

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ALESSON MARTINS GOMES

**Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e
adolescentes hospitalizados**

RIBEIRÃO PRETO

2018

ALESSON MARTINS GOMES

**Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e
adolescentes hospitalizados**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente

Orientadora: Prof^ª. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima

RIBEIRÃO PRETO

2018

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

Gomes, Alesson Martins.

Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados, 2018.

94 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima.

1. Criança hospitalizada. 2. Enfermeiros. 3. Gênero. 4. Comunicação. 5. Competência profissional.

Nome: GOMES, Alesson Martins

Título: Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção de título de
Mestre em Ciência.

Aprovado em: ___/___/_____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe, Vanessia, e ao meu irmão Pedro, que sempre me apoiaram e acreditaram nos meus sonhos.

Às crianças e adolescentes que tornaram possível a realização deste projeto compartilhando suas experiências e desta forma, contribuindo com a melhoria da assistência de enfermagem.

Agradecimentos

A Deus, por tornar mais este sonho possível;

À minha mãe Vanessa, que sempre me incentivou a estudar e a buscar a realização dos meus sonhos, sempre estando ao meu lado, me consolando, me apoiando, me guiando, orientando e sendo o meu melhor exemplo na vida. Obrigado por tudo, eu amo você;

Ao meu irmão Pedro, um presente de Deus na minha vida, desde que você chegou os meus dias são mais felizes;

À Prof.^a Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, pela oportunidade de aprender tanto ao seu lado, minha inserção na carreira acadêmica e de me tornar mestre, serei eternamente grato pela excelente orientação, confiança, incentivo e compreensão diante das minhas dificuldades;

À Bárbara por todo o apoio e contribuição ao longo desta caminhada;

A todos da querida Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por ser o lugar onde tudo começou;

Aos funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial à equipe de saúde envolvida no cuidado às crianças e aos adolescentes

hospitalizados, que permitiram a realização desta pesquisa e auxiliaram durante a coleta de dados identificado os potenciais participantes do estudo;

Às crianças e aos adolescentes participantes deste estudo, os quais, apesar das suas condições clínicas desfavoráveis, não deixaram de contribuir com esta pesquisa;

À todos os amigos que Ribeirão me deu, em especial, Flávia, Taís Milena, Thais, Beatriz, João Paulo, Kléber, Vitor, Luana e Taís Suelen, que foram um grande apoio para esta conquista,

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado,

Enfim, a todos aqueles que contribuíram, diretamente ou indiretamente, para a concretização deste sonho.

RESUMO

GOMES, Alesson Martins. **Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados**. 2018. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Crianças e adolescentes podem fornecer informações importantes para a melhoria dos serviços de saúde, por exemplo, no que se refere à comunicação com a equipe de enfermagem e à qualidade da assistência recebida durante a hospitalização. Podem, ainda, dizer a respeito de sua relação com a equipe multidisciplinar, em particular com os enfermeiros, pois identificam o que os torna bons profissionais. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo compreender as perspectivas de crianças e adolescentes hospitalizados sobre o que significa ser um bom enfermeiro. Considerando o objeto e objetivo do estudo, optamos por adotar o referencial da *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados. O estudo, desenvolvido na unidade de pediatria de um hospital universitário do estado de São Paulo, teve a participação de 17 crianças e adolescentes, com idades entre 5 e 17 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevista intermediada por estratégias lúdicas de comunicação, complementada por informações clínicas dos prontuários. A análise dos dados seguiu as recomendações da Teoria Fundamentada nos Dados e permitiu a elaboração de três categorias temáticas: enfermeiro ou enfermeira: as questões de gênero no trabalho da enfermagem; a comunicação como instrumento de trabalho do enfermeiro no cuidado a crianças e adolescentes hospitalizados e competências do enfermeiro diante da realização de procedimentos dolorosos na assistência a crianças e adolescentes hospitalizados. As questões de gênero no trabalho da enfermagem foram observadas quando os participantes, embora tenham mencionado a presença ainda discreta de homens na profissão, reconheceram que todos eram enfermeiros e que, desde que realizassem o cuidado corretamente, não deveria haver distinção. A comunicação desses profissionais foi considerada essencial durante a hospitalização e um importante atributo para o bom enfermeiro, sendo esta uma estratégia capaz de tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor, amenizando o sofrimento provocado pelo período de hospitalização. As competências do enfermeiro diante da realização de procedimentos dolorosos também foram apontadas como atributo de um bom profissional. Os participantes destacaram a punção venosa como fonte de desconforto e dor, os quais poderiam ser amenizados mediante aprimoramento profissional, paciência, interação do enfermeiro com o paciente durante a realização deste procedimentos e tempo de experiência prática. Os resultados deste estudo preenchem uma

lacuna na literatura brasileira sobre a temática, pois evidenciam implicações para a prática do enfermeiro e contribuem para a compreensão das experiências de crianças e adolescentes hospitalizados sobre a qualidade dos cuidados de saúde e o processo de hospitalização. Destaca, ainda, que crianças e adolescentes demonstram entendimento acerca dos cuidados realizados, sendo capazes de apontar o que esperam de um bom enfermeiro e de expressar suas perspectivas.

Palavras-chave: Criança hospitalizada. Enfermeiros. Gênero. Comunicação. Competência profissional.

ABSTRACT

GOMES, Alesson Martins. **Good Nurse: vision of hospitalized children and adolescents.** 2018. 94f. Master's Thesis – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Children and adolescents can provide important information for the improvement of health services, such as communication with the nursing team and the quality of care they receive during hospitalization. They can also say about their relationship with the multidisciplinary team, in particular with the nurses, they know, for example, what makes them good professionals. Thus, the present study aims to understand the perspectives of hospitalized children and adolescents about what it is to be a good nurse. Considering the object and purpose of the study, we rely on Grounded Theory. The study was carried out in a university hospital in the state of São Paulo, in the pediatric unit, with the participation of 17 children and adolescents, aged between 5 and 17 years. The data were collected through an interview intermediated by playful communication strategies and complemented by clinical information obtained in the medical record. Data analysis was performed according to the recommendations of the Grounded Theory. From the analysis of the empirical material, three thematic categories emerged: nurse: gender issues in nursing work, communication as a nurses work tool in the care of the hospitalized child and adolescent, and nurses competencies in the face of painful assistance procedures hospitalized child and adolescent. Gender issues in nursing work have implications when children and adolescents have pointed out the discreet presence of men in the profession, but that all are nurses and that by doing the right care there should be no distinction. The nurses communication was considered essential during hospitalization and an important attribute for the good nurse, being this a strategy to make the hospital environment more welcoming, alleviating the suffering caused by the hospitalization period. The nurses' competences regarding painful procedures were also pointed out as an attribute of the good professional. The participants emphasized venous puncture as a source of discomfort and pain, which could be softened by professional improvement through study, patience, interaction of the nurse with the patient during the performance of the procedures and their time of practical experience. The results of this study fill a gap in the Brazilian literature on the subject, identifying implications for the practice of nurses and contributing to the understanding of the experiences of hospitalized children and adolescents about the quality of health care and the hospitalization process. It is also worth noting that children and adolescents demonstrate an

understanding of the care they perform, being able to point out what they expect from a good nurse, as well as express their perspectives.

Keywords: Hospitalized child. Nurses. Gender Identity. Communication. Professional competence.

RESUMEN

GOMES, Alesson Martins. **Buena Enfermera y Buen enfermero: visión de niños y adolescentes hospitalizados**. 2018. 94 f. Disertación (Maestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Los niños y adolescentes pueden proporcionar informaciones importantes para mejorar los servicios de salud, como la comunicación con el equipo de enfermería y la calidad de la asistencia que reciben durante la hospitalización. Pueden, además, decir acerca de su relación con el equipo multidisciplinario, en particular con los enfermeros, saben, por ejemplo, qué hacen de ellos buenos profesionales. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo comprender las perspectivas de niños y adolescentes hospitalizados sobre lo que es ser un buen enfermero. Considerando el objeto y objetivo del estudio, nos apoyamos en la *Grounded Theory* o Teoría Fundamentada en los Datos. El estudio fue desarrollado en un hospital universitario del estado de São Paulo, en la unidad de pediatría, con participación de 17 niños y adolescentes, con edades entre 5 y 17 años. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista intermediada por estrategias lúdicas de comunicación y complementada por informaciones clínicas obtenidas en el prontuario. El análisis de los datos ocurrió de acuerdo con las recomendaciones de la Teoría Fundamentada en los Datos. En el análisis del material empírico surgieron tres categorías temáticas: enfermero o enfermera: las cuestiones de género en el trabajo de enfermería, la comunicación como instrumento de trabajo del enfermero en el cuidado de los niños y adolescentes hospitalizados y competencias del enfermero frente a la realización de procedimientos dolorosos en la asistencia al niño y adolescente hospitalizados. Las cuestiones de género en el trabajo de enfermería tienen implicaciones cuando los niños y adolescentes indicaron la presencia discreta de hombres en la profesión, pero que todos son enfermeros y que al realizar el cuidado de la forma correcta no debe haber distinción. La comunicación de los enfermeros fue considerada como esencial durante la hospitalización y un atributo importante para el buen enfermero, siendo esta una estrategia para hacer el ambiente hospitalario más acogedor, amenizando el sufrimiento provocado por el período de hospitalización. Las competencias del enfermero frente a la realización de procedimientos dolorosos también fueron apuntadas como un atributo del buen profesional. Los participantes destacaron la punción venosa como fuente de incomodidad y dolor, que podría ser amenizado por el perfeccionamiento profesional por medio del estudio, paciencia, interacción del enfermero con el paciente durante la realización de los procedimientos y su tiempo de

experiencia práctica. Los resultados de este estudio llenan una laguna en la literatura brasileña acerca de la temática, identificando implicaciones para la práctica del enfermero y contribuyendo con la comprensión de las experiencias de niños y adolescentes hospitalizados sobre la calidad de los cuidados de salud y el proceso de hospitalización. Destaca, además, que niños y adolescentes demuestran entendimiento a respecto de los cuidados realizados, siendo capaces de identificar lo que esperan de un buen enfermero, así como expresar sus perspectivas.

Palabras-clave: Niño hospitalizado. Enfermeros. Identidad de género. Comunicación. Competencia profesional.

SUMÁRIO

Apresentação.....	15
1. Introdução.....	17
1.1. A criança, o adolescente e as particularidades do seu processo de hospitalização.....	17
1.2. Quadro teórico.....	22
2. Objetivo.....	28
3. Método.....	29
3.1. Tipo de estudo.....	29
3.2. Local do estudo.....	32
3.3. Procedimentos éticos.....	33
3.4. Aproximação ao campo empírico.....	33
3.5. Participantes do estudo.....	34
3.6. Procedimentos para a coleta de dados.....	37
3.7. Análise dos dados.....	38
4. Resultados e discussão.....	45
4.1. Enfermeiro ou Enfermeira: as questões de gênero no trabalho da enfermagem.....	45
4.2. A comunicação como instrumento de trabalho do enfermeiro no cuidado a crianças e adolescentes hospitalizados.....	52
4.3. Competências do enfermeiro frente a realização de procedimentos dolorosos na assistência à criança e adolescente hospitalizados.....	62
5. Considerações finais.....	72
6. Referências.....	74
7. Apêndices.....	80
8. Anexos.....	93

APRESENTAÇÃO

Este trabalho emerge de um interesse pessoal em conhecer e contribuir com a Enfermagem Pediátrica e de questões que surgiram durante a graduação e após o meu primeiro contato com o meio científico. No decorrer da graduação em Enfermagem, meu interesse pela área de atenção à saúde da criança sempre foi muito intenso, o que ficou ainda mais evidente durante a disciplina Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente.

Motivado por esse interesse e em busca de conhecimento, ingressei no mestrado logo após a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), no ano de 2015. Vale ressaltar que a minha aproximação com a pesquisa científica teve início ainda na graduação, durante a realização de duas iniciações científicas, ambas na área de assistência de enfermagem à criança e ao adolescente. A primeira, “Comunicação de más notícias: experiências de adolescentes com câncer”, e a segunda, “Comunicação de más notícias: experiências da equipe de enfermagem no cuidado de crianças e adolescentes com câncer”, foram realizadas nos anos de 2013 e 2014, respectivamente.

O mestrado, também na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, foi um período de grandes aprendizados e, das diversas atividades desenvolvidas, destaco o Programa de Aperfeiçoamento do Ensino (PAE) e a etapa de coleta de dados, por serem momentos mais significativos para mim. O PAE possibilitou-me contribuir com a disciplina Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente em aulas teóricas e durante os cenários de prática clínica e simulação, sendo uma rica oportunidade, em que pude aprender e ensinar de forma muito dinâmica. Por outro lado, a coleta de dados foi também uma experiência marcante, pois pude me aproximar de crianças e adolescentes hospitalizados, ouvir e entender o que esperavam de um bom enfermeiro.

A busca por respostas sobre o que significa ser um bom enfermeiro, na perspectiva de crianças e adolescentes hospitalizados, pode contribuir para uma assistência de enfermagem que atenda às reais necessidades de saúde desta população.

Diante disto, apresento, nesta dissertação, a perspectiva de crianças e adolescentes hospitalizados acerca do que consideram um bom enfermeiro. Para tanto, o texto foi organizado em cinco tópicos: introdução, em que é descrita a construção do objeto de estudo; objetivo; abordagem metodológica, incluindo tipo de estudo, aspectos éticos, local e participantes do estudo, procedimentos para coleta e registros dos dados e análise; resultados e discussão, finalizando com as considerações finais; por fim, no quinto tópico, apresentamos

Apresentação

as referências bibliográficas, os apêndices e anexos. Cabe ressaltar que, embora a Enfermagem apresente um número expressivo de enfermeiras, optamos pelo uso da palavra enfermeiro, no masculino, por ser o que determina a língua culta, tendo em vista a atuação de alguns homens nesta função.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A criança, o adolescente e as particularidades do seu processo de hospitalização

Por diversos séculos, a criança foi considerada um “não ser”, reconhecida, no máximo, como um “adulto em miniatura”, especialmente por não possuir uma linguagem bem desenvolvida. Era tratada como um adulto, sem qualquer atenção às suas características ou singularidades, bem como sem nenhuma consideração pelas especificidades do seu processo de crescimento e desenvolvimento. Atualmente, acredita-se que este sentimento de indiferença para com as crianças foi tão marcante que possa explicar, ainda que parcialmente, os altos índices de mortalidade infantil registrados nos séculos passados (ARAÚJO et al., 2014).

No Brasil, a posição ocupada pelas crianças não foi diferente. No período colonial, por exemplo, elas eram vistas como sujeitos meramente passivos, submetidas a castigos físicos cruéis, ao trabalho e poder paternos. Nesse mesmo período, os altos índices de mortalidade infantil (aproximadamente 70%) decorriam de um contexto de indiferença e crueldade a que estavam submetidas, das precárias condições sanitárias e sociais que contribuíam para o processo de adoecimento e dos frequentes abandonos de crianças em casas de caridade e hospitais (ARAÚJO et al., 2014).

Relatos históricos descrevem que o interesse pela criança apenas foi motivado pela necessidade de formar mão de obra para trabalhar nas indústrias em decorrência da Revolução Industrial e de fortalecer o Exército. Nesse momento, ela passou a ser vista como um bem a ser preservado, uma vez que, em breve, deveria ser integrada ao mercado de trabalho. Assegurar a sobrevivência infantil passou, portanto, a ser uma preocupação econômica, e este é considerado o primeiro passo em direção ao reconhecimento da singularidade do tempo da infância (MOREIRA, 2003; OLIVEIRA, 1993).

Moreira (2003), em análise sobre a concepção social da criança no decorrer da história, assinala que, embora diferentes posições e valores tenham sido assumidos ao longo dos anos, ela apenas começou a ser progressivamente valorizada a partir do século XIX, quando passou a ser objeto de investimento econômico, educacional e afetivo. À época, fundamentada na necessidade de vê-la como um ser singular, constituiu-se, inclusive, uma nova especialidade médica: a Pediatria. Também passaram a ser confeccionadas vestimentas próprias para as crianças, criados espaços e brinquedos apropriados, bem como construídas creches e elaboradas as primeiras leis de proteção à infância. Este contexto possibilitou também o emergir do que hoje conhecemos como “amor materno” (GAÍVA, 1999; OLIVEIRA, 1993).

Introdução

A infância tornou-se o centro das atenções e passou a ser considerada a idade fundadora da vida, a matéria de estudos, observações, reflexões e críticas. Atualmente, admite-se que a criança tem não apenas necessidades e características próprias, de acordo com a fase do desenvolvimento em que se encontra, mas, também, uma natureza singular, e que elabora suas relações consigo mesma, com os outros e com o mundo ao seu redor no decorrer de suas fases evolutivas. Nesse sentido, os avanços científicos contribuíram para esta importante transformação do conceito de criança, que permitiu transcender uma visão meramente biológica e alcançar uma perspectiva mais ampla, levando em consideração aspectos de seu crescimento e desenvolvimento, bem como suas necessidades emocionais, culturais, afetivas, sociais, psicológicas e cognitivas (ROSSI, 2010).

Realizada em 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança declarou o direito fundamental da criança ser ouvida e expressar abertamente suas opiniões sobre questões que lhes dizem respeito. Estabeleceu também o direito à saúde como um dos direitos básicos e garantiu proteção à saúde, prevenção das doenças e cuidados de saúde. Entretanto, para assegurar este direito a uma criança doente, é necessário, em alguns casos, hospitalizá-la.

