



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Departamento de Ciências da Saúde – *Campus* Baixada Santista

Curso de Terapia Ocupacional

HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR PEDIÁTRICO: A VISÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Nome do aluno: Gabriela Gallacini Prado

Nome do orientador: Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Local de trabalho: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) –
Campus Baixada Santista

Santos-SP

2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Departamento de Ciências da Saúde – *Campus* Baixada Santista

Curso de Terapia Ocupacional

HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR PEDIÁTRICO: A VISÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Gabriela Gallacini Prado

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado na Universidade Federal de
São Paulo (UNIFESP) – *Campus*
Baixada Santista, para o Curso de
Terapia Ocupacional. Orientadora:
Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-
Figueiredo

Santos-SP

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

PRADO, Gabriela Gallacini.

Humanização no ambiente hospitalar pediátrico: a visão da
Terapia Ocupacional / Gabriela Gallacini Prado – Santos, 2011.
70f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
Federal de São Paulo - UNIFESP - *Campus* Baixada Santista, 2011
Curso: Terapia Ocupacional
Orientador: Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

1. Contexto Hospitalar. 2. Pediatria. I. Lúcia da Rocha Uchôa-
Figueiredo II. Humanização no ambiente hospitalar pediátrico : visão
da Terapia Ocupacional. III. Unifesp - *Campus* Baixada Santista.

CDD 615.8515

Ficha Catalográfica - Biblioteca - UNIFESP, *Campus* Baixada Santista.

Folha de Aprovação

Gabriela Gallacini Prado

HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR PEDIÁTRICO:

A VISÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – *Campus* Baixada Santista, para o Curso de Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa Dra Rosana Aparecida Salvador Rossit

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Assinatura: _____

Profa Dra Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Assinatura: _____

***Toda criança quer
Toda criança quer crescer
Toda criança quer ser um adulto***

***E todo adulto quer
E todo adulto quer crescer
Para vencer e ter acesso ao mundo***

***E todo mundo quer
E todo mundo quer saber
De onde vem?
Pra onde vai?
Como é que entra?
Como é que sai?
Por que é que sobe?
Por que é que cai?***

Pois todo mundo quer...

***“Toda criança quer”
Péricles Cavalcanti***



Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os familiares, amigos e pessoas intimamente ligadas às nossas vidas, que durante o desenvolvimento deste trabalho e nos momentos mais difíceis colaboraram, ajudaram e incentivaram, demonstrando que a superação vale à pena quando temos ao lado pessoas que se importam com nosso sucesso.

Agradecimentos

A Deus por ter iluminado meu caminho e me dado forças para concluir mais uma etapa de minha vida;

A minha mãe Rute, pessoa que tenho maior orgulho de chamar de mãe, por todo amor e dedicação dispensados, pelos momentos em que estive ao meu lado me dando forças e me fazendo acreditar que nada é impossível e nem dura para sempre. Ensinou-me a enxergar e aproveitar sempre o lado bom das situações sem desistir. A você, meu amor mais sincero e meu eterno agradecimento;

Ao meu pai Reinaldo, que mesmo abrindo mão de estar sempre presente para bancar meus estudos, sempre se mostrou interessado em participar o máximo possível de minha caminhada, ajudando, incentivando e ensinando muito com sua força e garra. Foi com você, pai, que desenvolvi meu jeito “moleca” de ser e aprendi que uma boa dose de carinho não faz mal a ninguém. Com sua ajuda me tornei a pessoa que hoje sou. Orgulho-me em dizer que temos a mesma personalidade. Agradeço-o por tudo, te amo;

Aos meus avós Emilia e Sebastião (in memoriam), Amélia e Adauto por sempre torcerem e rezarem para que meus objetivos fossem alcançados, por todo amor que dedicaram. Vocês são meu norte, minha meta. A vocês, meu amor e agradecimento;

Ao meu grande amigo e namorado Gianfrancesco, por ter se mostrado paciente, compreensivo e bondoso nos momentos mais difíceis e turbulentos desta trajetória. Ensinou-me que, muitas vezes, uma ação importa mais do que muitas palavras. Seu apoio e paciência para comigo, principalmente nesta etapa final de minha graduação, fizeram com que eu conseguisse chegar até aqui acreditando e provando ser possível realizar sonhos. Acredito que os finais de semana de confinamento para estudos, privada de diversão e descanso ao seu lado surtiram e surtirão grandes resultados. Deixo aqui meu amor e minha eterna gratidão;

Aos amigos que fiz durante esta trajetória, pela amizade verdadeira construída durante o curso, principalmente àquelas que estavam sempre ao meu lado (Mariane Mendonça, Nathalia Serra e Natalia Putini) tanto nos momentos mais críticos desta etapa de minha vida, como nos momentos mais alegres e entusiásticos. Por todos os momentos de grande aprendizado que passamos nestes quatro anos, meu especial agradecimento;

Às amigas de república e “irmãs postiças” (Camila Moreno, Daniela Hummel e Mariana Trovó) pelo companheirismo, alto astral e pelas muitas e boas risadas. Posso afirmar que estes anos de convivência com vocês foram de grandes e intensas emoções. Agradeço cada momento, mesmo os mais difíceis. Vocês são, em grande parte, responsáveis por meu amadurecimento, ensinando-me que é preciso sempre crescer, porém sem perder a leveza, a sutileza de cada gesto, cada palavra, cada risada. Sem vocês essa trajetória não seria tão prazerosa;

À minha orientadora, professora Doutora Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo pelo ensinamento e dedicação dispensados no auxílio à concretização desta monografia. Ensinou-me a não ter medo de novas experiências. Seu entusiasmo e alto astral contagiam a todos, e, quando menos esperamos, estamos fazendo parte de mais um de seus belos planos para nós. Sem você este trabalho não seria o mesmo. Por todas as

noites em claro, pelo cansaço acumulado, pelo verdadeiro empenho em dar o melhor de si, este é o momento de agradecer. Uma professora que chegou de mansinho e, aos poucos, foi conquistando o espaço e o coração de muitos alunos. Posso dizer que sou integrante de seu fã clube, te admiro em sua força, energia e doçura para com todos. Uma pessoa simples, de coração imenso que merece meu eterno agradecimento;

A todos os professores do curso de Terapia Ocupacional, pela dedicação, ensinamentos disponibilizados nas aulas, pela paciência, cada um, de forma particular, contribuiu para a conclusão deste trabalho e para minha formação profissional e pessoal;

Às Terapeutas Ocupacionais que colaboraram com o pré-teste desta pesquisa. E a todos os Terapeutas Ocupacionais que disponibilizaram um pouco de seu tempo para responder à pesquisa, possibilitando a realização deste trabalho.

Por fim, gostaria de finalizar agradecendo a todas estas pessoas, pelo carinho e compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva. A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para que este trabalho fosse realizado, meu eterno AGRADECIMENTO.

“Mesmo antes de nascer, já tinha alguém torcendo por você.
 Tinha gente que torcia para você ser menino.
 Outros torciam para você ser menina.
 Torciam para você puxar a beleza da mãe, o bom humor do pai.
 Estavam torcendo para você nascer perfeito.
 Daí continuaram torcendo.
 Torceram pelo seu primeiro sorriso, pela primeira palavra, pelo primeiro passo.
 O seu primeiro dia de escola foi a maior torcida. E o primeiro gol, então?
 E de tanto torcerem por você, você aprendeu a torcer.
 Começou a torcer para ganhar muitos presentes e flagrar Papai Noel.
 Torcia o nariz para o quiabo e a escarola.
 Mas torcia por hambúrguer e refrigerante.
 Começou a torcer até para um time.
 Provavelmente, nesse dia, você descobriu que tem gente que torce diferente de você.
 Seus pais torciam para você comer de boca fechada, tomar banho, escovar os
 dentes, estudar inglês e piano.
 Eles só estavam torcendo para você ser uma pessoa bacana.
 Seus amigos torciam para você usar brinco, cabular aula, falar palavrão.
 Eles também estavam torcendo para você ser bacana.
 Nessas horas, você só torcia para não ter nascido.
 E por não saber pelo que você torcia, torcia torcido.
 Torceu para seus irmãos se ferrarem, torceu para o mundo explodir. E quando
 os hormônios começaram a torcer, torceu pelo primeiro beijo, pelo primeiro amasso.
 Depois começou a torcer pela sua liberdade.
 Torcia para viajar com a turma, ficar até tarde na rua.
 Sua mãe só torcia para você chegar vivo em casa. Passou a torcer o nariz
 para as roupas da sua irmã, para as idéias dos professores e para qualquer
 opinião dos seus pais. Todo mundo queria era torcer o seu pescoço.
 Foi quando até você começou a torcer pelo seu futuro.
 Torceu para ser médico, músico, advogado.
 Na dúvida, torceu para ser físico nuclear ou jogador de futebol.
 Seus pais torciam para passar logo essa fase.
 No dia do vestibular, uma grande torcida se formou.
 Pais, avós, vizinhos, namoradas e todos os santos torceram por você.
 Na faculdade, então, era torcida pra todo lado. Para a direita, esquerda,
 contra a corrupção, a fome na Albânia e o preço da coxinha na cantina.
 E, de torcida em torcida, um dia teve um torcicolo de tanto olhar para ela.
 Primeiro, torceu para ela não ter outro.
 Torceu para ele não te achar muito baixo, muito alto, muito gordo, muito magro.
 Descobriu que ela torcia igual a você.
 E de repente vocês estavam torcendo para não acordar desse sonho. Torceram
 para ganhar a geladeira, o microondas e a grana para a viagem de lua-de-mel.
 E daí pra frente você entendeu que a vida é uma grande torcida. Porque,
 mesmo antes do seu filho nascer, já tinha muita gente torcendo por ele.
 Mesmo com toda essa torcida, pode ser que você ainda não tenha conquistado
 algumas coisas.
 Mas muita gente ainda torce por você!”
 (Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

PRADO, G. G. **Humanização no ambiente hospitalar pediátrico: a visão da Terapia Ocupacional.** 2011. 70f. TCC do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo. *Campus Baixada Santista, Santos, 2011.*

Entende-se por humanização, ir contra a negação do outro em sua humanidade, contra a violência. Respeitar o outro como um ser digno, singular, seja este ser paciente, familiar ou profissional. Em saúde, humanizar pode ser interpretado como uma escuta atenciosa, uma boa relação profissional/cliente, a facilitação dos serviços, criação de espaços de ouvidoria e acolhimento, melhorias dos espaços físicos, entre outros. Não há um modelo previamente construído para a humanização. Deve-se trabalhar na lógica do contágio, da inclusão no processo de transformação, que se dá diferentemente em cada lugar, em função da forma como as pessoas, profissionais ou clientes se apropriam dos princípios, diretrizes, metodologias e dispositivos sugeridos pelo Programa Nacional de Humanização. O processo de humanização no ambiente hospitalar pediátrico permite construir e/ou desconstruir constantemente representações recebidas da sociedade ou da educação. Nota-se que o atendimento médico-hospitalar ainda atribui maior ênfase na recuperação do estado patológico da criança, direcionando pouca atenção ao aspecto social da mesma, aspecto este considerado determinante no desenvolvimento desta população. A hospitalização pode provocar na criança e em sua família, diversas mudanças em suas rotinas, além de alterações subjetivas, podendo ser considerada um evento traumático, fazendo com que a criança experimente com menor intensidade tudo o que está a sua volta. A criança depende de cuidados adequados que possibilitem seu desenvolvimento, mesmo durante a internação. Cabe ao terapeuta ocupacional ofertar estímulos e facilitar experiências lúdicas para as crianças através do brincar, bem como orientar a família e outros profissionais sobre a relevância deste no desenvolvimento dos pacientes. O TO serve de ligação entre a criança e seus aspectos biopsicossociais e culturais e o meio em que está inserida. Este trabalho tem por objetivos conhecer como ocorre o trabalho da terapia ocupacional em contexto hospitalar humanizado, bem como conhecer como os TOs contribuem para o atendimento humanizado da equipe e conhecer os métodos de humanização em que a TO está inserida na pediatria. Para tal foi montado um roteiro de entrevista semi-estruturada norteado pelos objetivos da pesquisa, levando-se em conta os questionamentos básicos da pesquisa. Entrou-se em contato com 23 terapeutas ocupacionais, convidando-os a participar, porém apenas 10 profissionais responderam à entrevista. A pesquisa revelou que grande maioria dos hospitais, onde a terapia ocupacional está inserida, possui programas e projetos de humanização, onde desenvolvem ações como, dias e horários específicos para discussões de casos em equipe; grupos entre profissionais e familiares das crianças, onde dúvidas são esclarecidas e escolhas podem ser traçadas em conjunto; espaço reservado para que o brincar possa ocorrer da forma mais natural possível, as brinquedotecas hospitalares; possibilitar que as crianças tenham o direito de se expressar, através de seu interesse, entre outras mais. Este estudo também mostrou que a convivência com a diversidade de profissionais, crenças, concepções, entre outras é constante. Portanto, torna-se necessária a superação das dificuldades através de construções conjuntas entre os diferentes conhecimentos e práticas existentes, tornando possível e sólida a criação de ações efetivamente integradas, quando se fala em abordagem humanitária em contexto hospitalar pediátrico.

Palavras-chave: Humanização hospitalar. Pediatria. Terapia Ocupacional. Equipe Multiprofissional. Atuação interdisciplinar.

ABSTRACT

PRADO, G. G. **Humanization of the pediatric hospital environment: the vision of Occupational Therapy**. 2011. 70f. Work completion - Course of Occupational Therapy at the Federal University of São Paulo. *Campus Baixada Santista*, Santos, 2011.

