolvidos no processo do cuidar, onde o acompanhante ocupa um papel importante.

É importante destacar que o art. 12, da Lei nº 8.069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ressalta que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

Para Chiattonne (2003), preparar uma criança para cirurgia é tarefa imprescindível, sendo necessário que todas as questões e dúvidas sejam esclarecidas. As informações devem ser simples, diretas e realistas. Ao chegar ao centro cirúrgico, todas as informações devem ser repassadas para a criança e o seu acompanhante ou sempre que a criança expressar angústia e dúvidas. É preciso que a criança tenha confiança na pessoa que a prepara, na medida em que deve confiar nas informações passadas. Deve-se usar de toda a sinceridade com ela, mostrar como é o processo cirúrgico. Dessa forma, ela se sentirá acolhida.

No art. 5º do ECA, tem-se que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”, e no art. 227 da Constituição Federal de 1988 tem-se que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Visando ao bem-estar das crianças durante o pré-operatório, a direção do hospital onde se realizou a presente pesquisa criou a Ordem de Serviço de nº 37, de 2009, determinando que:

1) Toda criança ou adolescente, que for submetido a qualquer procedimento cirúrgico sob anestesia, deverá ser examinado na unidade de origem ou somente na sala cirúrgica. 2) A criança ou adolescente deverá ser encaminhado à unidade de centro cirúrgico com o acompanhante responsável pelo mesmo, ao qual a equipe cirúrgica (enfermagem, anesthesiologista, cirurgião) deve prestar informações. 3) O termo de consentimento deverá estar devidamente assinado pelo responsável que o acompanha, devendo permanecer no *hall* do centro cirúrgico até o início do procedimento anestésico/cirúrgico. 4) Quando a criança não estiver emocionalmente preparada para a entrada no centro cirúrgico, será permitida a presença do responsável na sala cirúrgica até a indução anestésica. 5) A não conformidade de alguns dos itens citados anteriormente acarretará o cancelamento ou adiamento do procedimento anestésico cirúrgico.

Quando o ECA foi lançado, com ele foi reforçado que a criança ou adolescente passa a ter o direito a um acompanhante durante seu período de internação. Mas esse direito deverá vir acompanhado de qualidade para o acompanhante, bem como de informações quanto aos seus direitos, resgatando os aspectos éticos e de humanização (Costenaro, Daros, & Arruda, 1998).

1.3 As Relações em Saúde

Conforme Gergen e Gergen (2010, p. 31),

o construcionismo tende a favorecer formas de diálogo a partir das quais possam emergir novas realidades e novos valores. O desafio não é encontrar a única e melhor forma, mas criar tipos de relação através dos quais se possam construir o futuro de maneira colaborativa.

Reconstruir relações no ambiente hospitalar é assim um desafio, considerando-se que essas relações vêm historicamente sendo construídas fundamentadas no princípio da hierarquia.

A vida é dinâmica, sempre em transformação, e assim também precisam ser as relações. Assim, a forma de receber, de cuidar e de se relacionar, entre profissionais e entre estes e usuários, não pode ser estática, uma receita pronta e imutável. É preciso estar atento às mudanças, às relações familiares, aos vínculos, às inquietações. No momento que uma mãe deixa seu filho nas mãos de pessoas estranhas, para realização de um procedimento que sempre envolve algum risco, é inevitável algum grau de estresse ou ansiedade, porém um tratamento humanizado e um bom acolhimento podem amenizar esses fatores.

Ao tentar compreender a importância da humanização no acolhimento junto aos pais, responsáveis e crianças no pré-operatório, é preciso entender que esta é uma relação social, o que implica pensar em pessoa = relação, pois, seguindo a compreensão de ser humano proposta por Guareschi (2007), a pessoa inclui em si o outro, sem perder sua singularidade, mas ela é feita pelos outros, pelas relações que estabelece. Ser humano como singular, como um, mas que não pode ser sem outros. É preciso respeitar sua singularidade, sua subjetividade. Partindo desse pressuposto, é fundamental perceber a necessidade de respeitar os diversos saberes e as singularidades dos sujeitos. É preciso desconstruir alguns paradigmas do saber médico como “saber superior”, olhar para essa pessoa que está sendo recebida como um sujeito, com seu saber tão importante quanto o saber médico, não como um órgão a ser operado (Ayres, 2006). A relação existente aqui em geral é breve e passageira, porém intensa, pois implica confiança.

Dessa forma, relação nem sempre supõe igualdade, consenso, também pode significar, segundo Guareschi (2007), conflito, rejeição e exclusão, já que implica a existência de outro, pois, se alguém exclui, alguém é excluído. Quando não se dá ao outro o direito de decidir ou participar das questões relativas a si mesmo ou seu familiar, está se excluindo essa pessoa de

decisões importantes sobre sua vida. Daí a importância de perceber as mães/responsáveis como parceiras, como pessoas importantes no processo de tratamento de seus filhos.

A democratização dos processos decisórios é um tema que exige ainda muito exercício, principalmente em hospitais, historicamente submetidos ao saber médico, onde o paciente é um mero “paciente”, aquele que se submete ao saber técnico. A relação estabelecida, nesse caso, é uma relação de dominação. Guareschi (2007), nesse sentido, faz uma distinção entre “poder” e “dominação”, em que o poder é a capacidade que a pessoa ou grupo possui para realizar alguma ação ou prática. Na medida em que as pessoas possam fazer alguma coisa, elas detêm de um poder. Enquanto a dominação “é definida como uma relação entre pessoas, entre grupos, através da qual, uma das partes, expropria, rouba, ou se apodera do poder (capacidade) de outros” (Guareschi, 2007, p. 90). É estabelecida, então, uma relação desigual, assimétrica e injusta. Partindo dessa noção, quando não se dá ao outro o poder de participar das decisões, quando o seu corpo passa a se submeter ao poder do outro, privando-o do seu poder de saber e de participar, é exercida a dominação sobre esse sujeito.

O autor nos instiga a conhecer como surge a dominação, enfatizando que para isso é preciso conhecer também o conceito de ideologia, definida “como sendo o uso, o emprego, de formas simbólicas (significados, sentidos) para criar, sustentar e reproduzir determinados tipos de relações. Ideologia é o que vai dar sentido, significado, às coisas” (Guareschi, 2007, p. 91). Dessa forma, a ideologia serve tanto para criar quanto para sustentar relações justas e éticas, mas também relações desiguais e injustas, que são as relações de dominação. As ideologias vão criando significados, sentidos e definindo determinadas realidades.

Entre as várias formas de dominação citadas pelo autor, como dominação econômica, política, cultural, incluindo racismo, patriarcalismo e institucionalismo, cabe pensar em quais dessas dominações estão presentes nas relações entre equipe e usuários dos serviços

hospitalares. Que classe econômica predomina nos atendimentos? Quem define as políticas? São respeitadas as diferenças? Como a instituição hospitalar se coloca diante dos usuários?

Quando se valoriza o outro e se acolhe, este é incluído, mesmo que por um curto período, e tem sua identidade respeitada. Quando se nega ao outro esse direito, anula-se sua identidade. Segundo Bauman (2005), a identidade e o pertencimento são frágeis e passageiros, com isso podemos tanto nos sentir em casa e incluídos quanto também deslocados, ou fora de casa em qualquer lugar. Isso gera desconforto, já que se busca sempre o “pertencimento”. Buscamos afirmar nossa identidade, querendo pertencer a algum lugar, mas seu caráter de fragilidade e condição eternamente provisória sempre vem à tona.

Em casos de cirurgia, ela por si só já representa um fator desencadeante de crise, uma vez que a criança se vê lançada em direção a fatos que fogem do seu controle e da sua compreensão. Para a criança, a ansiedade não é previsível, pois ela se vê assaltada por elementos desconhecidos, estranhos e assustadores (Trinca, 2003). Diante desse processo, tanto os pais/responsáveis quanto a criança sofrerão menos se sentirem que estão sendo acolhidos, ou seja, pertencendo a esse lugar, mesmo que por um curto período de tempo. Bauman (2005, p. 44) nos diz que:

A identidade é também uma maneira de hierarquizar, podendo ser usada para desarticular, ou negar ao outro a sua identidade. Quando esta é negada, o outro não tem direito de manifestar as suas preferências e que no final se veem oprimidos por identidades aplicadas e impostas por *outros* – identidades de que eles próprios se ressentem, mas não têm permissão de abandonar nem das quais conseguem se livrar. Identidades que estereotipam, humilham, desumanizam, estigmatizam.

Pode-se pensar na identidade historicamente construída do “paciente” como alguém que não tem vez e voz, que se submete ao tratamento e ao conhecimento técnico. A Política Nacional de Humanização (PNH), que inclui como uma de suas diretrizes o acolhimento, visa

desconstruir esse paradigma, porém mudar leis e diretrizes é bem mais rápido e fácil que mudar culturas, o que poderá ser analisado a partir dos resultados desta pesquisa.

Para Furlan (2011), a qualidade da assistência tem influência direta em nossas vidas. Fazemos escolhas do que é ou poderá ser bom para nós e nossos familiares. Assim como uma empresa que atende o público, qualquer serviço de saúde deverá vender o seu produto da melhor forma possível. Para o usuário, é necessário criar vínculos, saber que ali ele será visto e ouvido como único, pois não se pode julgar a queixa do outro como pouco ou muito importante, uma vez que, para o dono da queixa, ela é sempre muito importante.

Segundo Ayres (2001, 2004, 2009a, 2009b), os cuidados técnicos são de extrema necessidade, porém não se pode esquecer que o sujeito não pode ser esquecido como indivíduo e é dele a decisão sobre suas necessidades. Alguns questionamentos devem ocorrer quando cuidamos de alguém, e estes devem ser pautados nos projetos de vida e de felicidade do paciente (Ayres, 2004).

1.4 A Importância do Acompanhante

Atualmente, a presença do acompanhante tem sido muito respeitada e valorizada como facilitadora do restabelecimento da saúde de pacientes internados em unidades hospitalares, assim como agente acelerador no processo de reabilitação, desde a implantação da lei do SUS, na qual está garantida a integralidade da assistência; sendo esta entendida como o “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”, e que pressupõe o indivíduo como portador de demandas físicas, emocionais, relacionais e materiais (Lei nº 8.142/1990).

Segundo Broering e Crepaldi (2008), o acompanhante, geralmente, é a pessoa mais próxima da criança, um membro da família, que estará ao lado tentando lhe dar apoio emocional, tranquilidade, amor e, na medida do possível, diminuir sua ansiedade e o medo durante o período pré-operatório. A presença do acompanhante traz conforto no momento do procedimento cirúrgico, tornando a criança mais confiante e emocionalmente mais estável. O fato de a mãe ou o acompanhante permanecer com a criança até a indução anestésica diminui em muito o estresse de ambos. Para Duarte (2006, p. 126):

O cuidador é a pessoa inserida no ambiente hospitalar em um determinado contexto cuja função principal é a de cuidar de alguém que, por faixa etária, ou condição física ou mental é incapaz (total ou parcialmente de se auto cuidar provisória ou definitivamente), havendo sempre o binômio cuidador-indivíduo dependente.

Trinca (2003) considera que as crianças em circunstâncias cirúrgicas estão propensas a estresse elevado, uma vez que se veem expostas a fatores por elas desconhecidos, sendo que diante de qualquer fator desencadeante a criança fica ansiosa e temerosa. Para o autor, a criança tem que encarar fatos que fogem do seu controle e da sua compreensão; para ela, a ansiedade não é previsível, pois se vê em meio a elementos desconhecidos, estranhos e assustadores.

Segundo Fighera e Viero (2005), para se tentar algum controle sobre o medo e a ansiedade, uma das estratégias é ter sempre a companhia de alguém conhecido. A preparação deve abranger o pré-operatório, o transoperatório e o pós-operatório tardio. A preparação pré-cirúrgica da criança e dos pais é fundamental, pois lhes possibilita certo grau de controle sobre o desconhecido que a situação cirúrgica representa, que em geral é sentida e percebida como um momento de vulnerabilidade e risco (Crepaldi, Rabuske, & Gabarra, 2006).

Fighera e Viero (2005) concordam que o momento do internamento para a realização de uma cirurgia é sempre dramático, “não importando o tipo de cirurgia à qual o paciente será submetido, mas sim o modo como o paciente vivencia esse momento. Para eles, o estado

emocional no pré-operatório atua diretamente sobre suas reações, tanto durante a cirurgia quanto no pós-operatório” (p. 27). Para Romano (1998), as principais fontes de ansiedade no período pré-operatório são: ficar longe da família, de seus pertences e sua casa; a ansiedade e o medo com relação ao que acontecerá com sua vida; tornar-se paciente, tendo que administrar questões diretamente relacionadas ao físico, à cirurgia em si, à dor e à perda do controle sobre si mesmo.

A esse respeito, Moro e Módolo (2004) afirmam que, além da idade, se a criança já teve alguma experiência anterior com cirurgias e procedimentos invasivos ou ainda como os pais conduzem e reagem a tal situação, isso pode influenciar como a criança irá lidar com a hospitalização e o procedimento cirúrgico propriamente dito. Quando os pais aceitam o enfrentamento junto à doença do filho, é importante que não se perca a relação antes existente que é a relação família-criança e juntos possam enfrentar o tratamento como algo positivo. Estabelecer um vínculo entre familiares, profissionais e os demais sujeitos envolvidos nessa internação acaba facilitando a identificação de sentimentos prováveis, como o medo, angústia, raiva e cansaço. Quando é necessária uma internação, existe a certeza de desestabilidade emocional, do medo e de estresse. Mas estes poderão ser amenizados com muito afeto e atenção dos profissionais e com a presença da mãe ou de algum familiar (Moraes, 2007).