Estar hospitalizado pode significar recolher-se em um ambiente frio, impessoal e ameaçador, não sendo esta uma opção, mas sim uma necessidade. Muitas vezes, isso ocorre em situações de emergência, sob um clima de expectativa, não raro, de medo. Durante a hospitalização, o ritmo habitual da vida pode ser interrompido por curto ou longo prazo, (SCHNEIDER, 2011), uma única vez ou inúmeras outras, como nos casos de crianças com enfermidades crônicas.

No Brasil, a Lei 8.069, de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e garante o direito à vida e à saúde, tal como descrito no Art. 7º: “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990, p. 10).

A necessidade de hospitalização interfere na vida de pacientes e familiares, e isso não é diferente quando envolve crianças e adolescentes. Ser hospitalizado pode se configurar como experiência traumática e geradora de estresse, na medida em que os afasta da vida cotidiana e do ambiente familiar, sobretudo do convívio com pessoas queridas. Coloca-os em um mundo desconhecido, com outras rotinas, equipamentos, pessoas estranhas, limitações de movimento, odores, procedimentos e dores, o que pode causar depressão e fazer com que retrocedam a um estágio anterior do desenvolvimento. Não sem razão, portanto, as internações são permeadas

Introdução

por medos, inseguranças e angústias diversas, tanto para a criança quanto para seus familiares (ÇALBAYRAM; ALTUNDAĞ; AYDIN, 2017; LIDDLE, 2017; NABORS; DIAS et al., 2013).

Diversas são as situações em que se faz necessária a internação hospitalar da criança ou do adolescente, entretanto, por mais simples que seja o motivo, esta tende a ser uma experiência negativa, independentemente de sua duração. O desconforto físico, moral, espiritual e o medo da morte provocados pela hospitalização podem gerar sofrimento de maior ou menor intensidade e comprometerem, inclusive, a autoestima desses pacientes, por se sentirem culpados pela tristeza de sua família. Tais sentimentos tornam a hospitalização uma experiência aterrorizante, capaz de desencadear irritabilidade, medo, raiva, desespero, ansiedade, estresse, culpa, apatia e choro (DIAS et al., 2013).

Se comparados a adultos, as crianças e os adolescentes encontram-se mais frágeis e podem apresentar mais dificuldades de compreender a doença. O mesmo pode ocorrer com os mais jovens, por terem um grau de compreensão diferente e pela dependência que apresentam (GOMES, 2005). Assim, ao serem hospitalizados, esses indivíduos encontram-se duplamente doentes, pois, além da patologia física, sofrem de outra doença, a própria hospitalização, que, se não manejada adequadamente, pode deixar marcas permanentes (RIBEIRO, 2005).

Inúmeros são também os sentimentos que a experiência da hospitalização pode desencadear em crianças e adolescentes, sobretudo sensação de abandono e medo do desconhecido, por passarem a habitar um ambiente totalmente novo, com regras, espaços e pessoas diferentes, afastados de seus pertences e do convívio familiar. Vivenciam uma brusca mudança na rotina diária, o que se configura como um dos principais estressores a que são submetidos, principalmente se houver falta de informações e preparo inadequado para a hospitalização (COYNE; KIRWAN, 2012; DIAS et al., 2013; FARIAS et al., 2017).

As reações das crianças e dos adolescentes à hospitalização também dependem de outros fatores, a saber: estágio evolutivo em que se encontram; grau de sofrimento e mutilação e o significado que a doença tem para eles e seus familiares; relação pai e filho e a resposta deste à reação dos pais; reação psicológica diante dos procedimentos médicos e cirúrgicos; e interferência da hospitalização em suas funções físicas, psicológicas e sociais (DIAS et al., 2013; GOMES, 2005).

Coyne e Kirwan (2012) investigaram as experiências hospitalares de 55 crianças e adolescentes, entre 7 e 18 anos de idade, internados há pelo menos um dia. Eles apresentavam doenças agudas ou crônicas e, durante as entrevistas, expressaram opiniões positivas e negativas sobre as instalações e a experiência no hospital. Para alguns, ele podia ser visto

Introdução

como um lugar de recuperação e descanso, mas, para outros, era um ambiente assustador e horrível. Alguns participantes queixaram-se, também, das instalações (quartos pequenos e sala de recreação voltada para crianças mais novas) e da realização de atividades não adequadas às suas faixas etárias, tal como observado em outro estudo (MARCINOWICZ et al., 2014).

A possibilidade de algumas dessas manifestações persistirem para determinadas crianças ou adolescentes após a hospitalização é vista com preocupação. Em geral, são sentimentos expressos por ansiedade, distúrbios do sono, tristeza e raiva, sobretudo diante de internações consecutivas ou prolongadas (COYNE; KIRWAN, 2012). Também é possível, a depender da idade, que a criança imagine estar sofrendo um castigo por algo que fez ou deixou de fazer, o que a faz se sentir culpada (QUINTANA, 2007). Tais agravos emocionais são, com frequência, difíceis de serem exteriorizados e traduzidos em palavras, pois geram intenso conflito interno, de modo que o sintoma passa a ser algo difícil de expressar. Nesses casos, a equipe de saúde precisa estar atenta e manejar adequadamente esta situação (GOMES, 2012).

A capacidade para lidar com a hospitalização, suas implicações e consequências está intimamente ligada à fase do desenvolvimento da criança ou do adolescente. Os mais novos apresentam menos ansiedade e estresse, pois percebem as atividades relacionadas à hospitalização e ao enfermeiro (tratamento, medicamentos e procedimentos) como menos traumáticas e estressantes. Entretanto, fatores como disponibilidade de jogos e brinquedos e tempo suficiente ao lado dos pais contribuem para a satisfação das crianças menores de seis anos durante o processo de hospitalização (COMPARCINI et al., 2018).

Essas experiências de vida da criança e do adolescente hospitalizados evidenciam a necessidade dos enfermeiros estarem capacitados para compreender suas particularidades, conhecer melhor o que pensam e sentem (MOREIRA, 2003; ROSSI 2010). Nesse sentido, devem não apenas possuir conhecimento e cuidar dos aspectos patológicos da criança e do adolescente, mas percebê-los em suas singularidades, considerando, também, suas dimensões emocionais, culturais, afetivas e sociais. Para tanto, a utilização de técnicas adequadas de comunicação e de relacionamento mostra-se um instrumento essencial para o desenvolvimento de relações e atitudes sociais mais efetivas no que se refere às práticas de saúde direcionadas a esta parcela da população (GAÍVA, 1999; GOMES, 2012).

Os enfermeiros envolvidos no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado desempenham um papel essencial durante o processo de hospitalização, podendo tornar esta experiência positiva ou negativa. Esses profissionais, além de disporem de conhecimento, habilidades e equipamentos necessários para melhorar a saúde da criança e do adolescente, são

Introdução

referências, após seus familiares, para ajudá-los a enfrentar os medos sobre a doença e a hospitalização (BOLTEPE et al., 2017).

Nas últimas décadas, tem aumentado o número de pesquisadores que investigam a experiência de crianças e adolescentes hospitalizados, bem como seus estados emocionais e suas relações com os profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros. Esses estudos têm sido fundamentais para melhor compreender e facilitar a adaptação desses pacientes ao processo de adoecimento e hospitalização, assim como para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares de pediatria e hebiatria (COMPARCINI et al., 2018, NABBORS; LIDDLE, 2017; MARCINOWICZ et al., 2014). Pesquisas contemporâneas (BRADY, 2009; COMPARCINI et al., 2018; CORSANO, 2012; COYNE; KIRWAN; 2012; LEMOS et al., 2016; KATAJISTO, 2007; PELANDER; LEINO-KILPI, 2010; PEÑA, 2011; SCHIMIDT, 2007) também reconhecem a importância de envolver diretamente crianças e adolescentes na avaliação dos seus cuidados de saúde, embora um grande número delas tenha investigado apenas a perspectiva dos familiares sobre essa experiência. Mais recentemente, no entanto, alguns pesquisadores demonstraram interesse em analisar também a percepção de crianças e adolescentes a respeito da própria hospitalização.

Tal situação pode ser explicada por dois problemas metodológicos principais: pela percepção de que os pacientes mais jovens, por razões relacionadas ao desenvolvimento de habilidades cognitivas e emocionais, são incapazes de fornecer pontos de vista sobre a própria experiência hospitalar (COYNE; KIRWAN; 2012); porque alguns estudos mostraram que, em cuidados pediátricos, a qualidade dos cuidados de enfermagem e do trabalho dos enfermeiros pediatras tem sido geralmente avaliada pelos pais, no lugar das próprias crianças. No entanto, vale ressaltar que o relato dos pais pode não refletir adequadamente as opiniões dos filhos, pois os fatores e as expectativas que afetam a satisfação da criança e do adolescente quanto aos cuidados de enfermagem podem ser diferentes (COMPARCINI et al., 2018; PELANDER, 2004).

Em contraste, outros autores (BRADY, 2009; CORSANO, 2012; COYNE; KIRWAN; 2012; PEÑA, 2011; SCHIMIDT, 2007) enfatizam que as crianças e os adolescentes conseguem descrever suas experiências no hospital com riqueza de informações, utilizando comunicação verbal ou não verbal, e que são igualmente capazes de expressar seus pontos de vista por meio de questionários, entrevistas estruturadas e não estruturadas, contando histórias, desenhando ou brincando. Podem ainda fornecer informações importantes para a melhoria dos serviços de saúde no que se refere à comunicação com o pessoal de enfermagem e à qualidade do serviço prestado durante a hospitalização. Pacientes pediátricos ainda têm muito a dizer a respeito de

Introdução

sua relação com a equipe multidisciplinar, em particular com os enfermeiros, e são capazes, inclusive, de identificar o que os torna bons profissionais (CORSANO, 2012).

1.2. Quadro teórico

Embora o que os enfermeiros fazem e o impacto exercido pela enfermagem sobre os pacientes e clientes sejam aspectos cada vez mais pesquisados e documentados, a imagem pública e o papel da enfermagem nem sempre são claros, de modo que os enfermeiros ainda sofrem com os estereótipos atribuídos a esta profissão. A maioria da população demonstra conotações negativas quando se refere à enfermagem, o que demanda ir além da perspectiva dos enfermeiros e apreender criticamente as percepções da sociedade sobre a enfermagem (GIRVIN, 2016; TEN HOEVE, 2014).

Segundo Rezaei-adaryani (2012), um dos grandes desafios que a enfermagem teve que superar ao longo do tempo refere-se à imagem do enfermeiro e de uma profissão historicamente associada ao gênero feminino, subordinada à medicina. Por muito tempo, a enfermeira foi considerada uma assistente do médico, de quem recebia ordens e a quem devia obediência, sendo esta uma das qualidades mais esperadas de uma boa profissional (AYDIN ER, 2015; KOO, 2016). Representações históricas enfatizam, entre outros aspectos, as virtudes de excelência de vocação e mansidão, características essas atualmente desconectadas do modelo contemporâneo do bom enfermeiro (BRADY, 2009).

Diante das transformações histórico-sociais na e da enfermagem, as características esperadas para um bom enfermeiro foram se modificando, uma vez que se trata de um conceito dinâmico e sujeito às influências da sociedade, cultura e política. Tal conceito pode também variar em diferentes culturas e tem evoluído lentamente ao longo do tempo (BRADY, 2009). Atualmente, priorizam-se os valores de autonomia, cooperação com outros profissionais, assertividade e responsabilidade profissional, o que requer que o enfermeiro possua ou desenvolva esses atributos que vão além da competência profissional e de habilidades técnicas. Dessa forma, o termo bom enfermeiro tem como referência um profissional dotado de qualidades como compaixão, integridade, honestidade, confiabilidade, coragem moral, paciência e sabedoria, as quais são necessárias ao bom desenvolvimento da profissão de enfermagem (AYDIN ER, 2015).

Segundo Shields (2013), as atuais concepções da sociedade sobre o papel das enfermeiras são incoerentes, uma vez que os estereótipos de heroína, prostituta ou empregada ainda são associados a esta profissão. O desenvolvimento da enfermagem moderna, a partir de

Introdução

Florence Nightingale, esteve tão ligado às ordens religiosas e à promoção da enfermagem como vocacional que os estereótipos resultantes desse processo ainda permanecem presentes no imaginário popular (O'CONNOR, 2015; SIMÕES; AMÂNCIO, 2004; SOUZA, 2014). Uma imagem da enfermagem imprecisa e estereotipada pode afetar negativamente a alocação de recursos sociais, bem como comprometer o financiamento do ensino de enfermagem e da pesquisa, o desempenho profissional dos enfermeiros e a qualidade de vida dos mesmos (REZAEI-ADARYANI, 2012).

Mundialmente, os enfermeiros tornaram-se profissionais com grande conhecimento científico, o que pode ser comprovado pelo desenvolvimento de protocolos e diretrizes de enfermagem. No entanto, apesar do amplo processo de profissionalização da categoria por meio da educação e da inovação, houve pouca mudança na visão da sociedade sobre a imagem e os papéis assumidos pela enfermagem, o que, por sua vez, impossibilita que os enfermeiros recebam o devido reconhecimento pelas habilidades que possuem como profissionais de saúde capacitados e qualificados. Em um momento em que tanta atenção tem sido direcionada a aspectos tão importantes de “como” e “por quem” os cuidados de saúde estão sendo prestados, a compreensão da sociedade sobre a imagem da enfermagem é considerada nostálgica. Tais visões não conseguem desvelar a natureza dos cuidados de saúde do século XXI e tampouco reconhecer a significativa contribuição dos enfermeiros neste processo (GIRVIN, 2016; TEN HOEVE, 2014).

Apesar de sua importância, o conceito da imagem profissional do enfermeiro ainda não foi investigado em profundidade, notando-se escassez de estudos sobre o tema e a respeito dos fatores que contribuem para esta percepção. Compreender melhor esses aspectos ajudaria a eliminar estereótipos negativos e favoreceria a construção de uma imagem mais profissional para a enfermagem (REZAEI-ADARYANI, 2012).

Embora a aspiração de ser um bom enfermeiro seja um imperativo ético para aqueles que exercem a profissão, nem sempre está claro o que significa ser um bom enfermeiro. Códigos profissionais, por exemplo, descrevem os deveres e as virtudes desses profissionais, mas apenas na perspectiva de organizações ou corporações profissionais. Observamos, atualmente, o crescente reconhecimento de que o ponto de vista do paciente sobre um bom enfermeiro é importante, de forma que pesquisas têm explorado essa perspectiva, principalmente de pacientes adultos. Os resultados detalham uma gama de características que poderiam ser atribuídas a um bom enfermeiro, sobretudo no que se refere a conhecimentos, habilidades, atributos ou qualidades. No entanto, essa percepção tem ainda sido pouco investigada sob a ótica das crianças (BRADY, 2009).

Introdução

O conceito de fazer o bem, ser bom e agir para o bem foi defendido por Florence Nightingale. Assim, para desenvolver tais traços de caráter, as alunas da Escola de Nightingale tinham que possuir características como honestidade, lealdade, pontualidade, mentalidade organizacional e elegância (ACHORA, 2016; ASHKENAZI et al., 2017; HOLLUP, 2013; SOUZA, 2014; YOUNAS; SUNDUS, 2017). Atualmente, para ser um bom enfermeiro, o profissional deve estar focado em prestar um cuidado eficaz e atento, que promova o bem-estar dos pacientes (SARTORIO, 2010). Praticar a ética e construir relações terapêuticas mediante comunicação adequada, habilidades interpessoais e aplicação de conhecimentos e competências com base nas melhores evidências disponíveis são também considerados requisitos de conduta para que um bom enfermeiro possa desempenhar seu papel com responsabilidade profissional (RUSH, 2006).

Brady (2009), em pesquisa qualitativa realizada no Sudoeste da Inglaterra, objetivou identificar quais eram as características de um bom enfermeiro na opinião de 22 crianças hospitalizadas. O autor observou cinco indicadores de competência do bom enfermeiro: comunicação, competência profissional, segurança, aparência e virtudes profissionais.

Em outro estudo (SCHMIDT et al., 2007), também de abordagem qualitativa, os autores buscaram conhecer os comportamentos esperados deste profissional com base nas experiências de 65 crianças e adolescentes hospitalizados. Os participantes relataram preferência por enfermeiros que sorrissem, promovessem bem-estar, segurança e conforto, implementassem medidas para reduzir a dor e proporcionassem apoio e diversão apropriada para a idade em que se encontravam.

Pelander e Leino-kilp (2004), em estudo realizado na Finlândia com 40 crianças entre 4 e 11 anos, buscaram apreender uma visão abrangente sobre as expectativas dos participantes em relação à qualidade da assistência de enfermagem pediátrica. Os autores observaram que as crianças eram capazes de fornecer importantes informações sobre a qualidade da assistência do enfermeiro pediatra e que suas expectativas envolviam algumas características pessoais deste profissional, sobretudo humanidade, semelhante ao encontrado em outros estudos (COMPARCINI et al., 2018; PELANDER; LEINO-KILPI; KATAJISTO, 2007; PELANDER; LEINO-KILPI, 2010). Elas esperavam ainda que o bom enfermeiro fosse legal, gentil, alegre e apresentasse senso de humor.

Comparcini et al. (2018) realizaram um estudo multicêntrico em oito grandes hospitais da Itália com o objetivo de avaliar e identificar como as crianças avaliavam a qualidade da atenção. Participaram 692 crianças, de ambos os sexos, entre 4 e 14 anos de idade, sendo que a maioria havia ficado duas ou três noites internada no hospital. Os autores identificaram que

Introdução

crianças de diferentes faixas etárias (menores de 6 anos, 7 a 11 anos e 12 a 14 anos de idade) relataram um nível geral de satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos, em especial com os aspectos relacionados às características do enfermeiro, tais como bondade, senso de humor, confiabilidade, simpatia e competência. Mencionaram ainda a humanidade como a qualidade mais importante de um bom enfermeiro durante a hospitalização.