It is understood by humanization, go against the denial of the other in his humanity, against the violence. Respect the other as a worthy, singular, is this being a patient, family or professional. In health care, humanization can be interpreted as an attentive listening, a good professional/client relationship, the facilitation of services, creating spaces of ombudsman and reception, improvements in physical spaces, among others. There is not a model previously constructed for the humanization. It should work in the logic of the contagion, inclusion in the process of transformation, which is the differently in each place, on the basis of how people, professionals or clients have seized the principles, guidelines, methodologies and devices suggested by the National Program of Humanization. The process of humanization in pediatric hospital environment allows us to build and/or deconstruct constantly representations received by society or education. Note that the medical-hospital care still gives greater emphasis to the recovery of the pathological condition of the child, directing little attention to the social aspect of the same; this is considered crucial in the development of this population. Hospitalization may cause the child and his family, several changes in their routines, in addition to amendments subjective, and may be considered a traumatic event, making the child experience at a lower intensity everything that is around them. The child is dependent on appropriate care to enable their development, even during the hospital stay. It is up to the occupational therapist to offer incentives and facilitate experience entertaining to children through the play as well as guide the family and other professionals about the importance of this in the development of the patients. The Occupational Therapist provides a link between the child and their biopsychosocial and cultural aspects, and the environment in which it is embedded. This work aims to know how the work of occupational therapy in a hospital context humanized, as well as knowledge of how the Occupational Therapists help the humanized care of the team and get to know the methods of humanization in which the Occupational Therapy is inserted in pediatrics. For this was mounted on a semi-structured interview guided by objectives of the research, by taking into account the basic questions of the research. We have entered into contact with 23 occupational therapists, inviting them to participate, but only 10 professionals were interviewed. The survey revealed that a large majority of the hospitals, where the occupational therapy is inserted, has programs and projects of humanization, where develop actions such as days and specific times for discussions of cases in a team; groups between professionals and families of the children, where doubts are clarified and choices can be drawn together; space reserved for that playing can occur as natural as possible, the hospital toy libraries; to enable the children to have the right to express themselves through their interest, among other more. This study also showed that the coexistence with the diversity of professionals, beliefs, ideas, and constant, among others. Therefore, it becomes necessary to overcome the difficulties through joint constructions between the different knowledge and existing practices, making it possible and solid to the creation of actions effectively integrated, where we talk about humanitarian approach in pediatric hospital context.

Keywords: Humanization hospital. Pediatrics. Occupational Therapy. Multiprofessional team. Interdisciplinary performance.

LISTAS DE ABREVIações E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| a | Anos |
| CIR | Centro Integrado de Reabilitação |
| CER | Centro de Reabilitação |
| Est. | Estadual |
| FMRP | Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto |
| HCFMUSP | Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo |
| GRAACC | Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer |
| h | Horas |
| HC | Hospital das Clínicas |
| Hosp. | Hospital |
| IOP | Instituto de Oncologia Pediátrica |
| m | Meses |
| Pág. | Página |
| PUC | Pontifícia Universidade Católica |
| TO | Terapia Ocupacional / terapeuta ocupacional |
| TOs | Terapeutas Ocupacionais |
| UE | Unidade de Emergência |
| UNESP | Universidade Estadual de São Paulo |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo |
| USP | Universidade de São Paulo |
| PUCCamp | Pontifícia Universidade Católica de Campinas |

LISTAS DE QUADROS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Quadro 1 Caracterização dos Terapeutas Ocupacionais entrevistados | 37 |

LISTAS DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Gráfico 1 Representação dos contatos estabelecidos para a realização da pesquisa em forma de entrevista semi-estruturada | 32 |
| Gráfico 2 Representação dos profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional em conjunto com a Terapia Ocupacional no ambiente hospitalar pediátrico | 40 |
| Gráfico 3 Representação do número de Terapeutas Ocupacionais atuantes em hospital com crianças | 46 |
| Gráfico 4 Representação das diferentes áreas de atuação de cada uma das instituições envolvidas na pesquisa em forma de entrevista | 47 |

LISTAS DE TABELAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Tabela 1 Profissionais que acreditam existir conflitos entre as diferentes especificidades de cada profissão na abordagem humanizada | 41 |
| Tabela 2 Profissionais que encontraram dificuldades ao se deparar com a abordagem humanitária ao paciente | 42 |
| Tabela 3 Profissionais que já trabalharam em outros hospitais pediátricos onde se preconiza o atendimento humanizado ao paciente | 43 |
| Tabela 4 Profissionais inseridos em algum programa de humanização | 49 |

SUMÁRIO

| | Pág. |
|---|-------------|
| I. INTRODUÇÃO | 15 |
| I.1 A humanização | 16 |
| I.2 A hospitalização e a criança | 20 |
| I.3 A Terapia Ocupacional e o Brincar | 23 |
| II. OBJETIVOS | 27 |
| II.1 Geral | 28 |
| II. 2 Específicos | 28 |
| III. MATERIAIS E MÉTODOS | 29 |
| III.1 Participantes | 30 |
| III.2 Procedimento | 30 |
| III.3 Justificativa para o uso da entrevista | 31 |
| III.4 Entrevista | 31 |
| III.5 Coleta de dados | 31 |
| III.6 Pré-teste | 33 |
| III.7 Análise de dados | 33 |
| III.8 Aspectos Éticos | 34 |
| IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 35 |
| IV.1 Caracterização dos profissionais Terapeutas Ocupacionais | 36 |
| IV.1.1 Quantidade de Terapeutas Ocupacionais nas instituições pesquisadas | 39 |
| IV.2 Entrevistas | 40 |
| IV.2.1 O trabalho humanizado para a Terapia Ocupacional | 41 |
| IV.2.2 O trabalho de humanização na prática do terapeuta ocupacional | 46 |
| V. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 56 |
| VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 59 |
| VII. ANEXOS | 63 |
| VII.1 Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética Institucional | 64 |
| VIII. APÊNDICES | 66 |
| VII.1 Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 67 |
| VII.2 Apêndice B – Entrevista Semi-estruturada | 69 |



I. INTRODUÇÃO

*“Não basta que dos lábios manem leite e mel.
Se o coração de modo algum lhes está associado, só há hipocrisia.”*
(Lázaro. Paris, 1861)

I.1 A humanização

A humanização pode ser compreendida, de forma geral, como a valorização do homem. O processo de tornar tratável, sociável, benévolo, de tornar humano. O ato de humanizar está presente no cotidiano em momentos como olhar nos olhos de alguém enquanto se conversa, quando se retribui um sorriso a alguém, ao ceder o lugar para outro sentar-se, ao pedir licença, agradecer, falar em tom baixo, entre outras situações que nem se dá conta de que são atitudes humanizadoras.

Deslandes (2004) e Backes, Filho e Lunardi (2006) definem a humanização como ir contra a violência, contra a negação do outro em sua humanidade num primeiro momento. Humanizar é respeitar o outro como um ser singular e digno, seja ele paciente, familiar ou profissional.

O distanciamento do indivíduo doente de seu convívio familiar e social e a não competência para tomada de decisões constituiu, por muito tempo, a tônica da cultura hospitalar que vem sendo modificada em busca do tratamento humanizado (DESLANDES, 2004).

Deste modo, humanizar na saúde pode ser entendido como uma escuta atenciosa, uma boa relação entre profissional e cliente, reorganização dos processos de trabalho a fim de facilitar o acesso aos serviços, criação de ouvidorias como forma de acolhimento, melhoria das estruturas de espaço físico, entre outros (FERREIRA et al., 2005).

Assim, Vaitsman e Andrade (2005) enfatizam que os princípios da humanização podem ser encontrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, que se embasam nas noções de dignidade e igualdade de todos os seres humanos. A partir da década de 1990, a humanização serviu de princípio para dois programas de saúde no setor público brasileiro, o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que culminou com a Política Nacional de Humanização (PNH) (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

O termo humanização vem sendo utilizado pelas instituições de saúde para as práticas de serviços e projetos inusitados no ambiente hospitalar, como as brinquedotecas, os palhaços, os contadores de histórias, entre outros (KUDO, 2010).

Recentemente, em um projeto de política nacional, o HumanizaSUS, a humanização foi abordada de forma mais ampla, abrangendo a melhoria da qualidade de atendimento aos usuários da saúde e, resgatando, desta forma, uma prática de saúde baseada nas necessidades individuais do ser humano, através da qualidade das relações estabelecidas com paciente, família e profissionais (KUDO, 2010).

A humanização de assistência à saúde é uma demanda crescente no contexto brasileiro numa realidade em que os usuários dos serviços de saúde se queixam dos maus tratos de que são vítimas, bem como a mídia que denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população e às publicações científicas que vem comprovando a veracidade destes fatos (HOGA, 2004).

Ayres (2005) mostra que os discursos da humanização vão buscando produzir entendimento público acerca do que seja correto, verdadeiro e autêntico em relação à saúde dos indivíduos e das comunidades.

O desenvolvimento de mecanismos que dificultem o abuso de poder são essenciais ao processo de humanização. Nesta perspectiva, a Humanização é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. Depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica que possa combinar a cientificidade do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e sua história desde o momento do diagnóstico até à intervenção (CAMPOS, 2005).

Penello e Magalhães (2010) concordam ao afirmar que humanizar é valorizar o acolhimento do paciente com responsabilização e vínculo, devendo ser mantida esta postura desde a porta de entrada e durante todo o percurso do tratamento.

O estabelecimento adequado da relação entre profissionais e usuários do setor de saúde é relevante para a humanização, pois provoca impacto sobre a forma como se dá esta relação (HOGA, 2004). A humanização da assistência à saúde depende da qualidade do fator humano que, por sua vez, determinará o tipo de relacionamento que os profissionais estabelecem com os usuários dos serviços de saúde.

A humanização, portanto, não depende de pesquisas farmacêuticas, tecnologias e afins, elas partem de uma visão ampla dos pacientes, entendendo-os como pessoas que

são ativas em uma vida em sociedade, com preferências, necessidades, pensamentos diferentes, porém de igual valor aos dos profissionais que os atendem.

Hoga (2004) reforça ao dizer que esta atual forma de ver e planejar o cuidado requer a troca de posicionamentos hegemônicos por parte dos profissionais por comportamentos de consideração da realidade, perfil e bagagem de conhecimentos sobre práticas de cuidado e cura no processo saúde-doença.

Para Hoga (2004), as práticas profissionais adquirem ganhos qualitativos quando as ações de cuidado são dotadas de intencionalidade. Os pacientes têm um desejo profundo de serem compreendidos em suas necessidades por cuidados. Esta compreensão é um passo fundamental que requer o compromisso do profissional em tentar atendê-las. A disponibilidade para que isso ocorra é essencial e demanda condição corporal e mental.

Silva, Cervi e Cupo (2009) destacam que o movimento humanizador é tido como aquele que valoriza o protagonismo dos sujeitos, onde as ações, de saúde ou não, são focadas nas necessidades reais das pessoas e suas relações. Pode ser definido como um conjunto complexo de atitudes/ações motivada por um pensamento ético, humanitário, social e holístico (FAQUINELLO, HIGARASHI e MARCON, 2007).

Como bem resume Pitombo e Neri (2010):

“O sentido mais interessante da humanização é o de podermos nos transformar a todo o momento e é esse fato que nos autoriza a incluir a possibilidade de diferenciação no cotidiano dos serviços. Entretanto, nem tudo que se cria é interessante. Devem sempre ser avaliados os efeitos produzidos na relação com o outro. Para isso não há um modelo, não se tratando, portanto, de um programa previamente construído visando a uma aplicação. O objetivo deve ser trabalhar na lógica do contágio, da inclusão no processo de transformação. Em cada lugar o processo se dá de um jeito, em função da forma como os envolvidos se apropriam dos princípios, das diretrizes, da metodologia e dos dispositivos sugeridos pelo PNH.” (Pág. 47)

Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) afirmam que a questão do atendimento humanizado tem sido pauta das prioridades da iniciativa governamental, e prova disto é o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2000. Tal programa tem como principais objetivos o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários do sistema de saúde/SUS, entre os profissionais e hospital e a comunidade, ou seja, ofertar atendimento de qualidade com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (FERREIRA, 2005).

Penello e Magalhães (2010) explicam que ainda há certo isolamento dos profissionais em suas competências e responsabilidades individuais, pois, enquanto vigora o tratamento curativo, a intimidade da consulta médica se vê submetida às exigências dos protocolos prescritos de cada conduta, falando-se muito pouco dos limites e das falhas possíveis dos tratamentos propostos.

Como nos mostra em um de seus estudos, Backes, Filho e Lunardi (2006) compreendem que o programa de humanização, para os profissionais, parece ser constituído na oportunidade de resgate do verdadeiro sentido de sua prática, do valor de seu trabalho e de trabalhar em equipe, bem como da busca pelo aprimoramento das relações que estabelecem entre si, com os usuários dos serviços de saúde, com a administração, com o hospital e com a comunidade, valorizando a dimensão humana e subjetiva dos sujeitos envolvidos.

Políticas econômicas têm sido avaliadas de acordo com sua capacidade de produzir crescimento ou estabilidade monetária e não necessariamente de melhorar as condições de vida das pessoas. A redução de pessoas a objetos a serem manipulados pela saúde pública tem sido muito comum. Para isto, sugere-se uma medida simples: a reeducação ou sensibilização de trabalhadores de saúde para que adotem posturas e comportamentos “cuidadores” (CAMPOS, 2005).

A humanização depende de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, possibilitando a ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso.

