

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CRISTINA TAVARES BOSQUEROLLI

**ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES:** as compreensões dos Enfermeiros

Porto Alegre

2011

CRISTINA TAVARES BOSQUEROLLI

**ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES: as compreensões dos Enfermeiros**

Trabalho de Conclusão apresentado à Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Nair Regina Ritter Ribeiro

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Mara e Leandro, por tudo que me ensinaram principalmente a “caminhar sozinha”, por sempre me incentivarem e proporcionarem as condições para estudar.

À minha irmã Elisa, futura Enfermeira, por me indicar o caminho da Enfermagem e estar presente em todas as etapas da minha vida.

Aos meus irmãos, Maurício e Caio, por serem mais que irmãos, por me apoiarem quando preciso e pelos vários momentos de descontração.

À minha sobrinha Luisa por encher a casa de alegria e me motivar ainda mais a atuar no Cuidado à Criança.

À minha cunhada Roxana por toda a disponibilidade.

Aos meus avós, Judith e Adolfo, e demais familiares que torceram por essa conquista.

Agradeço a Dayanna Lemos, Andréia Specht, Agnes Neutzling, Luísa Martinato e Priscila Ledur por reforçarem o significado de amizade e nunca medirem esforços para me ajudar.

Aos meus Colegas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica por fazerem do nosso ambiente de trabalho a minha segunda casa, pelas muitas amizades e por contribuírem com o meu crescimento.

À professora Nair Ribeiro por ser um exemplo para mim de profissional, por me conduzir na elaboração desse trabalho de forma motivadora, transferindo suas experiências, sua segurança e sua tranquilidade.

Aos enfermeiros participantes por se disponibilizarem e por contribuírem com essa produção.

Aos docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS por toda a contribuição na minha formação.

Obrigada por torcerem por mim, por me darem força e por participarem dessa etapa tão especial na minha vida!

Agradeço a Deus por permitir essa convivência. Tenho certeza que não seria igual sem a contribuição de vocês!

“Ama sempre fazendo pelos outros o melhor que possas realizar. Age auxiliando. Serve sem apego. E assim vencerás.”

(Chico Xavier)

RESUMO

Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde devem cumprir com a legislação vigente no que se refere à estruturação física. Por sua vez, a legislação precisa garantir os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Entretanto, para a sua adequação, atendendo as necessidades da criança e do adolescente junto a sua família e do processo de trabalho da equipe, é imprescindível a colaboração dos enfermeiros que vivenciam esse cotidiano do cuidado. Frente a isso, o presente estudo tem como objetivo conhecer as compreensões dos enfermeiros que prestam cuidado nas unidades de internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) sobre a estrutura e funcionamento de uma unidade pediátrica que atenda as necessidades dos pacientes e de suas famílias. O estudo é do tipo qualitativo com caráter descritivo exploratório e realizado em duas das quatro unidades pediátricas do hospital após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Os participantes foram nove enfermeiros com mais de três anos de atuação na unidade, os quais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa. A coleta de dados se deu através de entrevistas semi estruturadas. Depois da transcrição das mesmas, houve a ordenação dos dados, leituras repetidas dos textos organizando os núcleos de sentido e análise final estabelecendo articulações entre as falas e a teoria. Com a análise emergiram quatro categorias que descreve as compreensões dos enfermeiros: Falando das características das unidades de internação 10º Norte e 10º Sul do HCPA; Identificando fatores que dificultam o cuidado à criança e ao adolescente; Sugerindo alternativas para superar as dificuldades e melhorar o cuidado; e Reforçando as necessidades de uma unidade para crianças e adolescente. A partir da última categoria surgiram três subcategorias: Área física; Processo de trabalho; Cuidados ou necessidades específicas. A experiência dos enfermeiros no contexto de cuidado à criança, ao adolescente e de sua família e do processo de trabalho, demonstra que as recomendações da legislação a cerca do funcionamento de unidades pediátricas não contemplam todas as necessidades dessa clientela bem como da equipe de trabalho responsável pelo seu cuidado. Nota-se a importância da atualização das normas legais a fim de abranger novos critérios que indiquem aos estabelecimentos de saúde condições mais adequadas e eficientes para qualificar o cuidado.

Descritores: Estabelecimentos de saúde. Criança hospitalizada. Adolescente hospitalizado. Unidade de internação.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	8
2.1	Recomendações da legislação.....	8
2.2	Recomendações de controle de infecção.....	12
2.3	Responsabilidades do hospital perante a criança e o adolescente hospitalizados.....	14
3	METODOLOGIA.....	17
3.1	Tipo de Estudo.....	17
3.2	Campo.....	17
3.3	Participantes.....	17
3.4	Coleta de Dados.....	18
3.5	Análise de Dados.....	18
3.6	Aspectos Éticos.....	19
4	COMPREENSÕES DOS ENFERMEIROS.....	20
4.1	Falando das características das unidades de internação 10º Norte e 10º Sul do HCPA.....	20
4.2	Identificando fatores que dificultam a cuidado à criança e ao adolescente.....	22
4.3	Sugerindo alternativas para superar as dificuldades e melhorar o cuidado.....	29
4.4	Reforçando as necessidades de uma unidade para crianças e adolescentes.....	32
4.4.1	Área Física.....	32
4.4.2	Processo de Trabalho.....	35
4.4.3	Cuidados ou necessidade específicos.....	38
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados.....	54
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	55
	ANEXO A - Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de.....	56
	Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	
	ANEXO B - Termo de aprovação pela Comissão Científica e Comissão de.....	57
	Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	

1 INTRODUÇÃO

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) presta cuidado à saúde de grande demanda de pacientes pediátricos e adolescentes por ser um hospital de referência no Município e no Estado do Rio Grande do Sul. O Serviço de Pediatria foi criado há 30 anos e atualmente é composto por: duas unidades de internação, uma unidade de oncologia e uma de terapia intensiva (HCPA, 2010b). Muitas mudanças foram realizadas para dar conta do vasto número de internações, mas ainda há algumas inconformidades com a legislação vigente no que se refere aos recursos físicos e à ambientação das unidades.

Segundo Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), a hospitalização é uma situação crítica e delicada na vida de qualquer ser humano e tem contornos especiais quando se trata de um acontecimento na existência de uma criança, pois implica na mudança de rotina de toda a família. Nesse sentido, a aproximação com a temática surgiu pelo interesse prévio em relação ao cuidado prestado a criança, adolescente e sua família, a partir das experiências de estágio no período de formação. Essas experiências oportunizaram a reflexão sobre a responsabilidade do profissional da Enfermagem durante a internação dessa população, de maneira a torná-la mais amena e adequada em vários aspectos.

Segundo Takahashi e Gonçalves (2005), qualquer edificação destinada à prestação de cuidado à saúde da população independente do nível de complexidade de atenção e oferta de regime de internação, é considerada um Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS). A construção e a ambientação desse tipo de estabelecimento deve atender aos requisitos estabelecidos por leis do Ministério da Saúde e do Trabalho, assim como as Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Por meio dessas leis e resoluções serão implementadas medidas diretas ou indiretas, as quais garantirão um ambiente propício a recuperação e promoção da saúde do paciente sem prejuízos à saúde dos profissionais que prestam esse cuidado.

A Resolução Diretoria Colegiada 50 (RDC 50) dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos dos EAS, e tem como objetivo garantir um ambiente adequado ao cuidado do paciente e a prestação de serviços pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2002). A Resolução Diretoria Colegiada 306 (RDC 306) dispõem sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (BRASIL, 2004). Essa Resolução dispõe sobre a prevenção e a redução dos riscos à saúde e ao meio ambiente, por meio do correto gerenciamento dos resíduos gerados pelos serviços de saúde. A Norma Regulamentadora 32 (NR 32) do Ministério do Trabalho tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem

como daqueles que exercem atividades de promoção e cuidado à saúde em geral (BRASIL, 2005). A Portaria 2.616 do Ministério da Saúde a qual regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar também é um indispensável subsídio, já que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais (BRASIL, 1998b).

Além de cumprir com as normas preconizadas pela legislação, os hospitais que prestam cuidado à saúde da criança e do adolescente devem considerar outras características. As principais causas de internação precisam ser conhecidas, assim como o número de crianças que adoecem por essas causas em determinada população. Da mesma forma, sabendo que as crianças estão mais expostas às doenças infecto contagiosas, as unidades pediátricas devem conter adequadas acomodações para isolamentos por exemplo. O hospital deve proporcionar nos casos de internação a permanência em tempo integral de um dos pais ou de um responsável pela criança, conforme o Artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Outros Artigos desse Estatuto também remetem a necessidade de organização prévia dos EAS. Sabendo que o direito à liberdade compreende os aspectos de brincar, de divertir-se, de ter crenças e de expressar-se, os hospitais devem destinar um espaço ao lazer e à recreação desses pacientes. Outra necessidade é a criação de uma unidade de internação apropriada aos pacientes adolescentes, visto que nessa etapa do desenvolvimento diversas modificações ocorrem e faz-se necessário priorizar a privacidade dos indivíduos nessa faixa etária (GOBBI, 2008).

Para que os recursos físicos sejam compatíveis com a proposta de cuidado dos EAS, no cumprimento das normas legais, é fundamental a participação do enfermeiro no planejamento e na organização de sua área física (TAKAHASHI; GONÇALVES, 2005). Esse profissional reconhece as necessidades de cuidado e as atividades a serem desenvolvidas pela equipe de saúde. Por isso, o conhecimento da legislação associado a sua experiência profissional deve nortear o planejamento e a ambientação da unidade em que o profissional prestará cuidado.

Assim, a experiência dos enfermeiros que vivenciam o cotidiano tanto do cuidado à criança e ao adolescente junto a sua família, quanto do processo de trabalho da equipe, somada a itens da legislação tem muito a contribuir na reforma ou construção de uma unidade pediátrica. Desta forma, conhecer a compreensão dos enfermeiros inseridos nesse contexto justifica este estudo.

Frente a isso, o presente estudo tem como objetivo conhecer as compreensões dos enfermeiros que prestam cuidado nas unidades de internação pediátrica do HCPA sobre a estrutura e funcionamento de uma unidade pediátrica que atenda as necessidades dos pacientes e de suas famílias.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A seguir serão revisadas as recomendações da legislação, do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho, da ANVISA e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HCPA para a estruturação de unidades de internação pediátrica e de adolescentes, bem como as responsabilidades dos EAS perante os direitos da criança e do adolescente hospitalizados.

2.1 Recomendações da legislação

Atualmente a construção da estrutura física dos estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) deve respeitar principalmente as recomendações dispostas na Resolução Diretoria Colegiada 50 (RDC 50) da ANVISA de 2002. Sabendo que os EAS tem a atribuição de prestar cuidado à saúde em regime de internação, algumas atividades específicas são previstas no que se refere às unidades de internação pediátrica. Assim, é preconizado pela legislação condições de estrutura física a fim de que essas determinadas ações possam ser executadas.

A alocação de pacientes em ambientes individuais ou coletivos, conforme a faixa etária, a patologia, o sexo e a intensividade de cuidados é uma das atividades de rotina em unidades de internação pediátrica. A execução das atividades médica e de enfermagem, bem como o registro dos procedimentos podem ser facilitados dispondo de espaços exclusivos. A assistência nutricional e a distribuição de alimentação ao paciente e ao seu acompanhante também são atividades do EAS, além da assistência psicológica e social. Especialmente nas unidades pediátricas são recomendados espaços para atividades de recreação infantil e de terapia ocupacional, bem como a prestação de assistência pedagógica infantil (ensino fundamental) quando o período de internação for superior a 30 dias.

Um ambiente é definido como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas (BRASIL, 2002). Por isso cada um dos ambientes exigidos ao EAS deve seguir o padrão estabelecido na legislação. O quadro abaixo mostra os principais ambientes necessários em uma unidade pediátrica com suas quantidades, dimensões e instalações de acordo com essa Resolução.

AMBIENTES	QUANTIFICAÇÃO E DIMENSÃO (mín)	INSTALAÇÕES
Posto de enfermagem/ prescrição médica	1 posto a cada 30 leitos com 6,0 m ²	HF; EE
Sala de serviço	1 sala para cada posto de enfermagem com 5,7 m ²	HF; EE
Sala de exames e curativos	1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria sem sub-divisão física dos leitos) com 7,5 m ²	HF; FAM; EE
Área de cuidados e higienização de lactente	1 a cada 12 berços ou fração 4,0 m ²	HF; HQ
Enfermaria de lactente	15 % dos leitos do estabelecimento Deve haver no mínimo 1 quarto que possa servir para isolamento a cada 30 leitos ou fração 4,5 m ² por leito = lactente 9,0 m ² = quarto de 1 leito 5,0 m ² por leito = criança Nº máximo de crianças até 2 anos por enfermaria = 12	HF; HQ; FO; FAM; EE; ED; FVC; EE; AC FO: 1 para cada 2 leitos ou 1 por leito isolado FAM e FVC: 1 para cada 2 leitos
Quarto de criança		
Enfermaria de criança		
Quarto ou enfermaria para adolescentes	10,0 m ² = quarto de 1 leito 7,0 m ² por leito = quarto de 2 leitos 6,0 m ² por leito = enfermaria de 3 a 6 leitos Nº máximo de leitos por enfermaria = 6 Distância entre leitos paralelos = 1,0 m Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2 m; lateral = 0,5 m	
Área de recreação/ lazer	1 para cada unidade de pediatria 1,2 m ² por paciente em condições de exercer atividades recreativas / lazer	HF

Fonte: RDC 50/ ANVISA 2002

LEGENDA: HF = Água fria; HQ = Água quente; FO = Oxigênio; FAM = Ar comprimido medicinal; EE = Elétrica de emergência; ED = Elétrica diferenciada; FVC = Vácuo clínico; AC = Ar condicionado.

Outros ambientes de apoio são destacados nesta Resolução como necessários para o funcionamento das unidades: sala de utilidades, banheiro para acompanhantes quando existir enfermaria, sanitários para público e funcionários, rouparia, sala de estar para acompanhantes, sala de estar para pacientes, acompanhantes e visitantes, depósito de material de limpeza, depósito de equipamentos e materiais, banheiro para pacientes (cada quarto ou enfermaria, exceto lactente deve ter acesso). Nas enfermarias ou nos quartos individuais devem ser previstos espaços para poltrona de acompanhante ao lado do leito. Somente será optativa a sala de acompanhantes quando a unidade for composta por quartos individuais.

Algumas condições ambientais essenciais para prevenção e controle de infecção também são abordadas na RDC 50. O quarto privativo de isolamento é obrigatório nos casos de necessidade de isolar substâncias corporais infectantes ou de bloqueio. Nesses casos deve ser dotado de banheiro privativo (com lavatório, chuveiro e vaso sanitário) e de ambiente específico com pia e armários estantes para roupa e materiais limpo e sujo anterior ao quarto.

Conforme o ambiente será instalado um lavatório, uma pia ou um lavabo que segundo a RDC 50 tem a seguinte classificação:

O lavatório é exclusivo para a lavagem das mãos, possui pouca profundidade e formatos e dimensões variadas podendo estar inserido em bancadas ou não. A pia de lavagem é destinada preferencialmente à lavagem de utensílios podendo ser também usada para a lavagem das mãos, possui profundidade variada, formato retangular ou quadrado e dimensões variadas e sempre está inserida em bancadas. O lavabo cirúrgico é exclusivo para o preparo cirúrgico das mãos e antebraço. Deve possuir profundidade suficiente que permita a lavagem do antebraço sem que o mesmo toque no equipamento. Lavabos com uma única torneira devem ter dimensões mínimas iguais a 50 cm de largura, 100 cm de comprimento e 50 cm de profundidade. A cada nova torneira inserida deve-se acrescentar 80 cm ao comprimento da peça (BRASIL, 2002, p.101).