Em estudo desenvolvido na Turquia por Boztepe; Çinar e Ay (2017), objetivou-se conhecer as experiências de crianças (6 a 12 anos de idade) hospitalizadas, tendo sido observado que suas expectativas em relação ao enfermeiro incluíam que fossem bem tratadas por um profissional alegre e próximo a elas. Em outros estudos (PELANDER; LEINO-KILPI; KATAJISTO, 2007; PELANDER; LEINO-KILPI, 2010) acerca da perspectiva da criança hospitalizada sobre a qualidade do cuidado de enfermagem e de suas melhores e piores experiências durante a hospitalização, evidenciou-se a figura do bom enfermeiro associada a um profissional confiável, honesto, amável, agradável, amigável, engraçado, habilidoso e familiar à criança.

Coyne e Kirwan (2012) investigaram as percepções de 55 crianças e adolescentes irlandeses, entre 7 e 18 anos, sobre suas experiências hospitalares e descobriram que enfermeiros e médicos eram as pessoas por eles consideradas mais importantes, pois tinham a função de ajudá-los a melhorar mediante a administração de medicamentos capazes de curar a doença. Os enfermeiros foram associados ao cuidado e descritos com adjetivos positivos (bom, útil, gentil, agradável, carinhoso, engraçado, amigável, rigoroso e atencioso). Foram também percebidos como profissionais que tinham mais tempo para ouvi-los na comparação com os médicos.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América por Nabors e Liddle (2017) analisou as percepções de crianças com doenças crônicas na faixa etária de 3 a 11 anos, bem como de seus irmãos (3 a 12 anos), a respeito da hospitalização. Os resultados revelaram que as crianças doentes gostavam de permanecer ao lado dos pais e irmãos enquanto estavam hospitalizadas. Elas mencionaram o cuidado médico e de enfermagem como fontes de apoio, enaltecendo os atos de bondade e gentileza desses profissionais.

Marcinowicz et al. (2014), em estudo que descreveu e avaliou os componentes da relação paciente-enfermeira em serviços pediátricos sob a perspectiva de 26 pais e 22 crianças e adolescentes hospitalizados na Polônia, identificaram cinco tópicos principais, um deles referente às qualidades do enfermeiro. As características comportamentais deste profissional mais citadas no contexto de realização dos procedimentos de enfermagem foram bondade, educação e gentileza, e as opiniões dos pais, adolescentes e das crianças a respeito desses

Introdução

atributos foram similares.

O enfermeiro pode demonstrar afeto a crianças e adolescentes por meio de comunicação verbal e não verbal, por exemplo. Peña e Juan (2011), em estudo com 30 crianças e adolescentes hospitalizados na Espanha, descreveram a experiência desses pacientes no que se refere à interação com os profissionais de enfermagem e identificaram que esses se destacavam, sobretudo, pela simpatia. Segundo os autores, os participantes sabiam reconhecer quando um profissional era mais simpático que outro e faziam essa distinção com base nas atitudes que ele demonstrava no decorrer da assistência.

Figueiredo et al. (2015) desenvolveram um estudo com 12 adolescentes (12 a 17 anos) hospitalizados há mais de 72 horas no serviço de Pediatria Médica de um hospital de Coimbra, a fim de analisar essa experiência de hospitalização sob a perspectiva dos participantes. Os resultados revelaram que eles notavam e valorizavam a disponibilidade do enfermeiro para o cuidado, o suporte emocional por ele oferecido, a comunicação, amizade e simpatia. A relação com esses profissionais foi percebida como positiva ou muito positiva pelos adolescentes, sobretudo por suas qualidades técnicas, relacionais e competências.

Os enfermeiros são constantemente avaliados por crianças e adolescentes enquanto oferecem assistência e interagem com eles, o que pode resultar em avaliações positivas ou negativas. O fato de uma criança ou adolescente se referir pejorativamente à atitude relacional do profissional pela expressão mal-humorada, por exemplo, está associado ao modo como ele responde às suas solicitações, se suas necessidades são ou não atendidas e ouvidas, bem como a situações em que pode não haver vontade ou colaboração por parte deste membro da equipe (PEÑA; JUAN, 2011).

Çalbayram, Altundağ e Aydin (2017), em estudo com o objetivo de analisar desenhos de 25 crianças hospitalizadas a respeito de suas percepções sobre enfermeiros, observaram que três delas desenharam uma enfermeira como uma figura masculina, e outra como uma mulher. As crianças descreveram as seguintes atribuições dos enfermeiros: dar injeções; coletar sangue; verificar pressão arterial; administrar soro; acompanhar pacientes; verificar a temperatura corporal; examinar os pacientes e ouvir os batimentos cardíacos.

O contato frequente de crianças hospitalizadas com os enfermeiros, bem como a responsabilidade dos mesmos como gerentes dos cuidados diários, possibilita que desempenhem um papel fundamental de amparo durante o processo de hospitalização. Dessa forma, conhecer melhor as opiniões das crianças sobre os comportamentos do enfermeiro permite que esses profissionais revejam suas próprias condutas e formas de agir sob o olhar de uma criança, o que proporciona um importante *insight*, capaz de favorecer interações e

Introdução

terapêuticas mais eficientes (SCHMIDT, 2007).

Isto posto, questiona-se: qual imagem as crianças e os adolescentes elaboram do bom enfermeiro? Quais são as características de um bom enfermeiro?

*Objetivo***2. OBJETIVO**

O presente estudo tem o objetivo de compreender o que significa ser um bom enfermeiro ou uma boa enfermeira na visão de crianças e adolescentes hospitalizados.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Considerando o objeto e o objetivo do estudo, optamos por nos apoiar na metodologia de investigação qualitativa *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), tradução para o português. A TFD é uma metodologia geral ou um conjunto sistemático de técnicas e procedimentos que permite ao pesquisador identificar teorias, conceitos e hipóteses para o desenvolvimento e construção da teoria fundamentada em dados, em vez de testar uma teoria preexistente (DANTAS et al., 2009; FOLEY; TOMONEN, 2015; NOBLE; MITCHELL, 2016).

A TFD está voltada a conhecer e compreender experiências e interações de pessoas inseridas em determinado contexto social e propõe a elaboração de uma teoria baseada em dados empíricos sistematicamente coletados e analisados, opondo-se à forma de teorização lógico-dedutiva (GOMES et al., 2015; NOBLE; MITCHELL, 2016). Fundamenta-se, dessa forma, nos dados da própria cena social, no intuito de acrescentar novas perspectivas para elucidar o objeto investigado (DANTAS et al., 2009).

A TFD foi elaborada por meio da convergência de perspectivas teórico-filosóficas de seus criadores, os sociólogos norte-americanos Barney Glaser (1930) e Anselm Strauss (1916 - 1996), em meados de 1960, como alternativa à tradição hipotético-dedutiva da época (CHARMAZ, 2009; LEITE, 2015; SANTOS et al., 2016). Atualmente, existem três versões principais do método: TFD clássica (Glaser); TFD straussiana (Corbin e Strauss) e TFD construtivista (Charmaz) (ANDREWS et al., 2017).

A TDF tem raízes na teoria do Interacionismo Simbólico (IS), visto que Anselm Strauss formou-se pela Universidade de Chicago, reconhecida como referência em pesquisa qualitativa e abordagens críticas no desenvolvimento de teorias. Ele valorizava os significados sociais subjetivos que emergem da ação humana e tinha amplo conhecimento na realização de estudos focados em processos de interação, condutas humanas e papéis sociais, apoiados na corrente do Interacionismo Simbólico (LEITE, 2015; SANTOS, 2011; SANTOS et al., 2016). Por outro lado, Barney Glaser estudou na Universidade de Columbia, escola que seguia a corrente positivista, tendo ampla formação em métodos empíricos e na teoria sociológica, contribuindo para construção da teoria fundamentada, com rigorosos métodos de análise (SANTOS, 2011; SANTOS et al., 2016).

Glaser e Strauss desenvolveram a TDF (1965, 1967) durante estudos do processo de

Método

morte de doentes terminais no ambiente hospitalar, uma vez que, nos Estados Unidos da América, no início dos anos de 1960, os profissionais dos hospitais pouco falavam sobre a morte ou mesmo reconheciam o processo de morrer dos pacientes gravemente enfermos. Dessa forma, a equipe de pesquisa de Glaser e Strauss observou o modo como ocorria o processo da morte nesses ambientes e a forma pela qual os pacientes terminais tomavam conhecimento de estarem morrendo e como lidavam com essa informação (CHARMAZ, 2009).

À medida que construíam suas análises do estudo do processo de morte, Glaser e Strauss desenvolveram estratégias metodológicas sistemáticas que poderiam ser adotadas por cientistas sociais para o estudo de diversos outros temas. Tais estudos resultaram na primeira publicação do livro “*The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*”, no ano de 1967, que logo se tornaria um clássico, por ter apresentado as diretrizes desta nova proposta metodológica. Neste livro, Glaser e Strauss articularam e chamaram a atenção para a pesquisa baseada em dados, em substituição à dedução de hipóteses analisáveis por meio de teorias preexistentes (CHARMAZ, 2009).

Para Glaser e Strauss (1967), a *Grounded Theory* busca compreender a forma como os seres sociais vivem suas experiências, extraindo os significados, o que sentem, pensam e como interagem, com foco na dimensão humana e nos aspectos sociais relacionados, nos mais variados contextos, explorando a riqueza da diversidade da experiência humana.

Os componentes determinantes da prática da *Grounded Theory*, segundo Glaser e Strauss e relacionados por Charmaz (2009, p. 19), abrangem:

O envolvimento simultâneo na coleta e na análise dos dados.

A construção de códigos e categorias analíticas a partir dos dados e não de hipóteses preconcebidas e logicamente deduzidas.

A utilização de método comparativo constante, que compreende a elaboração de comparações durante cada etapa de análise.

O avanço no desenvolvimento da teoria em cada passo da coleta e da análise dos dados.

A construção de diagramas e redação de memorandos para elaborar categorias, especificar as suas propriedades, determinar relações entre as categorias e identificar lacunas.

A amostragem dirigida à construção da teoria e não visando a representação populacional.

A realização da revisão bibliográfica após o desenvolvimento de uma análise independente.

Na versão clássica da obra, Glaser e Strauss (1967) defendem que a revisão bibliográfica só deve ocorrer após a finalização do desenvolvimento da teoria, para que o investigador não entre no campo com teorias já “existentes e, sim, se fundamente a partir de dados da própria cena social sem a pretensão de refutar ou provar o produto de seus achados, mas, sim,

Método

acrescentar outras/novas perspectivas para elucidar o objeto investigado” (DANTAS et al., 2009, p. 2).

Charmaz (2009), conhecida mundialmente pelo desenvolvimento da *Grounded Theory* Construtivista, reconhece que o pesquisador, antes de iniciar um estudo, já possui um arcabouço de conhecimento na sua área, o que possibilita que ele inicie a pesquisa com base nessas perspectivas prévias. Entretanto, segundo ela, ele deve permanecer o mais aberto possível a tudo que vê e sente nas fases iniciais da investigação.

Embora exitosos, Glaser e Strauss passaram, com o tempo, a divergir sobre os procedimentos metodológicos da TFD, em virtude de suas formações sociológicas de base. Houve uma ruptura, e ambos seguiram caminhos distintos: Glaser tornou-se um defensor da metodologia original da TFD, mantendo sua visão positivista e pragmática da técnica, enquanto Strauss, em parceria de Juliet Corbin, propôs uma remodelação da TFD, resultando na publicação da obra “*Basics of Qualitative Research: techniques and procedures for developing Grounded Theory*” (GOMES et al., 2015; LIMA et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

A TDF é um referencial metodológico importante para a área da saúde, em especial para a enfermagem (ANDREWS et al., 2017; DANTAS et al., 2009; GOMES et al., 2015; LIMA et al., 2016; SANTOS et al., 2016), pois está centrado na ação-interação humana e valoriza a subjetividade do cuidado integral, guiando o pesquisador desde o momento em que ingressa no campo de estudo. Na pesquisa em enfermagem, ela contribui para otimizar o cuidado prestado às pessoas e coletividades e favorece a produção de um sólido conhecimento científico mediante a compreensão de perspectivas e experiências vivenciadas, caracterizando-se como uma das abordagens qualitativas mais utilizadas nesta área nas últimas décadas (ANDREWS et al., 2017; LIMA et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

A Teoria Fundamentada nos Dados permite a elaboração de teorias com base nos dados obtidos e analisados de maneira sistemática e concomitante por meio de comparação, de um ir e vir a eles, da coleta para a análise e vice-versa. Nessa metodologia, a coleta de dados pode ocorrer mediante a realização de entrevistas, observação, análise de documentos e publicações ou por uma combinação dessas técnicas (GLASER; STRAUSS, 1967).

A TFD adota algumas premissas para a condução do método, e uma delas recomenda que a amostra inicial seja baseada na área temática geral ou no problema de pesquisa, não sendo, portanto, norteadas por estrutura teórica preconcebida. Dessa forma, não prevê uma amostra exata e esta continua até que a saturação teórica de cada categoria seja alcançada (CHARMAZ, 2009). Para Strauss e Corbin (2008), a saturação teórica é alcançada quando deixam de ser obtidos dados novos ou relevantes acerca do fenômeno estudado; a categoria desenvolvida é

Método

densa, levando em conta os elementos do paradigma; e as relações entre as categorias estão bem estabelecidas e validadas. Ribeiro, Souza e Lobão (2018, p. 4) argumentam que a saturação teórica é atingida quando “[...] não surgem novas informações, categorias ou temas, podendo terminar-se o ciclo de recolha e análise de dados”.

Strauss e Corbin (2008) alertam para a sensibilidade teórica do pesquisador, sendo esta uma combinação de habilidades e posturas. Ter sensibilidade teórica significa também não entrar no cenário de pesquisa com ideias preconcebidas; permanecer aberto a novos problemas e ideias; manter o equilíbrio entre a criatividade e a cientificidade; ter *insights* sobre o entendimento e discernimento do que é pertinente ou não; e perceber as sutilezas dos significados dos dados. Tal sensibilidade advém de várias fontes, incluindo a literatura, experiência profissional e pessoal e o processo analítico (NOBLE; MITCHELL, 2016).

Vale ressaltar que existe uma discussão sobre nunca ser realmente possível alcançar a saturação dos dados, pois sempre há algo novo a ser interpretado por diferentes pesquisadores, ou novas dimensionalidades teóricas podem apontar para novas perspectivas acerca do fenômeno estudado. Em estudos de caso qualitativos, por exemplo, é possível atingir a saturação com um número reduzido de participantes ou até mesmo com uma única fonte, a depender da qualidade, profundidade e extensão das respostas obtidas durante as entrevistas. Não há, portanto, uma regra específica para determinar a dimensionalidade dos dados neste tipo de abordagem (NASCIMENTO et al., 2018; RIBEIRO; SOUZA; LOBÃO, 2018). Assim sendo, estimamos, inicialmente, a participação de 40 crianças ou adolescentes neste estudo, número inferido com base na literatura. Porém, o que realmente determinou a finalização da coleta de dados foi a construção de categorias densas, com dados que se repetiam, o que expressou a nossa compreensão do fenômeno estudado e o alcance do objetivo definido.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRPUSP), unidade Campus, no município de Ribeirão Preto - SP, especificamente na Clínica Pediátrica, inicialmente localizada no sétimo andar do hospital e, a seguir, transferida para o HC Criança, quando este foi inaugurado.

A instituição é um hospital escola, de nível terciário de atenção à saúde, referência na assistência à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas, tais como câncer, fibrose cística, doenças renais, doenças metabólicas, entre outras. O serviço conta com equipe multiprofissional composta por médicos, equipe de enfermagem, psicólogos, assistentes

Método

sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e fisioterapeutas.

3.3. Procedimentos éticos

Em observância à Resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o protocolo de pesquisa foi aprovado (Anexo A) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (protocolo nº 2.816.759), em 13 de agosto de 2018, sendo referendado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Como parte da documentação, elaboramos o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 2 e 4), direcionado a crianças e adolescentes, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 1 e 3), por meio dos quais, em linguagem simples, os pais ou responsáveis, bem como seus filhos, foram informados sobre o objetivo da pesquisa; os procedimentos, riscos, desconfortos e benefícios; garantia de anonimato e direito de participarem ou não, sem quaisquer prejuízo ao tratamento da criança e do adolescente. Após essas orientações sobre a pesquisa, solicitamos suas anuências mediante assinatura dos respectivos termos e, nesse momento, pedimos também permissão para que a entrevista, instrumento de coleta de dados, com a criança ou adolescente fosse gravada.

3.4. Aproximação ao campo empírico

A aproximação ao campo de coleta de dados ocorreu no período de 04 a 18 de abril de 2017. Em um primeiro momento, nos aproximamos da equipe de enfermagem, com o objetivo de apresentar aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem o projeto de pesquisa. Salientamos que a coleta seria realizada em horários apropriados para não interferir nas respectivas atividades de trabalho, tendo em vista a complexidade e dinâmica da unidade pediátrica.

Posteriormente, a aproximação foi feita com os pais e/ou responsáveis e crianças e adolescentes internados na Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e HC Criança, respeitando os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos. Após apresentação pessoal e identificação do pesquisador principal, detalhamos o projeto, destacando a contribuição das crianças e dos adolescentes. Posteriormente, tais aproximações foram feitas quantas vezes foram necessárias, ou seja, a cada convite para participação do estudo. Na sequência nos aproximamos das crianças

Método

e adolescentes e essa aproximação prévia em forma de observação do pesquisador principal ao cenário de estudo aconteceu durante duas semanas e teve como objetivos principais acompanhar e conhecer a rotina da Clínica Pediátrica e identificar estratégias facilitadoras para a coleta de dados com a criança ou adolescente hospitalizado. Mesmo com esta etapa de imersão no campo, ocorreram algumas dificuldades as quais serão melhor descritas no item procedimentos para a coleta de dados.