Desta forma, desencadear o processo de humanização no ambiente hospitalar, resultado este do encontro com a realidade concreta de pacientes, familiares, trabalhadores, administração, entre outros, permite construir e/ou desconstruir constantemente representações recebidas da sociedade ou da educação (BACKES, FILHO e LUNARDI, 2006).

Campos (2005) resume em poucas palavras o que foi pretendido discutir até agora: *“Quando se fala muito em humanização fica mais difícil esquecer-se da lógica em defesa da vida.”*

I.2 A hospitalização e a criança

Quando hospitalizada, a pessoa traz consigo mais que um corpo doente, traz todas as experiências pelas quais já passou, suas relações com a família, os amigos, o trabalho e atividades do dia-a-dia. Com a criança não acontece diferente. Além da doença e das relações sociais, esta carrega consigo ao entrar num hospital, uma atividade típica da infância, o brincar (SILVA et al., 2010).

Segundo Rossit e Kovacs (1998), Carvalho e Pfeifer (2009), o atendimento médico-hospitalar ainda atribui maior ênfase na recuperação do estado patológico da criança, direcionando pouca ou quase nenhuma atenção ao aspecto social da mesma, o que é considerado determinante no crescimento e desenvolvimento desta população. Portanto, é imprescindível que as condições psicológicas e aspectos do ambiente cultural da criança sejam levados em conta durante a intervenção hospitalar, não podendo ser negligenciadas no período de hospitalização.

O cuidar requer conhecimento sobre o outro ser. O cuidador precisa entender as necessidades do outro e respondê-las de maneira adequada, acreditando que o ser cuidado possui plena habilidade para crescer e se realizar a sua maneira e seu ritmo (SILVA, 2005).

Silva et al. (2010) afirmam que o cotidiano hospitalar pediátrico pode e deve aproveitar o potencial do brincar como recurso terapêutico que permite à criança expressar suas emoções, além de ajudar a compreender os procedimentos realizados, tornando a criança mais próxima e cooperativa com a equipe de saúde.

Completando, Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) preconizam que o desenvolvimento de uma assistência humanizada na pediatria precisa envolver não só a criança neste cuidado, mas também todo o contexto relacional e social, considerando, desta forma, a criança e sua família como um só cliente.

Burke e Schaarf (2002) sugerem que ao invés de ver uma criança pelo seu diagnóstico “uma criança de três anos com síndrome de Down e retardamento moderado”, a criança deve ser definida em seus papéis ocupacionais como, por exemplo, “Marie, a caçula de uma família de quatro filhos, brincadora, e pré-escolar em um centro de intervenção”. A legislação centralizada na família orienta que os terapeutas ocupacionais e todos os profissionais da saúde considerem a criança como

parte de uma unidade familiar, com regras e capacidades explicáveis que permitem uma representação bem-sucedida destas.

Promover a humanização não é apenas oferecer mudanças no ambiente hospitalar, mas sim a partir da equipe multiprofissional, propor espaços de sensibilização com relação à realidade hospitalar (FAQUINELLO, HIGARASHI e MARCON, 2007).

Para Penello e Magalhães (2010), o movimento humanizador deve preconizar a superação dos especialismos profissionais, a fim de incluir a singularidade do vínculo que cada paciente e seus acompanhantes estabelecem com os profissionais da equipe. Essas relações singulares são importantes para que se revelem os recursos subjetivos de cada um, devendo ser respeitados durante o tratamento.

No ambiente hospitalar, a humanização pode ser observada não só em gestos humanizados, na qualidade das relações terapêuticas, como afirmam Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), mas também no espaço físico que oferece as condições mínimas necessárias para proporcionar conforto, bem estar e segurança aos pacientes e, pensando na população infantil, apresenta também as condições mínimas para manter seu desenvolvimento.

Entretanto, Pfeifer e Mitre (2008) afirmam que em alguns casos o excesso de informações no ambiente de uma enfermaria pediátrica, por exemplo, pode torná-lo um ambiente estressor e inadequado em estímulos para o público alvo, as crianças.

A hospitalização pode provocar, na criança, diversas mudanças em sua vida, bem como na rotina de toda a sua família (TAKATORI, OSHIRO e OTASHIMA, 2004; FAQUINELLO, HIGARASHI e MARCON, 2007; PFEIFER, MITRE, 2008). Além da modificação no cotidiano, a hospitalização pode também provocar alterações subjetivas, podendo ser considerada um evento traumático, quando não é levada em conta a complexidade humana. Inclusive quando a criança possui suas atividades limitadas pela dor, ela experimenta com menos intensidade tudo que está a sua volta.

Contudo, Silva et al. (2010) afirma que mesmo um ambiente estressor, como o hospital, pode representar um aprendizado positivo para a criança, porém é necessário que os profissionais envolvidos na assistência ao paciente identifiquem as necessidades da criança e trabalhem de modo a proporcionar oportunidades de desenvolvimento à estas.

O modo como a criança reage à hospitalização depende de sua idade, da preparação para a internação, de experiências anteriores com doenças, do apoio da

família e equipe de saúde, bem como de suas condições emocionais (SILVA et al., 2010).

Silva (2005) lembra que a criança é um ser em rápido processo de crescimento e desenvolvimento e é incapaz de cuidar-se sozinha, devido à sua imaturidade, sendo, portanto, extremamente dependente de cuidados adequados que possibilitem seu desenvolvimento mesmo durante internação.

O brincar é o trabalho da criança. É essencial ao seu bem-estar mental, emocional e social e, da mesma forma que um adulto necessita de atividades sociais, a criança tem no brincar sua maneira de se comunicar e relacionar com o mundo (SILVA et.al., 2010).

Parham e Primeau (2002) nos lembram que durante a década de 30, em alguns ambientes, a recreação era usada para recompensar os pacientes mais obedientes e dóceis; em outros, era usada como diversão, simplesmente para tornar a vida do paciente mais agradável e para mantê-lo ocupado; ao passo que em outros locais ela era usada para objetivos terapêuticos ou curativos específicos.

A ruptura das atividades cotidianas para Takatori, Oshiro e Otashima (2004) provoca estranhamento e a incapacidade de familiarizar-se com as coisas, dificulta fazer projetos para o futuro e a própria inscrição no mundo para a criança. Salgueiro, Ramos e Falk et al. (2007) sugerem que a presença dos pais e familiares acompanhando a criança durante sua internação pode ser crucial para a adaptação desta sem grandes dificuldades, colaborando, desta forma, para seu desenvolvimento.

Estes pacientes dependem emocionalmente de um adulto, necessitando, desta forma, do apoio de pessoas em quem possa confiar, receber explicações simples e concretas sobre o que está acontecendo, tendo espaços para desenvolver atividades exploradoras e expressar suas dúvidas e sentimentos (KUDO, 2010).

Em contrapartida, os acompanhantes também passam por situações estressantes, em função de noites em claro, cansaço acumulado, máxima atenção voltada à criança. Muitas vezes seus sentimentos são menos importantes que a internação da criança, gerando conflitos com a equipe médica e a forma do tratamento (TAKATORI, OSHIRO e OTASHIMA, 2004).

Mediante o que foi exposto, a hospitalização da criança deve buscar atender às suas necessidades da idade, visando maior adaptação possível desta às intervenções, a fim de que ocorram menores prejuízos à criança e seus familiares/acompanhantes

durante a internação. Para tal, a possibilidade de brincar e de realizar atividades prazerosas deve fazer parte de sua rotina, mesmo no ambiente hospitalar.

I.3 A Terapia Ocupacional e o Brincar

Segundo Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), para a mãe/acompanhante da criança hospitalizada, a humanização é composta de medidas simples, mas que fazem toda a diferença. A equipe multidisciplinar tem uma importante função neste contexto. Ela deve oportunizar a criança para ser agente da sua melhora clínica e para participar ativamente do seu ambiente, das relações desencadeadas com os profissionais, acompanhantes e outras crianças do mesmo ambiente (SILVA, CERVI e CUPO, 2009).

Para Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), a sensibilização com relação a problematização da realidade concreta a partir da equipe multidisciplinar é primordial, devendo, desta forma, considerar que são necessárias mais que apenas as mudanças no ambiente hospitalar a fim de promover a humanização.

Assim, a mudança na qualidade dos vínculos estabelecidos durante a hospitalização da criança além do enfrentamento diário de diversos problemas decorrentes desta hospitalização devem ser auxiliados pelo trabalho de uma equipe multidisciplinar e em especial, pelo profissional da Terapia Ocupacional (SILVA, CERVI e CUPO, 2009).

Ferreira et al. (2005) e Silva, Cervi e Cupo (2009) colocam que cabe ao terapeuta ocupacional ofertar estímulos e facilitar experiências lúdicas para as crianças através do brincar, além de orientar os pais e os profissionais sobre a relevância do brincar no desenvolvimento de seus filhos, principalmente no ambiente hospitalar.

Segundo Parham e Primeau (2002), historicamente, a recreação, juntamente com o termo “lazer”, têm sido significativamente considerada pela profissão da Terapia Ocupacional. Pfeifer e Mitre (2008) completam enfatizando a importância do lazer na internação da criança, acreditando, portanto, na necessidade de que este período seja vivenciado de forma prazerosa por ela a fim de que seu desenvolvimento não seja comprometido.

Parham e Primeau (2002) lembram que os fundadores da Terapia Ocupacional nos Estados Unidos consideravam os seres humanos em termos de sua natureza ocupacional, que envolvia um padrão temporal rítmico e um equilíbrio dinâmico entre

trabalho, descanso, recreação e sono. Consideravam estes padrões como ritmos que formatariam a totalidade da organização humana, precisando ser equilibrados em quaisquer circunstâncias, para que o indivíduo se adaptasse às demandas de viver em um mundo social complexo.

Desta forma, o brincar durante a hospitalização, desempenha muitas funções, como proporcionar diversão e relaxamento, ajudar a criança a sentir-se segura perante um ambiente estranho/novo, ajudar a diminuir o estresse da separação dos familiares e amigos, proporcionar meios para aliviar a tensão e expressar seus sentimentos, idéias e interesses criativos, entre outras (SILVA et al., 2010).

É papel do terapeuta ocupacional fazer parte da construção de um hospital mais acessível quanto às possibilidades de participação dos seus usuários e familiares, facilitando o processo de internação e favorecendo o desenvolvimento da criança hospitalizada através do brincar, que é fundamental neste processo (CARVALHO e PFEIFFER, 2009).

Segundo Pfeiffer e Mitre (2008) a Terapia Ocupacional se baseia na idéia do fazer humano. Assim, para a criança, o brincar é sua ação básica, sendo o ponto de partida para a intervenção da Terapia Ocupacional, pois pode ser usado como meio (recurso) e como fim em si mesmo (objetivo).

É também, através do brincar que o interesse, a confiança e a relação que a criança estabelece com o terapeuta ocupacional e outros profissionais, colaboram diretamente para a participação ativa desta criança em seu tratamento (KUDO, 2010).

O lúdico oferece à criança diferentes formas para lidar com possíveis medo, angústia e ansiedade, o que faz com que esta saia do lugar de sujeito passivo diante dos processos de hospitalização. O brincar possibilita o ser ativo do sujeito. Para a Terapia Ocupacional, é papel importante manter a existência deste espaço de ser durante o adoecimento e a internação da criança (PFEIFFER e MITRE, 2008; SILVA, CERVI e CUPO, 2009).

Para Kudo (2010), o terapeuta ocupacional serve de ligação entre a criança e seus aspectos biopsicossociais e culturais e o meio em que esta está inserida.

Sendo assim, o brincar é o recurso terapêutico mais eficiente a ser utilizado na infância, sendo considerado parte importante do processo de humanização durante o período de internação. A brinquedoteca entra como uma importante aliada neste contexto.

O brincar, em uma Brinquedoteca Hospitalar, pode ser visto como meio, quando pensamos que oferece possibilidades de interação entre a criança e seus pais sem ser pela perspectiva da doença, o que fortalece o vínculo entre estes. Também pode oferecer oportunidade de escolha, ao resgatar o exercício da autonomia e possibilitar o crescimento pessoal na aquisição de hábitos de responsabilidade, portanto, contribuindo para a integração social da criança hospitalizada. A Brinquedoteca Hospitalar também proporciona o brincar livre, fazendo com que a criança crie, invente, transforme, construa e expresse sua realidade interna (FERREIRA et al., 2005).

Takatori, Oshiro e Otashima (2004) enfatizam que a criança possui capacidade de extrair resultados positivos de experiências como a hospitalização e o adoecer. Aprender a lidar com dores, distância de casa e pessoas de seu convívio, perceber sua recuperação podem ser experiências positivas, mas é preciso ajudá-la e estar ao seu lado nestas descobertas. Um ambiente confiável capacita a criança a enfrentar as mais diversas situações.

O papel da Terapia Ocupacional, neste sentido, não é apenas combater a dor, ou substituir outras abordagens, mas sim oferecer intervenções complementares ou alternativas para contribuir com a melhora da qualidade de vida da criança e familiar afetados com o adoecimento (PFEIFFER e MITRE, 2008).

Através das atividades, o terapeuta ocupacional pode devolver à criança a autoconfiança na medida em que a mesma percebe a criação e concretização de algo realizado por ela. Cabe, portanto, aos profissionais incentivar, estimular, persistir e mostrar à criança que ela é capaz de superar obstáculos cada vez mais (KUDO, 2010).