É recomendado também que todos esses dispositivos possuam torneiras ou comandos de modo a dispensarem o contato das mãos quando do fechamento da corrente de água (BRASIL, 2002). Junto a esses deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. As salas de utilidades devem ser projetadas de forma a não interferir as outras áreas ou circulações. Essas salas são destinadas ao despejo de resíduos líquidos contaminados, abrigo de roupa suja e opcionalmente resíduo sólido (caso não exista sala específica para esse fim), os quais futuramente serão encaminhados a lavanderia ou ao abrigo de resíduos sólidos. A sala deve possuir sempre, no mínimo, uma pia de despejo e uma pia de lavagem comum.

A RDC 306 da ANVISA de 2004 enfatiza a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS). Sabendo que as unidades de internação também são geradoras de resíduos, os regulamentos dispostos nessa Resolução se tornam importantes no manejo adequado desses. O RSS inclui as etapas de segregação, de acondicionamento, de identificação, de transporte interno, de armazenamento temporário, de tratamento, de armazenamento externo, de coleta e transporte externos e de disposição final.

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos. O acondicionamento é o ato de embalar os resíduos segregados em sacos ou recipientes os quais evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de

cada tipo de resíduo. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento. A equipe que presta cuidado tem maior envolvimento nas duas primeiras etapas, já que segrega os resíduos nos recipientes adequados para acondicionamento.

Os resíduos são classificados em cinco grupos: A, B, C, D e E (BRASIL, 2004). O grupo A corresponde aos resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. O grupo B é formado por resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, de corrosividade, de reatividade e de toxicidade. O grupo C é composto por quaisquer materiais resultantes da atividade humana que contenham radionuclídeos e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. Os do grupo D são resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. E o grupo E corresponde aos materiais perfurocortantes ou escarificantes.

O profissional de enfermagem durante a sua prática está exposto a diversos riscos ocupacionais. A NR 32 dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, classifica os riscos e prevê medidas de proteção específicas contra eles (BRASIL, 2005). Nas unidades de internação em questão os profissionais estão expostos principalmente aos agentes biológicos, os quais são microrganismos geneticamente modificados ou não. Esses agentes são classificados em quatro classes (1, 2, 3 e 4) conforme o grau de risco à saúde, sendo os microrganismos da classe 4 os potencialmente mais agressivos. Essa norma regulamentadora destaca algumas medidas de proteção na exposição aos riscos biológicos: lavatórios exclusivos para lavagem das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual; lavatório no interior de quartos ou de enfermarias destinado ao isolamento de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas; uso de luvas e lavagem das mãos antes e depois de manipulações de qualquer natureza e; adequada utilização de pias de trabalho.

Os cuidados no manejo dos resíduos de saúde também são uma medida de prevenção, visto que se conhece o potencial risco conforme sua classificação. Por isso o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) é necessário e preconizado pelo Ministério do Trabalho.

As infecções estão dentre as causas de internação e permanência hospitalar. A infecção comunitária é conceituada como sendo aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não esteja relacionada com internação anterior no mesmo hospital. Já a

infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998b).

Assim é previsto elaboração de um Programa de Controle de Infecção Hospitalar que promova ações para reduzir ao máximo a incidência e a gravidade das infecções hospitalares. Para execução desse programa, a lei pressupõe a formação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

A CCIH tem como competências elaborar, implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecção hospitalar conforme as necessidades da instituição. Deve supervisionar também o cumprimento das normas e das rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao controle das infecções hospitalares. A capacitação dos funcionários e dos profissionais da instituição e a Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares também fazem parte de suas atribuições. A implementação das adequadas medidas de precaução e de isolamento somada à lavagem das mãos pelos profissionais ligados ao cuidado do paciente são ações recomendadas para o controle das infecções.

2.2 Recomendações de controle de infecção hospitalar

As infecções hospitalares (IH) em pediatria são consideradas como importantes fatores complicadores do tratamento da criança hospitalizada, uma vez que aumentam a morbidade, a mortalidade, o tempo de permanência hospitalar, os custos e o sofrimento para a criança e sua família (BRASIL, 2006). Os pacientes internados em unidades de pediatria estão entre os que apresentam as mais altas taxas de IH (MARTINS, 2001). Alguns fatores que proporcionam o desenvolvimento das IH nesse pacientes são:

A lenta maturação do seu sistema imunológico, cujo desenvolvimento é menos acentuado quanto menor for a idade, tornando maior o risco de aquisição de doenças transmissíveis; o compartilhamento de objetos entre pacientes pediátricos; a desnutrição aguda; a presença de anomalias congênitas; o uso de medicamentos, particularmente de corticosteróides; e as doenças hemato-oncológicas (BRASIL, 2006, p.12)

Considerando que as doenças infecciosas estão entre as causas mais frequentes de internação em serviços de pediátricos, a proximidade de pacientes infectados com pacientes suscetíveis não infectados e portadores de algum tipo de imunossupressão constitui um aspecto relevante a ser considerado em pediatria (MARTINS, 2001). Muitos pacientes são admitidos com processo infeccioso adquirido na comunidade (BRASIL, 2006). O contato físico da criança com o ambiente e objetos contaminados; a convivência com familiares

portadores de doenças infecciosas e; a permanência cada vez mais acentuada em creches e escolas são fatores que contribuem para isso.

Sabendo desse perfil de internações pediátricas a unidade deve dispor de adequadas áreas e recursos para evitar a contaminação de outros pacientes, dos profissionais e também dos visitantes e acompanhantes. Conforme a ANVISA (2006), no controle das IH é fundamental a retomada de práticas simples, mas que são relegadas a um plano secundário, como a lavagem das mãos, a utilização correta das medidas de precaução e de isolamento, a conscientização da equipe de saúde sobre essas medidas aliadas à orientação aos acompanhantes do pequeno paciente.

Uma medida importante segundo Martins (2001) é separar o paciente infectado, ou com suspeita de infecção, dos demais e instituir as precauções de acordo com a via de transmissão da doença em questão. A autora também destaca a necessidade de separar áreas ou salas de espera para pacientes imunocomprometidos a fim de evitar que esses doentes tenham contato com outros pacientes com doenças contagiosas.

Conforme Gomes e Couto (2004), o quarto de isolamento privativo deve conter pia para lavagens das mãos e banheiro próprios. Caso não haja quartos individuais disponíveis deve-se alocar em enfermarias os pacientes infectados com os mesmos germes. Nesses casos as precauções básicas tem de ser redobradas e intensificadas. Recomenda-se que nessas enfermarias o paciente tenha armário próprio para guardar seus pertences (roupas, sacola, sapato), uma mesa lateral de apoio (individual) e uma cadeira para seu uso (em geral compartilhada pelo acompanhante), com camas distanciadas um metro entre si (HINRICHSEN, 2004).

Nas unidades de internação pediátrica existe a peculiaridade das salas de recreação e do uso de brinquedos pelas crianças. Porém, alguns cuidados no que se refere ao controle das infecções no ambiente hospitalar são necessários. A ANVISA (2006) recomenda que o espaço destinado à recreação seja arejado e limpo e os brinquedos e demais objetos devem ser adequados ao uso hospitalar com limpeza e desinfecção rotineira.

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (1995) é permitida a presença de acompanhantes. Condições adequadas de alojamento para acompanhantes devem ser garantidas, obedecendo às distâncias entre berços e camas. Os acompanhantes devem ser orientados quanto às normas hospitalares e às medidas de controle de infecção (BRASIL, 2006). Nesse sentido enfermarias que comportam um maior número de pacientes dificulta o cumprimento das normas e propiciam a disseminação de infecções

Nas enfermarias destinadas a crianças, medidas em relação aos banheiros devem ser tomadas, especialmente, tratando-se de lactentes que utilizam banheiras. Essas banheiras

necessitam sofrer limpeza e desinfecção rigorosas entre cada banho. Pias, sabão e papel toalha devem estar disponíveis em todas as enfermarias. Preconiza-se que quartos privativos contem com ante-sala para lavagem das mãos e paramentação (BRASIL, 2006).

Algumas doenças específicas da criança merecem destaque devido à necessidade de isolamento que são recomendadas pelas CCIH. A comissão do HCPA recomenda, nos casos de bronquiolite (BQL) viral, internar em quarto individual ou enfermarias de BQL os pacientes até 2 anos de idade com sintomas respiratórios e instalar medidas de precaução de contato até obter-se o resultado da pesquisa de vírus respiratório de secreção de vias aéreas superiores (HCPA, 2010a). Se for identificado o vírus sincicial respiratório, o parainfluenza ou o influenza, o paciente poderá ficar em coorte (enfermaria de BQL) e adotar as medidas até o 9º dia após início dos sintomas ou enquanto estiver sintomático. Se for identificado o adenovírus, o paciente deverá permanecer em quarto individual ou em coorte. Nesse caso, as medidas de precaução serão mantidas durante toda a internação ou até nova pesquisa de vírus negativa.

Quanto às doenças infecto contagiosas, como sarampo, varicela, rubéola, caxumba e coqueluche, a CCIH do HCPA também aconselha quartos individuais ou coorte. As medidas de precaução diferem quanto à forma de transmissão dessas doenças, assim como o tempo de isolamento e o período de transmissibilidade (HCPA, 2010a). Também se recomenda que o paciente com infecção por meningococos seja isolado. O período deverá ser de um dia após o início de antibiótico específico. Além desses pacientes com infecções, deverão ser isolados os pacientes imunodeprimidos, à exemplo dos transplantados e dos pacientes com fibrose cística.

2.3 Responsabilidades do hospital perante a criança e o adolescente hospitalizados

Os hospitais tem responsabilidades perante os direitos da criança e do adolescente. Segundo Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), a humanização do cuidado à criança começou a ser modificada após a publicação da Lei nº 8069, em 1990, a qual regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente. Com base nesse estatuto, em 1995, foram regulamentados os direitos da criança e do adolescente hospitalizados pela Resolução nº 41.

Assim começou a ser permitida e obrigatória a permanência dos pais ou do responsável em tempo integral nos casos de internação de criança ou de adolescente, conforme essa legislação. É incontestável que os pais exercem papel fundamental no contexto da hospitalização infantil, na medida em que representam a referência fundamental da criança, enquanto mediadores da relação terapêutica, fonte principal de segurança e de carinho, além

de apoio imprescindível ao enfrentamento desta situação desafiadora que é a doença e a internação (FAQUINELLO, HIGARASHI; MARCON, 2007).

O direito de lazer e de brincar também começa a ser encarado de outra forma, sendo incentivado pelas instituições por ser apontado como um dos direitos da criança desfrutar de alguma forma de recreação. Além disso, as instituições hospitalares tem de possibilitar à criança o acompanhamento do *currículum* escolar durante sua permanência no hospital. Collet e Oliveira (2002) enfatizam que o brincar é uma atividade importante para o desenvolvimento senso-motor e intelectual da criança, para o processo de socialização, desenvolvimento e aperfeiçoamento da autoconsciência e da criatividade e para a formulação dos valores morais. A autora destaca também que o brincar é uma forma eficaz de diminuir o estresse, pois a criança liberta sua criatividade e reinventa o mundo, explorando seus limites, libera sua efetividade e extravasa suas emoções. Por essa relevância, os hospitais devem destinar um espaço específico para a recreação, preferencialmente um ambiente externo a fim de que as crianças possam ter contato com os raios solares já que esses também são elementos importantes para o seu desenvolvimento (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Uma novidade atualmente discutida é a visitação dos animais de estimação às pessoas hospitalizadas. Essa prática é chamada de Terapia Assistida por Animais (TAA) e teve origem nos Estados Unidos (VACCARI; ALMEIDA, 2007). Vaccari e Almeida (2007) acreditam que a terapia com animais pode ser benéfica para qualquer ser humano, em diferentes situações de vida, mas é especialmente indicado para crianças. A companhia dos animais pode afastar a dor, a tristeza e o medo, mesmo que temporariamente, preenchendo o vazio da solidão. Também favorece o desenvolvimento de sentimentos positivos, a troca de afeto e a sensação de conforto e de bem-estar, à medida que propicia o estabelecimento de um vínculo com as pessoas. A distração que eles proporcionam tem um efeito reparador e renovador (DOTTI, 2005).

Em um estudo desenvolvido por Vaccari e Almeida (2007, p. 116) constatou-se que:

A visita dos animais é uma experiência muito prazerosa para a criança hospitalizada. Essa atividade melhorou a interação da criança com a equipe multidisciplinar e demais crianças. O contato com os animais também contribuiu para que as crianças se tornassem mais cooperativas nos procedimentos hospitalares, provavelmente pelo fato de se sentirem mais relaxadas e conseguirem confiar no ambiente, onde não só acontecem situações desagradáveis, mas também momentos de prazer e diversão. O alívio da dor e do desconforto foi outro benefício constatado neste estudo.

Sabendo que a criança e o adolescente tem direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais, a alocação dos pacientes nos quartos e nas enfermarias deve respeitar essas questões. Entretanto é uma dificuldade

administrativa distribuir esses pacientes considerando as peculiaridades existentes em cada faixa etária. A criação de unidades para adolescentes é uma alternativa hoje discutida para cumprir esse direito do paciente adolescente hospitalizado (GOBBI, 2008).

Considerando os direitos expostos e a necessidade de garanti-los durante a hospitalização, a instituição deve encontrar maneira de viabilizá-los. Com esse intuito foi implementado em 1997, no HCPA, um programa pioneiro multidisciplinar institucional que aborda os maus tratos institucionais (HCPA, 2011a). O Programa para Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados tem como objetivo prevenir atitudes ou rotinas que não estejam atendendo aos melhores interesses ou desrespeitando os direitos das crianças e dos adolescentes enquanto estão hospitalizados.

3 METODOLOGIA

A seguir será descrita a metodologia do estudo.

3.1 Tipo de Estudo

O estudo é do tipo qualitativo com caráter descritivo exploratório. Segundo Polit (2004) as investigações qualitativas enfatizam a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos, subjetivos, isto é, qualitativos. Para Gil (2009), a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Já a pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições, envolvendo levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Portanto, acredita-se que o objetivo do estudo pode ser alcançado por meio desse desenho metodológico.

3.2 Campo

O estudo foi realizado em duas das quatro unidades que compõe o Serviço de Pediatria do HCPA. Uma delas foi a Unidade de Internação Pediátrica 10° Norte com o total de 37 leitos, a qual recebe crianças na faixa etária de 28 dias de vida a cinco anos incompletos e é referência para o atendimento de lactentes com bronquiolites. Possui dois leitos de isolamento com prioridade ao atendimento do paciente portador de fibrose cística com cepácea. A outra unidade é a Unidade de Internação Pediátrica 10° Sul que tem 34 leitos e interna pacientes na faixa etária de cinco a 14 anos incompletos. Possui uma enfermaria com sete leitos destinada à internação de crianças na faixa etária de 28 dias a cinco anos. Esta Unidade é referência para o atendimento de pacientes submetidos a transplante hepático e portadores de fibrose cística, e também oferece atendimento a pacientes com distúrbios psiquiátricos.