3.5. Participantes do estudo

Participaram do estudo o total de dez adolescentes, na faixa etária de 14 e 18 anos e sete crianças, na faixa etária de 5 e 10 anos, de ambos os sexos, internados na Clínica Pediátrica do HCFMRPUSP, no período de abril a agosto de 2017, e no HC Criança, de agosto a novembro de 2017. Adotamos o seguinte critério de inclusão: apresentar ao menos três episódios de internação nos últimos 12 meses, em virtude da necessidade de uma experiência relativamente longa, que permitisse conhecer melhor o contexto e a dinâmica da unidade de pediatria, os procedimentos ali realizados e a forma como ocorreu o contato com a equipe de saúde, em particular com as enfermeiras e os enfermeiros.

Não participaram do estudo crianças e adolescentes com comprometimento cognitivo que os impossibilitasse de compreender e responder às perguntas ou que apresentassem distúrbios da fala. Neste caso, tal avaliação foi referida pelos pais/responsáveis ou pela equipe de saúde. As crianças ou adolescentes que não quiseram ou não conseguiram fazer os desenhos propostos em decorrência de déficit motor, por exemplo, não foram impedidas de participar do estudo, visto que este instrumento de coleta de dados foi apenas o disparador para a entrevista, esta sim recurso central da coleta de dados.

De acordo com os pressupostos da TFD, o número de participantes foi determinado pelo processo de *amostragem teórica* que consiste na busca de sujeitos, seguindo as indicações que provêm do processo de análise (TAROZZI, 2011).

Como ponto de partida, iniciou-se a coleta de dados tendo como foco a pergunta do estudo: Como os adolescentes hospitalizados, que vivenciaram mais de 3 episódios de internação nos últimos 12 meses, percebem a imagem do enfermeiro? Como eles definem o que é ser bom ou boa enfermeira? Que características percebem quando indicam o bom enfermeiro? Conforme realizava as entrevistas e o processo analítico ia ocorrendo, surgiam novos questionamentos e inquietações a respeito dos achados e, considerando os pressupostos da TFD, que enfatizam que são os dados empíricos que levam o pesquisador a buscar novos sujeitos,

Método

para que possam responder aos questionamentos que emergem da análise (TAROZZI, 2011), fui em busca de outros atores.

Ao refletir sobre a construção da imagem que os adolescentes faziam do enfermeiro, como a importância de habilidades para a comunicação e habilidades técnicas, passei a considerar como as crianças que conviviam nesse mesmo universo da hospitalização percebiam o bom enfermeiro, uma vez que eram providas do mesmo cuidado ofertado aos adolescentes. Embora com características de desenvolvimento em fases diferentes do pensamento, as crianças, sobretudo as escolares, também são conhecedoras de sua própria experiência e, portanto, poderiam ser informantes do que é, para elas, ser um bom enfermeiro ou boa enfermeira. Passei a me questionar: será que a imagem construída pelas crianças a respeito dos enfermeiros que interagem com elas por meio do cuidado, são compatíveis ou diferentes daquelas percebidas pelos adolescentes? Que características elas consideram fundamentais para reconhecerem o bom enfermeiro?

Assim, as inquietações emergentes da análise levaram-me ao segundo grupo amostral, composto por sete escolares, na faixa etária de 5 e 10 anos e dessa forma, o caminho analítico foi sendo construído com a formação de dois grupos amostrais, o que possibilitou densificar os conceitos já formulados.

No sentido de caracterizar os sujeitos participantes, apresento na tabela 01, os dados relacionados as características sociodemográficas e clínicas dos participantes, tais como: idade, sexo, diagnóstico, número de internações e tempo de duração da entrevista.

Método

Quadro 01. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes. Ribeirão Preto, 2018.

Criança/ Adolescente	Idade em anos	Sexo	Diagnóstico	Nº internações em 2017	Duração da entrevista (minutos)
*C1	7	Feminino	Fibrose Cística	3	5
C2	9	Feminino	Neuroblastoma bilateral	5	35
C3	8	Feminino	Rabdomiossarcoma fusocelular	3	50
C4	10	Feminino	Poliangeite granulomatosa	3	15
C5	7	Masculino	Displasia renal	3	10
C6	5	Masculino	Fibrose Cística	3	17
C7	10	Feminino	Massa em fossa nasal direita	4	5
**A1	15	Feminino	Fibrose Cística	2	12
A2	16	Feminino	Fibrose Cística	2	30
A3	14	Masculino	Fibrose Cística	2	15
A4	16	Masculino	Síndrome de Cushing	7	30
A5	17	Feminino	Lúpus eritematoso sistêmico	3	10
A6	17	Masculino	Fibrose Cística	3	10
A7	14	Masculino	Calculose do rim	3	10
A8	17	Masculino	Leucemia Linfoide Aguda	8	22
A9	15	Masculino	Síndrome de Bardet Biedl	3	30
A10	16	Feminino	Malformação urogenital e anorretal	3	10

Fonte: Autor.

*C1 = Criança 1

** A1 = Adolescente 1

3.6. Procedimentos para coleta de dados

Na abordagem aos participantes do estudo, levamos em consideração as respectivas fases de desenvolvimento. Assim, eram oferecidos às crianças lápis e papel e solicitado que desenhassem uma enfermeira ou um enfermeiro. No caso dos adolescentes, adotamos os mesmos procedimentos, porém, caso manifestassem o desejo de não desenhar, iniciávamos diretamente a entrevista.

Optamos pelo desenho por ser amplamente reconhecido como uma valiosa ferramenta para promover a comunicação e construir um relacionamento afável entre a criança e o pesquisador, o que favorece a expressão de emoções e pensamentos. Esta abordagem permitiu que o participante ilustrasse o tema investigado por meio de desenhos, porém precedido de algumas perguntas iniciais do pesquisador, em uma espécie de “quebra gelo”. Dessa forma, o desenho não foi objeto de análise do estudo (BRADY, 2009), mas o disparador da etapa subsequente: a entrevista.

No entanto, precisamos rever essa abordagem no transcorrer da etapa operacional, pois, das 17 crianças e adolescentes participantes do estudo, 14 não manifestaram interesse pelo desenho, o que nos levou a realizar outras atividades de aproximação, por exemplo, jogos (de carta, pedagógicos, eletrônicos), com o cuidado de adequá-las às diferentes faixas etárias. Observamos preferências distintas entre os participantes: o que era satisfatório com uma criança ou adolescente não necessariamente implicava êxito com outro participante. Por esse motivo, adotamos estratégias diversas.

Solicitamos, inicialmente, que as crianças e os adolescentes mencionassem nomes de enfermeiras e enfermeiros da unidade onde estavam hospitalizados. Esta pergunta foi necessária, pois, diferentemente do estudo de Brady (2009), cujo foco foi o trabalho de enfermeiros, a equipe de enfermagem no Brasil é composta também por auxiliares e técnicos de enfermagem. Assim, dada a experiência das crianças e dos adolescentes do presente estudo com o processo de hospitalização, inferimos que eles saberiam diferenciar as enfermeiras e os enfermeiros dos demais membros da equipe de enfermagem e, caso não soubessem, a coleta de dados seria encerrada nesse momento. Duas crianças não souberam diferenciá-los e, portanto, precisamos encerrar suas participações no estudo.

No caso das crianças e dos adolescentes que mencionaram nomes de enfermeiros, demos continuidade à entrevista por meio de um instrumento de coleta de dados estruturado em duas partes (apêndice 5): no primeiro momento, as perguntas contemplavam dados de identificação da criança ou adolescente, tais como nome, sexo, data de nascimento,

Método

escolaridade, número de internações e procedência, sendo que as características clínicas (diagnóstico da criança ou do adolescente, data do diagnóstico, terapêutica, tempo de internação) foram extraídas de seus respectivos prontuários. A segunda parte da entrevista envolveu questões norteadoras do estudo, por exemplo: você sabe diferenciar quem é a enfermeira ou o enfermeiro? Se esse enfermeiro é homem ou mulher faz alguma diferença para você? Você gosta da forma como ela (ele) se veste? O que você sugere que ela (ele) vista? O que a (o) enfermeira (o) está fazendo? Você gosta do que ela (ele) está fazendo? Você gosta dessa enfermeira (o)? Por quê?

Coletamos os dados no setor de pediatria, em sala reservada ou na própria enfermaria quando o paciente assim desejava e se encontrava sozinho, a fim de garantir a privacidade e liberdade de resposta. As mães ou os responsáveis que optaram por permanecer com o filho durante a entrevista foram orientados a não opinar, uma vez que o objetivo do estudo era conhecer a perspectiva da criança e do adolescente. O tempo de duração das entrevistas variou entre 5 e 50 minutos, tendo uma média de 18 minutos e 58 segundos. Vale destacar que a coleta de dados foi realizada integralmente pelo pesquisador principal.

3.7. Análise dos dados

Iniciamos a análise do material empírico originário das entrevistas mediante a ordenação dos dados após transcrevermos integralmente todos os depoimentos gravados. Nos apoiamos na Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados, conforme já mencionado, na vertente Construtivista proposta por Charmaz (2009).

Nesta perspectiva, a coleta e a análise dos dados ocorreram em sequências alternativas, ou seja, a análise teve início após a primeira entrevista, cuja análise conduziu ao próximo entrevistado e assim sucessivamente. Os dados foram analisados com base nos procedimentos e técnicas da primeira etapa, denominada codificação aberta, que consistiu em um processo de desmembramento, exame, comparação, conceptualização e categorização, com o objetivo de identificar os códigos preliminares (códigos substantivos) que determinaram as categorias em suas propriedades e dimensões (subcategorias), atribuindo-se, posteriormente, um nome conceitual ou abstrato para cada agrupamento de dados (BAGGIO, 2011; CORBIN, 2008; SANTOS, 2002; STRAUSS, 2002).

Nesse momento, nos mantivemos abertos, ou seja, sem conceitos preconcebidos em mente, ao surgimento de ideias à medida que os eventos eram codificados, o que possibilitou o

Método

emergir de novos pensamentos a partir dos dados. Durante esta etapa, optamos por utilizar as palavras dos próprios participantes, denominados códigos in vivo. Segundo Charmaz (2009), esse recurso possibilita conservar os significados das opiniões e atitudes dos participantes durante a codificação. Os códigos preliminares foram redigidos no gerúndio, conforme orientação do método, a fim de expressar uma ação oriunda dos dados, preservando a experiência do participante e fornecendo ao pesquisador novas perspectivas de observá-la. No quadro 02, são apresentados exemplos do processo de geração dos códigos preliminares:

Quadro 02 - Gerando os códigos preliminares – codificação aberta

Dados brutos	Códigos preliminares
<p><i>“(...). A [nome da enfermeira], ela é um amor. Eu gosto dela, sabe, assim, não tem um porquê de eu gostar dela. Eu gosto dela, ela é gentil, atenciosa demais. Tudo que você precisar, ela está ali. [nome da enfermeira] também é assim. Desde o sétimo andar, estou acostumada, eu gosto muito delas. [nome da enfermeira] faz o curativo também, é enfermeira e faz o curativo e sempre que eu preciso, ela está junto de mim. Está disposta comigo. Acho que é mais afinidade mesmo. Eu e ela brincamos demais da conta no quarto, eu e a [nome da enfermeira] nem se fala. E a [nome da enfermeira] me trata como amiga mesmo, sabe? Qualquer coisinha ela ‘precisa de ajuda?’. Então, acho que essas perguntas também fazem muita diferença ‘precisa de ajuda?’ Sabe assim? Às vezes, a pessoa... eu, por exemplo, às vezes acho que estou perturbando [enchendo o saco] ‘tipo me ajuda aqui?’. Às vezes, eu nem peço ajuda por que eu acho que estou perturbando [enchendo o saco]. Eu acho legal da parte da pessoa ‘quer ajuda?’. Ela sabe que é difícil, está tendo uma dificuldade e acaba ajudando. Acho isso legal, bem legal!”.</i></p> <p><i>(Entrevista 5, 16 anos)</i></p>	<p>5.1.4. Referindo gostar da enfermeira, pois ela é gentil e muito atenciosa.</p> <p>5.2.4. Relatando que a enfermeira está sempre presente.</p> <p>5.3.4. Referindo estar acostumada com o trabalho da enfermeira.</p> <p>5.4.4. Relatando afinidade.</p> <p>5.5.4. Referindo que a enfermeira brinca com ela.</p> <p>5.6.4. Referindo ser tratada como amiga.</p> <p>5.7.4. Relatando a importância da enfermeira oferecer ajuda ao paciente.</p> <p>5.8.4. Referindo receio de estar incomodando ao solicitar ajuda.</p> <p>5.9.4. Referindo a importância da enfermeira entender a dificuldade da hospitalização para o paciente.</p>

Fonte: Autor.

Método

Vale salientar que, neste primeiro momento da análise, codificação inicial, organizamos os códigos preliminares em ordem numérica crescente. Dessa forma, a identificação 3.5.2. significa que o código preliminar pertence à terceira entrevista, quinto código preliminar, e consta da segunda página da transcrição. Tal sistemática possibilita revisar o material transcrito sempre que necessário, favorecendo a rápida identificação do mesmo. Essa mesma organização foi seguida por Silva (2013) em sua Dissertação de Mestrado e, posteriormente, em sua Tese de Doutorado (SILVA, 2016).

Ainda na fase de codificação aberta, os códigos preliminares foram sistematicamente analisados e comparados por semelhanças e diferenças, o que permitiu a construção dos códigos conceituais. “Conceituação é o processo de agrupar itens similares segundo algumas propriedades definidas e dar aos itens um nome que represente associação comum” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 121). Ao realizar esse processo, condensamos grandes quantidades de dados gerados pela codificação inicial em blocos de dados menores, os quais puderam ser mais facilmente trabalhados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A seguir, o quadro 03 apresenta o agrupamento dos códigos preliminares para produção dos códigos conceituais:

Quadro 03 - Gerando códigos conceituais - codificação aberta

Códigos preliminares	Códigos conceituais
3.12.4. Conhecendo o outro. 3.11.4. Melhorando o cuidado por meio da comunicação. 4.7.4. Identificando a comunicação com a enfermeira como auxílio durante a hospitalização. 4.6.4. Identificando a conversa como parte do cuidado. 4.12.4. Considerando a comunicação essencial. 5.9.4. Relatando que a boa enfermeira seja comunicativa. 5.28.5. Referindo que o enfermeiro deve ser cuidadoso ao abordar o paciente para comunicar algo. 7.14.4. Possibilitando a enfermeira aliviar a tensão do paciente por meio da comunicação. 8.5.2. Falando que a boa enfermeira conversa. 10.5.2. Perguntando sobre o paciente para ele próprio. 11.4.2. Dizendo que a boa enfermeira conversa e se comunica com o paciente.	Identificando a comunicação como instrumento do cuidado.

Continua

Método

Códigos preliminares	Códigos conceituais
13.11.3. Relaxando por meio da comunicação. 13.14.4. Valorizando a interação como forma de ajudar o paciente. 14.20.4. Indicando uma boa enfermeira como comunicativa. 14.23.4. Interpretando a comunicação da enfermeira com o paciente como instrumento básico. 14.24.5. Interpretando que receber informações acalma o paciente. 17.7.3. Referindo que gostaria de conversar sobre outras coisas com a enfermeira.	
3.13.5. Explicando o procedimento para mãe e filho. 7.3.2. Relatando que uma boa enfermeira precisa explicar bem e esclarecer as dúvidas do paciente. 7.6.3. Sanando as dúvidas do paciente. 13.12.3. Valorizando as informações recebidas para um procedimento novo. 14.24.5. Valorizando as explicações recebidas antes dos procedimentos. 17.6.3. Sentindo insatisfação em não receber explicações sobre o que vai acontecer.	Valorizando as explicações e informações sobre os cuidados e procedimentos de enfermagem.

Fonte: autor.

Conclusão

Após a construção dos códigos conceituais, nos concentramos em agrupá-los por semelhanças e diferenças, com vistas a construir as subcategorias e categorias. Esse processo recebe o nome de **codificação axial**, segunda etapa da análise dos dados, momento em que relacionamos as categorias às subcategorias, reagrupando os dados fragmentados durante a primeira fase da análise, dando coerência aos processos subsequentes (CHARMAZ, 2009).

A codificação axial é assim denominada por ocorrer ao redor de um eixo, integrando as categorias às suas propriedades e dimensões, formulando explicações precisas e completas sobre os fenômenos, formando assim categorias densas e relacionadas (BAGGIO, 2011; CORBIN, 2008; SANTOS, 2002; STRAUSS, 2002). Charmaz (2009, p. 91) argumenta que “os objetivos da codificação axial são classificar, sintetizar e organizar grandes montantes de dados e reagrupá-los de novas formas após a codificação aberta”.

Segundo Strauss e Corbin (2008), uma categoria representa um fenômeno, que pode ser entendido como um problema, uma questão, um fato ou um acontecimento, considerado importante para o informante. Esse fenômeno pode ser amplo ou restrito e é capaz de explicar o que está acontecendo. Por sua vez, uma subcategoria também é uma categoria, que não

Método

representa o fenômeno em si, mas responde questões sobre ele, por exemplo, quando, onde, por que, quem, como e com que consequências, tornando o conceito mais abrangente.