A criança, estando emocionalmente protegida, diminui o risco de ter o chamado hospitalismo (termo estudado por Spitz em 1946), que é quando a criança apresenta um conjunto de regressões graves devido à separação da mãe. As reações podem ser tanto físicas quanto psicológicas. Muitas vezes a criança desenvolve uma culpabilidade e acaba acreditando que deve ser punida (Batista, 2011). Por vezes, a ansiedade que as crianças sentem vem da própria ansiedade demonstrada pelos pais. Se possível, é importante que os pais demonstrem segurança frente à situação, por isso a necessidade de se dar instruções e atenção também a esses pais para que juntos enfrentem o momento da melhor forma possível (Broering & Crepaldi, 2011).

O vínculo entre a equipe multiprofissional da saúde e o paciente que irá fazer algum procedimento cirúrgico é de suma importância. O clima que envolve o paciente nos períodos de realização de uma cirurgia (pré, trans e pós-operatório) pode causar sentimentos como medo da morte, medo da relação do paciente com seus familiares, angústia dos pais frente ao trabalho e à casa, entre outros. Quando da necessidade de uma cirurgia, é preciso um cuidado humanizado, qualificado e seguro. Quando se cuida, isso pode ser feito de duas maneiras: como forma para sobreviver, ou como forma de carinho, onde se deseja o bem-estar do outro. Não apenas como um bem-estar físico, mas também um bem-estar emocional, segurança, carinho e dedicação (Oliveira Junior, Moraes, & Marques Neto, 2012).

O diagnóstico, a afinidade com o tratamento e as informações são fundamentais para a família. A ansiedade dos pais está associada com a gravidade da doença e os métodos de tratamento. Essa ansiedade é muito sentida e observada durante o tratamento e pode continuar mesmo após a alta hospitalar (Hockenberry & Wilson, 2005). As principais causas de estresse em crianças hospitalizadas são o medo de serviços médicos, lesões físicas, dor, morte, medo da separação dos pais, medo do desconhecido, a incerteza, a perda de poder, controle, conforto e conveniência (Roberts, 1995).

Os pais podem colaborar para que seus filhos consigam enfrentar as dificuldades pelas quais estão passando, agindo como modelos de apoio. Assim, o envolvimento dos pais no processo de preparação é eficaz e oferece benefícios práticos, que são particularmente importantes dadas as limitações de recursos de preparação disponíveis (Campbell, Clark, & Kirkpatrick, 1986). Nessa perspectiva, as intervenções destinadas a facilitar o enfrentamento dos pais têm particular importância para as crianças mais jovens (ou seja, pré-escolares) devido à sua capacidade limitada para utilizar estratégias de enfrentamento interno (Campbell et al., 1992).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implementar ações de humanização e acolhimento no pré-operatório de crianças de 0 a 14 anos.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar como se dá o acolhimento no pré-operatório de crianças de 0 a 14 anos.
- Coconstruir com profissionais da enfermagem do pré-operatório estratégias que visem ao maior acolhimento nesse setor.

3 MÉTODO

O estudo tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação. A pesquisa-ação ressalta o potencial para a mudança do ser humano porque percebe como as formas da vida cultural são sustentadas por significados e valores compartilhados, mudando discurso e valores, possibilitando o uso da pesquisa não apenas com o propósito de registrar a trajetória do passado, mas para criar futuros (Gergen & Gergen, 2010). Segundo Engel (2000), a característica desse tipo de pesquisa é a intervenção na prática para renovar, enquanto a pesquisa está sendo realizada.

A pesquisa-ação, segundo Tripp (2005), contempla um processo que segue determinado ciclo, sendo ele: agir para implantar a melhora desejada, monitorar os efeitos da ação, planejar a melhora da prática, avaliar os resultados da ação e voltar à investigação, a fim de aprimorar a prática pela dinâmica sistemática a respeito dela. Essa técnica foi escolhida por buscar-se a implementação de ações construídas em grupo, que resultem em mudanças nas rotinas do pré-cirúrgico do hospital pesquisado. De acordo com Gritten, Meier e Zagonel (2008), a pesquisa-ação precisa ter o comprometimento de funcionários envolvidos nos problemas, tendo que haver uma ação por parte dessas pessoas, ela deve ser efetiva e não somente banal. A pesquisa-ação tem a intenção de alterar rotinas já existentes e remodelar o comportamento de um grupo de pessoas, sendo eles mesmos responsáveis por essas mudanças, que foi o que se buscou por meio dos encontros realizados, conforme será descrito na sequência.

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário do município de Curitiba, no centro cirúrgico, onde são realizadas aproximadamente 40 cirurgias por dia, de pequeno a grande porte, tanto em adultos quanto em crianças. O referido centro cirúrgico tem o seu fluxo de atendimento dividido em pré-operatório; transoperatório, que é o período que compreende

todos os momentos da cirurgia até a sua saída no final da cirurgia; e pós-operatório, que é o período durante o qual se observa e se assiste à recuperação de pacientes em pós-anestésico.

Para este estudo, o foco foi o pré-operatório, que, segundo Christóforo e Carvalho (2009), define-se como o período que antecede a cirurgia, a chegada do paciente ao centro cirúrgico até seu encaminhamento para a sala cirúrgica. Ao chegarem ao centro cirúrgico, os pacientes permanecem nesse espaço num tempo estimado de até 30 minutos. Os pacientes que são menores de 18 anos só podem adentrar ao centro cirúrgico acompanhados dos pais ou de algum representante legal.

Primeiramente foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com base em um roteiro de perguntas (Apêndice 1), a fim de identificar como se dava o acolhimento durante o pré-operatório de crianças de 0 a 14 anos. As entrevistas foram realizadas em um período de um mês aproximadamente, usando o espaço físico destinado ao descanso dos funcionários. Aconteceu respeitando a escala de trabalho de cada funcionário e a disposição de cada um para responder às perguntas a eles realizadas. Estas foram individuais e gravadas em áudio e tiveram a duração média de 40 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas no horário em que os entrevistados trabalhavam, sendo que em seus postos de trabalho foram colocados outros profissionais para que estes não ficassem descobertos.

A unidade contava com 27 profissionais de enfermagem, dos quais 10 foram entrevistados, entre eles 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 7 técnicos de enfermagem, que atuavam no pré-operatório do hospital, sendo este o local onde ficavam os pais e acompanhantes que levavam seus filhos para algum procedimento cirúrgico. O tempo de atuação dos profissionais no setor era em média de 15 anos. A idade dos entrevistados variou entre 37 e 64 anos, sendo 9 do gênero feminino e 1 do gênero masculino. Esses funcionários foram incluídos na pesquisa por serem os responsáveis pela recepção dos pacientes, realizarem diversas perguntas pertinentes para o momento, verificarem sinais vitais, encaminhando os

pacientes para as salas cirúrgicas e ainda por fazerem o encaminhamento dos pais e acompanhantes para seus setores de origem quando sua criança já adentrou a sala cirúrgica. Eles são os responsáveis pelo primeiro contato dos pacientes e seus acompanhantes no centro cirúrgico. A partir deles é que os pacientes e seus acompanhantes poderão fazer sua primeira avaliação sobre o setor.

No Quadro 1, é apresentada a caracterização dos participantes da pesquisa.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa.

Nome	Cargo	Gênero	Função
E1	Auxiliar de Enfermagem	Masculino	Realiza a recepção do paciente, transporte de pacientes e assistência na REPAI ¹
E2	Técnica em Enfermagem	Feminino	Realiza a recepção do paciente, transporte de pacientes e assistência na REPAI
E3	Técnica de enfermagem	Feminino	Realiza a recepção e transporte do paciente e circula na sala cirúrgica
E4	Técnica em Enfermagem	Feminino	Realiza a recepção e transporte dos pacientes
E5	Técnica em Enfermagem	Feminino	Realiza recepção dos pacientes e demais funções burocráticas no pré-operatório
E6	Técnica de Enfermagem	Feminino	Realiza recepção e transporte de pacientes e assistência na REPAI
E7	Enfermeira	Feminino	Realiza a recepção e transporte de pacientes
E8	Técnica de Enfermagem	Feminino	Realiza a recepção, transporte de pacientes e atendimento em sala cirúrgica
E9	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	Realiza a recepção, transporte de pacientes e atendimento
E10	Técnica de Enfermagem	Feminino	Realiza a recepção, transporte de pacientes e atendimento em sala cirúrgica

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), sendo que os nomes foram preservados a fim de manter o anonimato destes. Esta pesquisa só teve início após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer nº 1.034.593) e pela Direção de Enfermagem da instituição.

¹ Recuperação Pós-Anestésica Imediata.

Após as entrevistas iniciais foram planejadas e realizadas intervenções com os participantes da pesquisa, a fim de trabalhar e coconstruir ações de acolhimento no setor. Essa intervenção foi realizada em 4 encontros, com duração de 1h30 cada, pela pesquisadora, considerando o rigor científico proposto pela pesquisa-ação, conforme descrito por Tripp (2005). Os encontros foram assim divididos:

- no primeiro encontro, houve a apresentação da Política Nacional de Humanização e as demais políticas existentes pertinentes ao tema;
- no segundo encontro, foram trabalhadas com os profissionais cenas de acolhimento, a fim de sensibilizá-los para a importância de um atendimento humanizado;
- no terceiro encontro, foram elaboradas estratégias que o serviço pudesse implementar para melhorar o atendimento;
- passados 2 meses, foi realizado o quarto encontro para a avaliação das estratégias.

É importante destacar que, para a realização de cada encontro, com os 10 envolvidos, foram necessários cinco dias, dada a escala reduzida de funcionários, portanto, cada encontro foi realizado em pequenos grupos de 2 a 4 pessoas. O centro cirúrgico contava com um funcionário para cada função, havendo dificuldades para que qualquer um se ausente de seu posto de trabalho, mesmo que por tempo reduzido, pois isso poderia gerar sobrecarga a um outro colega. Daí a dificuldade das entrevistas e da realização de trabalhos em grupos.

Os encontros foram importantes na medida em que, para Montero (2004), quando se trabalha em comunidade, é preciso sensibilizar as pessoas para as relações e ponderações sociais. Cada indivíduo deve ser ativo em seu ambiente social não somente para remediar danos, mas para agir. É necessária uma ação coletiva que ouça todos os elementos da comunidade, a partir da realidade que vivem. É fazendo que se consegue uma transformação.

Ainda segundo a autora, é necessário, ao se fazer uma atividade comunitária, traçar planos e ter conhecimento da realidade, dos costumes e necessidades de onde se quer que a atividade exista.

Quando um grupo pretende agir de modo a conseguir realizar alguma mudança, é necessário que se crie laços entre os atores envolvidos, sejam eles quem forem, basta que todos queiram a mesma coisa. Deve-se somar conhecimentos e ideias, lembrando que, ao trabalharmos e agimos em grupo, estamos aprendendo e enriquecendo saberes, não esquecendo que sempre as soluções estão entre atores, pois são eles que conseguem identificar os problemas e eles próprios detêm a solução (Zurba, 2011).

Por fim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas finais, utilizando o mesmo roteiro de entrevista inicial, com os participantes da pesquisa para observar se houve mudanças em suas práticas a partir da intervenção. As novas entrevistas também foram realizadas no local de trabalho dos profissionais, tiveram duração de 45 minutos aproximadamente e foram gravadas em áudio, para posterior transcrição e análise, sendo mantido o sigilo de todas as informações.

Além das entrevistas, foram realizadas observações participantes no setor, para conhecer o cotidiano, e durante as intervenções estas foram registradas em um diário de campo. As observações do setor ocorreram no período de março de 2015 a março de 2016, durante as quais a pesquisadora teve livre acesso e pôde ter conversas informais com a equipe de enfermagem, médicos, residentes, pacientes e acompanhantes. Já em relação às observações das intervenções, estas ocorreram durante os encontros e, logo após o término de cada um, eram registradas no diário de campo as falas e impressões. As observações da rotina já existente no pré-operatório forneceram elementos que complementaram as informações trazidas pelos participantes e auxiliaram na coconstrução de estratégias de humanização que pudessem ser colocadas em prática no setor.

A análise dos dados foi realizada a partir da análise temática (Minayo, 2004). A análise seguiu as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados

obtidos e interpretação. Essa análise relaciona-se à “noção de TEMA (que) está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ele comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada através de uma palavra, uma frase, um resumo” (Gomes, 2002, p. 208). No caso da presente pesquisa, optou-se por ter como foco a análise da humanização no setor e das ações implementadas, e trabalhar na análise com o tema humanização no pré-operatório.

Buscou-se, com isso, superar o senso comum e ultrapassar os conhecimentos prévios que a pesquisadora possuía do setor, o que foi possível por ser esta uma técnica que permite que haja a articulação da “superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” (Gomes, 2002, p. 203).

A análise dos dados ocorreu após ter sido feita a análise das entrevistas iniciais, realizadas com os profissionais que atuavam no pré-operatório, tendo como foco saber como se dava a humanização no pré-operatório. De posse dessa análise, foi possível elaborar os encontros com os profissionais. O mesmo procedimento ocorreu com as entrevistas finais, que teve como objetivo compreender as dificuldades e facilidades encontradas para a implementação de ações de humanização no setor.

Nesse sentido, inicialmente foi discutido o contexto de humanização no pré-operatório segundo os profissionais entrevistados, antes das intervenções. Na sequência, foi empreendida uma descrição analítica dos encontros realizados com os profissionais participantes da pesquisa. Por fim, foram descritos os projetos de humanização que foram desenvolvidos no pré-operatório, realizando-se uma discussão sobre a sua efetividade, bem como a dos encontros realizados, a fim de analisar se a forma de intervenção utilizada obteve resultados positivos, conforme os objetivos propostos, destacando-se as principais dificuldades encontradas no processo.

4 O CENÁRIO DA HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO SEGUNDO OS PROFISSIONAIS

Ao serem questionados sobre quais situações mais dificultavam o acolhimento no pré-operatório, os entrevistados apresentaram como maiores empecilhos para um bom acolhimento o ruído excessivo causado por conversas constantes entre os diversos profissionais que ali se encontravam, o toque de telefones celulares e fixos, passagem de carrinhos de materiais estéreis e o de roupas e ainda devido à entrada e saída de pacientes e acompanhantes serem feitas pelo mesmo local. As queixas ficaram evidentes em alguns dos relatos a seguir.