Desta forma, o papel da Terapia Ocupacional vai além do combate à dor e seu enfrentamento. Takatori, Oshiro e Otashima (2004) o descrevem da seguinte maneira:

“É chegar a um acordo com as realidades interna e externa de maneira “brincalhona”, acordo este que permite ao sujeito suportar a realidade, em vez de negá-la, viver tão plenamente quanto possível.” (p. 263)

No entanto, Silva, Cervi e Cupo (2009) enfatizam que o uso do brincar como recurso terapêutico ocupacional ainda tem sofrido resistência pelas equipes do setor de pediatria, sendo visto muitas vezes como subversão às ordens estabelecidas nas enfermarias.

Parham e Primeau (2002) nos lembram que à medida que a terapia ocupacional adquiriu uma postura mais científica, a identidade do terapeuta ocupacional como a

“senhora das brincadeiras”, como eram apelidados estes profissionais na Inglaterra durante a década de 30, transformou-se em motivo de vergonha.

Na década de 90, Anita Bundy, terapeuta ocupacional australiana, buscou um novo foco para o brincar na Terapia Ocupacional. Propôs que estes profissionais usassem a recreação como ferramenta para criar situações terapêuticas nas quais seus clientes pudessem tentar novos comportamentos e capacidades, com menos cobranças e diminuindo o medo do fracasso. Sendo assim, o Terapeuta Ocupacional ganha a vida “criando” o brincar e capacitando os outros a brincarem (PARHAM e PRIMEAU, 2002).



II. OBJETIVOS:

"Hoje auxiliamos, amanhã seremos os necessitados de auxílio."
(Francisco Cândido Xavier)

Assim elaborou-se o presente estudo, que tem como objetivos:

II. 1 Geral:

Entender como se dá o trabalho da Terapia Ocupacional em contexto hospitalar humanizado.

II. 2 Específicos:

Conhecer como os terapeutas ocupacionais contribuem para o atendimento humanizado da equipe.

Conhecer os métodos de humanização em que a Terapia Ocupacional está inserida no contexto hospitalar.



III. MATERIAIS E MÉTODOS:

III.1 Participantes

A seleção dos participantes foi feita em hospitais gerais do Estado de São Paulo, locais onde o atendimento humanizado é tido como referência. Fizeram parte desta pesquisa dez (10) terapeutas ocupacionais que trabalham na área infantil.

Crítérios de inclusão nesta pesquisa:

- assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A),
- trabalhar ou ter trabalhado em instituições que preconizam o atendimento humanizado, exclusivamente na área de pediatria.

Como critério de exclusão:

- a não aceitação ou não assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido,
- não trabalhar na área da pediatria e
- não preconizar o atendimento humanizado.

III.2 Procedimento

Primeiramente os profissionais foram selecionados em alguns hospitais de grande porte no Estado de São Paulo. Posteriormente foi feito contato com os terapeutas ocupacionais para explicar os objetivos da pesquisa e, após a aceitação destes, foram realizadas as entrevistas individualmente via e-mail.

Foi utilizado para tal um roteiro de entrevistas semi-estruturado que possui questões objetivas e subjetivas (APÊNDICE B) visando conhecer sobre os atendimentos de Terapia Ocupacional nos ambientes hospitalares e o processo de humanização institucional, entender como se dá o trabalho da Terapia Ocupacional em contexto hospitalar humanizado, bem como conhecer os programas de humanização onde a Terapia Ocupacional está inserida e de que maneira isto ocorre.

III.3 Justificativa para o uso da entrevista

A entrevista, por não significar uma conversa despreziosa e neutra, é o procedimento mais usual no trabalho de campo. E é através dela que o pesquisador busca obter informações contidas nas falas, além de ser um meio de coleta dos fatos relatados, que vivenciam certa realidade que está sendo focada, com propósitos bem definidos (CRUZ NETO, 1996).

Além do mais, os dados obtidos nas entrevistas permitem fazer tanto a análise quantitativa, como também a análise qualitativa dos discursos dos participantes.

III.4 Entrevista

Norteados por seus objetivos, o roteiro de entrevista semi-estruturado foi elaborado especialmente para esta pesquisa, levando-se em conta os questionamentos básicos da pesquisa e, com possibilidade de, no decorrer da entrevista, os temas poderem ser ampliados e detalhados pelos participantes.

III.5 Coleta de Dados

Primeiramente foi montado o modelo da entrevista a ser aplicada com os profissionais que se encaixassem nos itens de classificação já descritos anteriormente (item III.1).

Após montada a entrevista pré-teste, como descreverá o item a seguir (item III.6), entrou-se em contato com pelo menos dois profissionais dentro dos critérios de classificação, explicando que deveriam responder à entrevista com maior atenção e anotar sugestões de mudanças a serem realizadas de forma que a estrutura da pesquisa ficasse mais clara quanto aos objetivos das questões.

Então, entregou-se a cada um dos profissionais uma cópia da estrutura da entrevista até então montada, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado e devolvido junto com a entrevista pré-teste. Apenas depois de analisadas as críticas quanto à forma da entrevista, realizaram-se as mudanças necessárias na estrutura.

Entrou-se em contato com vinte e três (23) terapeutas ocupacionais, convidando-os para a participação na pesquisa em forma de entrevista semi-estruturada. Destes 23, apenas dez (10) profissionais terapeutas ocupacionais responderam à entrevista.

Da tentativa de entrar em contato com os 23 terapeutas ocupacionais para participar da pesquisa, três (3) destes não foi possível por conta do endereço eletrônico obtido ser inválido.

Seis (6) terapeutas ocupacionais, mesmo após o aceite em participar não deram retorno das entrevistas. Três (3) terapeutas ocupacionais não responderam ao convite de participação à pesquisa na forma de entrevista semi-estruturada, e um (1) terapeuta ocupacional respondeu interesse em participar à pesquisa após o prazo, como mostra o gráfico a seguir.

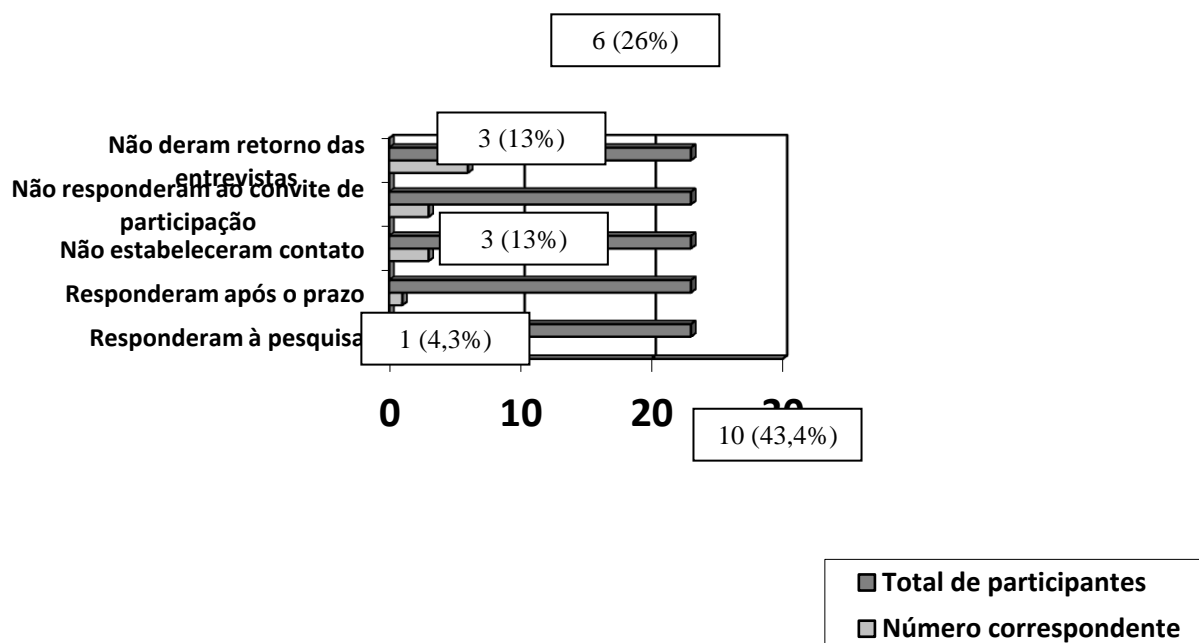


Gráfico 1 – Representação dos contatos estabelecidos para a realização da pesquisa em forma de entrevista semi-estruturada

Somente depois do aceite dos participantes da pesquisa terem sido enviados via e-mail à pesquisadora, a entrevista semi-estruturada foi respondida. A coleta de dados aconteceu no final do primeiro semestre de 2011.

III.6 Pré-teste

Por pré-teste entende-se a aplicação de um questionário a uma amostra de indivíduos que tem por objetivo identificar perguntas-problema que justifiquem uma modificação da redação, alteração do formato ou mesmo serem eliminadas da versão final (FAERSTEIN et al., 1999).

Depois de realizadas duas entrevistas de pré-teste, observou-se a necessidade de realizar modificações quanto à estruturação da entrevista e da forma a tê-la mais clara e objetiva.

Introduziram-se outras questões nos dados pessoais, visto que a necessidade de obter mais informações quanto ao local de trabalho, tempo que trabalha neste serviço e carga horária de trabalho para avaliar e comparar os dados obtidos ao final de todas as entrevistas.

Uma nova versão foi formulada, visando identificar os profissionais da equipe multidisciplinar com quem trabalham os terapeutas ocupacionais entrevistados. De forma objetiva e com múltipla escolha, opções de profissões foram dadas.

Nas questões objetivas, de resposta afirmativa ou negativa, foram direcionadas as respostas discorridas apenas para quem assinalasse afirmativamente às perguntas, para que a justificativa das respostas fossem baseadas em experiências concretas e não apenas em crenças ou estudos e pesquisas.

III.7 Análise dos Dados

Os dados colhidos através da entrevista semi-estruturada foram analisados pelo Sistema Quantitativo-Interpretativo, proposto por Biasoli-Alves (1998). Este possibilita, não somente a operacionalização e quantificação dos dados, mas também uma interação entre os mesmos e a abordagem teórica e a contribuição pessoal da pesquisadora (UCHÔA-FIGUEIREDO, 2009).

III.8.Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo e está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), processo nº 0020/11

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre a pesquisa atendeu às exigências do Comitê de Ética em pesquisa da UNIFESP.

Há necessidade de conduta ética, respeitando-se os participantes da pesquisa, garantindo-lhes sigilo.

Sendo assim, os terapeutas ocupacionais entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa pela pesquisadora e assinaram o TCLE, no qual constaram informações, e garantias asseguradas pela pesquisadora, onde se destacam:

- Utilização dos dados somente para fins didático-científicos, sendo que a pesquisadora resguarda a identidade do participante e a confidencialidade das informações.
- Isenção de qualquer ônus financeiro referente à pesquisa.
- Os participantes poderão pedir esclarecimentos à pesquisadora a qualquer momento da pesquisa sobre quaisquer aspectos da pesquisa.
- São fornecidos telefones e endereço para contato da pesquisadora e do CEP da UNIFESP.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

*"Quando tiveres um quarto de hora à disposição,
reflete nos benefícios que podes espalhar."
(Meimei)*

IV.1 Caracterização dos Profissionais Terapeutas Ocupacionais.

Participaram desta pesquisa dez (10) Terapeutas Ocupacionais que trabalham ou tenham trabalhado em contexto hospitalar pediátrico onde o atendimento humanizado aos pacientes e à equipe seja preconizado.

A caracterização dos participantes está no **quadro 1**, apresentado a seguir:

Quadro 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

| Terapeutas Ocupacionais (TOs) | Nomes | Idade | Instituição onde se formou | Tempo de formado | Cidade onde trabalha | Instituição onde trabalha | Há quanto tempo trabalha no hospital | Carga horária semanal neste hospital |
|--------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---|---|
| TO1 | A.D.B.V. | 44a | PUCCamp | 22a | São Paulo | HCFMUSP | 19a | 30h |
| TO2 | A.M.K. | 40a | USP | 26a | São Paulo | IC - HCFMUSP | 25a | 40h |
| TO3 | A.M.P. | 25a | FMRP-USP | 2a7m | Ribeirão Preto | HC - FMRP-USP | 1a8m | 30h |
| TO4 | D.H.P. | 25a | UNIFESP | 8m | - | CER - FMRP-USP | 6m | 20h |
| TO5 | F.G.N. | 47a | PUCCamp | 20a | Ribeirão Preto | CIR - USP | 2a6m | 30h |
| TO6 | M.B.D.C.S. | 33a | UFSCar | 11a | Ribeirão Preto | UE - HCFMRP-USP | 10a | 20h |
| TO7 | S.P.V.Z. | 23a | UNESP | 6m | Ribeirão Preto | HC - FMRP-USP | 6m | 28h |
| TO8 | S.F.B.M.N. | 35a | UFSCar | 12a | Ribeirão Preto | HC - FMRP-USP | 10a | 20h |
| TO9 | V.F.J. | 36a | UFSCar | 14a | Ribeirão Preto | HC - FMRP-USP | 12a | 30h |
| TO10 | W.A.S. | 52a | PUCCamp | 30a | São Paulo | IOP-GRAACC-UNIFESP | 16a | 30h |

Quadro 1 – Caracterização dos participantes

Legenda:

a – anos

m – meses

h – horas

HC - FMRP-USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

CER - FMRP-USP – Centro de Reabilitação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

CIR – USP – Centro Integrado de Reabilitação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto

IOP-GRAACC-UNIFESP – Instituto de Oncologia Pediátrica do Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer, vinculado ao ensino e pesquisa da Universidade Federal de São Paulo

HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

UE- HCFMRP-USP – Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FMRP – USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

IC – HCFMUSP – Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNESP – Universidade Estadual de São Paulo

PUCCamp – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

Com relação às idades dos Terapeutas Ocupacionais participantes da entrevista, como aponta o **quadro 1** acima, 30% dos profissionais (3) possuem mais de 41 anos de idade. Os profissionais que possuem entre 30 e 40 anos representam 40% do total (4). Representam 30% os profissionais que possuem entre 23 e 25 anos de idade (3).