A seguir, no quadro 04, são apresentadas as codificações axiais:

Quadro 04 - Codificação axial - gerando subcategorias e categorias

Códigos Conceituais	Subcategoria	Categoria
Indicando a comunicação como importante.	A comunicação como fundamento para a prática profissional do bom enfermeiro	A comunicação como instrumento de trabalho do enfermeiro no cuidado a crianças e adolescentes hospitalizados
Valorizando as explicações e informações sobre cuidados e procedimentos de enfermagem.	A comunicação efetiva com o enfermeiro como estratégia para auxiliar a criança e o adolescente no enfrentamento da hospitalização	

Fonte: autor.

Para a **codificação seletiva**, terceira e última fase da análise dos dados, buscamos refinar as categorias e, selecionar, com base nas mesmas e nas relações sistemáticas formadas em fases anteriores, o tema central do estudo que estivesse presente na maioria dos relatos. Este tema deveria ser amplo e abstrato para incluir e expressar todas as demais categorias, constituindo-se na teoria do estudo (BAGGIO, 2011; CORBIN, 2008; SANTOS, 2002; STRAUSS, 2002).

Par tornar esse processo visível, Strauss e Corbin (CHARMAZ, 2009) aplicam um conjunto de termos científicos para responderem questões como “quando, onde, por que, quem, como e com que consequências”. Nesse esquema de organização são incluídos: condições e circunstâncias que determinam a estrutura dos fenômenos; ações/interações que ocorrem na rotina dos participantes ou suas respostas estratégicas; e consequências como os efeitos das ações/interações. Tal processo vai permitir o desenvolvimento de uma categoria mais ampla e conceitual.

Chenitz e Swanson (1986) argumentam que a adoção de uma metodologia de pesquisa com dados em constante construção permite ao pesquisador interromper o processo em qualquer nível de análise dos dados e retratar os dados obtidos. Assim, uma vez que a Teoria Fundamentada nos Dados propõe a construção de uma teoria ou modelo teórico, este estudo foi conduzido até a Codificação Axial, quando pudemos identificar o fenômeno representativo do significado de um bom enfermeiro para a criança e o adolescente hospitalizado. O mesmo processo foi seguido por Sanches (2010) e Vieira (2011) em suas respectivas Dissertações de Mestrado.

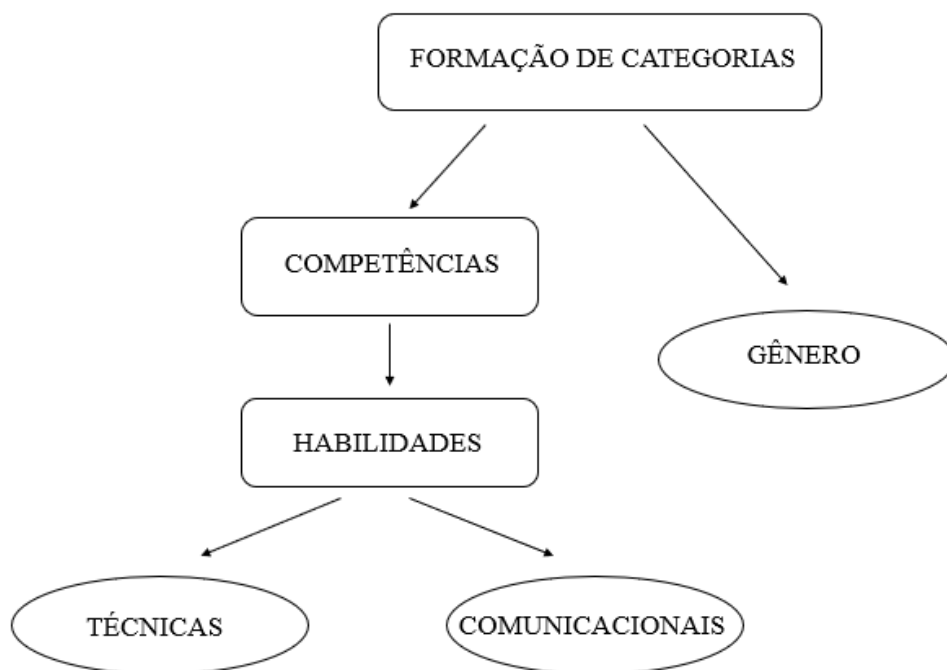
Em todas as etapas da análise dos dados, procuramos exercitar/realizar um pensamento crítico-reflexivo, a fim de descobrir as pontes de ligação entre as diversas

Método

categorias e, assim, integrá-las (DANTAS, 2009).

No decorrer da análise dos dados, foram elaborados memorandos e diagramas, os quais possibilitaram aprofundamento e interpretação nos dados, elaboração de hipóteses, desenvolvimento de conceitos, registro de *insights* e lembretes e aprimoramento das categorias (CASSIANI; ALMEIDA, 1999; LEITE, 2015; SILVA et al., 2016). A seguir, os quadros 04 e 05 apresentam, respectivamente, exemplo de memorando e de um diagrama construídos durante o processo de análise:

Quadro 05 - Diagrama - gerando categorias



Fonte: Autor.

Quadro 06 - Memorando. Entrevista 12

Memorando Entrevista 12
<p>Ambiente agradável e silencioso para realizar a entrevista. Mãe permanece junto do adolescente no momento. O adolescente opta apenas por conversar, mostra-se confortável durante a entrevista. Conhece a equipe que faz parte do seu cuidado e consegue diferenciar os enfermeiros e as enfermeiras dos demais membros da equipe. Não vê diferenças entre o cuidado ofertado pelo profissional e o seu sexo. Mostra-se confortável com as roupas utilizadas pelos enfermeiros, mas gostaria que utilizassem outras cores, por exemplo, um jaleco colorido. Observo valorização de um enfermeiro com habilidades comunicacionais. Da mesma forma, refere que a sua enfermeira preferida contempla essas habilidades. Também valoriza as habilidades técnicas do profissional.</p>

Continua

Método

Memorando Entrevista 12
Acredita que os enfermeiros poderiam realizar atividades recreativas para faixas etárias menores e que isso poderia melhorar o processo de hospitalização da criança. Envia uma mensagem de agradecimento aos enfermeiros e enfatiza que é importante ter amor para cuidar do outro. É possível fazer várias conexões dessa entrevista com as outras, bem como de observações realizadas durante imersão no campo pesquisa; da mesma maneira, outros participantes reiteraram a importância das habilidades tanto comunicacionais quanto técnicas.

Fonte: autor.

Conclusão

4. Resultados e discussão

O material empírico produzido através das entrevistas, análise e codificação dos dados foi organizado em três temas, sendo eles: enfermeiro ou enfermeira: as questões de gênero no trabalho da enfermagem, a comunicação como instrumento de trabalho do enfermeiro no cuidado a crianças e adolescentes hospitalizados e competências do enfermeiro frente a realização de procedimentos dolorosos na assistência à criança e adolescente hospitalizados e seus subtemas: implicações do gênero no cuidado em saúde, a comunicação como fundamento para a prática profissional do bom enfermeiro, a comunicação efetiva com o enfermeiro como estratégia para auxiliar a criança e o adolescente no enfrentamento da hospitalização, significados e experiências da realização de procedimentos dolorosos para crianças e adolescentes hospitalizados e estratégias para minimizar a dor da criança e adolescente hospitalizados frente à realização de procedimentos dolorosos. Estes resultaram na construção da categoria conceitual “**Ser um bom enfermeiro: atributo essencial a qualidade do cuidado**”, que trata das perspectivas, estratégias e repercussões do que é ser um bom enfermeiro para a criança e adolescente e a relação com a qualidade do cuidado.

4.1. Enfermeiro ou Enfermeira: as questões de gênero no trabalho da enfermagem

A enfermagem é um campo da saúde descrito como uma arte, bem como uma ciência (ZHANG; LIU, 2016). Segundo Backes et al. (2016, p. 29):

A enfermagem é a ciência e a tecnologia/arte de promover o cuidado de enfermagem ao ser humano em sua singularidade e multidimensionalidade, articulada com os demais profissionais comprometidos com o fenômeno saúde, a partir de uma visão ecossistêmica, ética e socialmente responsável.

Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem é influenciado pela ética, pelo processo de socialização, por normas culturais e crenças filosóficas. Embora todas essas dimensões estejam intimamente associadas ao gênero, o que pode interferir na percepção e no comportamento do profissional, este pode ser irrelevante em termos de cuidado, pois enfermeiros de ambos os sexos são igualmente capazes de fornecer cuidados com competência e eficácia aos seus pacientes (ZHANG; LIU, 2016).

4.1.1. Implicações do gênero no cuidado em saúde

No que diz respeito às questões de gênero, a presença ainda discreta de homens na categoria profissional de enfermagem foi comentada por um dos participantes:

“Ah, não sei. Homem não tem muito, só vi um que veio trocar uma sonda minha. A maioria é mulher mesmo” (Entrevista 4, 10 anos).

A enfermagem é tradicionalmente considerada uma profissão feminina, tanto em termos do perfil demográfico quanto da percepção comum de que o cuidado é um atributo exclusivo das mulheres (ACHORA, 2016; ADEYEMI-ADELANWA, 2016; ASHKENAZI et al., 2017; O’CONNOR, 2015; YOUNAS; SUNDUS, 2017; ZHANG; LIU, 2016). Na maioria dos países desenvolvidos da Europa e América do Norte, bem como em muitos da Ásia e África, ela é amplamente reconhecida como um campo e uma ocupação predominantemente exercida por mulheres, com presença ainda discreta dos homens. Na maioria dos países, a proporção de homens na enfermagem varia entre 5 e 10% (ASHKENAZI et al., 2017).

Atualmente, a equipe de enfermagem no Brasil é composta majoritariamente por técnicos e auxiliares, cerca de 77%, complementada por 23% de enfermeiros. Estudo que analisou aspectos sociodemográficos dos profissionais de enfermagem identificou força de trabalho predominantemente feminina (85,0%). Os homens representavam cerca de 15,0%, porém com presença ascendente, sendo esta uma nova tendência (MACHADO et al., 2016).

Segundo Souza et al. (2014, p. 220):

[...] a participação masculina na enfermagem no Brasil surgiu depois da criação dos hospitais psiquiátricos, onde se fazia mais necessária a força do que o próprio cuidar. O enfermeiro era contratado como cuidador, e como perfil tinha de ter bondade, humildade e estar apto ao trabalho. Com a participação do homem, o curso de enfermagem começou gradativamente a se modificar, estes passaram a ocupar cargos de direção e chefia nas instituições de saúde, e o termo “enfermeiro”, passou a ser utilizado na linguagem da profissão, ou seja, enfermeiras passaram a se autodenominarem enfermeiros. A justificativa para tal modificação na terminologia foi que uma profissão composta pelos gêneros – masculino e feminino – deve ser referenciada pelo masculino, para atender às exigências da língua portuguesa.

Há relatos da figura feminina nas práticas de enfermagem desde tempos remotos, com cuidados voltados a homens, mulheres, crianças, deficientes e pobres, e na transmissão desses saberes para as gerações femininas subsequentes. Historicamente constituída como profissão para as mulheres, a prática desses cuidados confundiu-se, em um primeiro momento, com os

Resultados e discussão

traços femininos de dádiva e sacrifício quando exercida por religiosas. Posteriormente, esse aspecto foi reforçado pela disciplina e virtuosa abnegação proposta por Florence e, também, pela conotação de que os cuidados deveriam ser prestados por mulheres (SIMÕES; AMÂNCIO, 2004; SOUZA, 2014).

No final do século XIX, por influência de Florence Nightingale, em especial na Inglaterra, houve a institucionalização da feminilização do trabalho e divisão sexual nas práticas de enfermagem, pois Florence acreditava que as mulheres seriam mais compassivas e carinhosas do que os homens (SOUZA, 2014; YOUNAS; SUNDUS, 2017). Ela promoveu a ideia de que, para ser uma boa enfermeira, era necessário antes ser uma boa mulher, e as qualidades essenciais para tanto envolviam gentileza, empatia, compaixão, ternura e altruísmo (ACHORA, 2016; ASHKENAZI et al., 2017). Assim, em grande parte dos países industrializados ocidentais, a enfermagem desenvolveu-se como uma ocupação para as mulheres, apoiada na imagem estereotipada feminina, com traços de carinho, cuidado, compaixão, educação, empatia e gentileza (HOLLUP, 2013).

Florence Nightingale defendia que a enfermagem era uma ocupação exclusiva de mulheres jovens, o que levou à moderna visão de uma relação íntima entre a enfermagem e o gênero feminino. Ela acreditava que os homens não tinham os atributos necessários para se tornarem enfermeiros e que essa era uma disposição natural para uma mulher. Grande parte de sua obra abordava não apenas as habilidades necessárias para ser uma boa enfermeira, mas, também, a personalidade e as qualidades domésticas desejáveis para o bom desempenho desta função (O'CONNOR, 2015).

Estudo realizado por O'Connor (2015) com 18 enfermeiros do sexo masculino que trabalhavam em instituições hospitalares irlandesas investigou as experiências de gênero dos participantes. Segundo eles, o contato prévio com a enfermagem emergiu como um dos fatores que interferiu na escolha da profissão, assim como trabalhos anteriores como cuidadores ou porteiros em hospitais ou lares para idosos, cuidar dos pais ou de outros familiares adoecidos no domicílio e a experiência pessoal de doença e hospitalização. Ter familiares, amigos ou conhecidos que já atuavam na profissão também influenciou a decisão dos participantes, pois tiveram a oportunidade de conhecer como era desenvolvido este trabalho. Progressão na carreira e estabilidade financeira também foram citados como aspectos encorajadores para o ingresso na profissão. Apenas um participante relatou que sempre desejou ser enfermeiro, e os demais afirmaram que “caíram” ao acaso na profissão, por não saberem ao certo o que fazer após a conclusão do ensino médio.

Pesquisa realizada com 676 graduandos de enfermagem, 80% do sexo feminino,

Resultados e discussão

investigou os fatores que motivaram o ingresso neste curso em uma universidade na Austrália. Nos resultados, predominaram duas categorias: aspirações da carreira e aspirações pessoais. A primeira envolveu o exercício de uma profissão, segurança, estabilidade financeira, facilidade de encontrar emprego em qualquer lugar, inclusive fora do país de formação, opção de trabalhar em diversas áreas ou mesmo um trampolim para outra carreira, como a médica. A segunda contemplou a capacidade de ajudar, aprender a ajudar e fazer a diferença na vida do outro ou da comunidade, prazer em cuidar das pessoas, conceitos de amor, tradição familiar e desejo intenso de ingressar na profissão (WILKES; COWIN; JOHNSON, 2015).

Estudo realizado por Achora (2016) descreveu e analisou as experiências de 11 enfermeiros do sexo masculino, faixa etária de 27 a 42 anos, em um hospital de Uganda Ocidental. Identificou-se que as vivências dos participantes se deram em três dimensões: serem admirados pelos pacientes e outros profissionais de saúde, por realizarem cuidados de enfermagem únicos e de qualidade, sendo muitas vezes preferidos em relação às enfermeiras; manutenção do estereótipo de que o enfermeiro deveria ser do sexo feminino, o que dificultava o trabalho em ambientes como obstetrícia; e, por fim, experiências de maus tratos por colegas de dentro e fora da profissão, recebendo as tarefas mais difíceis e cansativas, talvez pela crença de que os enfermeiros do sexo masculino são mais aptos para tarefas que demandam força física ou contenção de pacientes agressivos, como nos serviços de saúde mental e emergência.

Em outro estudo, Adeyemi-Adelanwa et al. (2016) analisaram o comportamento de 73 pacientes (52% do sexo masculino, idade entre 18 e 68 anos) em relação aos enfermeiros de um hospital na cidade de Kingston, Jamaica. Os resultados demonstraram que mais da metade deles (cerca de 51%) tinham uma percepção geral negativa, 44%, neutra, e apenas 4% apresentavam uma percepção positiva. No entanto, a maioria (cerca de 89%) acreditava que os enfermeiros do sexo masculino criavam um ambiente propício ao atendimento, eram amigáveis (93%) e sensíveis aos pacientes (85%).

Os enfermeiros participantes da pesquisa de O'Connor (2015) desejavam que mais homens ingressassem na profissão e mencionaram, como principal dificuldade, a falta de visibilidade de modelos masculinos na enfermagem para que a vislumbrassem como uma carreira profissional. Quanto aos aspectos menos encorajadores para o ingresso na profissão, os participantes citaram, entre outros, o ambiente escolar, sobretudo as escolas exclusivas para meninos, nas quais essa carreira era abertamente vista com hostilidade.

Os costumes culturais que fortalecem os papéis de gênero e a imagem pública estereotipada dessa profissão associada à feminilidade também contribuem para a dificuldade em recrutar candidatos para a prática da enfermagem, principalmente homens. Embora a

Resultados e discussão

sociedade aceite a inserção de mulheres em profissões tradicionalmente consideradas masculinas, não demonstra essa mesma compreensão quando o contrário acontece com homens. Dessa forma, a enfermagem ainda continua sendo a profissão no campo da saúde com a maior disparidade entre homens e mulheres (ASHKENAZI et al., 2017).

Durante as entrevistas, os participantes do presente estudo contaram que se sentiam mais à vontade quando eram atendidos por um profissional do mesmo sexo:

“Eu, por exemplo, no banho, às vezes preciso de ajuda, prefiro que seja mulher” (Entrevista 9, 16 anos).

“(…), para examinar às vezes também, eu prefiro [que seja mulher], porque tem que ficar levantando a blusa ou alguma coisa do tipo (...)” (Entrevista 9, 16 anos).

O toque é uma expressão primária do cuidado na prática de enfermagem, necessário à realização de diversas tarefas. No entanto, em virtude dos estereótipos sociais, é comum que os enfermeiros enfrentem dificuldades para prestar cuidados que exijam proximidade física (ZHANG; LIU, 2016).