Além de recebermos os pacientes, nós temos que chamar atenção da equipe para que falem baixo. (E7).

Eu acho que esse espaço não é próprio para esse acolhimento, acho que ele é muito movimentado, têm bastante pessoas que não estão no propósito desse acolhimento, dessa recepção. É um lugar que tanto ele serve como a entrada do paciente e a saída do a paciente. (E1).

Às vezes, eles falam coisas ali que afetam, chocam os pais que estão ali. Coisas referentes a outros pacientes, coisas referentes a emergências. (E2).

Tem muita algazarra, conversas altas, telefone que toca. É paciente que chega, paciente que vai, às vezes fica parecendo uma feira. (E10).

As queixas sobre o excesso de barulho nesse espaço vão ao encontro do estudo realizado em um hospital universitário de grande porte no estado do Rio de Janeiro. As autoras Silva e Alvim (2010) puderam constatar o excesso de ruídos em que os pacientes e acompanhantes são expostos. Segundo os pesquisados, isso acontecia devido ao toque de celulares, do telefone fixo que ficava nesse espaço e tinha um som alto demais, além de conversas paralelas contínuas

entre a equipe que lá atuava. Muitas vezes para o paciente e seus acompanhantes essas conversas diziam respeito a eles próprios, mas elas não eram dirigidas a eles, o que podia causar angústia. Um centro cirúrgico por si só já se excede nos ruídos por possuir um grande número de equipamentos, além da circulação de macas e camas. Somado a tudo isso, o lugar parecia ser assustador, principalmente ao se entrar pela primeira vez.

Outras questões abordadas na pesquisa referiram-se aos pais e acompanhantes de crianças até 14 anos, os quais têm sua presença garantida por lei, ao entregar seus filhos para qualquer procedimento cirúrgico: onde ficam esses acompanhantes? Por quanto tempo permanecem lá? Quem fica com eles enquanto esperam que seus filhos sejam encaminhados para as salas cirúrgicas?

O espaço destinado ao acolhimento de crianças e seus acompanhantes, conforme visto nas observações de campo, era o mesmo ocupado pelos pacientes adultos, era pequeno e sem divisórias, e usado tanto para a entrada quanto para a saída de pacientes. A questão primordial era saber se esses pais e acompanhantes eram efetivamente acolhidos. De acordo com os entrevistados, não era só o espaço físico inadequado em que os pais permaneciam que os incomodava, mas também a maneira com que esses pais eram (des)tratados ao chegarem ao pré-operatório do centro cirúrgico. Os pais eram deixados à própria sorte. Se os profissionais escalados no setor estavam naquele momento sem nenhum outro afazer, eles davam alguma atenção, como conversar com os pais, caso contrário os pais eram deixados somente com seus filhos, sem que sua presença fosse sequer percebida. Por vezes, parecia ser somente mais um procedimento cirúrgico que seria realizado.

Essas situações também foram percebidas durante a observação participante, como quando um médico renomado, conversando com seu paciente, disse em tom alto: “*Vamos consertar o que Deus fez errado.*” O paciente nesse momento concordou com ele, ou por medo de discordar no exato momento que iria para a sala cirúrgica ou por considerar que esse médico

realmente era um “deus”, posição que é reafirmada por muitos médicos. De acordo com Martins (2004, p. 25):

É esta crença na ‘verdade científica’ que faz com que o médico acredite que pode, ou mesmo deve, se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a ‘verdade’. Ou, ao menos, o discurso da ‘verdade científica’ é o que lhe serve de álibi para o exercício de poder sobre o paciente. De um modo ou de outro, este poder é exercido como se fosse de direito, necessário e inevitável – mas não é nem de direito nem necessário para o tratamento.

A permanência realizada pela pesquisadora no pré-operatório somente como observadora permitiu, aos poucos, a percepção do quanto o atendimento se tornou técnico e pouco humanizado. Alguns residentes, estes que estão no início de suas carreiras acadêmicas, já dispunham de pouca ou nenhuma paciência com os pacientes que por ali passavam diariamente. Eis uma frase dita por um deles e anotada no diário de campo: *“Já falei o que o senhor vai operar mais de duas vezes e ainda não entendeu?”* Isso dito com muita rispidez. O paciente respondeu humildemente que já tinha ouvido, mas ainda não tinha entendido bem. Ao perceber olhares de censura, o residente explicou novamente qual seria o procedimento que seria realizado no paciente.

Além disso, de acordo com os entrevistados, havia o grande problema das conversas paralelas, os comentários e as discussões que aconteciam entre os profissionais na presença dos pais. No relato abaixo ficam claras essas situações:

Você pede para sentar ali na cadeira, vira as costas e vai buscar outro paciente e o familiar fica ali meio perdido, não tem ninguém para conversar com ele. Alguns profissionais passam por ali falando alto, falando coisas indevidas, impróprias para o ambiente e para o momento (E3).

Um exemplo dessas conversas inapropriadas foi possível observar quando os profissionais conversavam entre si, com o paciente ainda acordado, sobre um churrasco e outros alimentos; lembrando que, além de inapropriado, esse tipo de conversa pode ser constrangedora e causar mal-estar, levando em conta que os pacientes ficam em jejum durante horas para uma cirurgia.

Outra situação observada e que gera a desumanização dos pacientes no pré-operatório foi a forma de tratamento dispensada com frequência e por todas as especialidades, onde o paciente era tratado como o órgão a ser operado. Os profissionais chegavam ao centro cirúrgico perguntando se havia sala cirúrgica para um “*apêndice*” ou para um “*pê*” ou “*joelho*”. Segundo Spink (2010), o paciente deixa de ser o ator principal quando adentra um hospital, muitas vezes ao assinar um termo de compromisso ele dá ao médico plenos poderes sobre seu corpo, pacientes ficam sem suas roupas ou pertences e são identificados por sua doença, por um número ou um quarto ou enfermaria. Passa a ser:

visto como um amontoado de órgãos, como uma máquina que ‘deu defeito’ e que precisa ser reparada segundo o que a Ciência do médico diz, [...] proporcionando a “abdição temporária... de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo. (Martins, 2004, p. 25).

De acordo com Salimena, Andrade e Melo (2011), o familiar, nessas situações, sente medo, ansiedade e nervosismo, ainda mais estando em um ambiente cheio de normas, rotinas e pouco tempo dispensado a esses acompanhantes. Segundo as autoras, os acompanhantes relatam que os momentos de espera parecem ser intermináveis e de puro estresse. Situação que pode ser potencializada quando não existe informação, ou se é dada de forma incompleta.

A negligência proporcionada aos acompanhantes, como relatado pelos entrevistados, pode ser decorrente da falta de tempo, da falta de recursos humanos, fazendo com que o foco da

atenção de todos fosse a criança. No entanto, como apontado por Mello e Rodrigues (2008), o acompanhante, muitas vezes, pode ser visto como um inconveniente, um “chato”, por fazer diversas perguntas. Pode-se questionar, então, se o fato de o foco da atenção ser direcionado apenas à criança não era uma forma de os profissionais evitarem os questionamentos dos acompanhantes.

Romano (1997) contribui nessa discussão ao constatar que nenhum profissional da saúde, de um hospital universitário do Rio de Janeiro, queria se responsabilizar pela família, ou seja, em sua pesquisa não existia um cuidado especial com esse acompanhante. Segundo o autor, o acompanhante acaba correndo riscos de doenças físicas, falta de atenção e incertezas na tomada de decisão, o que pode vir a interferir na sua capacidade de entendimento das rotinas e procedimentos do setor.

Quando os familiares são inclusos efetivamente no cuidado do seu paciente, essa inclusão contribui para a diminuição da ansiedade que toma conta de ambos no pré-operatório, além de que o retorno do centro cirúrgico é visto com menos incertezas (Fonseca, 2008). As orientações acerca do procedimento cirúrgico a ser realizado, portanto, sempre que repassadas ao próprio paciente ou a seu acompanhante permitem que estes passem pela situação com mais tranquilidade. Além disso, ajudam na promoção, recuperação e manutenção de sua saúde (Tenani & Pinto, 2007).

A partir dos relatos, pôde-se perceber que o acompanhante, muitas vezes, era visto como um intruso, inconveniente, uma pessoa de pouco valor, que estava ali só porque a lei determinava. O acompanhante não era visto como alguém que iria agregar informações sobre o paciente, e ajudar na recuperação e no bem-estar da criança.

Essas situações relatadas podem estar relacionadas ao fato de os entrevistados pouco conhecerem sobre a Política Nacional de Humanização. Como pode ser visto nos relatos a seguir, eles não conheciam a política por inteiro:

É um projeto que visa como o nome diz a segurança do ato cirúrgico desde a cirurgia certa, paciente certo, os horários né? (E1).

Conheço sim, uma parte, mas profundamente não conheço né, mas sei que é uma coisa importante e que está em evidência em todos os estabelecimentos né, mas nem sempre é feito direitinho né. (E10).

É uma coisa que tá faltando é que isso acontece naturalmente com as pessoas que têm mais tempo de trabalho que é de uma outra geração, porque a juventude de hoje não tem noção, eles não vêem o paciente como um doente, eles vêem simplesmente a doença. (E5).

É um atendimento voltado para a pessoa como um todo e não olhando apenas a doença. Uma família por trás dele. Que ele pode ter, pode ser que ele tenha suas necessidades, e cada um é um. É único então essa é minha forma de ver. (E3).

Somente 3 entre os 10 funcionários entrevistados possuíam uma vaga noção sobre o que era e qual o conteúdo da PNH e a sua importância, reforçando, assim, a necessidade premente para que toda a equipe multidisciplinar que ali atuava pudesse conhecê-la, pois ela não existe por acaso e sim para que possa ser cumprida em sua totalidade.

Sei que foi o SUS que lançou, que é melhorar a parte do hospital em relação aos usuários do hospital, ela estimula a comunicação entre os gestores, os trabalhadores e o próprio usuário, o próprio paciente. É que parece que é para ter uma relação participativa que todo mundo falar o que sente todo mundo né, não só a parte que trabalha, mas a parte dos usuários também, tudo fica integrado, fica melhor para todos, especialmente para os que usam né. (E6).

No início parecia que a política e a humanização são coisas bem diferentes uma interage com a outra. Tem que ter essa política para você conseguir trabalhar com o paciente. (E1).

Diante dos relatos dos entrevistados, nota-se que conhecer a PNH é importante para que o acolhimento de fato ocorra nesse espaço. Como dito por um dos entrevistados, é preciso que todos os profissionais possuam o conhecimento sobre a PNH para perceber o usuário como um sujeito de direito e não segmentado em órgãos ou ainda membros. Percebe-se que em outras instituições de saúde do país também ocorre o desconhecimento da PNH por parte dos profissionais da saúde (Chernicharo, Freitas, & Ferreira, 2013; Costa & Cambiriba, 2010; Garcia, Argenta, Sanches, & São Thiago, 2010). De acordo com esses autores, muitos profissionais ligam a PNH somente com empatia entre usuários e profissionais, sendo que, mesmo nos casos em que os profissionais diziam dialogar com os pacientes e tratá-los como sujeitos de direito, os pacientes diziam que isso não ocorria (Costa & Cambiriba, 2010). Os gestores na maioria das instituições parecem estar sempre à margem dos problemas, fazendo com que na grande maioria das instituições o desconhecimento da PNH fique atrelado à falta de informações dadas aos profissionais pelos superiores, ou por não conseguirem participar das reuniões por falta de tempo (Garcia et al., 2010), situação também relatada pelos entrevistados desta pesquisa.

5 OS ENCONTROS PARA HUMANIZAÇÃO

Após os resultados das entrevistas, foram planejados os encontros com os profissionais participantes da pesquisa. Esses encontros tinham como objetivo final trabalhar os obstáculos apresentados ao acolhimento e humanização no pré-operatório, e construir com eles ações para superar esses obstáculos e promover mudanças no setor.

Os encontros foram assim estruturados:

1º encontro: Discussão sobre a PNH.

2º encontro: Oficina vivencial sobre situações de (não) acolhimento no pré-operatório.

3º encontro: Construção de estratégias de acolhimento e humanização no setor.

A seguir, serão relatados os encontros realizados.

5.1 Primeiro Encontro: Discussão sobre a PNH

Para a condução dessa discussão, foi preparada uma aula que apresentava os principais pontos da PNH para os 10 envolvidos na pesquisa. As aulas foram dadas para pequenos grupos de três a quatro pessoas, pois, como já descrito anteriormente, o quadro reduzido não permite a saída de um grande número de funcionários. As aulas ocorreram em vários turnos e a cada um dos entrevistados foi dada a liberdade de procurar a pesquisadora para esclarecimentos sobre a política a qualquer tempo, até o seu total entendimento.

Durante a aula, os participantes demonstraram certa surpresa e espanto ao saber do conteúdo da Política de Humanização. Para cada informação nova sobre a política, palavras de surpresa surgiam, como estas:

Estou surpresa não tinha nem ideia que política era isso. (E5).

Então todos têm direitos a essa política. (E3).

Nós, como profissionais, temos o dever de fazer com que a política aconteça. (E1).

Tanto profissionais como usuários têm direitos e deveres. Se todos cumprirem, tudo funcionará bem. (E7).

Foi reconhecido por todos que, se a PNH realmente fosse praticada, não somente no âmbito hospitalar, mas em todas as instituições de saúde, todos seriam muito mais bem atendidos. Pareceu a todos que grande parte da população, assim como eles, desconhece a existência da política. Talvez por falta de divulgação por parte governo, dos serviços de saúde e pela mídia. Todos compreenderam que a política é um direito e como tal poderá ser exigida pela população que procura as instituições de saúde e que, ao profissional, poderá ser exigida o seu cumprimento. Todos os participantes, sem exceção, entenderam que para a efetivação da PNH é importante que todos trabalhem como em uma rede de serviços, não podendo deixar furos nessa rede. Isso porque, quando se trabalha em grupo, cada um tem uma função a executar. Se um integrante do grupo deixa de executar o serviço a ele designado, sobrecarrega outro. Ao usar a Figura 1 nesse encontro, a intenção foi demonstrar que o trabalho pode ser pesado e, por vezes, árduo (o peso da vaquinha), mas com todos executando o seu trabalho a rede de serviços será sustentada e não terá furos. Todos juntos sustentam o peso. Na Figura 1, é mostrada a imagem de uma rede com a vaquinha utilizada durante a aula.