3.3 Participantes

Os participantes desse estudo foram os enfermeiros assistenciais com mais de três anos de exercício profissional nessas unidades de internação pediátrica, incluindo os enfermeiros que exercem cargo de chefia de unidade.

A seleção dos participantes deu-se de forma voluntária, conforme o interesse particular em participar do estudo. Esse número respeitou o Princípio da Saturação de Dados descrita por Polit (2004), ou seja, até o ponto em que nenhuma informação nova é obtida e atinge-se a redundância. Partindo desse princípio, o número de entrevistados foi nove dos 24 enfermeiros que compõe as equipes das duas unidades. O tempo de experiência dos entrevistados variou entre 3 e 31 anos de exercício profissional no cuidado da criança e do adolescente.

3.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi estruturada composta por questões abertas e fechadas (Apêndice A).

Para Bauer e Gaskell (2004) a entrevista é uma troca de idéias e de significados, na qual várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. O entrevistado e o entrevistador estão envolvidos na produção do conhecimento. Para esses autores, as questões determinadas no instrumento são consideradas um convite para que a pessoa fale longamente com suas palavras e com tempo para refletir, permitindo ao entrevistador dar esclarecimentos e questionamentos específicos.

As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de internação dos profissionais durante o turno de trabalho por preferência e disponibilidade dos próprios. Algumas foram marcadas previamente e outras ocorreram no momento do convite para participação. Foram utilizados ambientes disponíveis no momento e favoráveis a confidencialidade da coleta dos dados, como as salas de prescrição, das enfermeiras, de procedimentos, de aula e de reunião. O período de coleta ocorreu de abril a maio e a duração das entrevistas variou entre 15 e 35 minutos.

3.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados através da proposta de Minayo (1994) para análise de conteúdos. Esta proposta prevê três etapas: ordenação dos dados, por meio da transcrição das entrevistas; leituras repetidas dos textos, organizando os núcleos de sentido; análise final, estabelecendo articulações entre as falas e a teoria.

Após a transcrição das gravações, cada entrevista foi analisada encontrando núcleos de sentido no texto. Feita essa primeira leitura, foram identificadas quatro categorias e a partir delas foram classificadas as falas conforme seus núcleos de sentido. Já categorizadas as falas, as mesmas foram novamente analisadas a fim de determinar o real significado dos discursos e

também realizar as primeiras reflexões. Na etapa final, uniu-se às falas e às reflexões a revisão literária dos assuntos pertinentes.

3.6 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) (Anexo A) e Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas (Anexo B).

Os enfermeiros que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual explica os objetivos do estudo e a contribuição dos participantes (Apêndice B). O termo constou de duas vias, uma para o entrevistado e a outra para a pesquisadora; a assinatura sinalizou a concordância em participar do estudo. O anonimato dos participantes foi garantido pela utilização de letras e de números em substituição ao nome dos entrevistados, além de não ter sido empregado dados ou características que permitissem a identificação dos enfermeiros. Também foi esclarecido o processo de entrevista e de armazenamento das gravações, o qual se dará por cinco anos conforme a Lei Federal dos Direitos Autorais nº 9.610 (BRASIL, 1998a). Além disso, constou no Termo que a recusa ou desistência de participação em qualquer momento da coleta não traria prejuízo em relação ao vínculo profissional a instituição. O participante estava ciente dos benefícios de sua contribuição para uma possível reforma ou construção de unidade pediátrica, visando à melhoria do cuidado às crianças e aos adolescentes.

4 AS COMPREENSÕES DOS ENFERMEIROS

Após a análise das entrevistas, quatro categorias emergiram com as compreensões dos enfermeiros sobre a estrutura e funcionamento de unidades hospitalares para crianças e adolescentes: falando das características das unidades de internação 10º Norte e 10º Sul do HCPA; identificando fatores que dificultam o cuidado à criança e ao adolescente; sugerindo alternativas para superar as dificuldades e melhorar o cuidado; e reforçando as necessidades de uma unidade para crianças e adolescente. A partir da última categoria surgiram três subcategorias acerca das necessidades da unidade reforçadas pelos entrevistados, as quais foram: área física; processo de trabalho; cuidados ou necessidades específicas.

4.1 Falando das características das unidades de internação 10º Norte e 10º Sul do HCPA

A unidade de internação 10º Norte - é composta por 37 leitos distribuídos basicamente em enfermarias de cinco leitos. Existem dois quartos semi privativos utilizados como isolamentos na maioria das vezes.

A faixa etária atendida é composta de lactentes e pré escolares, entretanto, a unidade tem capacidade para internar crianças maiores, conforme a sua estatura.

Na verdade a rigor seria até 5 anos. Mas tem crianças que apesar de terem 6 ou 7 anos cabem num berço. Às vezes são crianças com doença genéticas, com seqüela neurológica então acabam internando de mais idade. E às vezes é uma criança que a princípio não tem nenhuma alteração mas que é pequeninha e a estrutura dela é menor. E ela acaba ficando (S1).

A unidade recebe pacientes com fibrose cística. A fim de isolar os pacientes infectados por diferentes germes, evitando assim a infecção cruzada, nessa unidade são internados os pacientes com fibrose cística colonizados por cepácea. Esses pacientes geralmente são adolescentes e internam nos quartos semi privativos por estarem infectados com germes multirresistentes e necessitarem de isolamento epidemiológico. Os quartos também são utilizados para isolar outras doenças infecto contagiosas, conforme a demanda.

Cotidianamente, nos casos de infecção por germes multirresistentes, são feitas as medidas de controle de infecção no leito daquele paciente infectado na enfermaria. Mas como característica fundamental dessa unidade de internação, nas enfermarias são internados principalmente os lactentes com doença respiratória. Então as enfermarias são transformadas em enfermarias de bronquiolites.

A gente tem nas enfermarias crianças que internam com vírus respiratório. [...] foi toda a unidade para infecções respiratórias (S1).

Por ser uma unidade que atende principalmente lactentes, as enfermarias não contém banheiros. As crianças maiores que possuem controle esfinteriano utilizam um banheiro destinado aos pacientes da unidade. Nos quartos semi privativos há um banheiro para o uso individual do paciente.

A unidade de internação 10º Sul - é composta por 34 leitos. Esses leitos são distribuídos em diferentes tipos de alojamento: quartos privativos, quartos semi privativos, quartos de isolamento e uma enfermaria de 7 leitos.

A faixa etária a ser atendida nessa unidade é de crianças em idade escolar até os adolescentes de quatorze anos. Muitas vezes é necessário internar nessa unidade os jovens fora dessa faixa indicada por falta de leitos destinados a eles. Dessa forma há uma mudança na demanda e no período de internações.

[...] uma demanda muito maior de crianças maiores (S5).

A gente tem crianças crônicas que são crianças grandes que tem um longo período de internação. Um período significativo de internação. Às vezes a gente tem crianças de 18 anos que enfim ta internando aqui (S9).

Aqui em torno de 60% são crônicos e o restante vem pra investigar. E a investigação demora muito tempo (S4).

A unidade é referência para internação de crianças com fibrose cística, osteogênese imperfeita e distúrbios psiquiátricos. Assim as internações psiquiátricas na unidade também são responsáveis pela mudança na demanda e pela baixa rotatividade nas internações.

A internação pra psiquiatria é muito longa. E a maioria dos pacientes psiquiátricos são maiores. Não são pequenos, são grandes (S6).

Todos os quartos da unidade tem banheiro para uso do paciente, pias para lavagem das mãos dos profissionais e poltrona para o acompanhante da criança. Na enfermaria há um banheiro para uso dos pacientes e uma cadeira para acompanhante que permite uma posição semi deitada. Há um posto de enfermagem dentro da enfermaria para preparo de medicações e suporte de material a ser utilizado no cuidado.

Nos quartos de isolamento há uma ante sala conforme recomendações da ANVISA (2006). Esses quartos são indicados a internação de pacientes imunossuprimidos e pacientes com fibrose cística sem cepácea, diferente dos pacientes que internam na unidade de internação 10º Norte que estão infectados com essa bactéria.

4.2 Identificando fatores que dificultam o cuidado à criança e ao adolescente

A dimensão e o número de leitos em uma enfermaria é um forte determinante da organização do cuidado em uma unidade. A falta de espaço físico nas enfermarias relacionada ao número excessivo de leitos e à permanência do acompanhante é um dos fatores limitantes. Embora a legislação (RDC 50/ ANVISA 2002) permita enfermarias para crianças de até dois anos com até doze leitos, respeitando a dimensão de 4,5 m² por leito, na prática dos enfermeiros, cinco leitos em uma mesma enfermaria traz várias dificuldades no cuidado ao paciente e nas atividades da equipe de enfermagem.

Nós temos cinco leitos em cada enfermaria, o espaço físico fica pequeno (S2).

Nós temos cinco leitos mais as cadeiras que as mães estão utilizando pro descanso delas (S3).

Então tem a dificuldade até do espaço para fazer os cuidados, por exemplo, à noite. Quando o acompanhante está ali deitado e está dormindo (S1).

Porque a gente precisa desse espaço em volta dos leitos pra poder atender adequadamente o paciente na hora de uma urgência. Tem que poder chegar nos dois lados do paciente (S5).

Ambientes que possuam um número maior de pessoas são mais difíceis de gerenciar situações de forma individualizada. Além disso, podem prejudicar a atenção do profissional nas suas atividades e induzir-lhe ao erro, colocando em risco os pacientes cuidados.

Então se acontece algum problema, todos os pais ficam inseguros. Ou se alguma criança fica mais grave, todos os pais ficam apavorados e vivenciam juntos aquela situação. Então se tu tá conversando com os familiares, são 10 familiares ouvindo. Se perde um pouco da privacidade e da ética (S5).

Atrapalha o profissional, atrapalha o atendimento e pode acontecer algum equívoco (S6).

Fica mais difícil cumprir as normas de controle de infecção em virtude da falta de espaço e do elevado número de pessoas em uma enfermaria. A implementação de medidas utilizadas para evitar a contaminação de outros pacientes com microorganismos multirresistentes fica prejudicada. As precauções por contato visam impedir o risco de transmissão de agentes importantes por contato direto ou indireto. Essa transmissão dá-se por meio do contato pele a pele e a transferência física proveniente de indivíduo infectado ou colonizado por microorganismo. Pode ocorrer também entre dois pacientes pelo contato das mãos. Por isso, é indicada a utilização de luvas e avental (NICHATA, 2004).

[...] a cadeira fica encostada nos leitos. Entre um leito e outro cabe a cadeira certinho. Esse familiar tem contato com o outro paciente. O paciente toca, ela mesmo toca [...] então eu acho que isso teria que ser repensado (S2).

Tem já a questão que é bem corriqueira que é dos germes multirresistentes, cada vez mais que tem toda uma orientação de cuidado, de não tocar no outro paciente, do uso de avental. Só que na enfermaria com o espaço que temos é totalmente impraticável. As pessoas continuam tendo contato. Isso sem falar que a criança maior não tem noção de que ela não pode mexer. Então elas vão nos outros leitos (S1).

As doenças respiratórias, particularmente as infecções respiratórias (IR), são uma das causas mais comuns de morbimortalidade na infância, atingindo principalmente menores de cinco anos de idade (MACEDO *et al*, 2003). Assim nas unidades de pediátricas as internações por essa causa são rotineiras.

Quando as crianças internam por IR, elas já são isoladas em local apropriado, ou seja, em enfermarias de crianças com a mesma infecção ou em isolamento individual (MARTINS, 2001). Sabendo que a transmissão ocorre por meio de gotículas eliminadas pela tosse, espirros e fala, as IR virais ocorrem com facilidade nas enfermarias. Caso essa infecção tenha início durante a internação com outros pacientes, há o risco desses também serem infectados. O mesmo risco está presente quando se transfere de enfermaria os pacientes que a princípio não estão infectados.

Sabemos que seria impraticável isolar cada infecção respiratória. Então remanejamos muito os pacientes. Só que nessa de remanejar eles acabam tendo contato com outros vírus (S1).

[...] considerando pediatria que muitas vezes aparece um vírus em uma criança essa enfermaria inteira fica bloqueada; o contato de várias crianças ao mesmo tempo, daqui a pouco vai ter que ficar vários leitos bloqueados e fazer redistribuição (S5).

A falta de leitos destinados para isolamento é outra circunstância crítica no cotidiano do cuidado à criança e ao adolescente. A ANVISA (2002) no Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde preconiza no mínimo um quarto com possibilidades para servir de isolamento a cada trinta leitos. Na prática dos enfermeiros, por diferentes situações, o número existente de isolamentos não é suficiente para atender a demanda atual.

Difícilmente eles estão vagos (S3).

Cada vez mais tem questões de germes multirresistentes. Acho que nós temos poucos isolamentos ou patologias que nem fibrose cística que necessita de isolamento. Assim como isolamentos sociais também (S7). [unidade com 34 leitos e 2 isolamentos].

[...] principalmente no período do inverno, temos dificuldade de conseguir leito de isolamento liberado pra estar transferindo o quanto antes (S1).

[...] já aconteceu de termos que aceitar uma criança da Fibrose Cística com cepácea porque não tinha isolamento (S9). [unidade referência para crianças com fibrose cística sem colonização].

Algumas doenças necessitam de um período de isolamento extenso a fim de evitar o contágio de outros pacientes, fato que prolonga a ocupação desses quartos. A varicela, por exemplo, começa a ser transmitida desde um dia antes do surgimento das lesões até seis dias após o surgimento da primeira vesícula, que é quando aparecem as crostas (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006). Entretanto sua transmissão se dá tanto por secreções do trato respiratório quanto por contato pele a pele e de objetos contaminados pelo vírus. Dessa maneira a CCIH do HCPA preconiza isolar com precaução aérea e de contato, até secarem as lesões (HCPA, 2010a).

Só que antes de saber o resultado do exame eles ficam todos juntos com essa dificuldade dessa questão do espaço. Porque se chega a aparecer uma criança dentro de uma enfermaria com varicela e todos os leitos de isolamento estão ocupados, até conseguir agilizar um leito de isolamento. É muito comum ter que bloquear leitos pra poder deixar a criança isolada (S1).

Frente a esse cenário, é notória a exposição de outros pacientes e profissionais ao risco de contaminação considerando o período de transmissão das doenças e a dificuldade de isolar essas crianças. Por vezes, reduz-se o número de outros leitos já que muitas vezes é necessário bloquear enfermarias para transformar em isolamento. A mesma dificuldade é enfrentada na ala sul por ser referência em internação psiquiátrica, conforme relatam os enfermeiros.

Acabamos transformando um semi privativo em privativo pra aceitar essa criança com distúrbio psiquiátrico. Então perdemos um leito. E temos poucos leitos de isolamento (S9).

Na vivência dos enfermeiros, outra situação arriscada está relacionada à comunicação entre a CCIH e a equipe multiprofissional da unidade de internação. Acredita-se que a demora na informação de resultados de exames e, conseqüentemente, na implantação de medidas de precaução ou de isolamento também colocam em risco outros pacientes e profissionais que cuidam direta ou indiretamente desse paciente.

Sinalizações. Comunicação mais eficaz. Num tempo mais rápido. A própria comunicação na pasta, tudo isso, esse movimento demora muito. E não é só pra equipe de enfermagem. É importante pra nutrição, pra higienização, pra própria equipe médica, enfim, pra fisioterapia. Que saibam o que está envolvendo essa criança (S7).