Quanto à instituição onde estes profissionais se formaram, o **quadro 1** mostra que 30% (3) dos Terapeutas Ocupacionais se formou na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, uma instituição de ensino particular, sendo que 70% dos Terapeutas Ocupacionais (7) se formaram em instituições de ensino públicas, dentre elas: federais (UNIFESP e UFSCar), representando 40% (4) e estaduais (USP e Unesp), representando 30% (3).

No que se refere ao tempo de formação profissional como Terapeuta Ocupacional, 30% (3) está formado há mais de vinte anos, ao passo que 40% (4) possui entre dez e vinte anos de formação. 30% (3) revelou ter concluído seu curso há menos de dez anos.

Pode-se observar que os Terapeutas Ocupacionais que possuem idade superior a 41 anos e, conseqüentemente, maior tempo de formação profissional, formaram-se em instituição de ensino superior particular. Já os Terapeutas Ocupacionais com menos idade e tempo de formação profissional, são formados por instituições públicas estaduais e federais, como listados acima. O crescimento e o reconhecimento da profissão em universidades públicas se deram a partir da década de 50, segundo De Carlo e Bartalotti (2001), pois em 1951 a ONU enviou para a América Latina, emissários responsáveis por encontrar um local adequado para se implantar um Centro de Reabilitação, sendo escolhido, desta forma, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O Hospital das Clínicas estava ligado ao centro universitário de renome internacional, contribuindo para o reconhecimento da universidade, principalmente da Terapia Ocupacional.

Com relação às cidades onde trabalham, 50% (5) dos Terapeutas Ocupacionais entrevistados atua em Ribeirão Preto. Ao passo que 30% (3) estão trabalhando em São Paulo e 10% (1) em São Carlos. Nota-se que a maior concentração destes profissionais se dá nas grandes cidades do estado de São Paulo, sendo que a maioria, 60% (6), trabalha em grandes cidades do interior do estado, locais onde se encontram os hospitais escola das universidades públicas referidas acima.

Quanto às instituições onde os profissionais entrevistados estão inseridos, observa-se que 90% (9) das instituições citadas na pesquisa são da Universidade de São Paulo (USP), que é uma autarquia estadual, e 10% (1) das instituições está ligada à instituição de ensino superior federal Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Percebe-se, portanto, que este tipo de proposta de trabalho humanizado está presente em instituições ligadas ao ensino superior público.

Quanto ao tipo de inserção do profissional de Terapia Ocupacional no hospital, De Carlo e Palm (2004), afirmam que este depende de sua categorização dentro da hierarquização dos serviços do SUS, mas que, de qualquer forma, o profissional que trabalhar no hospital deve conhecer grande variedade de diagnósticos e procedimentos terapêuticos, técnicas e métodos de intervenção em Terapia Ocupacional, bem como diversos recursos sociais, de saúde e de educação na comunidade, cujos recursos poderão ser buscados, de forma que possa propiciar a continuidade do atendimento extra-hospitalar.

Com relação a quanto tempo os profissionais estão atuando na instituição, 60% (6) profissionais estão atuando neste hospital há mais de dez anos, ao passo que 40% (4), trabalham neste local entre seis meses e dois anos e meio.

Quanto à carga horária semanal dispensada ao contexto hospitalar pediátrico, 50% (5) respondeu ser de 30 horas semanais a jornada. Apenas 1 terapeuta ocupacional (10%) disse ter uma jornada de 40 horas semanais¹. 30% (3) dos profissionais entrevistados afirmaram ser de 20 horas semanais, ao passo que 10% (1) revelou ter jornada semanal de 28 horas.

IV.1.1. Quantidade de Terapeutas Ocupacionais nas instituições pesquisadas

O gráfico abaixo (**Gráfico 2**) representa a quantidade de profissionais Terapeutas Ocupacionais atuantes em instituições hospitalares em pediatria, instituições estas cujos profissionais foram entrevistados.

¹ Não foi perguntado à participante se estas 40 horas de atuação semanais na instituição são realizadas em um só tipo de contrato de trabalho

i

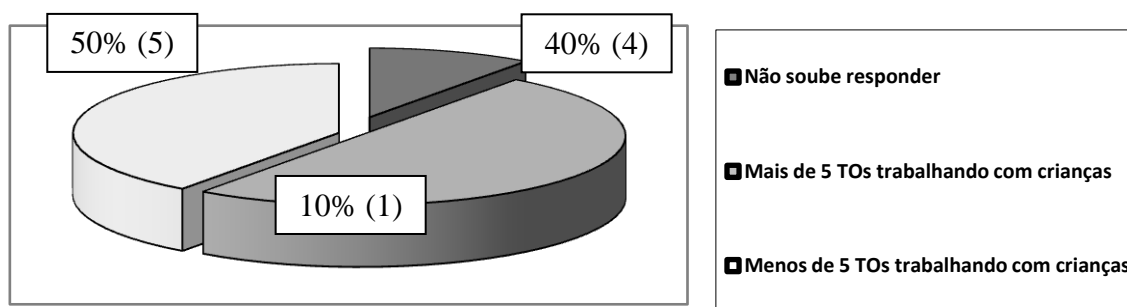


Gráfico 2 – *Número de Terapeutas Ocupacionais atuantes em hospital com crianças*

Como mostra o **gráfico 2**, é possível notar que em 50% dos casos (5), existem mais de cinco destes profissionais atuando no hospital onde se preconiza o atendimento humanizado. Em 40% dos casos (4), existem menos de cinco TOs trabalhando na instituição. E apenas uma pessoa (10%), não soube dizer quantos Terapeutas Ocupacionais trabalham no contexto hospitalar pediátrico da instituição.

IV.2. Entrevistas

Neste momento serão apresentados os resultados da entrevista feita com os Terapeutas Ocupacionais atuantes no contexto hospitalar pediátrico.

Foram escolhidas duas categorias para serem abordadas:

1. **O trabalho humanizado para a Terapia Ocupacional.** Neste tópico serão abordadas questões levantadas quanto à percepção do que seja necessário para o trabalho humanizado no contexto hospitalar pediátrico.

2. **O trabalho de humanização na prática do Terapeuta Ocupacional.** Neste tópico serão tratados assuntos referentes à prática da abordagem humanitária ao paciente na pediatria.

IV.2.1. O trabalho humanizado para a Terapia Ocupacional

Buscou-se descobrir como a Terapia Ocupacional entende e caracteriza aspectos importantes para que ocorra o tratamento humanizado no contexto hospitalar em pediatria.

A tabela a seguir aponta possível dificuldade de se trabalhar numa equipe multiprofissional em um hospital pediátrico humanizado.

Tabela 1 – *Acreditam existir conflitos entre as diferentes especificidades de cada profissão na abordagem humanizada*

| Existem conflitos entre as especificidades de cada profissão na abordagem humanitária ao paciente? | Frequência e Porcentagem |
|---|---------------------------------|
| Não | 4 (40%) |
| Sim | 6 (60%) |
| Total | 10 (100%) |

De acordo com a **tabela 1**, mais da metade dos terapeutas ocupacionais (60%) afirmou existir conflitos entre as especificidades de cada profissão frente à abordagem humanitária ao paciente.

De Carlo e Palm (2004) contribuem para a reflexão deste dado, afirmando que existem sim dificuldades para se criar ações interdisciplinares em função do desafio de se trabalhar com a diversidade entre os profissionais no que se refere ao modelo de assistência, abordagens técnicas e ideológicas, diferentes vínculos empregatícios, natureza das relações estabelecidas, especificidade dos projetos desenvolvidos, diferentes concepções de saúde/doença, entre outras. Porém, a convivência com essa diversidade no cotidiano do trabalho em hospital e a perspectiva de superação das dificuldades por meio da construção em conjunto com diferentes conhecimentos e práticas podem tornar possível e frutífera a criação de ações efetivamente integradas.

Dos terapeutas ocupacionais que afirmaram existir conflitos entre as especificidades de cada profissão, destacam-se as seguintes falas:

“Muitas equipes precisam ser treinadas ou supervisionadas para que as trocas aconteçam inclusive, as afetivas, que colaboram com o trabalho em equipe.” (T01)

“Acredito que de certa forma sim (existem conflitos), principalmente pelo fato de existirem diferentes formas de se pensar e interpretar tal assunto (abordagem humanitária ao paciente).” (TO2)

As falas acima representadas apontam para a necessidade de a equipe ser sensibilizada para o trabalho de abordagem humanitária ao paciente, visando à diminuição de conflitos entre as mais diversas profissões integrantes destas equipes no contexto hospitalar pediátrico.

Apesar de estas falas apontarem para a idéia de dificuldade de se trabalhar com a abordagem humanitária em pediatria, a tabela abaixo (**Tabela 2**) mostra que grande maioria (90%) dos terapeutas ocupacionais alegou não ter nenhum problema com este tipo de abordagem.

Tabela 2 – Profissionais que encontraram dificuldades ao se deparar com a abordagem humanitária ao paciente

| Encontrou dificuldades ao se deparar com a abordagem humanitária ao paciente? | Frequência e Porcentagem |
|--|---------------------------------|
| Sim | 1 (10%) |
| Não | 9 (90%) |
| Total | 10 (100%) |

Alguns terapeutas ocupacionais, durante a entrevista, declararam acreditar que não há outra maneira de se trabalhar no contexto hospitalar, sem ser através da abordagem humanitária ao paciente, como mostram as falas abaixo:

“Minha formação profissional e pessoal já levavam naturalmente a esta abordagem.” (TO3)

“Penso que não há outra maneira de trabalhar com pessoas, seja em que área for.” (TO5)

“Essa prática já foi assegurada desde a minha formação.” (TO8)

Referem os profissionais terapeutas ocupacionais entrevistados não terem trabalhado em outro hospital onde não fosse preconizado o atendimento humanitário ao paciente, como aponta a tabela abaixo apresentada:

Tabela 3 – *Profissionais que já trabalharam em outros hospitais pediátricos onde se preconiza o atendimento humanizado ao paciente*

| Trabalhou em outro hospital onde não fosse preconizado o atendimento humanizado em pediatria? | Frequência e Porcentagem |
|--|---------------------------------|
| Sim | 0 (0%) |
| Não | 10 (100%) |
| Total | 10 (100%) |

De Carlo e Palm (2004) contextualizam afirmando que a presença de diversos profissionais numa mesma área do hospital, trabalhando em equipe, não garante, por si só, o desenvolvimento de um trabalho integrado. A socialização de experiências entre os diferentes profissionais pode e deve contribuir enormemente para o enriquecimento destes e para o fortalecimento do grupo, além de, nesta movimentação, o terapeuta ocupacional poder participar do investimento em torno de um projeto comum ou de ações acordadas coletivamente, para promover ajustes entre o idealizado e o possível de ser realizado, além de também intensificar a troca de idéias e conhecimentos adquiridos.

Se tratando em conflitos entre as especificidades, destaca-se a necessidade de fundamentar teoricamente as práticas e reflexões:

“O grande desafio atualmente é adequar às práticas de atendimento, de relacionamento entre os sujeitos envolvidos nos cuidados para que sejam tecnicamente eficientes e ao mesmo tempo próximos, atentos, verdadeiramente preocupados com a saúde e o bem-estar das crianças e seus familiares...” (TO6)

Além da necessidade de se fundamentar práticas e reflexões, encontrou-se nas falas de alguns profissionais, a necessidade de elaboração de grupos, programas e projetos de humanização, como destacados a seguir:

“É preciso ter uma visão mais ampla e integrada quando se fala de humanização, ela não se restringe somente à assistência.” (TO2)

“...(humanização) deve ser consequência de uma política administrativa da instituição, pois as relações interpessoais, sustentadas por uma gestão que apóie e valorize os profissionais são fundamentais para o atendimento humanizado.” (TO2)

“...auxiliando na constante reflexão sobre o tema (humanização), seja em reuniões formais ou em conversas informais...” (TO6)

Oliveira, Collet e Vieira (2006) destacam que o principal problema de muitos hospitais é a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, o que acaba por tornar o atendimento e a resolutibilidade desumanizados e de má qualidade.

Também é destacada a necessidade de haver integração da equipe, que pode ser evidenciada através das seguintes falas:

“Primeiramente, para se oferecer um trabalho humanizado à família, temos de falar em integração de equipe.” (T09)

“...se a equipe não for conscientizada de que a humanização faz parte de um processo que envolve os dois lados (o de quem assiste e o de quem é assistido), sozinha pouca coisa a TO poderá fazer.” (T08)

Pontes et al. (2006) contribuem, afirmando ser necessário para a equipe de saúde enfrentar desafios como, proporcionar suporte emocional ao paciente e sua família, favorecer a expressão de sentimentos e expectativas associados à condição clínica da criança, promover a adesão às terapêuticas, fortalecer a auto-estima, a comunicação entre equipe-paciente-familiar, entre outros.

A atuação do TO, como parte da equipe multidisciplinar, se mostra cada vez mais importante no contexto hospitalar e na equipe de saúde, através do desenvolvimento de ações consistentes e pertinentes às novas diretrizes que as instituições hospitalares vêm assumindo. Lidar com internações cada vez mais breves e de melhor qualidade, estabelecer objetivos e implementar programas terapêuticos que possam, efetivamente, contribuir para a qualidade de vida desse paciente durante e após a internação e realizar os encaminhamentos necessários para a continuidade de seu tratamento e para sua reinserção social são desafios que se apresentam ao terapeuta ocupacional, que os tem enfrentado com competência (DE CARLO e PALM, 2004).