Figura 1 – Rede.

Fonte: Kboing (2015).

5.2 Segundo Encontro: Oficina Vivencial sobre Situações de (Não) Acolhimento no Pré-Operatório

No segundo encontro, foi acordado com os envolvidos que faríamos uma troca de papéis. Todos os 10 entrevistados seriam os pacientes, simulando as etapas pelas quais os pacientes passam desde que são chamados para a realização de seus procedimentos cirúrgicos até o momento de sua alta médica para a unidade de origem.

A troca de papéis foi escolhida como técnica para esse encontro por ser um método de pesquisa e intervenção nas relações interpessoais nos grupos ou entre os grupos. Segundo a Federação Brasileira de Psicodrama (FEBRAP, 2011), essa técnica mobiliza a realidade através das diferenças e dos conflitos e ainda facilita a resolução do que é revelado, além de que desenvolve a comunicação nas relações interpessoais, permitindo aos participantes descobrir novas formas de atuação, de fazer em seu cotidiano. Acreditamos que, somente, quando se vivencia a experiência de uma internação hospitalar para a realização de um procedimento cirúrgico, percebe-se o quão importante é ser atendido com respeito, carinho e dedicação. Todo esse bom atendimento deve ser estendido sem dúvidas aos acompanhantes, pois estes, por vezes, estão mais ansiosos que os próprios pacientes, principalmente tratando-se de crianças.

Para que a troca de papéis ficasse mais próxima do contexto real, nos períodos da tarde e da manhã, cada um dos participantes foi vestido com uma camisola e com a touca cirúrgica, exatamente como os pacientes aguardam em suas unidades o seu encaminhamento para o centro cirúrgico. Nesse momento, nas unidades, todas as perguntas pertinentes para que fossem levados ao centro cirúrgico foram feitas e refeitas por outros profissionais. Todos foram colocados nas macas cirúrgicas e cada um deles fez o mesmo percurso que os pacientes fazem quando são levados das unidades para o centro cirúrgico, inclusive na mesma velocidade e com todas as batidas que com frequência acontecem nas portas e nos elevadores. Já no centro

cirúrgico foram colocados onde os pacientes e seus acompanhantes aguardam o momento de ir para a sala cirúrgica. Como os demais funcionários não sabiam da troca de papéis, nada foi modificado na rotina, todos os ruídos estavam presentes, assim como as conversas em tom alto entre toda a equipe multidisciplinar, toques de telefone e ruídos vindos de carrinhos e macas que são empurrados durante todo o dia. Após a espera de 10 minutos foram levados para as salas cirúrgicas e depois para o setor da Recuperação Pós-Anestésica Imediata (REPAI), de onde os pacientes só saem quando recebem a alta anestésica. Cada um dos participantes ficou no papel de paciente por aproximadamente meia hora.

Após essa vivência, foi solicitado aos entrevistados que falassem um pouco sobre como havia sido a sua experiência de estar no lugar de um paciente prestes a realizar um procedimento cirúrgico. Houve, por parte deles, uma mobilização no intuito de que algumas adequações fossem realizadas para a melhoria no atendimento do pré-operatório, tanto para os pacientes quanto para os pais e acompanhantes. A seguir, seguem alguns dos relatos:

Ao ser conduzida na maca, senti desconforto físico no desnível do piso, no movimento de curvas e senti medo com a batida em portas e elevador. O barulho dos carrinhos no corredor lembra metralhadora. Sensação de abandono, sem importância, quase um objeto de rotina. Dá uma sensação de conforto e segurança quando falaram meu nome e conversaram olhando em meus olhos. (E5).

Como paciente fiquei ansiosa, pois não havia dormido na noite anterior, mas não me senti muito acolhida onde fiquei. Era em uma sala grande sem divisórias, muita gente conversando, excesso de barulho, fiquei até com medo que iriam me levar para outra sala. (E1).

Estar em um ambiente estranho já nos traz inúmeras interrogações e medos. Quando estamos doentes nos sentimos mais fragilizados e sensíveis e alguns dos nossos sentidos (ver, sentir, ouvir) entra em alerta e cada um de nós reagimos de um jeito. Por já estar

ansiosa com a cirurgia as conversas paralelas sem sentido, o barulho dos carrinhos e a aproximação todo instante de pessoas me deixaram mais nervosa. Em nem um momento alguém perguntou o que eu gostaria, se preferia conversar ou simplesmente ficar em silêncio. (E3).

Na condição de paciente a caminho do centro cirúrgico sendo transportado de maca senti insegurança física, pois a maca parecia frágil, faz muito barulho e como rapidez com que me transportaram sacolejava muito, principalmente aos bruscos impactos nos batentes das portas. Havia ruídos e conversas por todos os lados, temia que algumas observações fossem relacionadas ao meu caso. A minha posição na maca foi um pouco traumática, uma vez que tenho pânico quando fico na horizontal com nível zero de cabeceira. Não foi questionado se estava bem ou com frio. (E1).

Desconforto ao deitar na maca sensação que vai cair e que a maca não será controlada. Senti náuseas tontura, desconforto barulho. Batidas que geram mal-estar geral e medo. Exposição dos pacientes e reclamações verbais de funcionários, conversas paralelas, pessoas riem. (E10).

Para começar a maca é desconfortável e a cabeceira deixaram abaixada o que ajudou a dar sensação de mal-estar ao ser transportada de maneira rápida e com a cabeceira voltada para frente (me restando contar as luminárias do teto). No local destinado ao pré-operatório diversas pessoas indo e vindo, conversas, risadas e, não raro, gritos, causando sensação de abandono. Começa a dúvida: será que realmente alguém sabe que estou aqui? (E6).

Fiquei igual aquelas pessoas que vêm para o centro cirúrgico com a mão na boca por falta da prótese dentária. Fica horrível. (E2).

Como apontado nos relatos, quando uma pessoa se depara com um procedimento cirúrgico, esta é uma experiência estressante para os pacientes e familiares e, para que isso possa ser amenizado, é necessário um conjunto de ações afetivas para que eles consigam lidar com a ansiedade e estresse da situação (Santos, Santos, Melo, & Alves, 2009). Dessa forma, um hospital pode ser minuciosamente equipado para um atendimento de excelência no que se refere à tecnologia, e mesmo assim ser desumano no atendimento, por não estar atento e não valorizar as queixas, anseios e temores dos pacientes, e, por vezes, negligenciar nas informações sobre o que será realizado, o que torna o momento da espera por uma cirurgia mais doloroso e dificulta o sucesso prático do atendimento (Mota et al., 2006).

Notou-se uma prática mecanizada e as decisões sendo tomadas de forma unilateral, onde não havia interação entre profissionais, pacientes e acompanhantes. Considerando o pré-cirúrgico um ambiente crítico, em que muitas vezes os pacientes temem por suas vidas, a condução técnica, mecânica dos procedimentos, gera ainda mais desconforto, estresse físico e psicológico. Concordamos, assim, com Mota et al. (2006) quando afirmam que não existe um atendimento em saúde sem o uso da ética. Para que exista ética, é de suma importância se atentar ao outro. Para que realmente a assistência seja humanizada, é preciso ver o outro. Nesse sentido, a assistência humanizada e a ética devem caminhar juntas.

Entende-se, portanto, que a humanização nas instituições de saúde implica modificações na maneira que se percebe o usuário do serviço. Ele não é um objeto passivo e sim um sujeito, não é alguém que mendiga caridade e sim alguém com direitos, que tem o direito a um serviço com qualidades técnicas, com profissionais capacitados e responsáveis (Barra, Nascimento, Martins, Albuquerque, & Erdmann, 2006).

5.3 Terceiro Encontro: Construção de Estratégias de Acolhimento e Humanização no Setor

Com os depoimentos em mãos, após a troca de papéis, os dez funcionários analisaram que algumas intervenções poderiam ser realizadas pelo próprio grupo, não implicando gastos para a instituição, sendo eles os sujeitos e multiplicadores de mudanças. Algumas atitudes dos profissionais, como falar alto e atender o telefone, citadas repetidas vezes nos depoimentos como pontos negativos do setor, seriam as primeiras a serem trabalhadas. Foi previsto dois meses para um novo encontro, onde seria avaliado se houve mudanças no atendimento junto aos pacientes e aos acompanhantes. Isso iria exigir sem dúvida um grande esforço por parte de cada participante, mas todos estavam confiantes quanto às mudanças.

Entre outras situações apontadas para mudanças, as conversas com o tom de voz elevado entre toda a equipe que ali atuava foi o ponto negativo mais citado. Para isso, planejou-se elaborar cartazes para serem afixados em locais de maior concentração de pessoas, solicitando redução do barulho e, ainda, que usassem o espaço comum para funcionários quando fossem esperar seus pacientes. A intenção foi de que também a pesquisadora estivesse sempre presente nos horários já sabidos de maior fluxo de pessoas, pedindo a colaboração de todos no sentido de diminuir quase na sua totalidade essa queixa. Planejou-se também a implantação de novas rotinas no transporte dos pacientes de sua unidade até o centro cirúrgico, assim como a mudança do espaço, até então, ocupado para o acolhimento no pré-operatório para um local mais apropriado, onde os pacientes e seus acompanhantes pudessem ser mais bem assistidos.

O grupo decidiu mudar o fluxo da seguinte maneira: os pacientes passariam a ser levados para o centro cirúrgico às 7h00 e ficariam acomodados na sala de REPAI. A mudança para esse local se deu por ser um ambiente com pouco ruído, aquecido e contar com um número reduzido de funcionários, sendo que estes tinham como única função acolher os pacientes. Tão

logo as salas cirúrgicas estivessem prontas para receber o paciente, ele seria encaminhado com seu anestesista e o circulante de sala para o início do procedimento cirúrgico, e seus acompanhantes seriam encaminhados para as unidades onde ficariam aguardando por seus filhos. Os pacientes seguintes poderiam aguardar na REPAI conforme a disponibilidade de espaço físico, ou ainda permanecer aguardando onde era o pré-operatório até então, já que em outros horários, que não o primeiro do dia, o barulho existente era inúmeras vezes menor.

Acredita-se, com isso, que as queixas de barulho em excesso, ruídos, discussões e celulares sendo usados em frente aos pacientes e acompanhantes passariam por uma redução bastante significativa. O espaço passaria a ser destinado exclusivamente a eles, respeitando seus medos e angústias, que eram acentuados em meio à confusão que se instalava no espaço em que eles aguardavam. A equipe se propôs a organizar ainda um espaço destinado somente às crianças e seus acompanhantes, com jogos infantis, livros e brinquedos laváveis. A arrecadação do que seria usado nesse espaço ficaria a cargo dos próprios funcionários do setor. Até a criação do espaço para as crianças e seus acompanhantes, estes, ao chegarem ao centro cirúrgico, passariam a ficar na sala de REPAI junto com os pacientes adultos, como explicado anteriormente.

Outra questão abordada pelos entrevistados foi a velocidade com que os pacientes eram transportados em macas quando iam de suas unidades para o centro cirúrgico, ocasionando batidas frequentes com essas macas em portas e elevadores, causando, com isso, insegurança, náuseas e desconforto nos pacientes. Quanto a essa questão, a equipe se propôs a desenvolver um trabalho junto aos responsáveis por esse transporte para que o façam com muita cautela, sem correrias e que evitem ao máximo batidas em portas e elevadores, aumentando o sentimento de confiança e reduzindo, assim, o desconforto dos pacientes.

Outra queixa citada foi o desconforto sentido pelos pacientes que utilizavam prótese dentária, quanto à necessidade da sua retirada. Aos que se sentirem constrangidos com essa

prática, seria oferecida uma máscara cirúrgica. De acordo com os entrevistados, os pacientes, por estarem sem a prótese, sentiam-se constrangidos e evitavam as conversas com a equipe, por mais que essa estratégia esteja voltada aos pacientes adultos, e não aos que são foco deste trabalho, considerou-se ser uma estratégia de simples solução e que agregaria para a humanização do setor como um todo.

Quanto ao barulho dos carrinhos, citado pelos entrevistados, seria encaminhado ao setor responsável por eles uma solicitação de manutenção e reparos, diminuindo, assim, o mal-estar gerado pelo barulho excessivo. Outra estratégia apontada pelos participantes foi a proibição de exames físicos de pacientes no pré-operatório, evitando o constrangimento que esses procedimentos causam, uma vez que eles eram feitos na frente dos outros pacientes e acompanhantes por não haver divisórias. Se houvesse a necessidade desse procedimento, ele deveria ser realizado na própria unidade onde os pacientes se encontravam internados.

A equipe envolvida comprometeu-se, ainda, em sensibilizar os demais profissionais que atuavam no centro cirúrgico, lembrando-os principalmente de que o foco principal e o motivo de estarem ali era o paciente. Segundo os participantes, era necessário lembrar que o setor não é uma sala de estar, que a atenção deve estar totalmente voltada para o paciente e seu acompanhante.

Ficou acordado ao final do trabalho que o grupo apresentaria em reuniões destinadas aos funcionários do setor e em algumas outras unidades do hospital o trabalho desenvolvido, as suas fortalezas e suas fragilidades.