Outro problema relacionado aos isolamentos é quanto sua adequação, já que para cada causa é necessária uma estrutura específica. Os quartos privativos utilizados para isolamento devem conter uma ante sala, para reduzir a circulação do quarto para o corredor da unidade, contendo pia para lavagem das mãos, suporte para aventais e recipientes para máscaras e luvas limpas. As instalações sanitárias (vaso sanitário, chuveiro e pia) deverão ser individualizadas para o paciente nesse isolamento (MARTINS, 2001).

Segundo Martins (2001), essa modalidade é indicada aos pacientes que necessitam de precaução aérea e ao isolamento social de pacientes com condições precárias de higiene ou com comportamento agressivo. Na unidade 10º Sul, referência para internação de pacientes psiquiátricos, são utilizados quartos privativos ou semi privativos. É também a primeira escolha para isolar pacientes infectados ou colonizados com germes de grande importância epidemiológica. Outra opção de isolamento segundo Gomes e Couto (2004) e Martins (2001) são os chamados de coorte, onde são agrupados pacientes colonizados ou infectados pelo mesmo agente. Nas pias destinadas a lavagem das mãos, principalmente nos isolamentos, é recomendado instalar dispositivos nas torneiras ou comandos de modo a dispensarem o contato das mãos para a interrupção do fluxo de água (BRASIL, 2002).

E um leito com algumas adaptações, grades, não pode ter suporte de soro. Algumas adaptações realmente pro sofrimento psíquico (S9).

[...] aqui não tem a ante sala. Há pouco tempo não tínhamos a pia pra lavar a mão na entrada. A questão do fluxo de ar negativo que é necessário também. Banheiro individualizado pra esses quartos. Tanto pra criança ou pro adolescente como pro familiar (S7).

A alocação dos pacientes em uma unidade é uma tarefa bastante complexa e deve respeitar a faixa etária, o sexo, a causa da internação, de modo a adequar conforme a estrutura da unidade. Entretanto, os adolescentes são submetidos a condições de internação desfavoráveis em função de não haver uma unidade específica de internação para eles. Nos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, aprovados pela Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995, alguns dos aspectos abordados são a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais; direito a desfrutar de alguma forma de recreação, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar; direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral. Assim ao submetê-los a locais desapropriados de internação, as suas necessidades e os seus direitos podem não estar sendo atendidos.

A adolescência, que literalmente significa “*crescer dentro da maturidade*”, foi definida por Hockenberry, Wilson e Winkelstein, (2006) como o período de transição entre a infância e a fase adulta – um período de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional, à medida que o menino se prepara para ser homem, e a menina, para ser mulher. Por ser essa fase bastante peculiar no desenvolvimento do indivíduo e por essas características, ainda não há um local adequado à internação para essa população.

[...] acabam internando aqui e acabam sendo infantilizados pelo pessoal. A assistência não é a mesma, as necessidades não são as mesmas (S2).

[...] eles internam em andar com qualquer pessoa do lado. Muitas vezes os nossos pacientes da pediatria tem que sair daqui pra compartilhar leitos com pessoas de 80

ou 90 anos. Então isso é muito difícil e não atendemos de forma adequada. Acho que estamos deixando de lado as necessidades dessa clientela (S5).

[...] acho que é clara a questão da necessidade de separação do adolescente e da criança. Mas eles tem um receio muito grande de estar internando no adulto (S9).

Às vezes temos que misturar adolescente com criança e de sexo diferente. Isso é um problema maior. E coisas particulares de cada doença. São momentos diferentes. De vivências diferentes. Em função da sua patologia e da sua etapa de crescimento (S6).

O atendimento pedagógico à criança e ao adolescente começou a ser instituído a nível hospitalar em todo país após a publicação dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Essa modalidade de atendimento denomina-se classe hospitalar. Segundo Fonseca (1999), a viabilização desse serviço promove a continuidade da escolaridade àquelas crianças e adolescentes que requerem internação hospitalar, mas também para integralizar a atenção de saúde e potencializar o tratamento e o cuidado prestados à criança e ao adolescente. Além disso, uma classe escolar na internação hospitalar em pediatria se institui num espaço de fronteira entre a pedagogia e a psicologia, porque a sala de aula é campo de construção cognitiva (aprendizagem formal) e afetiva (vivências sociais) (FONSECA; CECCIM, 1999). Embora esse serviço traga diversos benefícios à criança e ao adolescente, há uma limitação no atendimento dos adolescentes por não terem um local específico para internação.

[...] no momento que não internam mais na pediatria, os adolescentes, não são mais atendidos pelo apoio pedagógico, não tem onde atender. Então essa é uma falha (S5).

Mesmo que o atendimento pedagógico-educacional em hospitais não exija formação específica, essa atividade requer profissionais com destreza e discernimento para atuar constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança sob atendimento (CECCIM E FONSECA, 1998). Assim, seria relevante a qualificação dos profissionais que vão atuar no contexto da hospitalização pediátrica. Outros empecilhos à execução do atendimento pedagógico da criança e do adolescente são a área física, a organização do fluxo de atendimento para cumprimentos das normas de controle de infecção.

Eles vem assustados. Eles mal sabem o que é uma bactéria MR. Eles perguntam o que é uma cepácea, eles perguntam quem eles atendem primeiro. Então eu já vi profissionais muito angustiados aqui dentro. [...] no Norte por exemplo se tiver criança grande, eles não tem sala lá. Eles tem que vir até aqui. Não é pra uma criança do Norte vir pra cá (S9). [referindo-se a unidade 10º Sul que interna somente pacientes com fibrose cística sem colonização].

A hospitalização é uma situação bastante adversa para a criança. Ela afasta a criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física

e a passividade, aflorando sentimentos de culpa, de punição e de medo da morte. Para elaborar essa experiência torna-se necessário que a criança disponha de instrumentos de seu domínio e conhecimento (MITRE; GOMES, 2004). Sabendo que o espaço terapêutico é capaz de promover, não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade de, através dele, a criança hospitalizada melhor elaborar esse momento específico em que vive (MITRE, 2000), o brincar e a recreação no hospital tornam-se relevantes. Para o paciente adolescente, que já tem a capacidade de elaborar o momento vivenciado, a recreação tem a função de distanciá-lo do sofrimento da hospitalização. Quanto a esse direito, há alguns obstáculos em promovê-lo para o adolescente.

[...] a recreação já passa a ser uma chatice pra eles, porque já não atende mais as expectativas deles. Eles começam a querer freqüentar a recreação no 8º (recreação de adultos) mas não dá porque temos que ter autorização (S5).

O problema é pros adolescentes. Que vão até lá mas não gostam de nada. Às vezes preferem ir à recreação de adulto ou ficar no quarto mesmo... Pra eles falta alguma coisa mais interessante (S6).

Da mesma forma que para os adolescentes a recreação não responde a suas necessidades, para os lactentes também há essa dificuldade. A estimulação do sistema sensorial, motor e cognitiva do bebê proporciona o desenvolvimento saudável da criança. Assim cuidados precários à saúde e/ou educação, fatores socioeconômicos, ambiente familiar e/ou meio desfavorável, acidentes e violência são exemplos de condições biológicas e/ou ambientais desfavoráveis ao potencial neuropsicomotor, os quais colocam em risco o desenvolvimento de uma criança (NASCIMENTO; PIASSÃO, 2010). Dessa forma, a promoção de atividades direcionadas aos lactentes também é uma responsabilidade da instituição em que estão internados.

O bebê é uma estimulação indireta: com brinquedinho, com a fala, posicionar deitadinho de bruços, eu acho que isso falta. Porque o atendimento da criança, do bebezinho pequeno é diferenciada. É mais fácil os grandinhos irem lá pra recreação brincar, interagir mas eu acho que pros bebês, fica uma lacuna. Fica faltando. A gente vê muito frequentemente, até pela questão social dos nossos pacientes. Que tem crianças que são pouquíssimo estimuladas. Mesmo as crianças normais, as outras que tem algum tipo de seqüela, elas poderiam ter muito mais estimulação. (S1).

A legislação preconiza que um estabelecimento assistencial de saúde tenha um local específico destinado à recreação e lazer para cada unidade de pediatria (BRASIL, 2002). Especifica que esse ambiente tenha 1,2 m² por paciente em condições de exercer atividades recreativas e de lazer. Mesmo assim esse ambiente não deve ser a única forma oferecida de recreação, visto que algumas crianças em função do seu estado de saúde não podem comparecer a esse local. Outra preocupação está relacionada aos dias de oferta do serviço, cujo funcionamento não é diário. Além disso, nesse espaço fica mais complicado de executar

as normas de controle de infecção, tanto por juntar um número maior de pessoas, como também por proporcionar um ambiente de descuido dessas obrigações.

[...] é um local onde fica todo mundo junto. Tem as medidas que se faz dentro de uma enfermaria, daqui a pouco vem um familiar gripado, que acaba ficando junto lá na recreação, porque não é só a criança fica o familiar junto, então é sempre o dobro. E às vezes tem as infecções que vão acontecendo ao longo da internação. [...] tem a dificuldade dos pacientes que são multirresistentes pra fazer esse tipo de atividade de recreação. Eles normalmente não podem participar (S1).

Muito bom pras crianças. Torna a internação um pouco mais amena. O problema que vejo é que não abre no final de semana nem nos feriados. [...] as crianças ficam mais agitadas, menos colaborativas. Isso afeta na assistência (S4).

Já tivemos uma criança que já precisou ser medicada por essa situação pela recreação ser fechada. Então em feriados e domingos faz muita falta realmente (S9).

Sabendo que a criança e o adolescente tem direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável durante todo o período de sua hospitalização, o hospital deve programar o cuidado também ao acompanhante. Proporcionar de forma humanizada acomodações adequadas conforme suas necessidades, já que é indispensável oferecer um local para descanso. Entretanto, na realidade das unidades pediátricas, por diversos motivos isso não é uma tarefa fácil de cumprir.

Essa cadeira ela é mais frágil frequentemente ela estraga. [cadeira articulada] Tem acontecido de tempos em tempos irem para o conserto e acabar faltando para a acomodação dos acompanhantes, então temos que oferecer cadeiras comuns. Imagina passar 12 horas, numa cadeira comum, sem poder se deitar, esticar as pernas. É completamente desconfortável, é até um mau trato (S1).

Nas enfermarias em termos de espaço não tem muita saída. Porque colocar poltrona se perde espaço. [...] nos quartos tem a poltrona mas mesmo assim não é o ideal (S9).

A própria rotina e o funcionamento da unidade desfavorecem o atendimento das necessidades dos acompanhantes da criança. Por não dispor de espaço suficiente nas enfermarias, o acompanhante descansa no espaço existente entre um leito e outro e é interrompido quando é necessário prestar cuidados à criança. A estruturação física da unidade também não permite que outros espaços sejam criados para melhor acomodá-los, priorizando a atenção a algumas necessidades básicas, como a de higiene.

Pois é, elas sentem também porque temos que ficar toda a hora principalmente de noite, porque de dia elas vão na recreação, fecham a cadeira, ficam menos tempo na enfermaria (S3).

Os pais não tem sala de descanso. Pra muitas mães o descanso delas é ir lá embaixo jantar (S9).

Aqui no hospital de clínicas tem 1 banheiro pra banho pra todos os acompanhantes. [...] vem todo resto do hospital usar, isso é realmente uma situação muito crítica (S1).

Eles não tem muito espaço pra guardar as coisas deles também (S2).

O cuidado da criança e do adolescente também é prejudicado pela falta ou pela inadequação de espaços destinados à prática dos profissionais da equipe de saúde. É imprescindível prever locais específicos para as atividades dos profissionais e dos estudantes já que em um hospital universitário existe essa demanda.

Acho que o tamanho da sala de procedimento. Ela é pequena. Às vezes alguém tropeça, quase cai. É bem complicado (S3).

[...] essa área aqui também é pequena. Não tem um ambiente adequado pra fazer uma higiene como eu tenho que fazer pra passagem de PICC sem me contaminar (S6). [na sala referida a pia é inadequada].

Salas de aula hoje é uma carência aqui dentro do hospital. As salas estão sempre lotadas e é difícil de conseguir um espaço (S5).

4.3 Sugerindo alternativas para superar as dificuldades e melhorar o cuidado

Uma série de alternativas foi apontada pelos enfermeiros entrevistados como formas de contornar as dificuldades estruturais e funcionais do cuidado da criança e do adolescente. Para viabilizar a permanência dos acompanhantes da criança na enfermaria e a assistência da equipe a esse paciente, muitas vezes o local da acomodação é deslocado do lado do leito ou até solicita-se a saída do familiar, para fins de acesso à criança.

Se for um paciente, que está instável então é bem complicado, às vezes temos até que pedir para o familiar sair. Colocar a cadeira em outro lugar porque realmente é impossível (S1).

Em função do número reduzido de isolamentos - traduzido pelo aumento da demanda de pacientes com infecções respiratórias, infecções por germes multirresistentes e internações psiquiátricas - no contexto do cuidado da internação rotineiramente são buscadas alternativas para isolar esses pacientes. Quartos semi privativos e enfermarias são transformados em isolamentos de maneira que as normas de controle de infecção sejam respeitadas. Gomes e Couto (2004) indicam o alojamento de pacientes infectados com o mesmo germe no mesmo ambiente. Caso essa medida não seja viável é importante selecionar e proteger os pacientes não infectados a fim de evitar a disseminação do agente infeccioso.

[...] sempre acabamos fazendo quartos de isolamentos, bloqueando leitos (S5).

[...] colocamos todas as crianças com infecção respiratória na mesma enfermaria. O que acontece no inverno: começa a aparecer vírus bem diferentes com repercussão diferente nas crianças pequena. Tem um momento que começamos a separar. Uma enfermaria de vírus sincicial, outra de adenovírus ou contato com adenovírus, outra de influenza (S1).

Uma rotina de internação foi definida para os pacientes com fibrose cística no sentido de protegê-los contra infecções cruzadas. Os pacientes colonizados com germes multirresistentes são internados na unidade de internação 10º Norte e os não colonizados são internados na unidade de internação 10º Sul. Outra medida que se tornou rotina no sentido de prevenir infecções é a divisão das escalas de pacientes entre os funcionários. Pacientes que estão imunossuprimidos ou que são mais suscetíveis a adquirir alguma infecção não são cuidados pelos mesmos funcionários que cuidam de pacientes colonizados com germes multirresistentes ou com doenças infecto contagiosas.

[...] respeitamos inclusive a separação da escala de qual técnico vai ficar com determinado paciente separando aqueles que estão com multirresistentes dos que são imunossupressos para não ficar com o mesmo funcionário. Também não internamos os pacientes com germes multirresistentes do lado de um bebê (S9).

A análise reflexiva de vários aspectos - a faixa etária, o sexo, a patologia entre outros - devem ser considerados na escolha para alocação dos pacientes infantis. Por vezes não são oferecidas opções em função da falta de disponibilidade de leitos adequados e da excessiva demanda de internações. Entretanto os profissionais responsáveis pela distribuição dos pacientes nos leitos de internação ao se depararem com esse cenário utilizam alguns critérios.

Tentamos, dentro do possível deixar os pacientes que conseguem interagir no mesmo quarto, da mesma faixa etária, pra brincar, coisas assim... mas se acontece de dar algum leito vago, às vezes trocamos os pacientes, de repente aquele que tem a mesma faixa etária do outro. Para poderem interagir. Para ficar uma internação menos traumatizante e mais amena (S4).