Estudo realizado por Pelander e Leino-kilp (2004) na Finlândia buscou compreender as expectativas de 40 crianças hospitalizadas (20 pré-escolares e 20 escolares) sobre os cuidados de saúde. Expectativas relacionadas à figura da enfermeira estiveram presentes em três categorias empíricas, uma delas, a de gênero. No entanto, para que os cuidados de enfermagem fossem considerados de alta qualidade, os meninos participantes do estudo esperavam que o profissional de enfermagem fosse do sexo masculino.

Resultado semelhante foi observado por Jamalimoghadam et al. (2017), em estudo sobre a dignidade de adolescentes hospitalizados há pelo menos dois dias em enfermarias médicas e cirúrgicas de um hospital em Shiraz (Sudoeste do Irã). O respeito pela identidade foi apontado pelos participantes como forma de preservar a dignidade durante a hospitalização. Assim, eles gostariam que a equipe do hospital respeitasse suas idades e identidades de gênero, e isso incluía que pacientes do sexo masculino fossem atendidos por um enfermeiro do mesmo sexo.

Hollup (2013), em estudo com 47 enfermeiros (27 homens e 20 mulheres), descreveu e analisou como as percepções de gênero influenciavam o desenvolvimento da enfermagem nas Ilhas Maurício. Nesta região, o sistema público de saúde e os hospitais governamentais são organizados de acordo com uma divisão de trabalho segregada por gênero, ou seja, os enfermeiros trabalham em enfermarias com pacientes do mesmo sexo, e as enfermeiras atendem mulheres, exceto em unidades de cuidados intensivos, salas de cirurgias e unidades de

Resultados e discussão

emergência.

Segundo Hollup (2013), essa prática comum de separar os pacientes por gênero, assim como os enfermeiros e as enfermeiras, evita que vivenciem situações embaraçosas e desconfortáveis diante de um profissional do sexo oposto, bem como favorece que se sintam mais à vontade para receberem cuidados de alguém do mesmo sexo. Ainda segundo o autor, essa segregação do trabalho também protege pacientes e profissionais de possíveis situações de assédio ou abuso sexual e é motivada por interesses políticos, pois leva em conta a diversidade étnica e religiosa da população local, assim como suas tradições e valores. O mesmo ocorre em outros países, como o Paquistão, onde um enfermeiro do sexo masculino evita prestar cuidados a uma paciente do sexo feminino também por razões culturais e religiosas (YOUNAS; SUNDUS, 2017).

O gênero e o estigma social assumem um papel importante para enfermeiros que cuidam de pacientes do sexo feminino, pois o toque de um homem, diferentemente do feminino, considerado natural, pode levantar suspeitas de que os motivos são outros e não profissionais, e isso pode causar não só relutância ou evitação ao toque físico, como também estresse ao paciente e ao profissional. Além disso, nota-se preferência das mulheres, especialmente as mais jovens, em serem atendidas por profissionais do mesmo sexo quando se trata de cuidados íntimos, embora o mesmo não seja observado em relação a outros procedimentos, por exemplo, uma punção venosa (ACHORA, 2016; ASHKENAZI et al., 2017; ZANG; LIU, 2016). Ashkenazi et al. (2017) assinalaram que o cuidado íntimo realizado por profissionais médicos do sexo masculino é socialmente aceitável, mas, universalmente, o mesmo não ocorre quando este tipo de cuidado é prestado por um enfermeiro do sexo masculino.

Embora a literatura (ASHKENAZI et al., 2017; HOLLUP, 2013; SIMÕES; AMÂNCIO, 2004; O'CONNOR, 2015; SOUZA et al., 2014; YOUNAS; SUNDUS, 2017) expresse o consenso de “trabalho feminino” para a enfermagem desde a sua concepção, os achados do presente estudo revelam que as crianças e os adolescentes entrevistados não percebiam a enfermagem como uma profissão caracteristicamente feminina. Segundo eles, independentemente do sexo, todos eram enfermeiros e, desde que prestassem adequadamente os cuidados, não deveria haver distinção por gênero:

“Não! Porque os dois são enfermeiros” (Entrevista 13, 17 anos).

“Porque é a mesma coisa, só muda a conversa. Tipo, tem enfermeiro que eu acho que eles não gostam de conversar muito, entendeu? Agora as enfermeiras conversam mais, interagem mais com nós” (Entrevista 8, 15 anos).

Resultados e discussão

“Sendo homem ou mulher e tendo amor ao que ele faz, ele vai cuidar. Tem uns que, de vez em quando, estão meio assim, mas... fora isso não. A pessoa, tendo amor ao que faz, ela cuida muito bem” (Entrevista 11, 16 anos).

“Depende do jeito que eles tratam o paciente. Se os dois (enfermeira ou enfermeiro) tratarem bem, não tem diferença” (Entrevista 14, 14 anos).

“Para mim não tem diferença não, para mim, normal. Dando o remédio certo... Porque todo mundo é igual, todo mundo está atuando na sua área. Está fazendo o que gosta. Está cuidando do paciente” (Entrevista 12, 17 anos).

A história da enfermagem concentra-se, quase que exclusivamente, no estudo dessa ocupação e na sua relação com o feminino (MACKINTOSH, 1996). Além disso, os currículos dos cursos de enfermagem também sofreram um viés de gênero e mostram-se estereotipados, por exemplo, quando as mulheres compõem a maioria dos professores, imagens femininas são descritas em sala de aula ou nas situações em que os materiais de aprendizagem dirigidos aos alunos se apropriam do pronome “ela” para se referir ao enfermeiro (ADEYEMI-ADELANWA et al., 2016; ASHKENAZI et al., 2017). As contribuições dos homens para o desenvolvimento da enfermagem nos primeiros séculos não foram e continuam não sendo reconhecidas pela sociedade (ACHORA, 2016), embora tenham sido importantes desde o início, atuando como cuidadores em asilos, serviços militares ou associações privadas (MACKINTOSH, 1996).

O não reconhecimento dessa contribuição atualmente deixa os enfermeiros do sexo masculino com poucas informações sobre sua formação profissional e posição histórica, o que pode gerar um sentimento de isolamento social e não pertencimento à categoria, a ponto, inclusive, de alguns reconsiderarem a escolha profissional (ASHKENAZI et al., 2017; MACKINTOSH, 1996). Nos dias atuais, os homens são aceitos como enfermeiros na maioria dos países, mas a concepção de cuidado como um atributo feminino pode prejudicar a imagem desses profissionais (YOUNAS; SUNDUS, 2017).

Os homens com interesse em ingressar na profissão passaram a ser considerados “os outros” ou “um algo fora do lugar”, tendo seus papéis estereotipados dentro e fora da profissão (ACHORA, 2016; ADEYEMI-ADELANWA, 2016; HOLLUP, 2013; O’CONNOR, 2015). Trata-se de uma situação frequente, que os distancia do recrutamento para a enfermagem, estigmatiza ou facilita a evasão dessa minoria para subáreas especializadas, denominadas “ilhas de masculinidade”, por exemplo, psiquiatria, anestesia, emergência e terapia intensiva, cirurgia e administração, nas quais tarefas e responsabilidades são consideradas mais congruentes com o papel social do homem (HOLLUP, 2013; O’CONNOR, 2015; ZHANG; LIU, 2016).

Há barreiras à atuação de enfermeiros homens interna e externamente à profissão. No

Resultados e discussão

primeiro caso, destaca-se o próprio sistema educacional, uma vez que alguns professores não os incentivam a atuar em determinadas áreas como obstetrícia e pediatria, bem como falta um corpo docente masculino. Com frequência, o desempenho dos enfermeiros homens também é considerado abaixo do padrão, e o seu trabalho analisado de forma minuciosa. Por outro lado, fora da profissão, eles experienciam um conflito entre suas próprias opiniões e os posicionamentos de terceiros sobre masculinidade, são vistos como incapazes de fornecer cuidados e, muitas vezes, tratados de forma pejorativa pelos demais membros da equipe e pacientes, especialmente nas áreas de saúde da mulher (ACHORA, 2016).

Estudo realizado em uma escola universitária de enfermagem em Israel com 290 alunos de graduação e pós-graduação (27 do sexo masculino e 263 do feminino) mostrou que quanto mais eles avançavam nos estudos, menos percebiam a enfermagem como uma profissão feminina. O estudo apontou também que a maioria dos participantes, cerca de 55,5%, concordou que os estudantes do sexo masculino foram mais desencorajados a escolher a carreira de enfermagem pelo seu status do que as mulheres (ASHKENAZI et al., 2017).

Pesquisa desenvolvida por Younas e Sundus (2017) em Islamabad, Paquistão, analisou a experiência de ser cuidado por um profissional de enfermagem do sexo masculino. Participaram do estudo 50 pacientes (26 do sexo masculino e 24 do feminino) internados em unidades de cirurgia por pelo menos dois dias e que tiveram pelo menos três interações com um enfermeiro. Concluiu-se que os participantes estavam satisfeitos com essa experiência e, na comparação por gênero, aqueles do sexo masculino mostraram-se mais satisfeitos. Alguns sugeriram aos enfermeiros homens melhorassem o cuidado de algumas maneiras: que fossem mais abertos para discutir as preocupações do paciente relacionadas à vida social e familiar; que os considerassem mais do que apenas pacientes; que os ensinassem em relação aos cuidados no domicílio e fossem mais simpáticos no momento de abordá-los.

4.2. A comunicação como instrumento de trabalho do enfermeiro no cuidado a crianças e adolescentes hospitalizados

A comunicação apresenta-se como um processo de criação e recriação de informações, de troca, de partilha e de transmitir sentimentos e emoções entre as pessoas. É transmitida de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e possibilita apreender e compreender opiniões e sentimentos, bem como criar laços significativos com o outro. Assim, quando nos comunicamos, não trocamos apenas informações, mas expressamos comportamentos e atitudes (PEREIRA, 2013).

Resultados e discussão

Os elementos básicos da comunicação são: o emissor, a mensagem e o receptor, que também emite uma resposta que, por sua vez, construirá novo estímulo para o seguimento desse processo, exercendo efeitos nos indivíduos envolvidos (STEFANELLI; CARVALHO, 2005). “Comunicação é, portanto, um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influências no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo” (STEFANELLI; CARVALHO, 2005, p. 29).

Assim, desenvolver habilidades de comunicação é fundamental ao profissional de saúde que deseja estabelecer relações interpessoais de qualidade com os pacientes, uma vez que essas situações fazem parte do seu cotidiano de trabalho. Entretanto, devemos destacar que essas relações envolvem pessoas com crenças e valores diferenciados, aspectos de grande relevância no âmbito da comunicação (BORGES, 2012; PEREIRA, 2005).

4.2.1. A comunicação como fundamento para a prática profissional do bom enfermeiro

As crianças e os adolescentes participantes da pesquisa identificaram a comunicação dos enfermeiros como aspecto essencial durante o processo de hospitalização, por possibilitar conhecer o outro, configurando-se como uma importante estratégia de criação de vínculo. Segundo eles, uma boa comunicação era capaz de modificar o ambiente hospitalar, tornando-o mais acolhedor, e amenizar o sofrimento:

“Eu acho que a comunicação é melhor que tudo” (Entrevista 16, 15 anos).

“Ah!!! Porque quando conversa é uma coisa boa também, conhecer a outra pessoa” (Entrevista 3, 8 anos).

“Eu gosto de conversar, então quando mais conversa comigo eu vou criando mais afinidade” (Entrevista 9, 16 anos.)

Considera-se efetiva a comunicação quando a mensagem entre o emissor e o receptor é compreendida. Trata-se de um recurso também utilizado por enfermeiros para melhor interação com a equipe, as crianças e os adolescentes hospitalizados e suas famílias. Configura-se como um importante instrumento para a realização de uma assistência de enfermagem de qualidade, sendo um indicador na avaliação dos cuidados prestados (MOURÃO; ALBUQUERQUE, 2012; SILVA, 2012).

A comunicação verbal e não verbal é parte importante deste processo, pois permite que

Resultados e discussão

as pessoas manifestem e exteriorizem processos internos. Na comunicação, ocorre a emissão de uma mensagem, que pode ser verbal (mediante linguagem escrita e falada) ou não verbal (por meio da postura corporal, de gestos ou expressões faciais). A recepção desta mensagem e a compreensão da mesma completam este processo (MOURÃO; ALBUQUERQUE, 2012; SILVA, 2012).

No caso do enfermeiro, ambos os tipos de comunicação (verbal e não verbal) compreendem uma rede articulada de informações e relações pessoais, familiares e institucionais e acontecem nos movimentos mais íntimos e singulares do cuidado, sendo um fenômeno indissociável durante a assistência à criança e ao adolescente. Para se adequar ao nível de desenvolvimento desses pacientes e com eles interagir melhor, esse profissional utiliza alguns recursos, com destaque para a comunicação verbal, por ser especialmente importante ao longo do cuidado ao paciente pediátrico e juvenil (MARTINEZ, 2013).

Estudo multicêntrico realizado em oito grandes hospitais públicos de quatro regiões do Centro e Sul da Itália, com amostra de 692 crianças (4 a 14 anos, ambos os sexos), objetivou avaliar como elas percebiam a qualidade da atenção recebida e identificar os determinantes da avaliação de acordo com diferentes categorias (menores de 6 anos, 7 a 11 anos e 12 a 14 anos). Concluiu-se que os fatores positivos relacionados à atividade de enfermagem apresentavam correlação mais forte com a percepção das crianças na faixa etária de 7 a 11 anos, sendo todos relacionados ao cuidar e à comunicação. Segundo os autores, é provável que, nesta fase do desenvolvimento, as crianças mostrem-se mais curiosas sobre as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e demonstrem maior interesse em entender o que acontece durante a sua hospitalização. Além disso, crianças mais velhas apresentam maior capacidade cognitiva para compreender as informações transmitidas durante os procedimentos de enfermagem, podendo ter um papel mais ativo na hospitalização em relação aos próprios cuidados e tomadas de decisão. De acordo com o estudo, a idade e o grau de desenvolvimento das crianças não podem influenciar a sua interação e comunicação com o enfermeiro (COMPARCINI et al., 2018).

Marcinowicz et al. (2014), em estudo para descrever e avaliar os componentes da relação paciente-enfermeira e dos serviços de enfermagem pediátrica sob a perspectiva dos pais e das crianças hospitalizadas na Polônia, identificaram cinco tópicos empíricos principais: qualidades da enfermeira, comportamento verbal da enfermeira, tom de voz e comportamento não verbal da enfermeira, comodidades hospitalares e expectativas dos pais a respeito das enfermeiras. As crianças que participaram do estudo relataram que gostavam de estabelecer conversas que incluíam humor e diversão com as enfermeiras e expressaram opiniões negativas a respeito dessas profissionais quando elas não procuraram interagir ou não apresentavam senso

Resultados e discussão

de humor. O tom de voz da enfermeira também foi citado, positiva ou negativamente, e o comportamento ideal, segundo os participantes, seria de uma profissional com voz agradável e calma, corroborando os achados de outro estudo (JAMALIMOGHADAM et al., 2017). A expressão facial também foi mencionada, e o elemento mais percebido foi a presença ou ausência de sorriso, tal como identificado em outras pesquisas (ÇALBAYRAM; ALTUNDAĞ; AYDIN, 2017; NABORS; LIDDLE, 2017; PELANDER et al., 2007). A enfermeira ter explicado à criança o procedimento que estava realizando de uma forma clara, que ela pudesse entender, contribuiu para a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem. Outro elemento positivo foi a possibilidade de a criança e o profissional conversarem sobre assuntos não relacionados à doença (MARCINOWICZ et al., 2014).

No presente estudo, observamos que as crianças e os adolescentes hospitalizados muitas vezes esperavam por uma comunicação efetiva com o enfermeiro em diversos momentos, sobretudo naqueles em que cuidados eram prestados:

“Conversar, porque tem uns que não conversam. A única enfermeira, que acompanha a minha vida psicologicamente, que conversa comigo as minhas coisas pessoais é a [nome da enfermeira]. Outros falam “Oi, tudo bem?” “Tchau”. Só faz manutenção no cateter e não faz mais nada (...)” (Entrevista 8, 15 anos).

No âmbito do trabalho, a comunicação é fundamental para que este se desenvolva bem, e isso não é diferente quando ela envolve profissionais de enfermagem e equipe de saúde, bem como enfermeiros, pacientes e familiares, caracterizando-se como um processo de compreensão e compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas (MOURÃO; ALBUQUERQUE, 2012; SILVA, 2012). Como membros da equipe multiprofissional, na qual desempenham papel de destaque na comunicação médico, paciente e familiar, os enfermeiros devem fornecer informações necessárias a pacientes e familiares fundamentados nos princípios éticos e da beneficência (ABBASZADEH, 2014).

Estudo de Jamalimoghadam et al. (2017) desenvolvido com 13 adolescentes internados em enfermarias médicas e cirúrgicas de um hospital no Sudoeste do Irã identificou quatro temas principais, entre eles a comunicação íntima. Segundo os participantes, uma comunicação amigável era uma experiência singular relacionada à sua dignidade e, portanto, este foi considerado um importante atributo a ser desenvolvido por um bom enfermeiro para promover dignidade ao adolescente durante a hospitalização.

Ao estabelecer uma comunicação efetiva com a criança, o adolescente e seu acompanhante durante a assistência, o enfermeiro possibilita o fortalecimento do vínculo, a

Resultados e discussão

interação e construção de um elo de confiança entre esses atores e, em contrapartida, consegue melhor compreendê-los, assim como seus núcleos familiares e contextos sociais. Portanto, estabelecer uma comunicação com a criança e o adolescente por meio de explicações e argumentos consistentes, que transmitam respeito e segurança durante a hospitalização, é fundamental para que eles entendam a intencionalidade das atuações de enfermagem (PEÑA, 2011; MARTINEZ, 2013).