6 PROJETOS DESENVOLVIDOS DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-OPERATÓRIO

Transcorridos os dois meses que o grupo acordou para avaliação das condutas tomadas no setor, realizou-se o encontro em um dia sabidamente com um número reduzido de cirurgia, para não interferir no bom andamento do setor. Nesse momento, cada um relatou suas percepções quanto às modificações realizadas, tanto relacionadas aos demais colegas do setor e aos setores afins quanto aos pacientes e seus acompanhantes. O grupo relatou algumas dificuldades iniciais, como em qualquer mudança, tanto com os setores afins quanto também com os próprios colegas. Para eles, a categoria que menos ofereceu resistência às mudanças foi a médica, talvez porque essa equipe tenha uma grande rotatividade no setor, pois se trata de um hospital escola. A E9 lembrou que no início as mudanças seriam para as crianças e seus acompanhantes e acabou envolvendo e favorecendo todos os pacientes e o setor como um todo.

Nas primeiras entrevistas, como relatado anteriormente, houve inúmeras queixas, entre elas, uma referia-se às macas, nas quais os pacientes iam de suas unidades para o centro cirúrgico. Esse transporte era feito exclusivamente por funcionários do setor em questão e muitos destes estavam no grupo participante da pesquisa. As macas utilizadas nesse transporte, na visão deles, eram duras e desconfortáveis, e os funcionários geralmente as batiam em batentes, elevadores e portas. Com isso, percebia-se um desconforto por parte dos pacientes que, por vezes, permaneciam nelas por um período que podia chegar até 40 minutos, como também exigia um esforço físico muito grande por parte dos funcionários. Para tentar sanar esse problema foi decidido pelo grupo que os pacientes seriam transportados ao centro cirúrgico em suas próprias camas, sendo, assim, comunicado a todas as unidades do referido hospital o novo processo que seria usado para o transporte.

No início, houve algumas dificuldades quanto ao tamanho das camas e ao não convencimento de todos os envolvidos quanto à mudança. Somente após 15 dias do início da mudança, foi percebido por todos o quão essa atitude favoreceu não somente aos profissionais, como também aos próprios pacientes. Durante as observações no setor, os pacientes comentaram: “*que diferente de outros hospitais, indo em cama. Que chique.*”

Para as cirurgias de pequeno porte, como as de oftalmologia ou otorrinolaringologia, os pacientes continuaram sendo encaminhados em macas, mas a equipe disse que estava mais atenta, evitando batidas nas portas e batentes.

Sobre essa mudança, os participantes comentaram:

A troca de macas por camas cirúrgicas ao realizar o transporte do paciente de sua unidade de origem para o centro cirúrgico e vice-versa, a cama é leve e fácil e também não tem o esforço de ficar passando para a nossa cama, então é uma vez só, você vai lá pega ele, traz com a cama dele mesmo. Isso melhorou muito. (E9).

Agora a gente busca os pacientes com a cama deles, isso ajudou bastante no nosso esforço. Agora o paciente se sente mais confortável e as camas são bem mais leves, isso ajudou bastante, teve uma mudança bem radical no nosso dia a dia por conta disso. (E2).

A cama é mais fácil para levar o paciente, você não tem que passar o paciente da maca para a cama, melhor na questão da ergonomia e quando você chega no setor para entregar o paciente no pós-operatório a necessidade de apenas um funcionário daquele setor para receber o paciente, então facilitou a vida de todo mundo tanto nossa quanto do próprio usuário. (E6).

A gente percebe que não adianta você colocar as melhores coisas se as pessoas que trabalham não fazem o melhor, mas na grande maioria já teve bastante melhora, pois o

paciente vem aquecido, não precisa sair da cama, passar para outra maca que é mais perigosa. Essa não ele vem na própria cama. (E2).

Chama a atenção nesses relatos que um dos fatores que mais contribuíram para essa mudança foi os benefícios que os profissionais observaram no seu cotidiano, como não ter muito esforço físico. Nesse sentido, quando buscamos tornar os processos mais humanizados, deve-se levar em conta também as condições de trabalho dos profissionais, como destacado por Fontana (2010), quando cita que em algumas instituições há a falta de recursos humanos e um número reduzido de funcionários, tornando, assim, o ambiente por vezes desumano. Outro fator que colabora para a não efetivação da humanização é quando as relações entre os profissionais não são respeitadas. Isso tudo não justifica o cuidado pouco humanizado e ético, mas nos faz pensar que, se o profissional estiver mais vulnerável a riscos físicos e emocionais, há o favorecimento da (des)humanização. Percebe-se, portanto, que medidas como a apresentada trazem aos pacientes e à equipe uma assistência de qualidade, encorajamento e segurança, além do conforto físico (Pott, Stahlhoefer, Félix, & Meir, 2013).

Outra intervenção efetivada foi o uso de máscaras por pacientes que precisassem tirar a prótese dentária, evitando constrangimentos. Essa ação foi aceita por todos os profissionais, e sempre que se percebia o mínimo constrangimento por parte de algum paciente a máscara passou a ser oferecida. Percebeu-se que os pacientes com máscaras conversavam mais livremente, quando antes eram respondidas somente as perguntas feitas, sempre com a boca coberta por uma das mãos. Essa medida provavelmente foi um detalhe importante na dignidade dos pacientes.

Outra queixa presente nas entrevistas foi a falta de um espaço exclusivo para as crianças e seus acompanhantes, enquanto aguardam serem chamados para as salas cirúrgicas. Usando o mesmo espaço já existente no pré-operatório, e que é de uso comum, foi adaptada uma parte dele para as crianças. Foram comprados pela equipe dos 10 envolvidos painéis com motivos

infantis e feito um mural, indicando que esse espaço se destinava às crianças. Nesse mesmo espaço foram colocadas mesas e cadeiras infantis doadas pelo setor de cirurgia pediátrica do referido hospital. Por fim, foram colocados jogos e brinquedos para as diversas idades atendidas, esses brinquedos foram doados por uma anestesiológica que trabalhava no setor e que se sentiu muito tocada pelo trabalho realizado pela equipe.

Segundo Alcântara, Shioga, Lima, Lage e Maia (2013), com a presença do lúdico, a criança pode demonstrar seus sentimentos e ainda entender a rotina de um hospital, além de compreender a quais procedimentos será submetida, facilitando, assim, sua colaboração no tratamento. A brincadeira ajuda no vínculo criança-profissional.

Conforme os participantes:

Melhorou bastante. Quando as crianças chegam no pré-operatório, tu tens já um ambiente para elas, têm cadeirinhas, têm joguinhos, brinquedos para a faixa etária, e isso foi muito bom legal. (E2).

Com certeza, crianças chegando ali e já correndo na mesinha catando os brinquedos, os pais interagindo com a criança ali, ou outros profissionais mesmo ali interagindo isso mudou. Para melhor com certeza. (E4).

Sim melhorou bastante também porque o espaço ficou mais reservado para as crianças, onde elas podem ficar brincando, então tem mesa para desenho, carrinhos. (E7).

Eles ficam no mesmo espaço, só que ali houve umas mudanças, tem uma decoração própria para a criança, têm brinquedos que foram colocados ali, coisas assim, detalhes que se identificam com as crianças, tirando um pouco de centro cirúrgico, do técnico, puramente técnico, então o ambiente é o mesmo, porém essas mudanças elas foram muito importantes. (E1).

As crianças descem mais tarde, quando todo pessoal já entrou nas salas né, então elas se distraem riscando, tem um carrinho, e elas brincam com esses carrinhos no hall, com o carrinho a mãe acompanha, então nesse sentido melhorou bastante. (E5).

Ah com os pais mudou, mudou o ambiente, foi colocado uma salinha de recepção para as crianças e os pais, então a criança se sente acolhida ali porque ela fica em um ambiente menos estressante, fica ali brinquedos agora, então ela fica ali, brinca e o pai fica ali ao lado acompanhando, eu acho que isso melhorou bastante. (E9).

Ah eu acredito que sim, porque os pais chegavam muito ansiosos, filho é filho, e agora com aquele ambiente próprio para ele a gente já mostra um brinquedinho para a criança, a mãe já tenta ensinar como que mexe, como é que faz. Tanto é que a criança fica relaxada, e distraída e os pais relaxados assim, como é que como vou te explicar, no bom sentido né. (Risos). (E8).

Lembrando que no período pré-cirúrgico toda a família se desgasta e sofre. A ansiedade pré-operatória dos pais parece ser muito maior que a das crianças, por ser causada pela separação de seus filhos, pela necessidade destes passarem por procedimentos invasivos, bem como a anestesia e a própria cirurgia. Os pais, além de tudo, se preocupam ainda mais quando é a primeira cirurgia do filho, o fato de a criança ser muito nova, se dará certo e se terá êxito tanto na cirurgia quanto em sua recuperação (Moro & Módolo, 2004). Pode-se observar, de acordo com os relatos dos participantes, que esse espaço proporcionou uma maior tranquilidade para os pais e crianças:

Eles ficam ali em um momento mais lúdico onde eles podem brincar, socializar com os funcionários, ficou um momento mais tranquilo, com as crianças. (E7).

Ah o espacinho das crianças ficou muito útil sim, e os pais gostaram, até quando o médico vem conversar, a mãe ou a gente vai conversar com a criança já fica ali

brincando, com a caixa de brinquedo, a criança se solta mais, já para de chorar, fica mais tranquila, acho muito útil sim. (E10).

Sim fica mais tranquila, os pais ficam até mais animados. Ficam mais tranquilos porque a criança fica ali brincando, não ficam chorando, não ficam ansiosos nem com medo, isso ajudou bastante. (E2).

No sentido de você dispensar mais tempo com o paciente, com os familiares, com os pais, com as mães, as dúvidas deles e então a gente está mais preocupado também com esses valores, de estar do outro lado, então tudo acaba fazendo com que a gente mude um pouco a rotina em função desse benefício para o paciente, para a criança, para os pais. (E1).

O brincar no hospital pode se tornar algo prazeroso tanto na sua espontaneidade quanto nos cuidados feitos pelos profissionais junto às crianças. O brincar é reconfortante para os profissionais, para a criança e seus pais. Não se pode esquecer que, apesar de estar em um hospital, elas não deixam de ser crianças (Mitre & Gomes, 2004).

Quando existe a necessidade de uma cirurgia, isso envolve uma sobrecarga emocional para toda família, principalmente para a criança. A presença dos pais ou de algum acompanhante durante a indução anestésica ou programas de preparação pré-operatórios pode ser útil para a criança e para os pais, por reduzir a ansiedade, o medo do desconhecido e ser mais acolhedor (Moro & Módolo, 2004).

É importante destacar, em relação a essa ação, que ela só foi possível pelo comprometimento dos profissionais em sua construção e execução. Quando há participação dos envolvidos nessas etapas, a ação faz sentido, tem importância para eles. Conforme Montero (2004), quando é dado o impulso para qualquer mudança pela comunidade, há a possibilidade de busca da promoção da qualidade de vida dessa comunidade, além da promoção de mais autonomia ao grupo. Concordamos com Matumoto (2003), quando este diz que, se uma equipe

se reúne para discutir como prestar cuidados a pacientes e suas famílias, abre espaço também para cuidar de si e da relação com os outros profissionais envolvidos e dos problemas que podem emergir nesse processo.

Outra preocupação que havia sido citada por todos os envolvidos, e até pelos não envolvidos diretamente na pesquisa, por meio de conversas informais ocorridas nas observações, eram os ruídos, discussões, passagem de carrinhos e telefones tocando a todo momento. Na intenção de diminuir essa queixa, o grupo decidiu que os pacientes, quando chegassem ao centro cirúrgico, seriam imediatamente encaminhados para a REPAI. Esse foi o local escolhido pelo grupo por ser um local de baixo ruído, aquecido e com uma equipe que nas primeiras horas da manhã pode dedicar-se exclusivamente a esses pacientes. Já os demais pacientes que iam para o centro cirúrgico em outro horário passaram a ficar na REPAI enquanto aguardavam a arrumação da sala cirúrgica, conforme demanda do local. Esta é uma intervenção que se pretende estender a todos os pacientes que adentram o centro cirúrgico e não somente aos primeiros pacientes do dia ou conforme disponibilidade da REPAI.

Eles chegam e ficam aguardando ali para ir para a cirurgia, isso também foi muito bom, porque eles ficam em um lugar que é aquecido, um lugar com menos ruídos, porque no pré-operatório havia muitos ruídos por causa de vários profissionais, cada um pedindo uma coisa e isso atrapalhava muito o andamento e a percepção do paciente para com o ambiente. Sim melhorou, eu acredito que em 80%, porque eles ficam na recuperação, ficam esperando, aí não tem mais ruído como antigamente, né, a gente tem observado mais isso e cuidado num todo assim. (E1).

Mudou no sentido de que alguns pacientes eu posso chamar antes do término da cirurgia anterior, dependendo do fluxo da REPAI para que ele aguarde ali. É melhor do que o corredor, porque ainda não dispomos de uma sala para pré-operatório propriamente dito. (E4).

Eu acho que mudou bastante em relação a conforto do paciente, pelo fato de não permanecer lá na frente no pré-operatório enquanto aguarda para ir para a sala de cirurgia. Que é uma das coisas que me incomodava muito. (E5).

É um espaço mais reservado, é um ambiente que tem menos ruídos, é menos estressante, menos circulação de pessoas, é um local mais adequado, melhorou bastante. (E9).

Quando se permanece em um ambiente com ruídos diariamente, o estado físico e psicológico pode ser afetado, gerando alterações na comunicação, menor rendimento, fadiga, estresse e acidentes de trabalho (Aurélio, 2010; Zapparoli & Marziale, 2006), interferindo nas relações de trabalho e de cuidado. Nessa perspectiva, a alteração do local foi importante para uma maior humanização nesse setor. Conforme a técnica em enfermagem E8:

Eu achei essa ideia trazer os pacientes para a REPAI, num lugar mais arejado, um ambiente mais tranquilo, eu acho que isso também veio a acrescentar melhora da ansiedade do paciente, onde eles estão agora na REPAI é um local ideal para eles, com mais silêncio. (E8).

Ruído é todo e qualquer som que seja desconfortável ou desagradável, podendo causar nos indivíduos efeitos negativos ou ainda reações fisiológicas e psicológicas, desde que superem os limites de tolerância regulamentados (MS, 2000). Portanto, o cuidado livre do excesso de ruídos e sons no ambiente tem papel importante para o conforto e segurança dos pacientes, assim como para a execução das tarefas executadas pelos profissionais (Oliveira, Kakehashi, Tsunemi, & Pinheiro, 2011).