Quanto à percepção dos TOs entrevistados para o que seja necessário ao acontecimento do atendimento hospitalar pediátrico humanizado, também destaca-se o fato de respeitar as especificidades e particularidades de cada criança e família, como afirmam os profissionais abaixo:

“É preciso unir forças, respeitar as especificidades e, principalmente, respeitar as particularidades de cada criança/família...” (T08)

“...de forma individualizada, respeitando suas complexidades e histórias, seus aspectos socioculturais...” (T09)

“...o terapeuta ocupacional deve buscar o trabalho integrado a outros profissionais, onde todos mantêm diálogo franco, para colocar as diversidades de cada profissão de maneira a se complementarem.” (TO9)

De Carlo e Palm (2004) relatam que os terapeutas ocupacionais constantemente enfrentam desafios impostos pelas demandas institucionais e populacionais, além de desafios em função de seu compromisso ético-profissional de contribuir, de forma cada vez mais efetiva e eficaz, para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das múltiplas necessidades e características da população assistida.

O trabalho da terapia ocupacional tem por um dos objetivos para com as famílias, acolhê-las e auxiliá-las na adaptação às mudanças advindas da enfermidade das crianças, auxiliá-los a ter maior compreensão acerca da doença, possibilitando, desta forma, que se estabeleça uma relação de maior segurança entre cuidador e criança, além de reforçar os vínculos amorosos e afetivos (UCHÔA-FIGUEIREDO et al., 2009).

Também se verificou através da entrevista realizada com profissionais terapeutas ocupacionais a necessidade de se oferecer um espaço estruturado e aberto para receber as crianças e suas famílias, como afirmam as seguintes falas:

“Especificamente, a TO deve proporcionar um espaço de acolhimento e segurança para a criança e sua família...” (TO9)

“A Terapia Ocupacional deve oferecer um espaço de continência, um setting estruturado e aberto para receber crianças e adolescentes que se apresentam muitas vezes em situação de risco e vulnerabilidade. A família também deve ser cuidada e orientada.” (TO1)

Na complexidade institucional, ocorrem conflitos que fazem parte da convivência de profissionais que têm formações diferenciadas, mas a interação dos saberes e a articulação de suas práticas podem levar ao crescimento mútuo e ao aumento da qualidade do atendimento oferecido (DE CARLO e PALM, 2004).

Por isso, afirmam os mesmos autores, que o plano terapêutico deve promover o envolvimento do paciente e sua família no processo de tratamento durante a internação, bem como fornecer informações sobre diagnósticos, objetivos, possibilidades de tratamento e perspectivas futuras. Deve-se considerar o que a equipe multiprofissional pensa e valorizar o que pensam e dizem o cliente/usuário/paciente e sua família, que devem sempre ser vistos como sujeitos ativos nessas relações.

Pontes et al. (2006), afirmam que seja importante que a equipe analise as necessidades de cada paciente/família/cuidador, planejando intervenções apropriadas que envolvam atenção aos diversos aspectos de cada caso em particular.

4.2.2 O trabalho de humanização na prática do Terapeuta Ocupacional.

Este tópico busca ressaltar de que forma ocorre o trabalho humanizado no ambiente hospitalar pediátrico, sob o olhar da Terapia Ocupacional.

Sabe-se que as ações de humanização em contexto hospitalar pediátrico não ocorrem isoladamente com cada profissão, e sim em conjunto com uma equipe supostamente preparada para atuar sob este enfoque.

Como aponta o gráfico a seguir (**Gráfico 3**), de acordo com as respostas obtidas através de entrevista realizada com profissionais terapeutas ocupacionais, diversas profissões compõem a equipe multidisciplinar no contexto hospitalar em pediatria em conjunto com a Terapia Ocupacional.

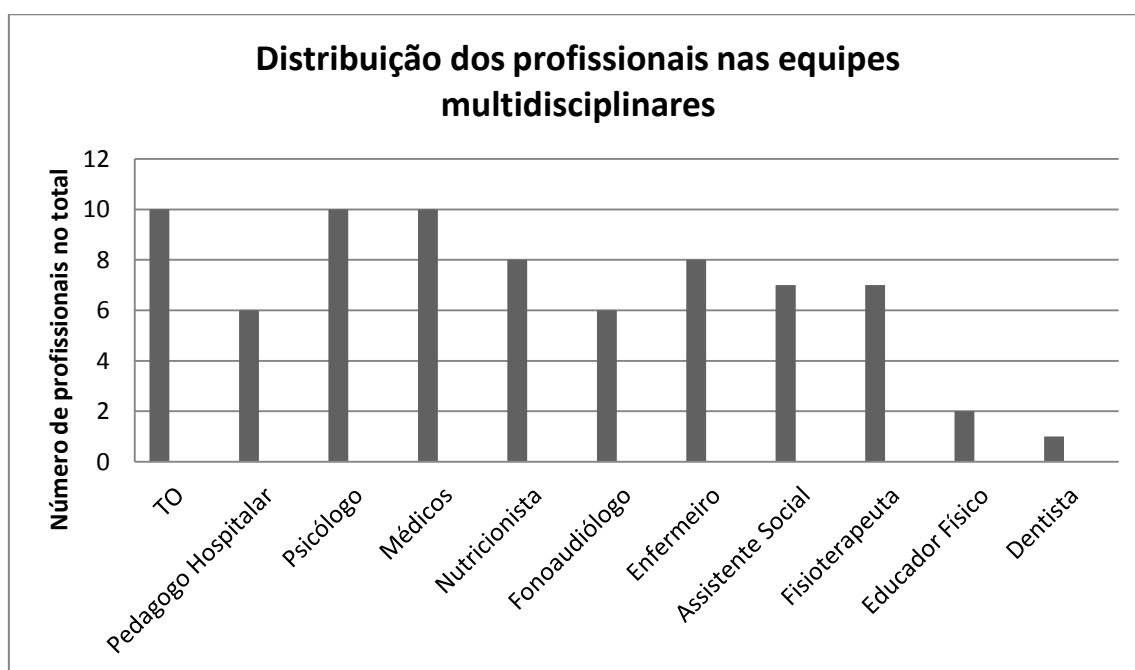


Gráfico 3 – Representação dos profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional em conjunto com a Terapia Ocupacional no ambiente hospitalar pediátrico.

De acordo com o gráfico apresentado acima (**Gráfico 3**), o profissional Terapeuta Ocupacional, está presente em 100% (10) dos hospitais cujos profissionais

foram entrevistados. Também presentes em 100% (10) dos hospitais, estão os profissionais Psicólogo e Médicos, em suas diversas especialidades. Em segundo lugar, ocupando 80% (8) dos hospitais, encontra-se o profissional Nutricionista como parte da equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar pediátrico humanizado. Também com a mesma proporção, em 80% (8) dos hospitais, encontra-se o profissional de Enfermagem. Já em 70% (7) dos hospitais, encontram-se os profissionais, Assistente Social e Fisioterapeuta, na mesma proporção. Em 60% (6) dos hospitais, estão os profissionais, Pedagogo Hospitalar e Fonoaudiólogo, também com a mesma proporção. Em apenas 20% (2) dos hospitais, encontra-se o profissional Educador Físico compondo a equipe multidisciplinar de hospitais em pediatria atuando de forma humanizada. E em apenas 10% (1) dos hospitais, encontra-se o profissional Odontologista como parte da equipe multidisciplinar hospitalar pediátrica.

O gráfico abaixo (**Gráfico 4**) representa o número de diferentes áreas que compõem uma equipe multiprofissional em cada instituição envolvida na pesquisa em forma de entrevista.

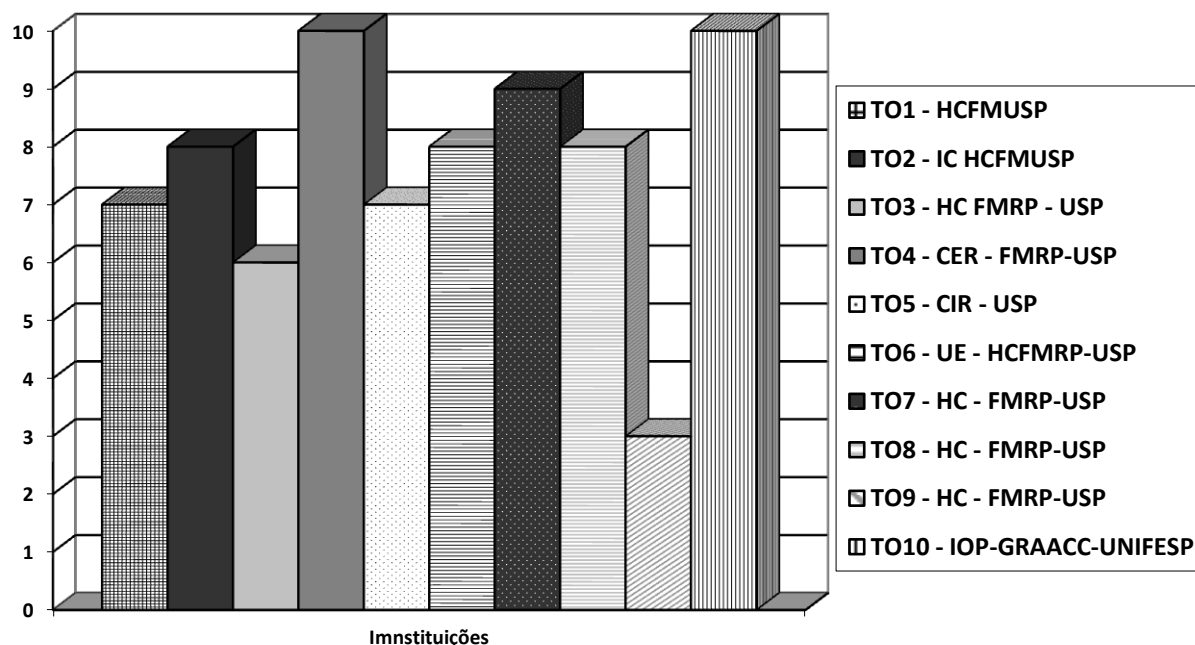


Gráfico 4 – Representação do número de áreas de atuação nas diversas instituições, cujos profissionais foram entrevistados estão inseridos

Nota-se, através dos dados apresentados no **gráfico 4**, que quase a totalidade de instituições são de hospitais escola (90%), associadas à universidade pública estadual,

que proporcionam trabalho em equipe com diversas áreas. Os hospitais escola têm por objetivos servir de campo de ensino e treinamento a estudantes de cursos de graduação e pós-graduação das instituições de ensino superior vinculadas a estes, servir de campo de aperfeiçoamento para profissionais relacionados com a assistência médico-hospitalar, proporcionar meios para o desenvolvimento de pesquisas científicas, bem como prestar assistência médico-hospitalar, entre outros (NEGRINI e UCHÔA-FIGUEIREDO, 2009). Por outro lado, apenas uma instituição (10%) associada à universidade pública federal aparece no gráfico com maior número de profissões atuantes na equipe multi, também fazendo papel de hospital escola, mesmo sendo somente apoiada por uma instituição de ensino superior federal.

Segundo dados apontados pelas entrevistas realizadas, uma questão que surge como parte da ação do trabalho humanizado em contexto hospitalar pediátrico é a discussão de casos com a equipe, como apontam as falas a seguir:

“Minha equipe era muito envolvida com os casos de todos os pacientes. Todas as quartas-feiras nos reuníamos por três horas para discutir os casos das crianças e buscar as melhores soluções para cada situação (sempre procurando observar as singularidades de cada uma delas)...” (T08)

“Na grande maioria das vezes, isso (humanização no ambiente hospitalar pediátrico) ocorre em discussões de casos, juntando os diversos conhecimentos, construindo através de relações interpessoais e contribuindo com um conhecimento específico.” (T04)

Como instrumento de integração da equipe multidisciplinar na abordagem humanitária ao paciente, destaca-se as reuniões multiprofissionais onde a equipe pode discutir os casos dos internados, direcionando investigações diagnósticas, orientando condutas e planejando estratégias de atendimento, visão esta que parte dos aspectos físicos, psicológicos e sociais de cada paciente e sua família (UCHÔA-FIGUEIREDO et al., 2009).

Outra estratégia de abordagem humanitária que pode ser adotada pela equipe multiprofissional é a realização de grupos de pais e de crianças. Os grupos e/ou as reuniões não necessitam ter plano de atendimento previamente estabelecidos, contanto que colabore para que os cuidadores consigam rever as perdas afetivas, sociais, pessoais, financeiras, entre outras, percebendo-os como pessoas que possuem

necessidades, auxiliando-os a reorganizarem seus cotidianos e a aceitarem ajuda para cuidar da criança. Também se faz importante mostrar-lhes as vantagens e importância de se ter uma rede de apoio social, construindo estratégias que facilitem seu cotidiano (UCHÔA-FIGUEIREDO et al., 2009).

Segundo Ranna e Okay (1980), são momentos onde a equipe pode envolver-se com sua própria realidade e, através desta conscientização, orientar melhor sua atuação. Neste sentido, é sempre valorizada a participação de todos que vivenciam a enfermagem, na medida em que a realidade depende de cada fragmento em que é subdividida.

A tabela a seguir (**Tabela 4**) mostra a porcentagem de profissionais atualmente inseridos em algum programa específico de humanização no contexto hospitalar em pediatria.