Como consequência da falta de unidade específica para internar o paciente adolescente, cotidianamente medidas são adotadas no intuito de tornar a hospitalização desses pacientes mais adequadas. A própria internação em unidades pediátricas é uma delas, embora também não seja considerada correta. A internação em unidades para adultos apresenta-se como mais penosa, considerando as características das faixas etárias, além da diferença das próprias doenças. Assim, opta-se por interná-los na pediatria, pois se consegue atender melhor suas necessidades.

O adolescente tem muito medo de internar e ir pro adulto. Então eles preferem internar aqui. Às vezes temos pacientes de 18 anos que enfim internam aqui. Teoricamente já teriam que estar com uma equipe de adulto. Mas eles tem um receio muito grande de estar internando no adulto. Eles já estão num momento de doença, frágil e se sentem completamente num ambiente opressor. Acolhemos eles aqui mas não é o ideal. Até em termos de sexualidade, enfim, uma gama de coisas que não é o ideal (S9).

[...] ele é mantido na pediatria até porque não existe outro local adequado. Admitimos pacientes crônicos que acompanhamos desde quando eram lactentes.

Hoje a nossa pediatria está aumentada, foi ampliada pra atender pacientes até 14 anos (S5).

Uma tentativa para atender a necessidade de lazer das crianças com internação prolongada é a liberação para passeios na dependência externa do hospital e também em locais como parques.

Algumas crianças tem liberação de passeio para poder ir pra rua. Elas conseguem uma autorização da equipe médica para ir na recreação, para ir na redenção, para ir numa pracinha, para ir em casa e voltar. É a alternativa que se tem (S9).

Outro direito da criança que se procura respeitar é o acesso à educação, mesmo quando hospitalizado. O isolamento dos pacientes colonizados com germes multirresistentes dificulta a dinâmica do serviço de atendimento pedagógico por impedi-los de serem atendidos na mesma sala que os demais. Assim também são buscadas outras opções de atendimento.

Eles fazem acompanhamento diferenciado, porque como eles tem multirresistentes e não podem ter contato com as criança com fibrose cística lá do sul. Eles são atendidos no último horário. Tem todo um esquema pra poder atender (S1). [referindo-se aos pacientes colonizados que internam na unidade 10º Norte].

Considerando as necessidades dos acompanhantes foi preciso adaptar as condições de cuidado basicamente em função do espaço reduzido nas enfermarias e quartos e da própria estrutura física da unidade. A acomodação disponibilizada aos familiares sofreu modificações na tentativa de trazer maior conforto a eles. A luminosidade foi reduzida a fim de permitir o descanso. Nas enfermarias foram construídos armários para guardar os pertences dos familiares, além de outra estrutura organizada na recepção do hospital. E para proporcionar um pouco de lazer aos acompanhantes, há um televisor no corredor da unidade onde também é permitido realizar alimentação.

[...] a acomodação não é a mais confortável, porque as cadeiras mais confortáveis elas ocupam muito espaço. Nós não conseguimos colocar uma poltrona pra esse familiar. Colocamos uma cadeira, que depois de muitas pesquisas, muitos testes, pensamos que aquela ali ia atender, era um pouco mais confortável que outras (S1).

Algumas enfermarias tem armários. Temos a recepção lá embaixo com cadeado que facilita um pouco. [...] um espaço aqui no corredor, que tem televisão. [...] os lanches eles fazem aqui no corredor (S2).

Outra modificação realizada foi as bancadas inseridas nas enfermarias. Permitiu-se uma permanência maior do funcionário na enfermaria, pois esse consegue ter acesso aos principais materiais necessários para os cuidados. Assim o paciente também não fica desassistido já que o profissional consegue estar mais próximo dos mesmos.

Nós temos muita coisa dentro da enfermaria. Tem o básico. Assim as gurias não precisam se deslocar tanto (S2).

Desta forma, as alternativas encontradas pelos enfermeiros para viabilizar o cuidado à criança e ao adolescente abrangem também modificações estruturais e funcionais direcionadas a equipe de enfermagem e ao processo de trabalho.

4.4 Reforçando as necessidades de uma unidade para crianças e adolescentes

A partir dessa categoria surgiram três subcategorias a cerca das necessidades da unidade reforçadas pelos entrevistados, as quais foram: Área física; Processo de trabalho; Cuidados ou necessidades específicas.

4.4.1 Área física

De acordo com a vivência dos enfermeiros, diversos aspectos relacionados ao cuidado precisam ser reforçados ou acrescentados a fim de atender as necessidades da criança e do adolescente. Modificações na estruturação dos quartos e das enfermarias podem melhorar a alocação dos pacientes e de seus acompanhantes, além de facilitar o cuidado prestado pela equipe. A redução de leitos por enfermaria pode proporcionar melhores condições para a permanência do acompanhante e possibilita a instalação de uma poltrona ao lado da cama da criança. Com maior espaço físico o acesso ao paciente pelo profissional para desenvolver o cuidado é garantido, mesmo quando o familiar descansa. E, principalmente, reduz-se com o número de pessoas em um mesmo ambiente, o que pode diminuir a transmissão de infecções.

A enfermaria é algo que me preocupa um pouco. O ideal é que não tivesse uma grande concentração de pacientes num mesmo local (S6).

Se tivessem menos leitos ou se fossem maiores as enfermarias também daria (S3).

O ideal, se nós tivéssemos 3 leitos por enfermaria pois nós teríamos um espaço maior, com o tamanho que tem hoje (S2).

Eu acredito que deveria ter no máximo três leitos. O ideal são quartos de dois (S7).

A ANVISA através da RDC 50 (2002) preconiza uma distância de um metro entre leitos paralelos em quartos ou enfermarias. A quantidade de leitos por enfermaria aceitável, segundo a legislação, é no máximo doze leitos para crianças de até dois anos e no máximo seis leitos para crianças a partir de dois anos até a adolescência. Atualmente, esses limites tem sido repensados, principalmente em função da facilidade de transmissão de infecção em ambientes com agregação intensa de pessoas, visto a recomendação da permanência de um familiar por criança ou adolescente. Entretanto os estabelecimentos ainda estão engessados na estrutura

física limitante e na impossibilidade de redução de leitos das unidades.

Em um estudo observacional dos detalhes arquitetônicos de duas unidades de internação pediátrica de hospitais do Estado da Bahia, não se detectou irregularidades relacionadas ao padrão de número de leitos e às dimensões das enfermarias conforme é preconizado (ROCHA, 2008). As unidades observadas apresentavam enfermarias com até seis leitos e respeitavam a metragem preconizada. Entretanto, o estudo considerou apenas aspectos estruturais, ignorando questões de controle de infecção, de privacidade e ética as quais podem ser melhor administradas em ambientes com menos pessoas.

Embora não seja ideal admitir muitos pacientes em uma enfermaria pelos aspectos já citados, pelo menos dois dos enfermeiros entrevistados citaram a vantagem de escalar mais funcionários de enfermagem nesse mesmo ambiente para prestar cuidado. Desta forma, os pacientes tem a prestação de cuidados todo o tempo. Entretanto, deve-se considerar a disponibilidade de funcionários pela instituição, o cumprimento de normas de controle de infecção, como a distância entre os leitos, e a possibilidade de acomodação adequada ao acompanhante.

As enfermarias com muitos leitos tem uma coisa que eu acho que facilita. Pode-se colocar dois funcionários pra cuidar e assim quando um sai o outro fica garantindo o atendimento continuado da enfermagem 24 horas por dia sem ter que o paciente fique um minuto sozinho (S5).

Quanto aos quartos de isolamento foi evidenciado a partir da comparação com o contexto dos entrevistados, onde se tem uma demanda aumentada de pacientes que utilizam esses leitos, que se necessita planejar a quantidade adequada desses quartos em uma unidade pediátrica. Embora insuficientes alguns quartos destinados a esse fim apresentam uma estruturação que corresponde às exigências da legislação e da CCIH.

Os quartos de isolamentos tem uma ante sala que limita, dá o local adequado pra lavagem de mãos pra colocar os aventais. Nos quartos tem pia de lavagem das mãos para os profissionais antes de tocarem nos pacientes seja preciso entrar no banheiro privativo dos pacientes [...] esse número precisa ser aumentado. Inclusive pra esse número de leitos ele não atende bem a demanda. Pensando em uma construção nova da unidade ou de um hospital, acho que precisaria mais leitos para isolamento (S5).

Alguns aspectos foram apontados como fundamentais para prevenir as infecções hospitalares. Possibilitar a lavagem das mãos é uma delas. Assim, além da educação continuada dos profissionais e da sua conscientização, a estrutura e a organização do serviço devem facilitar essa ação.

Em todas as enfermarias nós temos uma pia para ser utilizada pra lavagem das mãos. Sabão líquido, papel toalha descartável. E agora nós temos mais aqueles dispensadores com álcool gel em todas as salas no hospital. E nos privativos nós temos também uma pia específica (S3).

Também foi destacado que para atender adequadamente os pacientes pediátricos uma unidade deve ser versátil, ou seja, ter diversas opções de alojamentos como quartos privativos, semi privativos, de isolamento e enfermarias. Desta forma consegue-se atender às demandas conforme elas se apresentam.

Então eu acho que uma unidade que possa se flexibilizar de acordo com a clientela, de acordo como ela se apresenta, é uma unidade que tende a atender melhor as necessidades (S5).

Segundo os enfermeiros entrevistados, dois pacientes por quarto, a exemplo da unidade 10º Sul, é uma lotação adequada por permitir a alocação conforme as características dos pacientes. Possibilita a separação por sexo, por faixa etária, por patologia. Entretanto, frente à grande demanda de internações de crianças maiores relatada pelos enfermeiros da unidade que atendem esse público, foi evidenciada a necessidade de mais leitos destinados a eles.

Eu acho que a divisão como são no semi e o número de pacientes que são no semi eu acho ideal (S6). [referindo-se a alocação dos pacientes por idade, sexo, patologia e ao número de leitos nos quartos semi privativos da unidade para crianças maiores].

Eu diria que um pouco mais de área física, mais leitos pra crianças maiores (S4).

No sentido de adequar a unidade hospitalar conforme as características dos pacientes, os enfermeiros destacam a importância de criar locais específicos de acordo com as faixas etárias. É essencial a ambientação e a decoração desses espaços de modo que os pacientes se identifiquem.

[...] a decoração, as cores. Cores que tranquilizem, que tragam paz, mas que ao mesmo tempo quebre o branco. Acho que tem que ser pensado em pediatria. Tem que ter a cara da criança e a cara do adolescente também. Tem que ter um local onde as cadeiras são pequenininhas, tem que ter a cara da criança. Assim como para os adolescentes tem que ter um local onde eles possam escutar um som, ou que eles possam fazer algo que realmente combinem com seus pares ou que eles possam ficar sentados conversando. Simular as rodinhas de amigos (S5).

Rocha (2008) sugere transformar o corredor de uma enfermaria pediátrica em um espaço lúdico, a fim de permitir a fantasia dentro do hospital, visando contribuir para a melhoria da condição psicológica das crianças, ajudando-as a superar o sofrimento causado pela doença.

Muitas propostas arquitetônicas podem surgir para transformar o ambiente da internação hospitalar em um local mais acolhedor e menos assustador para a criança e para o adolescente. Por isso também foi enfatizado pelos entrevistados algumas formas ideais de estruturação de uma unidade de internação destinada à criança e ao adolescente e que possa estar atendendo melhor as necessidades.

E realmente só tendo um outro espaço pra poder dar conta da real necessidade dos funcionários, dos familiares e dos pacientes Repensar tudo em termos de estrutura física. Começar do zero e reorganizar tudo. Seria o ideal. Ainda mais com essa vivência prévia de todas as coisas inadequadas. Em termos de espaço, de rede elétrica, de rede de ar comprimido e oxigênio, de ambiente lúdico, de espaço pra descanso, espaço pra um lanche (S9).

Pensar em outras formas. Acho que realmente inovar. Imagino algo com o posto mais central que se tivesse quartos de um lado e de outro do posto e com isso se fizesse unidade mais quadradas e nem tanto retangulares, não tão longas com corredores distantes mas fazer algo que o posto pudesse ficar mais ou menos ao centro e que as unidades ficassem ao redor. Daria mais aconchego mais praticidade, uma visão ampla melhor em termos de controle da unidade, isso se a gente tivesse uma unidade em 360° (S5).

Sabendo que por vezes não são possíveis modificações em função da estrutura física existente nos campos de atuação, essas sugestões remeteram-se a construção de uma unidade nova ou de um hospital específico para esse público. Assim poderiam ser aplicadas muitas dessas idealizações.

4.4.2 Processo de trabalho

Alguns aspectos como luminosidade e disposição das bancadas dentro da enfermaria facilitam a atividade do funcionário. Especialmente durante a noite é importante reduzir a luminosidade para proporcionar um repouso melhor ao paciente e seu acompanhante. Em contrapartida, a luminosidade facilita a observação do paciente pelo profissional. Assim é preciso oferecer iluminação de forma a permitir essas duas ações. Da mesma forma outra localização da bancada permitiria que o profissional continuasse observando os pacientes.

[...] é necessário a redução pras crianças e pros familiares dormirem Poderia ter uma iluminação individual também por leito. [...] o ideal seria que a bancada fosse virada para as crianças (S8).

Características também dos profissionais que atuam nesse contexto foi destacado por uma das entrevistadas como fundamental na prestação de serviço a esses pacientes. Os trabalhadores precisam ser comprometidos com essa demanda. Para isso, acima de tudo ele deve sentir-se satisfeito com a sua prática. A motivação para melhorar o ambiente de trabalho e o cuidado deve ser estimulada. Por isso, o estabelecimento necessita qualificar os profissionais e proporcionar encontros entre a equipe através de reuniões. Contudo, tanto espaços físicos quanto de tempo também precisam ser disponibilizados para essas atividades.

[...] trabalhar com criança tem que gostar. Tem que se identificar. Não só o trabalho com criança, criança e família. Tem que ter um quantitativo adequado pra isso, pra esse trabalho. E pessoas preparadas. Tem que ter capacitações. Tem que ter espaços de trocas. É complexo, é desafiador. A enfermagem fica 24 horas em contato ali direto com a criança com a família Então é preciso ter espaços pra conversar sobre as dificuldades tanto do trabalho em equipe quanto do trabalho com a criança (S7).

Outra questão mencionada a respeito do processo de trabalho é quanto ao dimensionamento de pessoal. Entende-se que conforme a proposta de atendimento da instituição esse quantitativo pode variar. No contexto do cuidado à criança e ao adolescente em conjunto com a família esse número deve ser maior para atender de forma adequada às necessidades desse público. Um quantitativo inadequado refletirá na qualidade do cuidado prestado.

Qual o cálculo de pessoal ideal pra pediatria vai depender da faixa etária, da característica, principalmente de o objetivo, qual a filosofia de trabalho, isso também influencia muito. Se o cunho é curativo, bom, tem uma dimensão do que se atende. Dependendo do grau de gravidade da criança, de complexidade, de necessidade assistencial. Tudo isso vai envolver o quantitativo de pessoal (S7).