Ainda em relação a ruídos, uma outra queixa feita pelos participantes referia-se ao barulho que os carrinhos de inox faziam ao circularem pelos corredores do centro cirúrgico, em virtude da entrega de materiais nas salas cirúrgicas. Para isso, foi enviado pela pesquisadora um documento para o setor responsável para que, se possível, fosse realizada a manutenção nas rodas, diminuindo, assim, o barulho nos corredores. A solicitação foi atendida prontamente e

acordado com o setor que mensalmente ou sempre que necessário a manutenção seria realizada. Nesse caso, com a lubrificação das rodas, além da diminuição do barulho devido a rodas travadas, notou-se que o peso dos carrinhos diminuiu.

O grupo participante desta pesquisa se envolveu no dia a dia quando percebia alguma movimentação acima do permitido, agitação, risadas e comentários inapropriados frente a algum paciente ou acompanhante. Nessas situações era solicitada menos empolgação e mais respeito com os demais presentes. Aos poucos o número de envolvidos, mesmo não estando no grupo de pessoas participantes da pesquisa, foi crescendo, o que se deveu ao fato de o grupo agir como multiplicador, convencendo os demais profissionais das melhorias que aconteceram no setor. Até o fim da pesquisa, a classe médica atuou somente como coadjuvantes, foram poucos os que criaram vínculos enquanto realizaram sua passagem pelo setor, como os residentes. Já os professores titulares demonstraram simpatia pelas melhorias realizadas e fizeram alguns elogios no sentido de que aos poucos as mudanças estavam sendo vislumbradas.

Percebeu-se que os participantes passaram a se sentir orgulhosos por estarem conseguindo mudar algumas situações, que eram percebidas como problemas. Ao se reunirem, as ideias fluíram e as pequenas soluções foram aos poucos encontradas por eles próprios. Sentiram-se felizes e orgulhosos com suas ideias, aceitação pelo grande grupo e implementação, do que um dia era só ideia, e hoje foi concretizada em uma ação no setor.

Nesse sentido, assim como postulado por Campos (2007), as mudanças na comunidade devem se iniciar pela transformação das pessoas, quando elas se sentem responsáveis pelo seu futuro, sentem-se mais confiantes para mudá-lo. A comunidade deve fazer algo que represente um bem social e possa até modificar o próprio grupo. Ao pensar em comunidade, fala-se no dia a dia, no cotidiano. Falar de comunidade, segundo Campos (2007), é falar sobre vida cotidiana, vida em comum, coletividade.

Teve-se, portanto, a adequação do lugar de espera dos primeiros pacientes do dia na REPAI, a circulação dos pacientes oriundos de suas unidades para o centro cirúrgico em suas próprias camas, o espaço infantil, a não realização de exames (inspeção corporal) na sala de espera do pré-operatório e a oferta de máscaras cirúrgicas aos que não se sentiam confortáveis sem ela. Entre as ações propostas, teve-se apenas uma que não foi efetivada, a colocação de divisórias no espaço destinado à recepção de todos os pacientes no centro cirúrgico. As divisórias são uma reivindicação antiga do setor. Inúmeras solicitações foram encaminhadas para o setor responsável nos últimos cinco anos, sem que haja uma resposta positiva. Por vezes, a alegação é a falta de verba pela instituição, em outras, é a falta de material disponível para a confecção das divisórias ou, ainda, a falta de pessoal capacitado para a realização do serviço. Essa divisória seria ideal no setor, pois permitiria separar os pacientes adultos das crianças e seus familiares, proporcionar mais privacidade para todos, uma vez que este é um momento muito delicado, em que os pacientes se encontram com poucas ou nenhuma vestimenta, cobertos apenas por lençóis, e por vezes ansiosos, chorosos e com medo do procedimento cirúrgico.

7 ANÁLISE DOS ENCONTROS E DOS PROJETOS A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PARTICIPANTES

Passados dois meses das intervenções na área operacional e do último encontro, era a hora da avaliação, por meio de entrevistas com os participantes da pesquisa, se os encontros e as propostas realizadas pelo grupo teriam repercutido no setor e o que havia ficado para cada integrante do grupo; a importância e o papel da humanização tanto para os profissionais quanto para a instituição; e onde ainda seria necessário melhorar.

Pelas respostas dadas nas entrevistas quanto a melhorias a serem feitas, observa-se que ainda há um longo caminho a ser seguido para a efetivação de ações de humanização no setor, como pode ser observado em suas falas:

Isso é uma questão de cultura e não se muda assim em tão pouco tempo, a mudança assim, é muito discreta ainda. (E7).

Eu acho que sim, ainda temos melhorias no acolhimento a realizar, sempre vai existir, sempre tem uma parte dos funcionários que pensa em atender bem o paciente, do momento de você chegar e conversar com o paciente. (E2).

O espaço ainda não foi resolvido, o espaço continua aberto, o fluxo de pessoas ainda é grande, os carrinhos, apesar de o corredor ser amplo a outros que a gente conhece mesmo assim ainda um pouco dificultoso. (E1).

É tem ainda sim, porque como é um trabalho que tem que ser realizado por todos não adianta um pouco, ou alguns, um ou outro estar nessa visão, então algumas pessoas ainda sem o conhecimento ainda não agem de acordo com essa nova diretriz ou essa nova visão de acolhimento aqui no centro cirúrgico. (E9).

Eu acho que melhorou bastante, pode ser um ponto ou outro, no pré-operatório ainda temos os carrinhos que ficam circulando ali, que fica ali, algumas pessoas que ficam transitando ali, gritando, passa muito material ali ainda, mas com o paciente mudou bastante. Para nós continua uma rotina estressante, mas para o paciente mudou bastante, isso melhorou. (E8).

Eu acho que tem de melhorar, as divisórias, melhoraria o ambiente físico, diminuição de circulação de pessoas, participação de todos, de gestores. (E7).

A não adesão de todos os profissionais do setor nas intervenções, provavelmente, se deu pela descrença no setor, no hospital e, por que não dizer, na vida, isso segundo a narrativa deles próprios em conversas informais durante as observações. Alguns desses profissionais possuíam uma idade que ultrapassava os 55 anos e não acreditavam que as coisas pudessem ser mudadas, pois, de acordo com eles, há mais de 20 anos “*as coisas funcionam assim e não é agora que as coisas irão mudar*”. Qualquer projeto que tenha o mínimo de exposição ou que possa vir a criar certas animosidades entre equipes é motivo para a não adesão nas intervenções. Os profissionais tinham um certo receio de pedir para que os outros falassem mais baixo ou diminuíssem o uso do celular, muitas vezes por conta da cultura do poder médico, que pode gerar a intimidação nos profissionais, criando uma barreira para a cobrança de mudanças de atitudes nestes, pois a maioria dos profissionais médicos e professores de medicina, do setor, tem dificuldade em aceitar o saber da enfermagem e de outros profissionais, e principalmente em aceitar sugestões. Esse tipo de relação também precisa ser discutido e desnaturalizado. Todos os profissionais envolvidos nos processos de saúde precisam tomar posse do seu saber e do seu poder, construindo, desse modo, relações igualitárias, que certamente irão contribuir para um atendimento mais humanizado. Enquanto a hierarquia predominar nas relações de trabalho, dificilmente teremos relações igualitárias com os usuários do sistema de saúde. Nesse sentido, os encontros proporcionaram uma maior emancipação da equipe de enfermagem para que

pudessem se posicionar diante dos outros profissionais, fazendo com que aos poucos pedissem a adesão desses outros profissionais.

Segundo os entrevistados, para que as mudanças fossem mais efetivas, era necessária a participação de gestores, profissionais e usuários, conforme preconizado pela política de humanização do SUS. Tal constatação fica evidente quando perguntado para eles o que era a Política de Humanização, como segue:

Em relação à humanização, eu acho que o hospital, ele tem que comprar realmente essa prática, eu não diria prática, mas a parte da humanização, porque toda a aplicação que a gente faz com o paciente, com os funcionários, o hospital só tem a ganhar não tem nada a perder. (E7).

Consegui entender que é um trabalho em conjunto, dos gestores, trabalhadores, dos usuários e acredito que para não sobrecarregar, eles trabalham com redes, né, de atendimento para não sobrecarregar cada uma dessas partes. (E2).

O que eu consegui absorver é que a Política de Humanização é um processo, e o próprio sistema, e para leigos é difícil de entender o sistema né, mas o que ficou que são processos que se baseiam, como diz o governo, em ética, em política e estética. (E4).

Então a essência né da Política de Humanização é tranquilizar né os familiares, os pais, as mães das crianças, ter uma visão diferente daquilo que vai enfrentar e essa sensação de tranquilidade, de segurança para mim é o principal. (E1).

Que devemos acolher como um todo e fazer um sistema humanizado tanto paciente quanto a equipe de enfermagem deve ser uma rede organizada, todos devem cooperar entre si. (E6).

Eu acho que um tem que ser o apoio de outro, instituição, funcionário e paciente. A instituição está pronta para o atendimento, o funcionário está pronto para receber, o

paciente ter informação. Nós temos que andar todos de mãos dadas para que o barco ande porque se um desviar tudo desvia. (E8).

É que ela vê que todos nós somos responsáveis pela saúde, nós como profissionais, os profissionais e os gestores do serviço, e todos nós temos direitos, todos nós temos deveres e se todos se ajudarem e conseguirmos termos uma comunicação. Cada um vai ter o seu papel para desempenhar. (E7).

A Política de Humanização que veio do SUS é um direito de todos, e se estendeu a todas as entidades, que o acolhimento é a atenção especial ao paciente. (E10).

Nota-se que, após as ações, os entrevistados passaram a ter uma melhor noção do que se trata a humanização e dos fatores que influenciam na sua implementação ou não. Nos relatos anteriores, fica evidente a necessidade de todos os envolvidos no processo de saúde estarem unidos para atingir um objetivo comum, como uma comunidade.

Ao falar em comunidade, fala-se em relações igualitárias, que se dá entre pessoas que possuem tanto direitos quanto deveres iguais. Cada sujeito é singular e deve ser respeitado como tal. Segundo Montero (2004), a comunidade tem integrantes que são ativos, com voz própria, com capacidade de ter atitudes e tomar decisões, podendo ser inclusos no processo de construção do conhecimento.

O centro cirúrgico é considerado um local onde são realizados procedimentos de alta complexidade, muita tecnologia e procedimentos que invadem a privacidade dos pacientes, portanto é preciso que a equipe multiprofissional que ali atua esteja conscientizada da importância de ouvir, olhar, tocar, pois um paciente tranquilo e seguro irá contribuir para o tratamento e sua recuperação (Bedin, Ribeiro, & Barreto, 2005).

O acolhimento não se atenta somente à escuta propriamente dita e sim à qual é o tipo de escuta que se oferece, ou seja, a qualidade da escuta. Não no sentido se é boa ou ruim, mas realmente daquilo que se quer escutar (Ayres, 2004). Nesse sentido, o acolhimento é efetivo

quando as relações são feitas de maneira humanizada, envolvendo profissionais da saúde, gestores, todas as instâncias políticas, a sociedade e a própria instituição. Isso porque esta deverá estar intimamente ligada com o tema, para que o usuário tenha satisfação no seu atendimento e uma escuta de qualidade, além da resolutividade do seu problema (Gomes, Rios, & Vêras, 2013).

Sobre a importância do acolhimento, os entrevistados afirmaram:

Sim, se você atender bem o paciente, você acolhendo bem ela vai ter uma recuperação melhor. (E2).

É importante, acolhimento é muito importante e, além de todos, a interação entre eles. Paciente e funcionário é uma rede mesmo que funciona, para funcionar bem em prol de todos. (E4).

Sim ele vai auxiliar no processo do tratamento e uma pessoa mais estressada, mais desconfiada ela já vai entrar na sala com um processo de recuperação mais comprometido você observa, uma pessoa que está mais tranquila, mais confiante, ela tem uma resposta melhor no tratamento. (E7).

O local por onde ele vai passar por um procedimento que é traumático para ele então esse pré ele tem que envolver várias coisas, a parte da cirurgia, a parte do pós-operatório, tem que ser explicado para ele, ali nesse setor é importante que não haja exposição do paciente. (E1).

No entanto, houve dificuldades para a adesão de outros profissionais:

Sim porque como é um trabalho que tem que ser realizado por todos não adianta um pouco, ou alguns, um ou outro estar nessa visão, então algumas pessoas ainda sem o conhecimento ainda não agem de acordo com essa nova diretriz ou essa nova visão de acolhimento aqui no centro cirúrgico. (E1)

Então eu sinto assim que tem que ter um investimento muito alto, aborrece a gente, fico assim quando acontece essas coisas, sem conhecimento de nada, porque são esses profissionais que vão cuidar de mim mais tarde. (E5).

A dificuldade de alguns profissionais em proporcionar o acolhimento pode estar relacionada ao fato de que, para que ele ocorra, segundo Giron e Berardinelli (2015), é preciso “estar com” e “estar perto de”, o que pressupõe ver o outro que está diante do profissional como um outro que tem o seu saber, o qual deve ser valorizado, proporcionando uma maior autonomia do sujeito sobre o seu processo de saúde e doença (Tagliamento, 2014) e reduzindo o seu estresse frente à cirurgia.

Observou-se também a necessidade do trabalho em equipe para a efetivação da humanização e acolhimento. No entanto, como pontuado por E2:

A classe médica, os próprios da enfermagem, isso vai levar um tempo para melhorar, porque isso é uma questão de pessoal, porque uma coisa de tratamento, de como se comportar com o outro, como você se reportar ao outro e isso você não ensina assim. (E2).