Neste estudo, observamos, por meio do material empírico produzido, que as crianças e os adolescentes participantes também valorizavam demonstrações de empatia. Esse sentimento, quando presente no comportamento dos enfermeiros, era por eles interpretado como uma preocupação com o seu estado de saúde:

“Eu também sou muito comunicativa. Elas [enfermeiras] também são, dão bom dia, dão boa tarde, dão boa noite. Perguntam como eu estou, perguntam como eu passei. Importante. Porque está lembrando da pessoa, está se preocupando com a pessoa” (Entrevista 12, 17 anos.)

Segundo Peña (2011), o contato da criança e do adolescente com enfermeiros por meio de visitas contínuas torna-se fator determinante de como eles percebem as atitudes desses profissionais diante do seu cuidado. As crianças e os adolescentes avaliaram o cuidado por meio da saudação, do cumprimento, de perguntas, apoio e conforto oferecidos pela enfermeira e interpretaram o fato de perguntarem constantemente como estavam como sinal de acompanhamento. Isso fazia com que valorizassem os profissionais que promoviam essa proximidade, o que, por sua vez, possibilitava que se sentissem reconhecidos e zelados durante a hospitalização.

Para que esse processo ocorra, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre os processos de comunicação e valorize esse instrumento básico, fundamental no cuidado, sobretudo com a criança e o adolescente hospitalizado. No entanto, isso nem sempre transcorre tranquilamente, uma vez que há despreparo desses profissionais para a utilizar as habilidades adequadas a fim de promover uma comunicação efetiva entre o enfermeiro, a criança e o adolescente hospitalizado, bem como com sua família (ANDRADE et al., 2015).

Brady (2009), em pesquisa com 22 crianças no Sudoeste da Inglaterra, investigou o que elas esperaram de uma boa enfermeira e identificou a comunicação como um importante atributo. A autora também observou que as crianças eram sensíveis ao tom de voz e à linguagem corporal da enfermeira, reconhecendo como boa aquela com tom de voz agradável, amável e calmo para falar com elas, assim como dispostas a ouvi-las e dedicar-lhes tempo.

Durante as entrevistas, as crianças e adolescentes participantes deste estudo enfatizaram

Resultados e discussão

o quão importante consideravam o processo de comunicação com enfermeiros e destacaram algumas características que poderiam torná-lo ainda mais positivo:

“Legal, engraçada, que conversa. Assim... é isso!” (Entrevista 4, 10 anos).

“Que conversa, que seja gentil e que se comunica com o paciente” (Entrevista 12, 17 anos.)

“As características da boa enfermeira é aquela que dá atenção ao paciente, aquela que pergunta se você está bem, como foi o seu dia, fala um bom dia, chega de boa, suave na nave [remete à tranquila], conversa, comunicativa. Uma pessoa legal, comunicativa e bem-humorada, entendeu?” (Entrevista 15, 17 anos).

A importância da comunicação da enfermeira com o paciente pediátrico também foi evidenciada em outro estudo desenvolvido na Finlândia por Pelander, Leino-Kilp e Katajisto (2007), com 388 crianças hospitalizadas. Mediante a aplicação de um questionário, eles puderam avaliar a qualidade da assistência de enfermagem sob a perspectiva das crianças e identificaram que elas atribuíram as mais altas classificações às atividades de atenção e comunicação dessa profissional. O estudo revelou ainda que apenas uma pequena parcela das enfermeiras levou em consideração as suas opiniões, encorajando-as e consolando-as durante a hospitalização.

No caso de crianças e adolescentes, a comunicação possui características peculiares, visto que se encontram em processo de desenvolvimento cognitivo, social e psicológico diferenciado. As dificuldades na comunicação da equipe de saúde com a criança foram constatadas em estudos, como o de Pena e Juan (2011), os quais verificaram que a não participação da criança na comunicação enfermeiro-familiar-criança a respeito de sua saúde transformava-a em mera observadora do processo de comunicação.

A comunicação possibilita reduzir a ansiedade e depressão, favorece a adesão do paciente ao tratamento e propicia a busca por estratégias de enfrentamento da doença em prol de uma melhor qualidade de vida. No estudo em tela, observamos que tanto as crianças quanto seus familiares percebiam quando o cuidado oferecido pela equipe era impessoal e consideravam a comunicação essencial na construção do vínculo de confiança. Dessa forma, a comunicação apresenta-se como um importante instrumento terapêutico durante a hospitalização (AFONSO; MYNAIO, 2017).

4.2.2. Comunicação efetiva com o enfermeiro como estratégia para auxiliar a criança e o adolescente no enfrentamento da hospitalização

Resultados e discussão

As crianças e os adolescentes hospitalizados expressaram que a comunicação verbal, quando utilizada adequadamente para explicar a respeito dos procedimentos de enfermagem, constituía uma importante estratégia para deixá-los mais seguros e tranquilos:

“(...). Porque, talvez, as mães não sabem essas coisas. Aí elas podem falar para as mães e para as crianças. Falar que isso dói, que isso tem que furar, essas coisas...” (Entrevista 3, 8 anos).

“Conversar, explicar bem, responder as dúvidas tanto da mãe quanto do paciente. Não ser muito nervosa também, porque tem umas que, de vez em quando que você vai perguntando e ela vai conversando, depois ela já começa a ficar nervosa. Tem que passar confiança para o paciente e para a mãe. Acho que uma boa enfermeira é assim!” (Entrevista 11, 16 anos).

“(...), não é bom quando você não pode falar nada que ela já vem com um tom de voz mais grosso. Não tem paciência para responder perguntas” (Entrevista 11, 16 anos).

“Acho que é muito bom quando a pessoa é comunicativa, explica as coisas direitinho. Eu acho interessante isso” (Entrevista 11, 16 anos).

Durante a hospitalização, a criança é submetida a vários procedimentos técnicos e tem o direito de saber o que está sendo realizado, bem como com qual propósito (MARTINEZ, 2013). Os enfermeiros podem promover o enfrentamento explicando passo a passo os procedimentos, especificando suas ações e dizendo às crianças o que devem esperar, para que compreendam a importância dessas condutas e sintam-se seguras. As crianças desejam receber explicações sobre os seus cuidados, e esta é uma estratégia frequentemente adotada para lidar com os aspectos estressantes da hospitalização. Dessa forma, o enfermeiro deve envolvê-las no planejamento de seus cuidados e vê-las como parceiras ativas (COSTA; MORAIS, 2017; PELANDER; LEINO-KILP; KATAJISTO, 2007; PELANDER; LEINO-KILPI, 2010).

As crianças e os adolescentes participantes do estudo consideraram importante que os enfermeiros explicassem de forma clara e adequada ao seu nível de desenvolvimento o que seria realizado durante o procedimento:

“Sim! O passo a passo, como dever ser. Tipo quando foi pegar a jugular, tive que ficar um pouquinho de cabeça para baixo, tive que assoprar a boca para inchar, para pegar. Aí eu achei de boa, mais tranquilo, não doeu. Ela falou que, às vezes, dói, às vezes não dói. Não doeu nada, ela foi de primeira, foi uma só vez. Ela picou uma só vez. Ela fez direitinho. Fiquei tranquilo (...)” (Entrevista 15, 17 anos).

“(...). De chegar já falando o que precisa fazer antes de conversar, não

Resultados e discussão

explicar, não falar o que vai acontecer. Acho que é isso mesmo que me irrita um pouco. (...) e quando for fazer alguma coisa, conversar sobre isso e explicar e depois sair um pouco desse mundo” (Entrevista 17, 16 anos).

Dias et al. (2013), em estudo de abordagem qualitativa com oito crianças (6 a 10 anos) internadas em um hospital público do município de Aracaju-SE para tratamento do câncer, objetivaram identificar, por meio de brincadeiras, o conhecimento que elas tinham a respeito de suas hospitalizações. Segundo os autores, a maioria desconhecia a doença que havia motivado a hospitalização, e apenas duas estavam cientes do motivo e do que ocorreria ao longo da mesma. Eles defenderam o direito da criança ser esclarecida sobre o que está acontecendo com o seu corpo, respeitando seus limites de competência intelectual, pois a informação e a assistência atenta traduzem respeito à criança e ao adolescente. Além disso, os autores concluíram que a decisão de informá-las sobre o processo de hospitalização favoreceu a interação com a equipe de saúde e demais pacientes e familiares, bem como proporcionou mais segurança e reduziu a ansiedade.

Por meio de entrevistas, Coyne e Kirwan (2012) analisaram as percepções de 55 crianças e adolescentes sobre suas experiências hospitalares. Os participantes, de ambos os sexos, na faixa etária de 7 a 18 anos, apresentavam doenças agudas ou crônicas e estavam hospitalizados há pelo menos um dia. Aos pesquisadores, eles queixaram-se de quando os médicos e enfermeiros não tinham tempo para escutá-los ou responder suas perguntas e relataram que se sentiam chateados quando eram ignorados. Reclamaram também da falta de informações, que ocasionava sentimentos de insegurança e despreparo diante dos procedimentos, e mencionaram o desejo de serem esclarecidos, em linguagem acessível, sem termos técnicos e com frases objetivas, sobre o que seria realizado. Para eles, também era importante que fossem incluídos nas conversas, uma vez que as informações lhes diziam respeito e precisavam entender sobre os seus cuidados.

Nesse contexto, consideramos necessário que os profissionais de saúde ampliem os cuidados na assistência à criança e ao adolescente hospitalizado, compreendendo as diversas consequências que esse processo acarreta para os mesmos e suas famílias. Para tanto, devem estabelecer uma comunicação efetiva, mediante linguagem clara e adequada à etapa de desenvolvimento em que se encontram.

Um dos recursos capaz de promover tal comunicação envolve a utilização de estratégias lúdicas, por exemplo, fantoches, pois permitem aos profissionais adentrarem no universo da criança e que elas expressem suas opiniões, melhorando a interação e facilitando a comunicação entre ambos (COSTA; MORAIS, 2017).

Resultados e discussão

Segundo Pelander e Leino-kilpi (2004), as crianças consideram importante que as enfermeiras forneçam, sistematicamente, informações a respeito dos equipamentos, das intervenções e opções de tratamento. Além disso, o aconselhamento e a orientação adequados à faixa etária e compatíveis com a capacidade de compreensão da criança e do adolescente hospitalizado podem reduzir seus medos, bem como aumentar a confiança e segurança nos enfermeiros.

Estudo desenvolvido por Boztepe; Çinar e Ay (2017) para conhecer as experiências de crianças hospitalizadas por diferentes motivos concluiu que a maioria (130/60,8%) não foi informada sobre os procedimentos dolorosos que seriam realizados. Fornecer esse tipo de informação, a fim de reduzir os medos e garantir a segurança da criança durante esses procedimentos, é parte do trabalho dos enfermeiros.

Os participantes deste estudo consideravam necessário que o enfermeiro estabelecesse uma comunicação com os pacientes durante a realização dos procedimentos a fim de explicar o que seria feito e com qual intenção:

“Aquela enfermeira que entra no quarto para colocar medicação, fazer os sinais e não conversa e nem olha na cara da gente (...)” (Entrevista 13, 17 anos).

“(...). Porque se for fazer uma coisa que eu não sei, eu vou ficar nervoso. Tipo, se for falar que não vai tirar sangue, mas aí vai lá e tira na hora, aí vai ficar chato” (Entrevista 14, 14 anos).

A comunicação inadequada entre o profissional e o paciente pode impor dificuldades à realização de uma assistência de qualidade e, em casos mais graves, ocasionar assistência iatrogênica. A efetiva humanização no âmbito da área da saúde depende, entre outros fatores, da capacidade dos profissionais se comunicarem, ou seja, de ouvirem e dialogarem com aqueles que assistem (JONAS et al., 2013).

Estudo sobre a experiência da criança hospitalizada em idade escolar acerca dos cuidados de enfermagem destacou a importância da comunicação dos profissionais de enfermagem e das explicações prévias à realização de procedimentos. As crianças participantes do estudo manifestaram descontentamento quando eles não conversavam, não as cumprimentavam e não as orientavam sobre os procedimentos que seriam realizados. Segundo elas, o enfermeiro deveria ter cuidado na forma de abordá-las, falar com carinho, orientar e explicar o que seria feito (SANTOS et al., 2016).

Crianças que conhecem o motivo de sua hospitalização e o que vai acontecer no decorrer

Resultados e discussão

da mesma apresentam-se mais seguras, interagem mais com a equipe de saúde e possuem menos ansiedade e medo diante dos procedimentos dolorosos e da hospitalização. A explicação prévia aos procedimentos realizados pelo enfermeiro, de forma apropriada à idade, possibilita que reconheçam o hospital como um ambiente que não somente causa dor e sofrimento, mas, também, enquanto um local de reabilitação e cura. Assim, quando bem esclarecidos, eles demonstram maior comprometimento com o tratamento e se tornam mais ativos durante a internação, contribuindo com seus próprios cuidados e participando das decisões (COYNE et al., 2014; DIAS et al., 2013; HADAN; ÇINAR; AY, 2017).

A equipe multiprofissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, deve explicar para a família e o paciente o que será realizado durante a internação, de forma que essas informações sejam compreendidas por todos, tendo o cuidado de investigar se foram de fato absorvidas. Em um ambiente tão diferente como é o hospital para a criança, uma abordagem compreensível e humanizada, pautada na comunicação efetiva sobre a presença da dor durante a realização de procedimentos de enfermagem, permite que ela tenha confiança no profissional e coopere nesses momentos (COSTA; MORAIS, 2017).

As crianças e adolescentes mencionaram a comunicação efetiva com a enfermeira e o enfermeiro como elemento capaz de amenizar a insegurança e os medos causados pela hospitalização. Segundo eles, essa comunicação deveria ocorrer da seguinte forma:

“(...). E acho que, para mim, é bom conversar, porque já estar em lugar desses já não é legal, ainda mais longe da família. Então, acho que muda bastante” (Entrevista 8, 15 anos).

“(...). Conversar mais com as crianças, com os adultos, ser mais legal com as outras pessoas, nunca ser agressivo, essas coisas...” (Entrevista 3, 8 anos).

“(...). Mas eu acho que para ter esse tipo de profissão, enfermeiro, médico, tem que ter um bom senso no que for falar. Talvez você quer falar de um jeito, mas a pessoa interpretou de outro, entendeu? Talvez a pessoa fala de um jeito e a outra interpreta de outro, talvez por conta da sensibilidade” (Entrevista 9, 16 anos).

“(...). Saber conversar não só sobre o hospital, mas descontrair também, perguntar sobre coisas de fora. Descontrair mais, porque nós estamos aqui só presos nisso, no hospital e pegar veias, essas coisas. Alguém que chega aqui e muda de assunto, sai um pouco para fora, sempre vamos gostar mais” (Entrevista 9, 16 anos).

Para Coyne e Kirwan (2012), os profissionais de saúde precisam refletir criticamente sobre sua abordagem de comunicação com as crianças e, se necessário, buscar alternativas para

Resultados e discussão

aprimorar essa habilidade mediante treinamentos específicos e atualizações educacionais. Ainda segundo eles, o profissional estar ocupado e sem tempo não deve ser usado como justificativa para o fornecimento de breves explicações ou não envolvimento com a criança. Na abordagem de uma criança, os profissionais devem ter cuidado para evitar linguagem de difícil entendimento e termos técnicos de saúde, devendo optar por palavras mais simples e adaptar as informações de acordo com o nível de compreensão do receptor. Válido também que questionem à criança se ela tem alguma pergunta e que disponibilizem tempo para a resposta. Devem, cada vez mais, procurar ouvir desejos, opiniões e escolhas, oferecendo alternativas para as dificuldades que surgirem durante o processo de hospitalização. As crianças precisam se sentir seguras no hospital, e ouvi-las é essencial para que se sintam respeitadas.

4.3. Competências do enfermeiro diante da realização de procedimentos dolorosos na assistência a crianças e adolescentes hospitalizados

Competência profissional dos enfermeiros, pode ser definida como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores exigidos em um contexto particular, sendo considerada um elemento chave para uma assistência com qualidade e segurança aos pacientes (OLIVEIRA; QUEIRÓS; CASTRO, 2015).

Competências geram resultados e estão intimamente ligadas ao perfil profissional. Nessa perspectiva, os enfermeiros devem manter e demonstrar competência ao longo de sua carreira profissional. Ainda há pouco consenso quanto ao que se entende por competência, entretanto, a compreensão sobre o tema faz-se importante, uma vez que o exercício da enfermagem requer combinações complexas de conhecimento, desempenho, habilidades e atitudes. A avaliação da competência permite que o enfermeiro possa ser reconhecido como um profissional seguro e confiante, com habilidades e conhecimentos adequados para a sua prática profissional (CORREIO et al., 2015, MERETOJA; LEINO-KILPI; KAIRA, 2004; OLIVEIRA; QUEIRÓS; CASTRO, 2015).

4.3.1. Significados e experiências da realização de procedimentos dolorosos para crianças e adolescentes hospitalizados

Os procedimentos invasivos ocorrem com elevada frequência nos serviços de saúde e, assim como o próprio processo de hospitalização, frequentemente ocasionam sentimentos negativos em crianças e adolescentes.

Resultados e discussão

Quando questionados sobre a atividade de cuidado da enfermeira ou do enfermeiro de que menos gostavam, a maioria das crianças e dos adolescentes participantes do estudo mencionou a realização de procedimentos dolorosos, em especial, a punção venosa periférica e seus desdobramentos, o que se coaduna com dados da literatura (BOZTEPE; ÇINAR; AY, 2017; DIAS et al., 2013; FIGUEIREDO et al., 2015; PELANDER; LEINO-KILPI; KATAJISTO, 2007; PELANDER; LEINO-KILPI, 2010). Para eles, esses procedimentos eram fonte de desconforto e dor:

“(...). Tirar as agulhas! Dói. Se quer que fique mais legal tira as agulhas” (Entrevista 3, 8 anos).