A Resolução nº 293 de 2004 do Conselho Federal de Enfermagem estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Essa adequação é relacionada a características da instituição: missão, porte, estrutura organizacional e física, tipos de serviços atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços. Também aponta os aspectos técnicos e administrativos relativos ao serviço de Enfermagem como dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos, modelo gerencial, modelo assistencial, métodos de trabalho, jornada de trabalho, entre outros. As características da clientela também são levadas em consideração pra definir o quantitativo de pessoal. Utiliza-se como parâmetros um sistema de classificação de pacientes (SCP), a realidade sociocultural e econômica. De acordo com todas essas características, o referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, para as 24 horas de cada unidade de Internação, considera o SCP, as horas de assistência de Enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Os espaços destinados à equipe multiprofissional previsto em lei são os mínimos indicados para o funcionamento da unidade, por exemplo, posto de enfermagem, salas de prescrição médica, administrativa, de utilidades, de exames e curativos, de aula (BRASIL, 2002). Nota-se que esses ambientes são destinados a prática efetiva dos profissionais. Dessa maneira, os enfermeiros destacam a necessidade de diferentes espaços que permitam outras práticas indiretamente ao serviço, necessárias para manter e melhorar qualidade do cuidado prestado.

Uma sala de reunião, por exemplo, que pudéssemos dar um curso sem nos deslocarmos para outro andar. Poderia ter na unidade mesmo (S6).

Estar tendo espaço pros profissionais poderem atender de uma forma mais privada os próprios familiares ou a criança, pois esses estão dividindo um quarto. Realizar uma entrevista com aquela criança ou pra algum procedimento. E também outras salas porque cada vez mais estamos trabalhando de forma integrada com toda a equipe multidisciplinar. (S5)

A necessidade exposta pelos profissionais vem ao encontro das atividades de um EAS no regime de internação de pacientes infantis (ANVISA, 2002). O cuidado hospitalar à criança e ao adolescente não se limita somente a atuação dos profissionais de saúde com o intuito do tratamento da doença.

De acordo com a experiência de alguns dos entrevistados, a internação prolongada dos pacientes, especialmente crianças maiores, por vezes é causada pela falta de organização do fluxo exames e de cirurgias. Os pacientes internados nas unidades de internação pediátrica que estão inseridas em um hospital geral são atendidos pelos diversos serviços da instituição, conforme a disponibilidade das agendas. Nesse contexto uma organização mais eficiente dos serviços precisa ser planejada para reduzir o período de internação.

Nessa parte eu acho poderia ser melhorado. Pra que diminuísse o tempo de internação e pra criança não ficar tanto tempo dentro de um hospital. Às vezes só vieram pra fazer um exame. (S6)

Pensando no cuidado à criança e ao adolescente o funcionamento deve priorizar o cumprimento de regras essenciais, mas que não desrespeitem a condição humana nem os direitos desses pacientes. Assim esse ambiente deve funcionar de forma flexível, incentivando a recuperação dos pacientes. Segundo Machado e Martins (2002), a hospitalização é uma situação que pode provocar uma grande sensação de abandono na criança, já que esta tem que deixar sua casa, amigos e familiares, permanecendo em um ambiente totalmente estranho e quase sempre percebido como hostil.

Às vezes eles ficam bem chateados, tristes, até interfere no quadro clínico deles então a gente autoriza algumas entradas de crianças, pessoas, em horários não específicos porque a gente sabe que vai ser bom pra eles (S3).

[...] regras, normatizações devem existir sem dúvida nenhuma, mas também a flexibilização. Cada criança, cada família, tem as suas características, tem as suas peculiaridades. Precisa sim das normatizações tanto quanto se precisa das de questões como compaixão, empatia, humanização (S7).

Nessa perspectiva, um estabelecimento de saúde que assegura condições mais humanizadas de atendimento e estrutura física nas unidades de internação é aquele que melhor atende sua clientela. Segundo Martins (2004) o conforto ambiental tem primazia, devido a sua grande influência nos processos de cura dos pacientes internados. A humanização do ambiente físico hospitalar, ao mesmo tempo em que colabora com o processo terapêutico do paciente, contribui para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais envolvidos.

4.4.3 Cuidados ou necessidades específicas

A idéia de alocar os pacientes conforme sua faixa etária surgiu como uma necessidade e um facilitador do cuidado a ser prestada. Entende-se que separar pacientes conforme suas características pode tornar a hospitalização menos penosa para a criança, já que se consegue atender melhor suas necessidades. Muitas diferenças nas fases da vida dificultam a individualização da atenção e generalizam-se os cuidados.

Eu acho que é importante ter espaços específicos. Porque bebê tem toda uma característica bem peculiar. Assim como a criança em idade pré escolar, escolar tem uma outra característica e o adolescente também (S7).

[...] na verdade eu acho que a pediatria deveria ficar até 12 anos (S5).

Assim entende-se que uma unidade destinada à internação de pacientes adolescentes auxiliaria na liberação de leitos nas unidades pediátricas uma vez que é a principal escolha de internação. Além disso, atenderia melhor aos jovens que vivenciam essa fase tão específica e de marcantes transformações. Desta forma reforçam a necessidade de estabelecer um limite de idade na internação na pediatria a fim de separar essas faixas de características distintas e poder cuidá-las corretamente.

[...] a abordagem é totalmente diferente, as necessidades dos adolescentes são diferentes das crianças. Às vezes até a linguagem, a forma é completamente diferente da criança menor (S1).

Bom, eu sou uma das defensoras da unidade pra adolescente. Acho muito importante. Porque eles acabam internando aqui e acabam sendo infantilizados pelo pessoal. A assistência não é a mesma, as necessidades não são as mesmas (S2).

Uma pesquisa realizada sobre a percepção dos usuários adolescentes acerca de uma unidade específica para eles demonstrou a relevância da concretização dessa idéia. Pelas necessidades específicas manifestadas pelos participantes acredita-se que a criação de unidades de internação voltadas para o atendimento de adolescentes seria a forma mais adequada de atendê-los durante a hospitalização (GOBBI, 2008). Além disso, os enfermeiros acostumados a atender esses pacientes também acreditam na proposta e desejam essa construção há bastante tempo.

[...] é nosso desejo de longa data a construção de uma unidade para adolescentes. Para que essa clientela seja atendida nas suas necessidades que são especiais. Porque tem toda uma gama de coisas que os adolescentes precisam. De uma recreação diferenciada, uma supervisão diferenciada, um cuidado diferenciado. Pois não são crianças mais, mas estão longe de ser adultos ainda. Aonde vão esses pacientes de 13 aos 18 anos? Ou que seja até os 21 que acho que deveria estar nessa unidade específica. Sabe eu acho que é urgência (S5).

Outra prioridade no cuidado hospitalar que foi destacada pelos enfermeiros é o lazer e a recreação das crianças e dos adolescentes. Além de constar entre seus direitos sabe-se o quanto é importante proporcionar essas atividades durante a hospitalização (BRASIL, 1990). Esse momento ameniza o sofrimento da doença e de todo o afastamento do cotidiano e do ambiente domiciliar. Além disso, o brincar deve estar intermediando todo o processo de cuidar, pois é dessa forma que as crianças elaboram as mais diversas situações.

Ao brincar no hospital, a criança altera o ambiente em que se encontra, aproximando-o de sua realidade cotidiana, o que pode ter um efeito bastante positivo em relação a sua hospitalização. Com isso, a própria atividade recreativa, livre e desinteressada, tem um efeito terapêutico, quando se considera terapêutico tudo aquilo que auxilie na promoção do bem-estar da criança (MOTTA; ENUMO, 2004). Nessa perspectiva, os enfermeiros entrevistados reforçam a importância do brincar no cotidiano da internação.

Bom a recreação é fundamental pras crianças na pediatria. A criança precisa brincar. É a forma de elaboração de todas as coisas que ela passa. [...] vou fazer uma mágica pra tirar a dor, vou fazer um curativo, fazer isso ou fazer aquilo, jogar a dor pela janela. Fazemos algumas brincadeiras para conseguir com que a criança tenha confiança, que consiga relaxar, entender melhor o tratamento (S5).

Schmitz, Piccoli e Viera (2003) enfatizam que o cuidado de enfermagem à criança deve ultrapassar a prestação de cuidados físicos e o conhecimento que o profissional de enfermagem deve ter a respeito de doenças. Devem considerar as necessidades emocionais, sociais e abranger a técnicas adequadas de comunicação e de relacionamento, entre as quais se encontra o brinquedo, que tem se mostrado um efetivo instrumento de intervenção de enfermagem.

Entretanto algumas adaptações contemplariam melhor as necessidades individuais das diferentes faixas etárias. Cada fase necessita de atividades e estimulações específicas. Para os adolescentes elas são ainda mais diferenciadas e atualmente estão ligadas na maioria das vezes à tecnologia, como por exemplo, os jogos de vídeo game, o acesso a internet, o contato interpessoal por redes sociais virtuais. Assim o estabelecimento de saúde deve prever essa diversidade de opções de recreação e lazer para adaptar-se às novas necessidades.

O que os adolescentes querem mais é um computador com internet ou filmes. São outros gostos. Inclusive a recreação da criança junto com a do adolescente incomoda um pouco. Então não é adequada pros nossos adolescentes. Ai eles vão pra recreação de adulto com autorização médica (S9).

E ai a recreação entraria também com esse aspecto da estimulação, porque é movimentando é estimulando, é brincando que tu vai proporcionar isso para o bebê. Vemos famílias muito limitadas nesse sentido, acho que nesse caso sim, precisaria de um atendimento diferenciado nas enfermarias e muito de educação com as famílias. Acho que não seria numa sala onde a gente levasse todos os bebês. Acho que seria uma forma mais individualizada (S1).

Foi citado pelos entrevistados, como exemplo de atividade específica, uma proposta já existente no campo de prática dos mesmos. A “Hora do Bebê” que tem o intuito de auxiliar no desenvolvimento do lactente através da estimulação vincula a família nessa atividade.

[...] a hora do bebê que se faz toda uma estimulação, as mães e as crianças participam junto. Eu acho que essa é uma recreação muito boa que deve ser mantida. E que possa estar criando outras brincadeiras. Bem de resgate da infância, isso eu acho que falta um pouco (S5).

Nesse contexto evidencia-se que em uma unidade os espaços para recreação devem ser individualizados a fim de adequar as atividades às faixas etárias e permitir que todos os pacientes sejam contemplados com as atividades recreativas. Além disso, as salas recreativas não devem ser comuns a mais de uma unidade, conforme a legislação prevê e como alternativa de prevenção de disseminação de infecções.

Então eu acho que precisa uma sala ampla [sala de recreação]. Até mais de uma sala que pudesse dividir um pouco mais por idade, por interesses. Caso se pense em uma construção de um hospital pediátrico acho que deve se pensar em salas diferenciadas. [...] acho que não podemos esquecer daqueles que ficam muito tempo internados ou que estão em isolamento. Esses precisam mais ainda por estarem privados desse convívio social. Então eles precisam de um atendimento individualizado nos quartos pois precisamos pensar ainda em termos de controle de infecção também na recreação (S5).

No entanto mesmo apresentando uma boa estrutura recreativa, os enfermeiros acreditam que os profissionais que tem essa função devem ser preparados para esse papel tão fundamental na internação da criança e do adolescente. Esses trabalhadores necessitam entendimento do contexto da hospitalização e saber indicar as atividades conforme a faixa etária de cada paciente. Talvez o trabalho conjunto entre recreacionistas e a enfermagem pudesse contribuir para a ampliação do atendimento, pois contemplaria as necessidades da criança durante a prática dessas atividades.

[...] profissionais específicos. Não adianta só ter um espaço do brincar, mas precisa dos profissionais que direcionem essas atividades. (S7)

Além da estrutura física que necessita ser planejada para atender essas atividades, a qualidade das ações em si não pode ser esquecida. Retomando a característica dos jovens de atualmente se envolverem com a tecnologia diariamente, entende-se que, embora agregue muitos benefícios à criança e ao adolescente, essas facilidades acabam por dificultar áreas do desenvolvimento.

Temos que voltar um pouco para os brinquedos que são mais básicos. Aqueles de fazer as crianças ficarem, construírem coisas, elaborando, desenhando. Eu me preocupo um pouco com essa tecnologia toda. Quando as crianças vão pra recreação e ficam muito nos filmes nos computadores e nos vídeo games. Acho que, tudo bem pra algumas crianças. É a oportunidade única de fazer isso aqui. Mas por outro lado, eu acho que perde o contato com a questão da história, da contagem de histórias, de

jogos que podem estar realizando, de aspectos que poderiam estar auxiliando mais na socialização (S5).

Outra questão importante relacionada à recreação é sobre o horário e dias de funcionamento. Deve-se organizá-la para que se tenha um horário ampliado de funcionamento diário, visto que funciona dentro de uma instituição hospitalar. No geral as crianças brincam boa parte do dia. Aumentando a disponibilidade do serviço, possibilitará uma abrangência maior de pacientes além da sua ocupação nesse ambiente. Conseqüentemente influenciará de forma positiva na convivência com a equipe e no próprio tratamento.

Acho que deveria se estender mais. Tendo em vista que aumentou o número de crianças maiores, às vezes com problemas sociais, com história de abuso ou que tão esperando ir pra abrigo. Então elas exigem mais, ficam no corredor. Então eu acho que deveria estender mais o horário da recreação. Deveria ser até umas 22 horas (S8).

Infelizmente nos domingos não temos recreação, isso é bem ruim, elas ficam desorientadas. Ai elas jogam balão no corredor, a televisão pra elas uma hora termina. A televisão não vai suprir toda a necessidade de recreação. Porque criança grudada o tempo todo na televisão também é complicado. Então são fundamentais essas adequações (S9).

É incontestável dizer que brincar constitui-se de fato um recurso viável e adequado para o enfrentamento da hospitalização e pode ser mais amplamente utilizado quando a criança encontra apoio nas ações institucionais que viabilizam e disponibilizam recursos humanos e materiais para este fim (MOTTA; ENUMO, 2004). Frente a essa afirmativa, reforça-se a necessidade de adequação tanto da estrutura física como organizacional desse direito da criança e do adolescente.

Formas criativas de recreação surgiram como alternativas de proporcionar, pelo menos nos horários em que as salas recreativas estão fechadas, alguma forma de distração aos pacientes.

Fico pensando em alguns quadros onde eles pudessem ficar escrevendo e que depois pudesse ser apagando. Aqueles de giz ou de canetinha. Algum mural, que fosse prático e que eles pudessem ter a liberdade. Algum espaço em que elas possam colocar os desenhos. E fica tão lindo quando eles mesmos criam e a gente sai do padrão de tudo igualzinho [...] Meias luas onde pode-se ter um tabuleirinho de xadrez. Onde as crianças possam jogar. Alguns espacinhos em alguns pontos, algumas ilhazinhas de recreação (S5).

Um local de lazer e de recreação também pode ser construído externamente, oportunizando ao paciente comparecer a esse lugar de acordo com seu quadro clínico. Sair um pouco da unidade pode trazer-lhe alguns benefícios especialmente ao paciente com longo período de internação. Pode simular um passeio que nem sempre é possível. Dispor de um espaço para possibilitar a exposição solar em horários apropriados, também é necessário e benéfico.

Um ambiente aberto seria bem importante. Nós sempre indicamos para as mães a questão da exposição solar quando é nenezinho enfim, e também para os grandinhos (S9).

A exposição solar é uma prática indicada a fim de estimular o crescimento infantil. Ao expor a criança à luminosidade solar o organismo produz vitamina D a qual facilita a absorção de cálcio resultando no crescimento ósseo evitando o raquitismo (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006). Dessa forma é importante proporcionar a exposição solar às crianças internadas especialmente àquelas com período longo de hospitalização.