Nesse sentido, segundo Saupe, Cutolo, Wendhausen e Benito (2005), o trabalho com equipe multidisciplinar é feito de acertos e erros. Para que a equipe possa desenvolver um bom trabalho, é necessário que se inclua o respeito ao outro, aceitar sugestões que não as suas, ter humildade, respeitar as limitações, saber ouvir, respeitar lideranças e ter empatia. O que pode ser proporcionado por mais ações como as empreendidas neste trabalho, onde, a partir de um espaço democrático, horizontal, pôde-se construir e implementar ações de humanização no pré-cirúrgico e proporcionar o fortalecimento do vínculo entre os participantes do grupo.

Sobre as mudanças que ainda são necessárias no setor, os entrevistados afirmaram:

Ah, eu acredito que sempre tem uma coisa para ser mudada, a estrutura física. Carece de espaço físico, mais divisórias porque a gente ainda está no pré-operatório, pós-operatório. (E2).

Acho que os dias têm coisas para mudar e é importante nós ficarmos atentos a essas mudanças e buscar para que a gente possa atender melhor. (E7).

Tem que melhorar principalmente o número de pessoas, para que se possa fazer isso de acordo e no espaço físico ainda, ainda falta algumas coisas ainda. (E1).

Eu acredito que sim, é um trenzinho que está indo devagarinho, mas está juntando conexões e vagões pelo caminho, porque a gente percebe isso com colegas de trabalho, antes a gente ouvia muita reclamação, hoje já está mais calmo, e então parece que vem assim juntando pecinha por pecinha. (E5).

Nota-se nas falas dos entrevistados que muitas das mudanças que ainda precisam ser feitas dependem da gestão, da administração do hospital. No entanto, o hospital pesquisado vem passando por mudanças na sua gestão, e tem vivenciado inúmeras crises, tanto financeiras quanto político-administrativas, gerando dificuldades e descrença por parte de alguns colaboradores, e dificuldade nas relações e processos de trabalho. Muitas propostas, às vezes, limitam-se a vitrines para a população, sem efetividade. A instituição vem sofrendo com faltas diárias de insumos básicos para o cuidar, como roupas de cama e medicações. Novas contratações foram realizadas em recursos humanos, porém o pequeno aumento de atendimentos gerado com as novas contratações agravou a falta de insumos.

Para alguns dos entrevistados, a gestão é parte fundamental para a efetivação da humanização no hospital, como pode-se observar nas falas a seguir:

Definir os processos de trabalho e disponibilizar é, ambiente, capacitação, profissionais, enfim os insumos necessários, enfim todos os recursos necessários. (E6).

Ah tem de oferecer condições no espaço físico e na quantidade de pessoas. É manter, um lugar privativo para ele para que ele se sinta protegido naquele lugar. (E1).

A instituição. Cabe a instituição prover todos os insumos, todos os equipamentos. (E7).

A instituição, ainda falta planejamento, falta capacidade de gestão dentro da área de saúde tinha que esquecer de pensar em planos políticos e pensar especificamente no bem-estar do paciente tinham que assumir, vestir a camisa.... Não tem uma sala, um ambiente, uma sala para reunião. A instituição, a gente sente que é muito ausente, reuniões são feitas fora do centro cirúrgico, de vez em quando eles devem acompanhar o que acontece aqui. (E5).

Acho que deveria ter mais respeito, mais orientação, e a instituição é a parte dele na humanização seria, insumos materiais, e infraestrutura né, parte de administração recursos humanos. (E10).

O gestor tem que prover os recursos, o pagamento dos nossos salários tudo isso e hospital também é prover os recursos os materiais, segurança também para o nosso trabalho e a recuperação do paciente. (E4).

Dos gestores, acho que é a parte mais burocrática, colocar mais funcionário, insumos para que as coisas aconteçam, ocorram bem. (E2).

Quando se aceita um cargo para a gestão hospitalar, com ele aceitam-se desafios, como amenizar opiniões divergentes das diversas categorias envolvidas. Não basta realizar o controle da administração, mas é necessário também planejar, traçar estratégias, prever e controlar gastos, além da satisfação e resolutividade dos processos (Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto, & Simioni, 2010). Quando um profissional da saúde não recebe atenção devida e merecida, isso favorece que suas ações sejam desprovidas de sentimentos e emoções, executando suas tarefas de modo mecanizado. É preciso que os gestores repensem a valorização

desses profissionais. Quando o cuidado pouco humanizado chega ao profissional da saúde que está no processo de cuidar, o próprio ser cuidado sofrerá com isso. A humanização não deve estar somente ligada à qualidade do serviço prestado, é preciso lembrar de cuidar do cuidador, ou seja, do profissional da saúde (Deslandes, 2004).

O SUS é construído pelos gestores, profissionais e usuários, tendo eles maior ou menor governabilidade, maior ou menor poder nas decisões, nas práticas de saúde e na situação de saúde que vivenciamos nos dias de hoje (Menezes, 2013). Pelos comentários a seguir e pelos anteriores relacionados à gestão, fica evidente que o grupo percebeu a importância de todos e de cada um na melhoria da assistência do hospital como um todo:

Cabe a ele (profissional) a tratar bem o paciente, a se colocar no lugar do outro, respeito, cordialidade, tentar resolver um problema, até dos próprios familiares. (E2).

Eu acho que cada um dentro do seu processo tem que fazer aquilo que já é preestabelecido, você cumprir adequadamente com seu, com sua rotina, você é respeitar as normas da instituição, você, como eu poderia dizer, você estar é procurando informações sobre os processos da instituição você já estará colaborando. (E1).

Eu posso dar um exemplo assim, ele (paciente) tem que cooperar dentro das nossas normas, nós temos normas aqui, como nosso caso aqui que é ficar em jejum, o paciente tem que ficar e jejum. (E1).

Ser cordial e poder sanar alguma dúvida que ele tenha o não. Não tratar ele apenas como um número né, o paciente tem que ser respeitado, tem que ser orientado, tratá-lo como eu gostaria de ser tratada. (E10).

Nós trabalhadores respeitando os pacientes, respeitando aquele momento, tentando tornar esse momento mais fácil, mais acolhedor possível. (E7).

Quando não existe a comunicação e a valorização tanto do profissional quanto do usuário ou entre os profissionais e gestores em saúde, será menor a possibilidade de sucesso no atendimento da população (Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2005). O profissional de enfermagem deve buscar diariamente um encantamento para continuar seu trabalho, pois convive com a dor, tristeza e morte, e, como relatado pelos entrevistados, com condições de trabalho muitas vezes ruins. A busca por esse encantamento, contudo, é facilitada quando há um ambiente laboral onde exista a alegria, o lúdico e o prazer (Lima Jr., Souza, Machado, & Castanha, 2008), o que o grupo participante da pesquisa buscou proporcionar por meio das alterações feitas no espaço do setor.

Diante da dor, da falta de esperança ou ainda da incerteza, houve muitos pacientes e familiares agradecidos pelo atendimento que lhes foi dado, pode não ter sido o ideal e o merecido, mas foi o possível para o momento, como pudemos notar durante as observações que realizamos após a implementação das ações no setor. A recompensa pelo trabalho feito com dedicação e carinho veio em frases ditas por pacientes e acompanhantes, como estas: “*Vocês trabalham felizes*”, ou ainda: “*São anjos de branco, tenho certeza que cuidaram bem de meu filho*” e “*Vocês merecem nota 11 pelo atendimento*”.

Nota-se que o grupo envolvido nas intervenções foi percebendo a possibilidade de novas formas de relações e sentindo-se desconfortável com o comportamento dos profissionais que não tratavam bem os pacientes e seus familiares, sentindo-se fortalecido para levantar a bandeira da humanização. A existência de respostas indelicadas ou incompletas não era mais aceita, e os comentários quanto ao bom atendimento eram bastante valorizados e repassados aos demais como incentivos para a continuidade das mesmas ações que resultaram nesses agradecimentos espontâneos por parte de familiares ou dos próprios pacientes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção de como se dava o acolhimento evidenciou a falta de uma escuta de qualidade, diferenciada, por parte da equipe para com os pacientes e acompanhantes. Observou-se que os profissionais tornaram-se muito tecnicistas e com isso não lhes restava tempo para um tratamento individualizado dos usuários. No entanto, tratar o usuário como singular que é, é primordial, e sua autonomia sobre o corpo, valores e saberes devem ser incentivados e valorizados. É necessário construir um novo cuidar, agir de modo diferente. Ao cuidar é preciso ter afeto, valorizar a saúde e a vida de quem nos propomos a cuidar. Somente quando nos tornarmos menos tecnicistas, iremos conseguir entender que a pessoa doente tem participação ativa em sua reabilitação e qualidade de saúde. Não se pode fazer um bom cuidado fragmentando uma pessoa, é preciso olhar como um todo. O corpo é do usuário e é ele que poderá ajudar em sua cura e cuidados. O usuário não pode e nem deve ser excluído de decisões sobre seu próprio corpo.

Buscando reduzir a supremacia da técnica sobre as relações de cuidado, os encontros com o grupo de profissionais da enfermagem foram conduzidos a partir das bases da prática em Psicologia Comunitária. Nesse sentido, o grupo, ao se reunir para discutir e coconstruir ações de humanização no setor do pré-operatório, o fez de maneira democrática, sempre respeitando a opinião de cada um e construindo juntos, a partir do diálogo, uma nova realidade para seu cotidiano, de forma crítica e autônoma.

Observou-se que os participantes do grupo pesquisado já tinham as suas opiniões críticas quanto ao fato de o setor não ter um acolhimento de excelência, mas somente a partir de trocas de ideias sentiram-se encorajados e refletiram que se agissem em grupo haveria o sucesso das intervenções, pois, quando se trabalha em grupo, visando ao bem-estar da comunidade, o alcance é muito maior. Apesar do hospital onde se deu a pesquisa ter um

Comitê de Humanização, observa-se que este, talvez pela crise da instituição e a forma de condução das suas ações, não dava conta da realidade. Isso porque não havia uma participação maior de profissionais de diversos setores para a construção e execução dessas ações, conforme a sua realidade.

A construção de um melhor acolhimento foi realizada por todos os envolvidos na pesquisa, pois, ao trabalharmos de uma forma mais democrática e crítica com o grupo, teve-se um bom atendimento aos usuários. Uma ação, por menor que pareça, pode gerar uma “corrente positiva”, tendo reflexos importantes no processo de cuidado. Os profissionais sentiram-se motivados por coconstruir ações de melhorias no atendimento, os usuários bem atendidos sentiram-se valorizados e agradecidos à equipe, motivando-os a construir novas ações.

As ações de acolhimento e humanização realizadas junto aos acompanhantes e demais pacientes foram iniciadas timidamente, mas aos poucos foram se agigantando, pois houve o comprometimento dos integrantes do grupo, que passaram a ser protagonistas do acolhimento no setor. Nesse sentido, concordamos com Guareschi (2007), quando afirma que as intervenções promovem a autonomia do grupo. Percebeu-se que, mesmo diante da crise vivenciada pelo hospital e pelo sistema de saúde, existe a possibilidade de construção de ações importantes de melhorias, desde que os sujeitos sintam-se atores das mudanças.

Deve-se sim cobrar ações dos gestores, do Estado, pois eles têm o compromisso de promover e possibilitar o bom atendimento aos usuários do SUS, mas quando a comunidade sente-se comprometida com as ações, tem a capacidade de gerar grandes mudanças, e de se fortalecer também para fazer o controle social das políticas e serviços prestados.

O excesso de trabalho foi citado como a causa principal para que alguns profissionais do setor ainda achassem difícil a realização da humanização, já que, por vezes, despendiam mais tempo para serviços operacionais ou burocráticos, não lhes sobrando tempo ou

disposição para cuidar de forma humanizada do paciente. Dentro do grupo não houve nenhum integrante que se desestimulasse ou manifestasse a vontade de desistir das intervenções. Ou seja, por mais que houvesse situações adversas, como a não aceitação por todos da comunidade formada pelos profissionais do setor, o grupo lutou pelas mudanças, como postula Montero (2004), para as intervenções em Psicologia Social Comunitária.

O intuito do grupo foi, aos poucos, conseguir mudar algumas rotinas já estabelecidas há muito tempo no referido hospital. O que foi atingido, segundo os depoimentos dos participantes nesta pesquisa e pela observação da pesquisadora, uma vez que algumas ações facilitaram o trabalho dos profissionais, gerou maior satisfação no trabalho e melhorias no atendimento aos pacientes hospitalizados.

Cabe destacar que, por mais que o objetivo principal desta pesquisa fosse a humanização no pré-cirúrgico de crianças de 0 a 14 anos, as ações se estenderam para todos os pacientes e acompanhantes que passaram pelo setor, sendo todos beneficiados. Pelos relatos, entretanto, ainda há um longo caminho a percorrer, muitas pessoas a serem “conquistadas” e incluídas no diálogo sobre humanização, sejam elas gestores, profissionais da enfermagem e das diversas especialidades médicas que transitam diariamente pelo setor.

Sendo assim, recomendamos um número maior de ações, como as realizadas nesta pesquisa junto aos profissionais, voltadas para a educação continuada, com vistas à humanização. Além dessas ações, é necessário promover espaços de trabalho mais acolhedores com os profissionais e escalas de trabalho mais adequadas, pois são fatores que influenciam na efetivação da humanização na saúde.

Apontamos como limite deste estudo, e como sugestão para futuros trabalhos, a inclusão, nos grupos de coconstrução de ações de humanização, de profissionais das mais diversas especialidades, analisando a efetividade dessas ações quando coconstruídas a partir do diálogo democrático entre profissionais que ocupam diferentes posições na instituição,

enriquecendo o processo de discussão e contribuindo com diferentes olhares sobre os processos de saúde.