Tabela 4 – *Profissionais inseridos em algum programa de humanização*

| Está atualmente inserido em algum programa de humanização? | Frequência e Porcentagem |
|---|---------------------------------|
| Sim | 6 (60%) |
| Não | 4 (40%) |
| Total | 10 (100%) |

Pode-se notar que a diferença entre os profissionais inseridos em algum programa de humanização específico é pequena, sendo que a maioria destes (60%) está inserida em programas específicos de humanização hospitalar em pediatria.

Oliveira, Collet e Vieira (2006) acreditam que os multiplicadores do programa de humanização têm como função e dever a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização em cada um dos hospitais, constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais, com o intuito de difundir os benefícios da assistência humanizada, pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição, propor mudanças que vise beneficiar os usuários e os profissionais de saúde, divulgar e fortalecer iniciativas humanizadoras já existentes, melhorar a comunicação e a integração entre hospital e comunidade de usuários.

Para Falk et.al. (2006), embora o cotidiano do hospital frequentemente submeta os profissionais a situações críticas e indesejáveis, como falta de recursos e situações que provoquem dilemas éticos, este mesmo cotidiano pode possibilitar a inter-relação

entre todas as pessoas, sejam profissionais ou pacientes. No campo das políticas públicas de saúde, humanizar as práticas de atenção e de gestão significa assumir o desafio da construção de uma política que seja pública e coletiva.

Outra questão levantada pelos profissionais terapeutas ocupacionais com relação ao efetivo trabalho no contexto hospitalar pediátrico é a necessidade de se inserir a família no direcionamento do tratamento/atendimento. Traçar objetivos de tratamento em conjunto com os familiares das crianças, como aponta a fala abaixo destacada:

“...são traçados objetivos de tratamento em conjunto com a família, propiciando um envolvimento e conseqüentemente um compromisso maior de todos os envolvidos.” (TO5)

Em se tratando de envolvimento, aspectos como o acolhimento do paciente em equipe e acolhimento e suporte à família da criança, foram ressaltados pelos terapeutas ocupacionais entrevistados, como listados a seguir:

“Especificamente, a terapia ocupacional deve proporcionar um espaço de acolhimento e segurança à criança e sua família.” (TO9)

“...(no meu setor) acolho as crianças e suas famílias num momento de dor e dúvidas, cobranças, e tenho papel fundamental ao mostrar-me disponível, empática e verdadeira.” (TO9)

“...sempre busquei junto à equipe construir espaços adequados às crianças e proporcionar-lhes conforto e amenização dos efeitos de um hospital ou hospitalização.” (TO8)

“(a relação interpessoal que construímos com a criança) ...é uma relação de afinidade, confiança e principalmente cumplicidade.” (TO2)

Além destes, também é ressaltado o aspecto do envolvimento com as equipes e os mais diversos equipamentos disponíveis para que o processo de reinserção da criança após a alta hospitalar seja possível, como apresentado na fala abaixo:

“Busco uma comunicação clara, objetiva e eficaz com a minha equipe de trabalho e com outras equipes se necessário (áreas de atuação, serviços e escolas), no intuito de oferecer a melhor intervenção possível a esta criança e sua família.” (TO9)

Desta forma, o apoio psicológico da família à criança durante a internação é fundamentalmente importante. A equipe multiprofissional deve ser coesa e estar preparada para assistir, gerando um ambiente agradável, facilitando o convívio e o restabelecimento da saúde (GUARESCHI e MARTINS, 1997).

Para Guareschi e Martins (1997), deve fazer parte do planejamento da assistência, as necessidades da criança em cada faixa etária, suas experiências anteriores com relação à hospitalização e a circunstância da atual internação. Além destes cuidados, o profissional da saúde, deve ser conscientizado da importância de seu papel em apoiar o relacionamento responsável-criança, estando esta criança doente ou sadia, pois estudos comprovam que a presença dos pais contribui na adaptação da criança ao ambiente hospitalar, em uma melhor aceitação, melhora à resposta terapêutica, na recuperação mais rápida e na redução do período de hospitalização.

Assim, pode-se afirmar que os serviços de contra-referência (encaminhamentos para escolas, creches, locais onde se possa realizar adaptações, confeccionar órteses, adaptar cadeiras de rodas, entre outros) são também de responsabilidade dos profissionais da equipe multidisciplinar, sendo de grande importância na reinserção do paciente após a alta hospitalar. Uchôa-Figueiredo et al. (2009) afirmam que a rede de apoio social compreende tanto a assistência direta com a criança, como a indireta, que o cuidador recebe de familiares, amigos e da sociedade.

Segundo os profissionais entrevistados, há certos desafios ainda para a concretização do trabalho humanizado, da abordagem humanitária ao paciente no hospital pediátrico. As diferentes formas de abordagens de cada profissão é uma questão que se mostra presente em alguns casos como sendo uma barreira, uma dificuldade para a efetiva humanização do atendimento, como apontam a seguir:

“Pela própria formação acadêmica, as diferentes abordagens acabam por criar zonas de atrito entre as especificidades.” (TO5)

“Os conflitos têm origem desde a formação profissional de cada um. Médicos e enfermeiros, especialmente, são treinados para ver a doença e o que demandar da

mesma, além é claro, de prezar pela ordem e manutenção dos status quo hospitalar...” (TO6)

“...cada profissional apresenta uma maneira diferenciada de lidar com as dificuldades trazidas pelo paciente... e por conta disso muitas vezes acontece o conflito na tomada de decisões a respeito do paciente.” (TO7)

Os profissionais enfrentam grandes problemas causados em função de alguns membros não saberem atuar em equipe. Esta situação colabora para o desencadeamento do estresse e da frustração no grupo de trabalho. Relatos de profissionais participantes de pesquisa realizada por Leite e Vila (2005), mostram que estes se sentem desmotivados, o que produz relações de trabalho inadequadas. Quanto à estrutura, existem relatos de profissionais que apontam para a falta de recursos materiais, o que dificulta e interfere na qualidade da assistência prestada ao paciente.

A terapia ocupacional tende a contribuir com a efetivação do atendimento humanitário ao paciente em função de seu olhar diferenciado sob o mesmo, segundo o relato a seguir:

“É preciso ter uma visão ampla e integrada quando se fala de humanização, ela não se restringe somente à assistência. (...) Agregamos à intervenção de TO (impacto da hospitalização, o empoderamento das crianças ao seu tratamento, ressignificação do cotidiano, fortalecimento da autoestima, exercício da autonomia, qualidade de vida, etc.) a essa visão mais institucional (de políticas administrativas da instituição para a efetiva humanização).” (TO2)

Em contrapartida, surge como desafio, apontado pelos profissionais entrevistados, o adequamento às práticas de atendimento, como ressaltam as seguintes falas:

“Muitos profissionais apresentam muita dificuldade de trabalhar em equipe, não compartilham experiências, não toleram o desempenho de outros e não valorizam outras abordagens... A equipe não pode oferecer humanização se ela mesma precisa humanizar-se.” (TO1)

“...é o mais difícil: buscar modificar a maneira como os sujeitos se relacionam... Difícil mesmo, é mudar a concepção curativa e fria, arraigada nos profissionais.” (TO6)

“O grande desafio atualmente é adequar às práticas de atendimento, de relacionamento entre os sujeitos envolvidos nos cuidados para que sejam tecnicamente eficientes e ao mesmo tempo próximos, atentos, verdadeiramente preocupados com a saúde e o bem-estar das crianças e seus familiares.” (TO6)

Outro desafio enfrentado pelos profissionais atuantes no contexto hospitalar pediátrico, quando se fala em abordagem humanizada ao paciente, é quanto à infraestrutura existente, bem como os recursos humanos, as relações interpessoais, entre outras, como destacam as falas abaixo:

“...(encontrei dificuldades com) questões ligadas à infraestrutura, falta de recursos humanos e relacionamento humano entre profissional e criança/familiar.” (TO2)

“A relação interpessoal (não estou me referindo à relação terapêutica) que construímos com a criança é diferente da relação que a criança tem com outros profissionais (médico, enfermagem, nutrição, fisio, etc.).” (TO2)

“(humanização) deve ser consequência de uma política administrativa da instituição, pois as relações interpessoais entre profissional/profissional e profissional/paciente, sustentadas por uma gestão que apóie e valorize os profissionais, são fundamentais para o atendimento humanizado.” (TO2)

Há necessidade de que seja dada a necessária ênfase às relações humanas para que seja possível a concretização de ações primordiais, como o asseguramento da equipe multiprofissional, a possibilidade de discussão e reflexão sobre os dilemas da prática profissional e a viabilidade do desenvolvimento de mecanismos de adaptação a este tipo de abordagem mais humanitária ao paciente (LEITE e VILA, 2005).

Fossi e Guareschi (2004) enfatizam que a multidisciplinaridade corre o risco de fragmentação entre os setores e, por consequência, a fragmentação do paciente. O relacionamento precário entre a pessoa e a equipe de saúde pode acarretar mais sofrimento do que o esperado para determinados quadros.

Faz parte do atendimento humanitário ao paciente, segundo relatam os profissionais terapeutas ocupacionais entrevistados, a abordagem integral a este, em suas múltiplas dimensões, como dito a seguir:

“A TO favorece o olhar para o paciente e familiar como um todo, uma abordagem integral, incluindo não somente a dimensão física, mas também as dimensões emocional, espiritual, social... Estando atenta às singularidades de cada paciente, sua cultura, seu contexto... considerando as particularidades de cada indivíduo e este indivíduo como um todo, bem como todas as formas de sofrimento e dor.” (TO3)

“Como o TO olha muito o contexto em que o paciente está inserido, o meio e quais são suas principais dificuldades e da família no dia-a-dia, talvez seja o profissional que melhor consegue receber e entender o que acontece na vida desse paciente, e conseguir informações que sejam importantes na tomada de decisões e condutas, contribuindo para com os outros profissionais essa visão.” (T07)

Em pesquisa realizada por Fossi e Guareschi (2004), observa-se que as equipes médicas, bem como outros funcionários do hospital relatam que o ser humano é muito mais que um corpo físico, portanto, o atendimento integral à saúde é indiscutível. Deste modo, pode-se concluir que a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcance toda a amplitude do ser humano, o que transcende a noção de conceito de saúde, como a ausência de enfermidade significa ser saudável.

Por último, concluiu-se através dos dados obtidos com a entrevista, que a valorização/escuta do paciente e seus familiares é de suma importância para o acontecimento da abordagem humanitária em contexto hospitalar. As falas a seguir vêm a confirmar:

“Em nossa formação aprendemos a valorizar o paciente como sujeito, não apenas como indivíduo doente. Essa forma de valorizar o paciente contribui para um olhar mais humanizado e de um cuidado que prioriza seus desejos e sua individualidade.” (T01)

“Nas instituições hospitalares, principalmente nas unidades de internação, os “pacientes” são percebidos de uma forma geral, como indivíduos passivos, fragilizados e incapazes de realizar ações sejam elas físicas ou mentais. E o trabalho da TO vem contrapor essa forma de pensar. A realização de atividades pode mostrar concretamente a capacidade do indivíduo em obter um produto final.” (T02)

Para Ranna e Okay (1980) a família da criança é o elo entre todos os elementos da equipe. Na medida em que cada profissional, ou grupos de profissionais da mesma categoria, trabalham de forma desintegrada, os conflitos, as contradições e as redundâncias da equipe são percebidas, sobretudo, pelos pais.

Da mesma forma, Pfeifer e Mitre (2008) lembram que, em geral, o modelo clínico vigente, em que grande parte dos profissionais de saúde foi formada, tende a privilegiar a doença, encarando a criança apenas como um corpo que adocece. Porém, é preciso levar em conta todos os aspectos que envolvem o processo de adoecimento e internação hospitalar quando trabalhamos com criança.

Para a terapia ocupacional, o brincar é visto como a ocupação infantil, sendo significativa e fundamental, utilizado como recurso terapêutico para promover o desenvolvimento de habilidades físicas, cognitivas, emocionais, relacionais e sociais (PFEIFER e MITRE, 2008).

O brincar terapêutico desenvolve, em parte, aspectos normais da vida diária e previne maiores perturbações e, quando utilizado em ambiente hospitalar, pode proporcionar ao observador, melhor compreensão das necessidades e sentimentos das crianças (GUARESCHI e MARTINS, 1997).

A atividade lúdica, segundo Pfeifer e Mitre (2008), oferece à criança a oportunidade de lidar com diversos sentimentos, como o medo, a angústia e a ansiedade, o que possibilita que esta saia da passividade assumida com frequência diante da hospitalização. O brincar é lugar e tempo para a possibilidade de ser do sujeito e, portanto, deve-se cuidar para que esse continue a existir apesar da doença.



V. Considerações Finais

*"Quem não se preocuparia com uma criança que não brinca?
Quem não se preocuparia com sua saúde, sua evolução, seu futuro?"*
(Caffari-Viallon, 1988)

Os resultados obtidos com este estudo não permitem uma generalização, uma vez que se trata de um grupo não representativo e não de uma mostra populacional. No entanto, os resultados alcançados permitem que sejam feitas algumas considerações importantes.

Buscou-se, através deste estudo, entender como é realizado o trabalho da Terapia Ocupacional em contexto hospitalar pediátrico humanizado. Alguns autores afirmam que através da socialização de experiências entre a Terapia Ocupacional e os diversos profissionais da equipe multidisciplinar do hospital contribui para o fortalecimento do grupo enquanto equipe que presta assistência à criança e seu familiar, colaborando para que haja um ambiente de trabalho saudável e propenso a reproduzir estas ações de sucesso.