No sentido de proporcionar a recuperação dos pacientes pode-se organizar a visitação de um animal de estimação. A prática já desenvolvida em hospitais de outros estados do país estimula a recuperação da criança já que essa relação é vivenciada cotidianamente no domicílio. Resgata então a vida fora do hospital e de forma positiva reflete no tratamento.

Acredito que [a visitação de animais] deve ser benéfico em termos terapêuticos. Deve ter o mesmo suporte emocional em termos de ver uma pessoa querida ou de uma pessoa que se gosta. Um pedaço da sua casa dentro do hospital. Um pouquinho da sua realidade dentro do hospital. Ou ter uma distração que nem a recreação. A importância do momento lúdico. Do lúdico como terapêutico. Ajudando esse organismo a se recuperar (S9).

Nós íamos ver muito olho brilhando, com certeza ia fazer as crianças muito felizes [a visitação de animais]. Seria extremamente terapêutico. Teriam muitas crianças que se beneficiariam de mais com isso. Os pacientes com internação de longa data, criança deprimidas, crianças tristes, eu acho que poderiam fazer uma troca muito boa. Acho que o motivo que poderia colocar essas crianças pra cima de novo. Eu adoraria poder ta participando. Ver isso acontecer (S5).

A Terapia Auxiliada por Animais consiste na utilização de animais com a finalidade terapêutica para pacientes com doenças emocionais, físicas e mentais. Outro programa é a Assistência Auxiliada por Animais (AAA) ou visitação animal que tem a mesma função de ajudar os pacientes (SILVEIRA, SANTOS, LINHARES, 2011). Para as crianças hospitalizadas acontece como uma intervenção esporádica que visa a recreação e o entretenimento. As visitas podem ser realizadas por um único animal ou por um grupo de animais de diferentes espécies. O cão é o mais utilizado por causa da afeição natural pelas pessoas, da facilidade de adestramento e por ter mais reações positivas ao toque.

Os entrevistados reforçam que é possível organizar essa ação de maneira a respeitar as normas do controle de infecção priorizadas pelo estabelecimento de saúde. Destacam a relevância de um planejamento prévio e de um local específico para a prática.

A princípio o cachorro, o animal tem a questão das doenças, da colonização dele. E aqui é tudo limpinho. Uma coisa bem fundamentada, visto todos os aspectos, de estrutura, de local pra isso, pois tem que ser um local específico pra esse animal poder ficar (S1).

A criança deve poder chegar no local onde o animal possa estar. No térreo, num solário, num espaço onde eles pudessem ir. Porque tem a questão que a gente nunca pode estar abrindo mão do controle de infecção (S5).

Embora a prática da visitação de animais no hospital não seja conhecida pela maioria dos enfermeiros e eles demonstrarem preocupação a respeito da forma com que se efetuará a atividade, após refletirem sobre o assunto, os próprios apontam os possíveis benefícios.

No estudo de Silveira, Santos e Linhares, (2011), em que foi exposto o protocolo de realização da AAA de um hospital universitário foi reforçado que é fundamental que a entrada dos animais em uma unidade hospitalar seja realizada com normas e critérios de segurança, bem como que esses critérios sejam claros e realizáveis por todos os participantes. Assim são prevenidas possíveis infecções e reduzidos os riscos de acidentes. Nesse protocolo são contidas as atividades do coordenador do programa e os critérios e as recomendações que incluem: critérios de inclusão e de exclusão dos pacientes; critérios de inclusão e de exclusão dos animais; recomendações à equipe de saúde e aos condutores dos animais.

Outro direito da criança e do adolescente reforçado pelos enfermeiros é o de continuar estudando mesmo durante a hospitalização. O direito de desfrutar de acompanhamento do *currículo* escolar durante sua permanência hospitalar está contido nos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados pela Resolução 41 de 1995. Por esse motivo a legislação que regulamenta a construção de EAS preconiza a construção de salas de aula a fim de que o hospital preste assistência pedagógica infantil quando o período de internação for superior a 30 dias (BRASIL, 2002).

A criança tem direito de estudar e não pode o hospital privar esse direito dessa continuidade. Quer dizer é uma obrigação. Toda criança em idade escolar tem que estar numa escola, então não é a criança hospitalizada que vai ficar fora da escola (S5).

No Hospital de Clínicas existe um Programa de Apoio Pedagógico, um trabalho de classe hospitalar pioneiro no Rio Grande do Sul desenvolvido em parceria entre a Escola Estadual Técnica em Saúde e o hospital desde 1990. Há um acordo entre a Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul e o HCPA para viabilizar a realização dessa ação interinstitucional integrada (HCPA, 2011b). Embora a instituição desenvolva essa atividade que é obrigatória por lei e os enfermeiros percebam a relevância desse serviço, eles também apontam algumas modificações necessárias para atender adequadamente os pacientes em idade escolar.

Em virtude do aumento da demanda de pacientes em idade escolar e com longo período de internação necessita-se de um maior número de professores para dar conta de todos os atendimentos. Outra característica dos pacientes que são contemplados pelo atendimento

pedagógico é a repetição das internações, assim a continuidade desse serviço beneficia esses pacientes.

Tem que organizar e ter espaço pra isso com profissionais específicos. Que contemple desde o pré escolar, pois o pré escolar hoje em dia já está se alfabetizando, até a questão da adolescência (S7).

[...] esses pacientes com doença crônicas geralmente eles são bem atrasados. Eles tem muita repetência. Normalmente internam muitas vezes e acabam perdendo muita aula então é imprescindível esse atendimento. E a maioria gosta bastante (S1).

Entretanto não só o quantitativo de professores assegura o sucesso dessa atividade. Por possuírem formação apenas na área educativa, esses profissionais por vezes apresentam-se despreparados para atuar no contexto da hospitalização. Essa qualificação poderia ser de responsabilidade da instituição já que é na mesma em que os profissionais irão trabalhar. Dessa forma pode-se organizar um fluxograma de atendimentos visando a redução das infecções cruzadas que também podem estar sendo levadas por essas pessoas.

Eu acho que eles precisam de um suporte maior pra trabalhar aqui dentro. Precisamos prepará-las para estarem aqui (S9).

O ideal seria que tivesse um atendimento só aqui pra essa unidade e outro pra outra, pra não misturar as pessoas que tem contato com paciente multirresistentes de lá e atender os mesmos nossos daqui (S1).

Acho que tem que ser aumentado, de repente o número de professores, aumentado o atendimento individual nos quartos. Mas agora estão fazendo um novo treinamento pros professores novos pelos profissionais de saúde no sentido de qualificar (S5).

A permanência dos pais ou responsáveis durante a hospitalização da criança e do adolescente é prevista por lei (BRASIL, 1990). Além da obrigatoriedade, essas presenças são totalmente benéficas durante a internação por não afastar a criança do convívio com a família, deixando-a mais confiante nesse ambiente atípico. A equipe, em termos de cuidado, também percebe a sua importância no auxílio dos cuidados também.

Eles cooperam bastante na assistência. E é necessário pro paciente se sentir mais seguro, estando com os pais junto (S3).

A criança hospitalizada não deve ser considerada como um ser isolado, mas um indivíduo posicionado em uma estrutura, a família (OLIVEIRA; COLLET, 1999). Por isso o enfermeiro que atua na pediatria sempre deve considerar o cuidado de ambos. Nesse sentido é preciso atender as necessidades dos indivíduos que acompanham esses pacientes. Essa prioridade também foi reforçada pelos enfermeiros entrevistados.

Esses cuidadores precisam estar acomodados também, porque se deixarmos esse cuidador dormindo mal, mal instalado, ele não vai conseguir ficar cuidando da forma que a criança necessita (S5).

É importante oferecer um local confortável para o descanso e que corresponda às distâncias preconizadas entre os leitos nos quartos e nas enfermarias. Segundo a ANVISA de 2002 ao lado do leito desses pacientes na enfermaria ou quarto deve ser previsto um espaço para uma poltrona para o acompanhante. A possibilidade de proporcionar um descanso adequado a essas pessoas humaniza o cuidado prestado. Além disso, outras necessidades não podem ser esquecidas como higiene, alimentação e lazer. Para isso o estabelecimento deveria dispor de outras áreas dentro ou fora da instituição.

O ideal é que o acompanhante tivesse direito a cama e dormir bem. Até pra poder se cuidar pra poder cuidar do outro. A gente tem até mães que estranham se cuidar (S9).

Ele deve ter direito a um local onde ele possa tomar banho, o ideal é que eles tivessem um local onde eles pudessem descansar inclusive longe da criança, que tanto poderia ser numa casa de apoio ou uma sala, uma sala de estar para os pais, no mesmo andar da pediatria em um local em que pudesse dar uma parada, sair do ambiente do quarto, respirar um pouco enquanto tem outro familiar cuidando. [...] não vejo outra opção que não uma cadeira confortável tipo a poltrona do papai (S5).

Em unidades compostas por enfermarias é obrigatória a disponibilização de uma sala de estar para acompanhantes da criança (BRASIL, 2002). Outros espaços destinados aos acompanhantes também foram destacados, como locais específicos onde eles possam realizar a higiene pessoal. Dependendo do número de leitos em uma unidade deve-se disponibilizar até mais de um banheiro para conseguir dar conta do número de acompanhantes. Em quartos privativos poderia haver um banheiro específico para o acompanhante, desde que não seja compartilhado com o paciente a fim de prevenir contaminações. Outros ambientes foram apontados como relevantes no cuidado dos familiares como locais de lazer, de realizar as refeições e de realizar reuniões ou grupos. Um armário seguro para guardar os pertences dos mesmos também foi citado como uma necessidade.

Quartos com banheiro é essencial. Caso não possa ter em todos quartos, que tenha banheiros pros acompanhantes, com chuveiro. Que eles possam ter um refeitório. O ideal que não seja muito longe da unidade porque às vezes esse deslocamento é complicado (S7).

Locais específicos pros familiares. É até um momento de encontro deles. Espaço pra lazer, com jogos, livros, televisão. A questão do grupo de familiares é bem importante também, fazer oficinas. Trabalhar com essas famílias que às vezes ficam sentados do lado do berço. Claro, atendem a criança, mas também são dias, são meses. Esse trabalho com a família (S7).

Os aspectos sociais e emocionais da família no geral também são atendidos conforme a necessidade. Dessa forma o envolvimento entre os profissionais da equipe multiprofissional reflete no atendimento a ser prestado.

Percebemos que o ideal é trabalhar junto, trocando informações pois acabamos atendendo não só a criança, mas a família também. Compartilhamos com o serviço social e com a psicologia essa questão familiar. Percebemos que eles estão mais presentes e estão conseguindo dar alguns retornos, o que de uma certa forma facilita o nosso trabalho (S1).

Acho que é o ponto fundamental para poder atender a criança em diversas etapas de desenvolvimento e crescimento junto com a família, pois o nosso foco é criança e família. E é uma demanda tão completa tão singular que só conseguimos atender com uma qualidade e satisfatória trabalhamos em equipe (S7).

Sabendo que muitos acompanham a criança por períodos bastante prolongados, fica evidente a importância da atenção, do cuidado voltado também a essas pessoas. O compromisso com o cuidado da criança adoecida gera uma sobrecarga nesse familiar o que conseqüentemente refletirá na recuperação do paciente. Nesse sentido algumas atividades podem ser desenvolvidas a fim de auxiliar os familiares no enfrentamento dessa situação atípica.

Temos um profissional que vem fazer aqui terapias de relaxamento pras mães e pros funcionários. E elas estranham: -“Nossa... pra mim? 60 minutos pra eu relaxar? Que estranho!” Ou “-Cama pra mim? Não é só pro meu filho?” E a gente realmente quando trabalha com pediatria a gente trabalha com o binômio mãe/criança. A permanência conjunta. A gente cuida de familiares e da criança. Não tem como cuidar só de um (S9).

No geral os cuidadores leigos não estão acostumados com o auto cuidado embora se saiba o quanto é benéfico para as duas partes. Atualmente, as instituições de saúde tem ampliado o foco do serviço visando a satisfação de todos com o alcance das necessidades. Assim o funcionário também é incluído nessa meta, devendo ser valorizados já que são humanos como os pacientes atendidos. A tendência é refletir no cuidado prestado e na convivência entre a equipe.

Agora temos a oportunidade de o funcionário ficar uma hora fazendo terapia de relaxamento. Isso ajuda bastante e deveria ter mais vezes por semana. Trabalhamos com situações bem difíceis, bem pesadas. Essa é uma forma de se cuidar. Vemos que é uma relação direta se fazemos um ambiente físico ou se fazemos um ambiente terapêutico pra esses funcionários. Sabemos que o ambiente físico não é o ideal pra que os funcionários se cuidem, mas isso é claro que prejudica bastante em termos de assistência. Acho que a enfermagem atual tem essa preocupação. Se eu quero que os meus pacientes sejam bem assistidos eu tenho também que assistir as pessoas que estão atendendo que estão cuidando dos pacientes (S9).

Os profissionais de enfermagem que atuam em hospitais estão expostos a condições de trabalho precárias que, aliadas às suas condições de vida, potencializam as possibilidades de adoecimento (ELIAS; NAVARRO, 2006). Frente a essa tendência a instituição tem mais um motivo para priorizar a atenção ao funcionário e fornecer condições mais saudáveis de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estrutura e o funcionamento ideais de uma unidade de internação destinadas ao cuidado da criança e do adolescente que atenda também suas famílias e os profissionais, na compreensão dos enfermeiros que prestam cuidado em unidades de internação pediátrica abrangem múltiplos aspectos além da legislação.

A hospitalização infantil e juvenil por vezes é necessária para a recuperação da saúde ao paciente nessa etapa de vida. Esta hospitalização deve estar acompanhada de um familiar e conseqüentemente, o estabelecimento assistencial de saúde deve oferecer condições para atender as necessidades desse conjunto, paciente e família, e torná-la menos penosa e traumatizante.

Acredita-se que seja fundamental a participação dos enfermeiros na construção e no planejamento de uma unidade destinada a esse público, pois foi evidenciado que pela experiência desses profissionais na prática do cuidado, muito tem a contribuir para a sua adequação.

A normatização atual de construção de estabelecimento de saúde, ao admitir até doze leitos para crianças até dois anos está defasada, pois não viabiliza o cumprimento de normas essenciais como controle de infecção, individualização do atendimento e privacidade das informações de cada paciente além do direito da permanência do familiar por 24 horas junto a criança e ao adolescente. Enfermarias com mais de três leitos dificultam a prática ideal de cuidado, pois possibilita o aumento das taxas de infecção, inviabiliza condições de acomodações adequadas ao familiar, que às vezes passa meses hospitalizado com o filho doente, e dificulta no cuidado do profissional, por ter leitos muito próximos um do outro.

Enfermarias ou quartos com menor número de pacientes facilita a alocação por idade, por sexo e por doença, viabiliza a flexibilização da estrutura para sua ocupação de acordo com a demanda de atendimento.

De forma convicta e unânime, os enfermeiros destacam a importância da construção de uma unidade destinada especialmente aos adolescentes. Por toda a peculiaridade dessa fase da vida e por não terem condições de internação condizentes com suas necessidades foi abordado o assunto como de total relevância no cuidado hospitalar do adolescente.

O número de quartos destinados ao isolamento deve dar conta da demanda de pacientes que utilizam essa modalidade de alojamento na unidade internação. Portanto ficou evidenciada a necessidade dessa programação a fim de que não sejam necessárias adaptações que nem sempre atendem as exigências necessárias.