REFERÊNCIAS

- Alcântara, T. V., Shioga, J. E. M., Lima, J. V., Lage, A. M. V., & Maia, A. H. N. (2013). Intervenções psicológicas na sala de espera: estratégias no contexto da oncologia pediátrica. *Revista da SBPH*, 16(2), 103-119.
- Aurélio, F. S. (2010). Ruído em unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(2), 162-169.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-91.
- Ayres, J. R. C. M. (2006). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, 17(1), 43-62.
- Ayres, J. R. C. M. (2009a). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18(Supl. 2), 11-23.
- Ayres, J. R. C. M. (2009b). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ABRASCO.
- Backes, D. S., Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. L. (2006). A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 132-5.
- Barbosa, L. N. F., & Costa, V. A. S. (2008). Atuação do psicólogo em hospitais. In N. F. B. Leopoldo, & A. L. Francisco (Orgs.), *Modalidades clínicas de práticas psicológicas em instituições* (pp. 21-32). Recife: FASA.
- Barra, D. C. C., Nascimento, E. R. P., Martins, J. J., Albuquerque, G. L., & Erdmann, A. L. (2006). Impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.*, 8(3), 422-30.
- Batista, L. C. (2011). *Depressão no bebê: mito ou realidade?* Recuperado de http://201.31.162.83/cache/www.psicologianaatualidade.com/upload/Depress%C3%A3o_no_beb%C3%A9.pdf?ich_args=49237d2e2afbcd4c80b3c33b18d78430_1_0_0_7_3fb1e9fde6e7def88f900c910093a3555eac0856acd35a3dce898c27c7b819d_0_1_0
- Bauman, Z. (2005). *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Bedin, E., Ribeiro, L. B. M., & Barreto, R. A. S. S. (2005). Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 118-127.
- Bettinelli, L. A., Waskiewicz, J., & Erdmann, A. L. (2004). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In L. Pessini, & L. Bertachini (Orgs.), *Humanização e cuidados paliativos* (pp. 87-99). São Paulo: Edições Loyola.
- Boff, L. (2000). *Saber cuidar. ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.

- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas limitações. *Papaia*, 18(39), 61-72.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 15-23.
- Calegari, R. C. (2012). *Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado* (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Campbell, L. A., Clark, M., & Kirkpatrick, S. E. (1986). Training in stress management for parents and their children undergoing cardiac catheterization. *Am J Orthopsychiatry*, 56, 234-243.
- Campbell, L. A., Kirkpatrick, S. E., Berry, C. C., Penn, N. E., Waldman, J. D., & Mathewson, J. W. (1992). Psychological preparation of mothers of preschool children undergoing cardiac catheterization. *Psychol Health*, 7, 175-185.
- Campos, R. H. F. (2007). *Psicologia social comunitária da solidariedade à autonomia* (13a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2005). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 105-111.
- Chernicharo, I. M., Freitas, F. D. S., & Ferreira, M. A. (2013). Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 564-570.
- Chiattonne, H. B. C. (2003). A criança e a hospitalização. In V. A. Angerami-Camon, H. B. C. Chiattonne, & M. R. Meleti (Orgs.), *A psicologia no hospital* (pp. 23-100). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Christóforo, B. E. B., & Carvalho, D. S. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 14-22.
- Coelho, E. A. C. (2005). Gênero, saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(3), 345-348.
- Collet, N., & Rocha, S. M. (2003). Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(3), 260-264.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 5 de outubro). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Costa, M. A. R., & Cambiriba, M. S. (2010). Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Cienc Cuid Saude*, 9(3), 494-502.
- Costenaro, R. G. S., Daros, A., & Arruda, E. N. (1998). O cuidado na perspectiva do acompanhante de criança e adolescentes hospitalizados. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 2(12), 111-126.

- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em psicologia pediátrica* (pp. 13-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cruz, M. M. (2011). Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In R. Gondim, V. Grabois, & Mendes, W. (Orgs.), *Qualificação de gestores do SUS* (pp. 35- 46). Rio de Janeiro: EaD/Ensp.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 7-14.
- Duarte, Y. A. O. (2006). O cuidador no cenário assistencial. *O mundo da saúde*, 30(1), 37-44.
- Engel, G. I. (2000). Pesquisa-ação. *Educar*, (16), 181-191.
- Federação Brasileira de Psicodrama (FEBRAP) (2011). *O que é psicodrama*. Recuperado de <http://www.febrap.org.br>
- Figuera, J., & Viero, E. V. (2005). Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Rev SBPH*, 8(2), 51-63.
- Figueiredo, N. M. A., Machado, W. C. A., & Porto, I. S. (1995). Dama de Negro X Dama de Branco: o cuidado na fronteira vida/morte. *Rev. Enferm UERJ*, 3(2), 139-149.
- Fonseca, R. M. P. (2008). *Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirurgião Brasil: Trinta anos após o SAEF* (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fontana, R. T. (2010). Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(1), 200-207.
- Furlan, C. E. F. B. (2011). *Avaliação de qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o recebido por clientes e acompanhantes* (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Garcia, A. V., Argenta, C. E., Sanchez, K. R., & São Thiago, M. L. (2010). O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 811-834.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Giron, M. N. L., & Berardinelli, M. M. (2015). O conhecimento em enfermagem sobre humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico; revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line*, 9(Supl. 2), 974-984.
- Gomes, D. J. L., Rios, D. R. S., & Vêras, R. M. (2013). A importância do acolhimento enquanto prática necessária à atenção integral à saúde. In *12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*. Belém, PA.
- Gomes, R. (2002). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

- Gritten, L., Meier, M. J., & Zagonel, P. S. (2008). Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Texto contexto Enfer*, 17(4), 765-770.
- Guareschi, A. P. D. F., & Martins, L. M. M. (1997). Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. *Rev. Esc. Enf. USP*, 31(3), 423-436.
- Guareschi, P. (2007). Relações comunitárias: relações de dominação. In R. H. F. Campos (Org.), *Psicologia social comunitária da solidariedade à autonomia* (13a ed., pp. 81-99). Petrópolis: Vozes.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). Missouri: Mosby Co.
- Humanização. (1998). In *Grande Enciclopédia Larousse Cultural*. São Paulo: Nova Cultural.
- Kboing. (2015). Papel de parede: vaquinha. Recuperado de http://www.kboing.com.br/papeldeparede/m_papeldeparede.php?papel=7250vaquinha
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990, 16 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 20 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990, 31 de dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Lima Jr., J. H. V., Alvim, R. S., Machado, M. C. S. M., & Castanha, A. L. B. (2008). Trabalhador de enfermagem: de anjo de branco a profissional. In *XXXII Encontro da AMPAD* (p. 2). Rio de Janeiro, RJ.
- Martins, A. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 21-32.
- Matumoto, S. (1998). *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde* (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Matumoto, S. (2003). *Encontros e desencontros entre os trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento* (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Mello, D. C., & Rodrigues, B. M. R. D. (2008). O acompanhante de criança submetida à cirurgia cardíaca: contribuição para a enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12(2), 237-242.
- Menezes, E. L. C. (2013). *O que dá certo no SUS que dá certo? Histórias de inovação na produção da saúde na atenção básica presentes na Rede HumanizaSUS* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília.

- Merhy, E. E., & Chakkour, M. (2006). Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In E. E. Merhy, & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 113-150). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (1998). *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. Belo Horizonte: Xamã.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Educação (MEC). Parecer nº 16, de 5 de outubro de 1999. (1999, 22 de dezembro). Fixa as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. *Diário Oficial da União*.
- Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (2000). *Avaliação do ruído em áreas habitadas, visando o conforto da comunidade – procedimento NBR-ABNT10151*. Brasília, MS.
- Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. (2001). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde (MS). (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde (MS). (2007). *Carta dos direitos dos usuários da saúde* (2a ed.). Brasília: MS.
- Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. (2008). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4a ed.). Brasília: MS.
- Mitre, R. M. A., & Gomes, R. (2002). O papel do brincar na hospitalização de crianças: uma reflexão. *Pediatria Moderna*, 7(38), 339-342.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós
- Moraes, M. C. A. F. (2007). *A influência das atividades expressivas e recreativas em crianças hospitalizadas com fissura labiopalatina: a visão dos familiares* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Bauru.
- Moro, E. T., & Módolo, N. S. P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(5), 728-738.
- Mota, R. A., Martins, C. G. M., & Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330.
- Oliveira Junior, N. J., Moraes, C. S., & Marques Neto, S. (2012). Humanização no centro cirúrgico: a percepção do técnico de enfermagem. *Rev. SOBECC*, 17(3), 43-49.

- Oliveira, F. L. C., Kakehashi, T., Y., Tsunemi, M. H., & Pineiro, E. M. (2011). Nível de ruído em sala de parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(2), 287-293.
- Paim, J. S. (2009). *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pott, F. S., Stahlhoefer, T., Félix, J. V. C., & Méier, M. J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem para paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 174-179.
- Ramborger, L. (2013). Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS. *Rede HumanizaSUS*. Recuperado de <http://www.redehumanizasus.net/65555-sus-saude-para-todos>
- Rios, I. C. (2009). *Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora.
- Roberts, M. C. (1995). *Hand book of pediatric of psychology* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Romano, B. W. (1997). A família e o adoecer durante a hospitalização. *Soc. Cardiol. Est. São Paulo*, 7(5), 58- 62.
- Romano, B. W. (1998). *Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia cardíaca das coronárias*. In N. A. G. Stolf, & A. D. Jatene (Orgs.), *Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária*. São Paulo: Atheneu.
- Romero, N. S., & Pereira-Silva, N. L. (2011). O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 332-339.
- Salimena, A. M. O., Andrade, M. P., & Melo, M. C. S. C. (2011). Familiares na sala de espera do centro cirúrgico: sentimentos e percepções. *Cienc Cuid Saude*, 10(4), 773-780.
- Santos Filho, S. B. (2007). Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 999-1010.
- Santos, A. F., Santos, L. A., Melo, D. O., & Alves, A. J. (2009). Estresse pré-operatório: comparação entre pacientes do SUS e conveniados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 269-276.
- Saupe, R., Cutolo, L. R. A., Wendhausen, A. L. P., & Benito, G. A. V. (2005). Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 521-536.
- Schmidt, M. B., & Figueiredo, A. C. (2009). Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 12(1), 130-140.
- Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. (2005). *Manual da humanização*. Recuperado de <http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual>

- Silva, D. C., & Alvim, N. A. T. (2010). Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 427-434.
- Spink, M. J. P. (2010). Psicologia social e saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 12(1), 41-56.
- Tagliamento, G. (2014). A relação entre o profissional de saúde e a mulher trans na “Caverna de Platão”: a dialética e a hermenêutica. *Tuiuti: Ciência e Cultura*, (49), 13-20.
- Tenani, A. C., & Pinto, M. H. (2007). A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arq. Ciência Saúde*, 2(14), 81-87.
- Trentini, M., Paim, L., & Vásquez, M. L. (2005). A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. *Colômbia Médica*, 42(Supl. 1), 95-102.
- Trinca, A. M. T. (2003). *A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil. O procedimento de desenhos-estórias como instrumentos de intermediação terapêutica*. São Paulo: Vetor.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, 31(3), 443-466.
- Universidade Federal Fluminense (UFF). (2014). *Sistema Único de Saúde*. Recuperado de <http://www.uff.br/psienf/sis.htm>
- Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde de Pública*, 14(Supl. 2), 7-18.
- Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E., & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), 1301-1314.
- Vila, V. S. C., & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 10(2), 137-144.
- Zapparoli, A. S., & Marziale, M. H. P. (2006). Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 41-46.
- Zurba, M. C. (2011). *Psicologia e saúde coletiva*. Florianópolis: Tribo da Ilha.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista

Nome:

Idade:

Gênero:

Formação:

Função:

Você poderia descrever como é a rotina do seu trabalho?

Quais são as situações que dificultam o acolhimento no pré-operatório?

Como é a relação dos pais com os profissionais?

Você conhece a política de humanização?

Qual política conhece?

Você acha que o acolhimento é importante? Por quê?

O que você mudaria no seu setor para melhorar o acolhimento?

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que tem por objetivo analisar ações de humanização e acolhimento no pré-operatório de crianças de 0 a 14 anos.

Para a realização da pesquisa, serão realizadas entrevistas audiogravadas iniciais e finais individuais e 4 encontros com 10 profissionais que atuam no pré-operatório. Cada entrevista durará em torno de 45 minutos e cada encontro terá uma duração de 1h30, sendo assim divididos:

- No primeiro encontro, haverá apresentação da Política Nacional de Humanização e as demais existentes pertinentes ao tema.
- No segundo encontro, serão trabalhadas com os profissionais, cenas de acolhimento, a fim de sensibilizá-los para a importância de um atendimento humanizado.
- No terceiro encontro, serão elaboradas estratégias que o serviço poderá fazer para melhorar o atendimento.
- Passados 2 meses, será realizado o quarto encontro para avaliação das estratégias. Esse encontro será realizado como uma Mostra de Boas Práticas, podendo ser aberto a todos os setores do hospital.

A pesquisadora Solange C. de Paula Soares, responsável pela pesquisa, é discente do Mestrado de Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná e poderá ser encontrada no telefone 41 9719-5000 e/ou e-mail solangecps@ig.com.br. A pesquisadora está sendo orientada pela Professora Doutora Grazielle Tagliamento, que é Docente e Pesquisadora do Mestrado de Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná e poderá ser acionada pelo fone 41 9838-0980 e/ou e-mail: grazielle.tagliamento@utp.br.

Para podermos realizar a pesquisa **“Acolhimento de pais/acompanhantes de crianças em um pré-operatório: análise de uma intervenção junto aos profissionais de saúde”**, precisamos de sua colaboração autorizando a sua entrevista e participação nos encontros da intervenção. Esperamos que ela traga benefícios para você, para outros profissionais, para as crianças em pré-operatório e seus familiares, e para a promoção da humanização nesse setor.

Esta pesquisa não apresenta riscos aos participantes, mas, caso algum desconforto emocional seja gerado, você poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer

momento, sem que isto lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo e poderá contar com o serviço de psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.

Garantimos o total sigilo dos dados aqui obtidos, assegurando que o tratamento dos mesmos será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa.

Antecipadamente, agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, declaro que li este termo e recebi informações sobre a pesquisa e que concordo em participar desta pesquisa, além disso, compreendo que poderei interromper a minha participação a qualquer momento.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o(a) Sr(a).

Curitiba, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Pesquisadora Responsável