O atendimento humanizado dá-se através de ações conjuntas entre a equipe profissional, a criança, sua família e outras redes de suporte, quando necessário. A valorização do paciente e a priorização de seus desejos e suas individualidades são observadas com grande frequência pelos profissionais terapeutas ocupacionais, olhar este que, quando compartilhado com o restante da equipe multiprofissional envolvida, vem a contribuir com este tipo de atendimento.

A principal ferramenta de trabalho da Terapia Ocupacional no desenvolvimento de ações humanizadas no ambiente hospitalar com a criança é o brincar, tido como a principal ocupação infantil por promover o desenvolvimento de habilidades físicas, cognitivas, emocionais, relacionais e sociais. A escuta do paciente e a valorização de seus desejos e necessidades é uma forma de abordagem característica desta profissão, que tende a contribuir para com a equipe multiprofissional, pois enfatiza as potencialidades da criança, considerando-a como sujeito ativo e em constante desenvolvimento e não apenas como um corpo adoecido.

Este estudo revelou que grande maioria dos hospitais, onde a Terapia Ocupacional está inserida, possui programas e projetos de humanização, além do Programa Nacional de Humanização (PNH), proposto pelo SUS, onde desenvolvem

ações como, dias e horários específicos para discussões de casos com a equipe; grupos entre profissionais e familiares/acompanhantes das crianças, onde dúvidas e escolhas podem ser traçados em conjunto; espaço reservado para que o brincar possa ocorrer da forma mais natural possível, as brinquedotecas hospitalares, onde os procedimentos invasivos e dolorosos são evitados em respeito àquele momento da criança; possibilitar que as mesmas tenham o direito de se expressar, seja através de relações de confiança com a equipe, seja através da realização de atividades de seu interesse, entre outras.

Alguns autores acreditam que o plano terapêutico deve promover o envolvimento do paciente e de sua família durante o período de internação nos processos de tratamento, o que pode ser confirmado através dos resultados obtidos com a pesquisa feita.

O estudo mostrou que a convivência com a diversidade de profissionais, crenças, concepções, entre outras, é constante. Desta forma, faz-se necessária a superação das dificuldades por meio da construção de ações conjuntas entre estes diferentes conhecimentos e práticas existentes, podendo tornar possível e sólida a criação de ações efetivamente integradas quando se fala em abordagem humanitária no contexto hospitalar pediátrico.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e Humanização das práticas de saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.549-560, 2005.

BACKES, D. S.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.2, p.221-227, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface: **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago. FCM, Unicamp. Campinas, 2005.

CARVALHO, T. S. E.; PFEIFER, L. I. Enfermagem de Pediatria Unidade Campus. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R.; NEGRINI, S. F. B. M. (Orgs). **Terapia Ocupacional: diferentes práticas no hospital geral**. Legis Summa: Ribeirão Preto, 2009. p. 63-72.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996, cap.3, p. 51-66.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. D. C. M. Terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos e prática. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. 1ª edição. São Paulo: Roca. p.3-28, 2004.

DE CARLO, M. R. P; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (org.) **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. Plexus: São Paulo, 2001. p.19-40.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

FAERSTEIN, E. L.; LOPES, C. S.; VALENTE, K.; PLÁ, M. A. S; FERREIRA, M. B. Pré-testes de um questionário multidimensional autoperenchível: a experiência do estudo pró-saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v.9, s/n, p.117-130, 1999.

FALK, M. L. R.; RAMOS, M. Z.; SALGUEIRO, J. B.; GOBBI, A. Contextualizando a política nacional de humanização: a experiência de um hospital universitário. **Boletim da saúde**. V.20, n.2, p.134-144, 2006.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I.; MARCON, S. **O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada**. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

FERREIRA, J. **O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico**. Universidade Federal Fluminense, 2005.

FERREIRA, P.; PINTO, A. D. V.; PARREIRA, F. V.; GONÇALVES, G. B.; COELHO, Z. A. C. *O brincar como mediador da relação pais e filhos no contexto*

ambulatorial e hospitalar: relato de uma experiência. **Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG**. Belo Horizonte, 2005.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. V.7, n.1, p.29-43, 2004.

GUARESCHI, A. P. D. F.; MARTINS, L. M. M. Relacionamento multiprofissional x criança x acompanhante: desafio para a equipe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V.31, n.3, p.423-436, 1997.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n.1, p.13-20, 2004.

KUDO, A. M. A atuação da Terapia Ocupacional em uma enfermaria pediátrica. **Anais do 3º Simpósio de Terapia Ocupacional da UNESP**. Marília, 2010.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.145-150, 2005.

NEGRINI, S. F. B. M.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R. Memórias e histórias. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; NEGRINI, S. F. B. M. **Terapia ocupacional: Diferentes práticas em hospital geral**. 1ª edição. Ribeirão Preto: Legis Summa. p.27-36, 2009.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. V.14, n.2, p. 277-284, 2006.

PARHAM, L. D.; PRIMEAU, L. A. Recreação e Terapia Ocupacional. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **A recreação na Terapia Ocupacional Pediátrica**. 1ª Reimpressão. Ed. Santos Livraria LTDA. São Paulo, 2002. p. 2-21

PENELLO L.; MAGALHÃES P. Comunicação de Más Notícias: Uma Questão se Apresenta. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; Instituto Nacional de Câncer (INCA); Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro, 2010. p. 23 – 26.

PFEIFER, L. I.; MITRE, R. M. A. Terapia Ocupacional, dor e cuidados paliativos na atenção à infância. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. **Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade**. 1ª edição. Roca: São Paulo, 2008. p. 258-287.

PITOMBO, L. B.; NERI, R. Grupos Balint-Paidéia: uma Experiência da Gestão Compartilhada da Clínica Ampliada na Rede de Atenção Oncológica In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; Instituto Nacional de Câncer (INCA); Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro, 2010. p. 48 - 54.

PONTES, A. C.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; GAVIOLLI, N. B.; FUNAYAMA, C. A. R. Multidisciplinary approach to hospitalized epileptic children and their families. **Einstein**, v.4, n.2, p.89-94, 2006.

RANNA, W.; OKAY, Y. Grupos de pais de crianças e da equipe multiprofissional e sua influência nas diretrizes da enfermagem geral de um hospital infantil. **Revista Pediatria São Paulo**. V.2, s/n, p.184-190, 1980.

ROSSIT, R. A. S.; KOVACA, A. C. T. B. Intervenção essencial de Terapia Ocupacional em enfermagem pediátrica. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**. v.7, n.2, 1998.

SALGUEIRO, J. B.; RAMOS, M. Z.; FALK, M. L. R.; RAYMUND, M. M.; SCHENKEL, S. S. Avaliação das ações humanizadoras desenvolvidas na pediatria do hospital de clínicas de Porto Alegre. **Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v.27, n.2, p.5-9, 2007.

SILVA, C. V. O cuidar em saúde da criança. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. v.5, n.1, p.5-8. São Paulo, 2005.

SILVA, M. B. D. C.; CERVI, M. C.; CUPO, P. A hospitalização de crianças em Unidade de Emergência: o papel da Terapia Ocupacional. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R da; NEGRINI, S. F. B. M. (Orgs). **Terapia Ocupacional: diferentes práticas no hospital geral**. Legis Summa: Ribeirão Preto, 2009. p. 52-60.

SILVA, S. H.; JESUS, I. C.; SANTOS, R. M.; MARTINS, D. C. Humanização em Pediatria: O brinquedo como recurso na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Pediatria Moderna**. v.46, n.3, p.100-104, 2010.


TAKATORI, M.; OSHIRO, M.; OTASHIMA, C. O hospital e a Assistência em Terapia Ocupacional com a população infantil. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional: Reabilitação física e contextos hospitalares**. 1ª edição. São Paulo: Roca. p. 258 – 273, 2004.

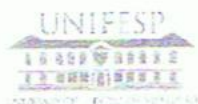
UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; PONTES-FERNANDES, A. C.; GAVIOLI, N. E. B.; FUNAYAMA, C. A. R. A atuação interdisciplinar da terapia ocupacional na enfermagem de neurologia infantil. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; NEGRINI, S. F. B. M. **Terapia ocupacional: Diferentes práticas em hospital geral**. 1ª edição. Ribeirão Preto: Legis Summa. p.89-106, 2009.

VAISTMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.599-613, 2005.



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

| | | |
|---|--|---|
|  | Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina | Comitê de Ética em Pesquisa Hospital São Paulo |
| São Paulo, 14 de janeiro de 2011. CEP 0020/11 | | |
| Ilmo(a). Sr(a). Pesquisador(a) LUCIA DA ROCHA UCHOA FIGUEIREDO Co-Investigadores: Gabriela Gallacini Prado, Lucia da Rocha Uchoa Figueiredo (orientadora) Disciplina/Departamento: Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo Patrocinador: Recursos Próprios. | | |
| <u>PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL</u> | | |
| Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "A humanização no ambiente hospitalar pediátrico: a visão da terapia ocupacional" . | | |
| CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional. | | |
| RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo. | | |
| OBJETIVOS: Entender como se dá o trabalho da Terapia Ocupacional em contexto hospitalar humanizado.. | | |
| RESUMO: A seleção dos participantes será feita em hospitais gerais do Estado de São Paulo. Farão parte desta pesquisa, 10 terapeutas ocupacionais que trabalham na área infantil. Será utilizado um roteiro de entrevistas semi-estruturado que possui questões objetivas e subjetivas, visando conhecer sobre os atendimentos de Terapia Ocupacional nos ambientes hospitalares e o processo de humanização institucional, entender como se dá o trabalho da Terapia Ocupacional em contexto hospitalar humanizado, bem como conhecer os programas de humanização onde a Terapia Ocupacional está inserida e de que maneira isto ocorre.. | | |
| FUNDAMENTOS E RACIONAL: Considerando a importância do profissional terapeuta ocupacional na equipe multiprofissional pediátrica de hospital geral, faz-se necessário conhecer como este profissional tem atuado no processo de humanização e o quanto este tem colaborado junto a instituição e as equipes dela pertencentes.. | | |
| MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo, apresentando o instrumento utilizado na coleta de dados.. | | |
| TCLE: Adequado, contemplando a resolução 196/96. | | |
| DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo - R\$ 56,90. | | |
| CRONOGRAMA: 6 meses. | | |
| OBJETIVO ACADÊMICO: Graduação. | | |
| ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 9/1/2012 e 8/1/2013. | | |
| O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado. | | |
| <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162 | | |



1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

002011



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa intitulada “A humanização no ambiente hospitalar pediátrico: a visão da Terapia Ocupacional” tem como objetivos conhecer como os terapeutas ocupacionais contribuem para o atendimento humanizado da equipe, entender como se dá o trabalho da Terapia Ocupacional em contexto hospitalar humanizado, bem como conhecer os programas de humanização em que a Terapia Ocupacional está inserida.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida sob a coordenação da Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista.

Para tanto, os Terapeutas Ocupacionais que trabalhem em hospitais gerais na ala da pediatria de forma humanizada, serão convidados a participar da pesquisa. Após a aceitação destes, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas individualmente via internet.

As entrevistas e observações serão feitas pela Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo e pela aluna Gabriela Gallacini Prado.

Todas as informações prestadas aos pesquisadores estão sob sigilo de pesquisa sendo garantida a privacidade e o anonimato dos participantes, os quais podem desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo que pode ser encontrado no endereço Av. Dona Ana Costa, 95 Vila Mathias – Santos-SP Telefone: (13) 3878-3700.

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – email: cepunifesp@unifesp.br

Eu,

entendo que qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Acredito ter sido

suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A humanização no ambiente hospitalar pediátrico e a equipe multidisciplinar: a visão da Terapia Ocupacional”.

Certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento, e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Li e fui esclarecido que em qualquer etapa do estudo, terei acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A participação na pesquisa é voluntária, não acarreta nenhum gasto. Também não há compensação financeira relacionada à participação.

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Data:

Certifico que expliquei a(o) Sr.(a) _____

acima, a natureza, propósito e benefícios associados a sua participação nesta pesquisa e que respondi todas as questões que me foram feitas. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Data:

Atualmente quantos Terapeutas Ocupacionais trabalham na estrutura do serviço como um todo (hospital, serviço de apoio, ambulatórios, entre outros)?

Quantos Terapeutas Ocupacionais dessa instituição trabalham com crianças? E em quais locais?

1. Você está atualmente inserido(a) em algum tipo de programa de humanização?

Sim

Não

Justifique-se.

2. Você já trabalhou em outro hospital na área pediátrica onde não fosse preconizado o atendimento humanizado?

Sim

Não

Justifique-se.

3. Você encontrou dificuldades ao se deparar com a abordagem humanitária ao paciente?

Sim

Não

Justifique-se.

4. Qual destes profissionais fazem parte da equipe multidisciplinar em que trabalha?

Terapeuta Ocupacional.

Fisioterapeuta

Educador Físico

Pedagoga (o) hospitalar

Nutricionista

Enfermeira (o)

Psicóloga (o)

Assistente Social

Fonoaudióloga (o)

Médico

Médico

Médico

Outro(s):

5. Em sua opinião, como seu trabalho contribui para um atendimento humanizado da equipe multiprofissional?

6. Você acredita que existem conflitos entre as diferentes especificidades de cada profissão na abordagem humanizada?

Sim

Não

Se sim, justifique-se.

7. De que forma ocorre efetivamente o trabalho da Terapia Ocupacional em um contexto hospitalar humanizado com crianças?