Sempre que existir internação pediátrica e juvenil em uma instituição, a recreação e o lazer desses pacientes deverão ser contemplados, visto ser um direito expresso por lei e também por favorecer o seu desenvolvimento e contribuir na aceitação da hospitalização. Nesse estudo, foram mencionadas algumas sugestões que podem ser colocadas em prática em uma unidade de internação e outras sugestões que necessitam ser construídas, por exemplo, um solário para atividades ao ar livre e a visitação de animais de estimação.

Outro aspecto a ser considerado para tornar o ambiente hospitalar mais agradável e menos assustador é a decoração de maneira lúdica e adequada as características das crianças e adolescentes. Permitir cores que permitam tornar esse cenário mais tranquilo e que não seja estranho aos olhos desses pacientes.

Para atender a outro direito da criança e do adolescente, a assistência pedagógica, é necessário dispor de salas de aula, organizar um fluxo de atendimento e treinar os profissionais que atuarão no contexto da hospitalização.

Frente à permanência do acompanhante, o atendimento integral também a essas pessoas deve fazer parte do cuidado hospitalar à criança e ao adolescente, pois a mesma sempre abrangerá o contexto da família. Assim, a construção de refeitórios, salas de descanso, salas de recreação para os pais, banheiros próprios e em quantidade suficiente para atender a todos, são estruturas fundamentais para atender as necessidades do acompanhante.

O profissional de enfermagem que atua no cuidado à criança e ao adolescente é merecedor de atenção visto a sobrecarga emocional que enfrenta no cotidiano de sua prática. Entende-se que o indivíduo estando motivado, prestará um cuidado de qualidade ao seu paciente. Por isso a instituição deve visar pela saúde desse trabalhador, disponibilizar espaços e momentos para o desenvolvimento de atividades específicas aos profissionais.

A fim de possibilitar o convívio multidisciplinar é preciso dispor de outros espaços em uma unidade além de salas tradicionais, como posto de enfermagem, salas de prescrição e de enfermagem, pois os mesmos segregam as áreas profissionais. Por isso a construção de espaços comuns a todos poderá facilitar um trabalho conjunto e influenciar positivamente no cuidado.

As recomendações da legislação a cerca da estrutura física dos hospitais não consideram aspectos relevantes das necessidades desses indivíduos. Constata-se a importância da atualização das normas legais a fim de abranger novos critérios que indiquem aos estabelecimentos de saúde as reais necessidades para um atendimento adequado da criança e do adolescente.

Além disso, a criação de um comitê ou programa de estudo das responsabilidades do hospital perante os direitos da criança e do adolescente pode auxiliar na implementação e cumprimento dos mesmos.

O resultado desse estudo nos remete ao desejo de construção ou de estruturação de uma nova unidade que possa estar contemplando todas as necessidades da criança, do adolescente e sua família aqui apontadas.

Acredita-se que este tema não está esgotado sendo necessário ampliá-lo e aprofundá-lo por meio de novas abordagens sobre o cuidado à criança e ao adolescente hospitalizados, contribuindo assim para a qualificação do cuidado de enfermagem.

Uma unidade hospitalar, ou um EAS, destinados ao cuidado da criança e do adolescente, que atenda também suas famílias e os profissionais deve conter determinadas características, portanto recomenda-se:

- ✓ Enfermarias e quartos com menor número de leitos;
- ✓ Número de quartos de isolamento adequados para a demanda da unidade;
- ✓ Unidade específica para atendimento dos adolescentes;
- ✓ Recreação, solário, visitação de animais adaptados às características da clientela;
- ✓ Ambientação e decoração conforme a faixa etária;
- ✓ Assistência pedagógica nas unidades que atendam a faixa escolar;
- ✓ Atendimento das necessidades do acompanhante;
- ✓ Suporte ao profissional destas áreas;
- ✓ Adequação dos espaços para os profissionais desenvolverem as atividades.

REFERÊNCIAS

BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. **Lei Federal 8069** de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 9 de setembro de 2010.

_____. M. Justiça, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado**, Resolução nº41, outubro/1995. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm>. Acesso em: 19 de setembro de 2010.

_____. **Nova Lei do Direito Autoral**, Lei Federal nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9610.htm>. Acesso em: 18 de novembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: Prevenção e Controle de Infecção**. Brasília: Editora ANVISA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC n.º 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf. Acesso em 14 de agosto de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC n.º 306** de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de saúde. Disponível em: http://www.unifesp.br/reitoria/residuos/legislacao/arquivos/RDC_306_ANVISA.pdf. Acesso em: 28 de agosto de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 2.616** de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, 13 maio 1998b. Disponível em: <http://www.ccih.med.br/portaria2616.html>. Acesso em: 11 de setembro de 2010.

_____. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Norma Regulamentadora-NR n.º 32**. Dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de novembro de 2005, Seção 1. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf. Acesso em 11 de setembro de 2010.

CECCIM, R. B; FONSECA, E. S. Classes hospitalares no Brasil. **Relato escrito da reunião de trabalho na classe hospitalar do Hospital Municipal Jesus**. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde / Hospital Municipal Jesus – Secretaria Municipal de Educação / Classe Hospitalar Jesus, 1998.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.º 293** de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4329>. Acessado em: 29 de junho de 2011.

COLLET, N; OLIVEIRA, B. R. G. A criança e a hospitalização. In: **Manual de Enfermagem em Pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

DOTTI, J. **Terapia e animais**: atividade e terapia assistida por animais - A/TAA: práticas para organizações, profissionais e voluntários. São Paulo: Noética; 2005.

ELIAS, M. A; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino Americana Enfermagem [on line]**. V. 14, n.4, p. 517-525, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000400008&script=sci_abstract&tlng=t. Acessado em: 25 de junho de 2011.

FAQUINELLO, P; HIGARASHI, I. H; MARCON, S.S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto Enfermagem [on line]**. Florianópolis, v. 6, n.4, p. 609-616, 2007. Out/dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>. Acessado em: 19 de junho de 2011.

FONSECA, E.S. Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional. **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais**. Brasília p. 25 1999.

FONSECA, E. S; CECCIM, R. B. Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. **Temas sobre Desenvolvimento**. v.7, n.42, p. 24-36, 1999. Disponível em: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/62/atendpedagpromocaopsiquicocog.pdf> Acessado em 11 de junho de 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175 p.

GOBBI, A. Unidade de Internação para Adolescentes: percepção dos adolescentes hospitalizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2008. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

GOMES, D. L. C; COUTO, R. C. Isolamento e Precauções. In: Couto, R. C; Pedrosa, T. M. G, coordenadores. **Guia Prático de Controle de Infecção Hospitalar**: epidemiologia, controle e terapêutica. 2 ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

HINRICHSEN, S. L; Biossegurança de Pacientes Internados em Quartos Compartilhados com Banheiro Único. In: HINRICHSEN, S. L, coordenadora. **Biossegurança e Controle de Infecções**: risco sanitário hospitalar. Rio de Janeiro: Medsi, 2004.

HOCKENBERRY, M. J; WILSON, D; WINKELSTEIN, M.L. **Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 7. ed. 2006.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Comissões Permanentes**: Comissão de Controle de Infecção. Disponível em: <<https://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/1134/1080/>> Acesso em: 04 de novembro de 2010a.

_____. **Pediatria**: Programa de Apoio Pedagógico. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/414/633/>. Acessado em 29 de junho de 2011b.

_____. **Serviço de Enfermagem Pediátrica:** Atividades Assistenciais. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/437/655/>> Acesso em: 26 de setembro de 2010b.

_____. _____. Programas Específicos: Programa para Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/438/660/>. Acessado em: 15 de julho de 2011a.

MACEDO, S. E. C. et. al. Infecção pelo vírus respiratório sincicial em crianças menores de um ano de idade internadas por doença respiratória aguda em Pelotas, RS. **Jornal de Pneumologia** 29(1), p. 4-8, 2003. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2003_29_1_3_portugues.pdf. Acessado em: 27 de junho de 2011.

MACHADO, M. M. P; MARTINS, D. G. A criança hospitalizada: espaço potencial e o palhaço. **Boletins de Iniciação Científica em Psicologia**. 3(1), p. 34-52, 2002. Disponível em: http://www.mackenzie.com.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/3/3_a_crianca_hospitalizada.pdf. Acessado em: 29 de junho de 2011.

MARTINS, V. P. A Humanização e o Ambiente Físico Hospitalar. Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, 2004. **Anais I**. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf. Acessado em: 29 de junho de 2011.

MARTINS, M. A; Infecções no Paciente Pediátrico e no Adolescente. In: Martins, M. A, coordenadora. **Manual de Infecção Hospitalar:** epidemiologia, prevenção e controle. 2. ed Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 4 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 67-80.

MITRE, R. M. **Brincando para viver:** um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar. Dissertação de mestrado. Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2000.

MITRE, R. M. A; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 9 n.1 Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S141381232004000100015&script=sci_arttext. Acessado em: 25 junho de 2011.

MOTTA, A. B; ENURO, R. F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**. v. 9, n. 1, p. 19-28, Maringá, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf>. Acessado em: 24 de junho de 2011.

NASCIMENTO, R. PIASSÃO, C. Avaliação e estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor em lactentes institucionalizados. **Revista de Neurociência**.18(4), p. 469-478, 2010. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1804/418%20relato%20de%20caso.pdf>. Acessado em: 18 de junho de 2011.

NICHIATA, L. Y. I. et. al. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p. 61-67, 2004.

OLIVEIRA, B. R. G; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 95-102, dezembro 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500012. Acessado em: 28 de junho de 2011.

POLIT, D. F. et al. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

ROCHA, M. M. B. **Detalhes Arquitetônicos em Unidades de Internação Pediátrica**. 2008. 50f. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização (Especialização em Arquitetura de Sistema de Saúde) - Câmara de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BH, 2008. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/detalhes_arquiteticos_unidades_internacao.pdf. Acessado em: 27 de junho de 2011.

SCHMITZ, S. M; PICCOLI, M; VIERA, C. S. A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 14 – 23, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acessado em: 28 de junho de 2011.

SILVEIRA I. R; SANTOS N.C; LINHARES D. R. Protocolo do Programa de Assistência Auxiliada por Animais no Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 45(1), p. 283-288, 201. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/40.pdf>. Acessado em: 28 de junho de 2011.

TAKAHASHI, R.T; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de Recursos Físicos e Ambientais. In: Kurcgant, P, coordenadora. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VACCARI, A. M. H; ALMEIDA, F.A. A importância da visita de animais de estimação na recuperação de crianças hospitalizadas. **Einstein**. São Paulo, 5(2), p. 111-116, 2007. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/419Einstein52_Online_AO419_pg111-116.pdf. Acessado em: 28 de junho de 2011.

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

Dados de identificação

Nº do participante:

Unidade de internação: () 10º Norte ou () 10º Sul

Tempo de exercício profissional na unidade:

Tópicos norteadores da entrevista:

1) Qual sua opinião e sugestão sobre a estrutura e funcionamento da unidade quanto aos seguintes aspectos:

- a) dimensão das enfermarias e quartos;
- b) número de leitos por enfermarias e quartos;
- c) acomodações para acompanhantes;
- d) acomodações para isolamento epidemiológico;
- e) áreas disponíveis ao lazer e recreação;
- f) alocação dos pacientes por faixa etária;
- g) disponibilidade de assistência pedagógica;
- h) instalação de pias e lavabos;
- i) segregação e acondicionamento dos resíduos de saúde;
- j) riscos ao paciente, ao acompanhante/ visitante ou aos profissionais;
- l) controle de infecção;
- m) visita de animais de estimação.

2) Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa - ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DE UNIDADES HOSPITALARES PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: a opinião dos Enfermeiros

Estamos realizando uma pesquisa sobre a estrutura das unidades de pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O objetivo da pesquisa é conhecer a opinião dos enfermeiros que prestam assistência nas unidades de internação pediátrica do HCPA sobre a estrutura e funcionamento de uma unidade pediátrica que atenda as necessidades dos pacientes e suas famílias. Para tanto, gostaríamos de entrevistar as enfermeiras que atuam nas unidades 10º Norte e 10º Sul podendo assim identificar as dificuldades estruturais e funcionais das unidades pediátricas e as possíveis melhorias na assistência às crianças e aos adolescentes.

A sua participação na pesquisa será através de uma entrevista que será gravada em MP3 e transcrita para o computador. As gravações serão guardadas por 5 anos e após desgravadas. Apenas a pesquisadora e a orientadora terão acesso às gravações. A entrevista será realizada em local reservado para que possa expressar-se livremente, e que terá duração média de trinta (30) minutos, para o registro da conversa. Acreditamos que não terá qualquer risco ou desconforto relacionada a sua participação. Caso concorde em participar você não terá nenhum ressarcimento nem custo financeiro.

Fica garantido o seu anonimato, pois não serão identificados os nomes dos participantes e as informações coletadas serão utilizadas para fins científicos.

Qualquer dúvida que você tiver sobre a pesquisa ou seus objetivos poderá buscar esclarecimentos com a pesquisadora ou orientadora ou no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Fica assegurado que, em caso de recusa ou desistência da participação na pesquisa, você não terá nenhum prejuízo em relação ao vínculo profissional com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Como participante da pesquisa, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada sobre os objetivos, justificativa, procedimentos, riscos e benefícios do presente estudo. Fui orientada que poderei solicitar esclarecimentos sobre estudo em qualquer fase de sua realização, tendo a liberdade de deixá-lo em qualquer etapa sem qualquer prejuízo ao meu vínculo profissional com a instituição.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar desta pesquisa, estando ciente de todos os procedimentos propostos.

Nome e assinatura da Participante: _____

Nome e assinatura da Pesquisadora: _____

O TCLE é elaborado em duas vias permanecendo uma via com a pesquisadora e uma com o participante.

Porto Alegre de de 200.....

Pesquisadores: Cristina Tavares Bosquerolli (51) 96323690 e Nair Regina Ritter Ribeiro - orientadora (51) 99794097 - Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA - Rua Ramiro Barcelos, 2350, Telefone: (51) 33598596, 5º andar, sala 500F

Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA: Telefone (51) 33598304

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

19 / 04 / 2011

11-0056

**ANEXO A - Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

TCC GRAD.: 36/2010

Versão Mês: 01/2011

Pesquisadores: Cristina Tavares Bosquerolli e Profa. Nair Regina Ritter Ribeiro

Título: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DE UNIDADES HOSPITALARES
PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A OPINIÃO DOS ENFERMEIROS.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2011.

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnf - UFRGS

**ANEXO B - Termo de aprovação pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética
em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

Carta Nº: 18774

ERRATA:

Projeto: 110056

Reg. CONEP:

CAAE: 0007.0.001.000-11

**Título: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DE UNIDADES HOSPITALARES
PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: a opinião dos Enfermeiros**

Pesquisador Responsável: NAIR REGINA RITTER RIBEIRO

Na carta de aprovação do projeto emitida em 19 de abril de 2011 por este CEP,

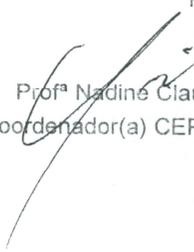
onde se lê

**Pesquisadores:
CRISTINA TAVARES BOSQUEROLLI
ABIANE AGUIAR COELHO**

leia-se

**Pesquisadores:
CRISTINA TAVARES BOSQUEROLLI
NAIR REGINA RITTER RIBEIRO**

Porto Alegre, 29 de junho de 2011.


Profª Nadine Clausell
Coordenador(a) CEP/HCPA