“Que eu não gosto? Tirar sangue, porque dói, é no pulso” (Entrevista 10, 14 anos).

“Tem enfermeira que é difícil de pegar veia, entendeu? Tem enfermeira que eu não gosto que pegue [veia], porque ela pega e, às vezes, a veia não vai e ela tenta ficar furando, furando, furando” (Entrevista 15, 17 anos).

Os achados deste estudo corroboram ainda a pesquisa qualitativa realizada por Dias et al. (2013) para investigar o conhecimento de crianças com câncer sobre sua hospitalização, pois todos os participantes referiram o ato de serem “furados” como o pior procedimento. Os autores assinalaram que a criança na faixa etária de 6 a 10 anos tem pouca compreensão a respeito de seu corpo ou sua anatomia e, portanto, sente-se ameaçada quando sua pele é perfurada por uma agulha, pois acredita que o conteúdo corporal interno poderá extravasar pelo orifício.

A hospitalização da criança é uma experiência negativa, muitas vezes, para ela e sua família, em virtude de alguns motivos principais: inúmeros procedimentos invasivos que causam dor; novas rotinas e regras do hospital; e relação com os profissionais de saúde provocando preocupação, ansiedade, medo e eventuais traumas. A realização de procedimentos invasivos no ambiente hospitalar, embora necessária para a manutenção e restabelecimento da saúde, proporciona à criança uma experiência dolorosa e estressante (COSTA; MORAIS, 2017).

A dor está ligada ao ser humano e é um dos sintomas mais comuns nas diversas patologias, caracterizando-se como uma das principais causas de sofrimento àqueles que a vivenciam (BLASI et al., 2015; CANDIDO; TACLA). Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), ela pode ser definida como: “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (MERSKEY; BOGDUK, 2012, p. 211).

Resultados e discussão

A dor é um fenômeno multifatorial, pois recebe influências psicológicas, sociais e emocionais, mas, também, caracteriza-se como um fenômeno subjetivo, uma vez que cada indivíduo lhe atribui significado de acordo com as experiências vivenciadas (BLASI et al., 2015; CANDIDO; TACLA, 2015). É “[...] aquilo que a pessoa que a sente diz que é, e existindo sempre que a pessoa assim o disser [...]” (MERSKEY; BOGDUK, 2012, p. 211). Ainda segundo a IASP, a incapacidade do indivíduo expressar verbalmente a dor não exclui a possibilidade de que ele a experiencie e necessite de tratamento e alívio (MERSKEY; BOGDUK, 2012).

O forte consenso popular de que as crianças não sentem dor é equivocado e não possui embasamento científico. Muitos profissionais da saúde apresentam dificuldades em reconhecê-la em pacientes pediátricos e isso pode estar relacionado, por exemplo, ao mito de que a criança não sente dor ou a experiência em menor intensidade quando comparada a um adulto. Também é provável que essa dificuldade decorra de um conhecimento limitado do profissional a respeito do tema ou da forma singular como a criança percebe e expressa essa experiência dolorosa (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Repetidamente, crianças e adolescentes hospitalizados são submetidos a diversos procedimentos dolorosos, não raro sem compreender claramente como serão executados, com qual finalidade e por qual motivo precisam vivenciá-los, o que culmina em diversas alterações no comportamento, no humor e, muitas vezes, na autoimagem. A punção venosa destaca-se como um procedimento frequente durante a internação, seja para coleta de exames, seja para administração de medicamentos:

“(...). Tem uma [enfermeira] que eu não gosto de jeito nenhum que pegue minha veia. Ela pega e fica cutucando aquela agulha dentro da veia, dói, dói. E ela está vendo que não está indo e fica cutucando” (Entrevista 15, 17 anos).

“Ah!! Ela [enfermeira] ficou girando a agulha. A [nome da enfermeira] com ela dói muito, tem umas que dói porque fica girando a agulha (...)” (Entrevista 4, 10 anos).

“(...). Eu não gosto, dói demais. Não! Acho que é mais de cutucar mesmo. Eu já falo para todo mundo, não cutuca, não faça isso, que aí eu dou escândalo” (Entrevista 9, 16 anos).

Estudo realizado com 12 adolescentes (12 a 17 anos de idade, ambos os sexos) em um hospital pediátrico de Coimbra-PT investigou suas vivências e necessidades durante a hospitalização. Os resultados apontaram que situações de dor associadas às manifestações da própria doença e à dor resultante especificamente de intervenções terapêuticas constituíram a

Resultados e discussão

experiência mais negativa por eles vivenciada (FIGUEIREDO et al., 2015).

Pesquisa desenvolvida em uma unidade pediátrica de um hospital público na cidade de Salvador-BA analisou como crianças de 7 a 12 anos vivenciavam o processo de hospitalização. Concluiu-se que elas percebiam o hospital apenas como um local para a realização de procedimentos dolorosos, o que as deixava tristes e ansiosas, mas compreendiam que a realização de tais técnicas era necessária para a recuperação e alta hospitalar (COSTA; MORAIS, 2017). O medo da dor, das injeções e de exames também foi apontado como uma experiência negativa durante a hospitalização em pesquisas com crianças hospitalizadas na Finlândia (PELANDER; LEINO-KILPI; KATAJISTO, 2007; PELANDER; LEINO-KILPI, 2010).

Investigação realizada na Turquia por Boztepe, Çinar e Ay (2017) analisou as experiências de 130 crianças, entre 6 e 12 anos de idade, durante a hospitalização. Os autores identificaram que as opiniões dos participantes a respeito das atividades ruins desenvolvidas por enfermeiras incluíam serem intolerantes, bravas e, em especial, executarem procedimentos dolorosos. Por sua vez, as boas ações estavam associadas à realização de procedimentos indolores e à prática de bons cuidados.

Dias et al. (2013), em estudo qualitativo com oito crianças de 6 a 10 anos diagnosticadas com câncer, identificaram o conhecimento das mesmas sobre a hospitalização e o procedimento de enfermagem que mais as incomodava. As respostas, unânimes, mencionaram os procedimentos invasivos, em especial o ato de ser puncionado, intensificando o trauma relacionado ao processo de hospitalização.

A percepção das crianças e dos adolescentes sobre os cuidados dos profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem, a respeito das experiências mais difíceis, a realização de procedimentos dolorosos, administração de medicações e necessidade de permanência no leito, foram intervenções que justificaram a experiência do processo de hospitalização como negativa e a mudança significativa na suas rotinas diárias (COSTA; MORAIS, 2017).

Para os participantes do presente estudo, o procedimento que mais interferia na percepção de ser um bom enfermeiro ou uma boa enfermeira era a punção arterial ou venosa, especialmente pelo movimento que denominaram “*cutucar*”:

“Eu acho que a gasometria é uma coisa muito delicada para o paciente e para a enfermeira também. Porque é muito funda e, se cutucar, parece que dá um choque no nervo. Eu prefiro que não cutuque, que fure 2, 3 vezes, mas tem enfermeira aqui que não entende e que não consegue também (...)”
(Entrevista 8, 15 anos).

Resultados e discussão

“Olha... tirou [punção venosa] hoje de mim, então eu já estou me imaginando há quatro horas atrás. A única coisa que eu não gosto, e que eu peço para não fazer na hora de tirar o sangue, é cutucar. Pode ser quem for. Fura quantas vezes precisar, até achar uma, mas não fica cutucando. Isso eu falo na hora. Fura de novo, tira, não cutuca. Já tenta achar outra, porque eu sou péssima de veia. Então, eu falo não cutuca, fura outra e é para todas. Não tem diferença, sabe? Não cutuca, eu não gosto, dói demais! (...)”. (Entrevista 9, 16 anos)

“Tem umas [enfermeiras] que, de vez em quando, elas não aceitam... querem ir na mão única, já vai logo enfiando [a agulha] aí, se não achar, fica mexendo para lá, mexendo para cá e depois, quando tira, acaba estourando a veia, aí seu braço fica desse jeito [aponta para o braço] todo picado!” (Entrevista 11, 16 anos).

“Quando vai pegar o acesso e elas ficam mexendo a agulha lá dentro. Aí toda vez que vai mexer eu falo que não é para mexer. Se não conseguir de primeira, pode parar e pegar outra” (Entrevista 13, 17 anos).

“(...). Eu acho que pôs [introduzir a agulha] uma vez e não deu certo, tira sabe! Vê de novo, chama outra pessoa ou alguma coisa do tipo. Dói bastante. Dá vontade de falar tira isso, se você não sabe picar o negócio [veia ou artéria], não pica. Não dá para falar isso, elas estão fazendo o trabalho delas, mas dói” (Entrevista 9, 16 anos).

No caso da criança e do adolescente, a dor toma proporções ainda maiores quando associada à hospitalização, pois pode potencializar a ansiedade e o medo (BLASI et al., 2015). Diante disto, implementar medidas para aliviá-la deve ser prioridade de ação de todos os profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro, não só porque ele se depara com essa situação em diversos momentos, mas, também, por sua maior proximidade com os pacientes. Para isso, é necessário que ele esteja atento, sensibilizado para o problema, e busque capacitação adequada. Ao realizar uma punção venosa, por exemplo, ele deve promover medidas para aliviar a dor e minimizar o desconforto do paciente (ALMEIDA; SABATÉS, 2008; MORENO; CARVALHO; PAZ, 2014).

4.3.2. Estratégias para minimizar a dor vivenciada por crianças e adolescentes durante procedimentos dolorosos

As crianças e adolescentes participantes da pesquisa sugeriram que enfermeiras e enfermeiros adotassem algumas condutas durante a realização de procedimentos dolorosos, a fim de minimizar a dor e tornar esse momento menos traumático. Destacaram a importância do aprimoramento do profissional, por reduzir a insegurança durante a execução da técnica:

Resultados e discussão

“Sei lá... estudando bastante! Sendo seguro e, se um dia tiver essa insegurança muito forte, tentar não expressar, porque pode atrapalhar. Do tanto de tempo que eu estou aqui que vem médico, aluno, que vem tremendo, com a mão gelada. É bem engraçado e é ruim para eles.... eu acho...” (Entrevista 9, 15 anos).

“Um modo mais suave, mais calmo para pegar a veia da pessoa. Porque não é todo mundo que tem veia boa também, uns tem veia mais assim ... dá para ver, outros tem a veia mais funda. No meu caso mesmo, minhas veias eram boas, só que de tanta internação, acabaram ficando mais fraca [as veias] (...)” (Entrevista 11, 16 anos).

Durante a entrevista, uma criança relatou que o uso de creme anestésico pela enfermeira durante a punção venosa diminuiu a dor durante o procedimento:

“No cateter elas já colocam pomada, no cateter não dói não (...)” (Entrevista 3, 8 anos).

Estudo com o objetivo de avaliar o efeito da utilização de creme anestésico para o alívio da dor causada pela punção venosa periférica analisou 80 crianças, na faixa etária de 5 a 10 anos, em situação de hospitalização ou atendimento de urgência. Concluiu-se que o creme tem efeito no alívio e na intensidade da dor e, portanto, constitui uma alternativa farmacológica a ser utilizada neste tipo de procedimento em crianças e adolescentes (MORENO; CARVALHO; PAZ, 2014).

Outra criança mencionou ser necessário que o enfermeiro ou a enfermeira tivesse mais paciência ao abordá-los para a realização da punção venosa, assim como o estimulasse a respirar com calma, pois isso proporcionava tranquilidade:

“Que elas tenham paciência, também, porque quando eu vou tirar sangue, uma diz: oh, espera, respira, pode falar já que eu coloco [a agulha], ela deixa eu relaxar para ela colocar. Tem umas que eu fico assim, ela só quer me segurar assim e tirar o sangue com eu mexendo. Tem umas que deixam... até eu ficar tranquila, aí elas puxam [aspiram o sangue]” (Entrevista 4, 10 anos.)

O tempo de experiência prática do enfermeiro ou da enfermeira e a sua interação com o paciente antes e durante a realização do procedimento também foram citados como elementos capazes de melhorar o ambiente hospitalar e auxiliar no enfrentamento dos medos associados aos procedimentos invasivos e dolorosos. Ambos também foram relacionados com a redução de sentimentos negativos oriundos da hospitalização:

“Eu peço para as enfermeiras mais experientes, as [enfermeiras] padrão. Elas pegam [a veia] de uma vez só, mas eu estou sem veia no braço, a quimioterapia secou tudo. Então eu tive que pegar essa” (Entrevista 15, 17 anos).

Resultados e discussão

“Tem umas enfermeiras que mal chega aqui e já está brava, já quer tirar a veia e nem brinca com os pacientes. Não fala legal com ele, já fala sem educação. Ser mais simpática ia ser melhor!” (Entrevista 14, 14 anos).

Nabors e Liddle (2017) realizaram estudo em Cincinnati, USA, com nove crianças (3 a 11 anos de idade, ambos os sexos) diagnosticadas com doenças crônicas e oito irmãos (3 a 12 anos). Os autores buscaram compreender suas percepções a respeito da hospitalização e identificaram dois temas principais, com aspectos positivos e negativos, respectivamente. Em um deles, os participantes expressaram não gostar do hospital, de lidar com o longo curso da doença e sentir dor relacionada aos procedimentos, muitas vezes, picadas de agulha ou “cutucadas”. Três pacientes e dois irmãos também não gostavam de médicos ou enfermeiros, pois eram, segundo eles, os responsáveis pelas picadas de agulha ou pelos procedimentos dolorosos. Os aspectos positivos envolveram as estratégias de enfrentamento diante da hospitalização e as atividades divertidas, distrativas e lúdicas realizadas no hospital, uma vez que amenizavam as difíceis rotinas hospitalares (NABORS; LIDDLE, 2017).

Nesse sentido, para minimizar a dor, podem ser instituídos alguns métodos não farmacológicos, tais como relaxamento, informação preparatória, distração, aplicação de calor e frio, massagem, posicionamento, presença de pessoa significativa e toque terapêutico (MORENO; CARVALHO; PAZ, 2014). Os enfermeiros podem também planejar as intervenções em cooperação com a família das crianças e dos adolescentes, a fim de prepará-los e facilitar a adaptação aos procedimentos dolorosos (HADAN; ÇINAR; AY, 2017).

De acordo com Pelander; Leino-Kilp e Katajisto (2007), o enfermeiro pode e deve integrar elementos de distração e entretenimento em suas rotinas diárias com pacientes pediátricos, tais como brincadeiras e jogos, a fim de amenizar ou eliminar experiências negativas decorrentes de procedimentos cirúrgicos, invasivos ou dolorosos.

Segundo Farias et al.,(2017, p. 708):

O brincar é uma ação importante na hospitalização, pois, ajuda a diminuir a sensação de solidão, tensões, temor das crianças e estresse, oferecendo um local de tratamento agradável onde pintam, brincam, desenham e manifestam sensações de descontração e lazer, demonstrando seu efeito terapêutico sobre o bem-estar destas.

Nesse sentido, uma importante estratégia envolve a utilização do brinquedo terapêutico, pois, embora não impeça a criança de experienciar a dor, esta intervenção possibilita que ela expresse seus sentimentos e reflita sobre suas vivências, privilegiando os acontecimentos mais significativos no ambiente hospitalar. Trata-se de um recurso que também a prepara para a realização de procedimentos como coleta de sangue, nebulização, curativo, sondagem vesical e

Resultados e discussão

cirurgias. Tal intervenção, de responsabilidade dos enfermeiros, pode auxiliar ainda na compreensão e cooperação da criança e até mesmo do adolescente com a equipe de saúde, minimizando os efeitos adversos da hospitalização e potencializando a sua recuperação (LEMOS et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

Os participantes deste estudo mencionaram que se sentiam menos ansiosos e mais colaborativos nas situações em que o enfermeiro se comunicava/interagia durante um procedimento doloroso. Segundo eles, quando isso acontecia, a dor também parecia menor:

“Faz [diferença]! Ela faz você rir, não deixa você nervoso. Interage bastante com a pessoa e, se estiver doendo alguma coisa, faz rir e não dói tanto” (Entrevista 10, 14 anos).

“(...). Porque se ela não interagir, o paciente vai ficar nervoso também, aí não vai querer deixar ela [enfermeira] fazer as coisas dela” (Entrevista 14, 14 anos).

Durante a hospitalização, a elevada frequência com que crianças e adolescentes são submetidos a procedimentos que causam dor pode favorecer o desenvolvimento de ansiedade e sentimentos negativos a respeito desse momento. Alguns, embora vejam esses procedimentos como negativos, reconhecem que são necessários para alívio dos sintomas e melhora do quadro saúde. Diante disto, faz-se necessário oferecer para a criança e o adolescente todas as informações necessárias a respeito de sua hospitalização, diagnóstico e tratamento, para que eles se sintam mais seguros e menos ansiosos (FARIAS et al., 2017).

No momento em que realizam atividades interativas, por exemplo, brincar, os enfermeiros podem estabelecer um vínculo mais próximo com a criança, o que aumentará a segurança, permitirá construir bases mais sólidas para uma relação de confiança com esses pacientes e seus familiares e, conseqüentemente, facilitará a realização dos cuidados de enfermagem (COSTA; MORAIS, 2017; PELANDER; LEINO-KILP; KATAJISTO, 2007). A equipe e a família também podem utilizar técnicas de distração para a execução de um procedimento doloroso, bem como para consolidar o vínculo entre a criança, o adolescente e sua família, como já mencionado. A depender da fase de desenvolvimento em que se encontram, o uso desta ferramenta é capaz de reduzir o sofrimento e promover a cooperação da criança e do adolescente diante do procedimento a ser realizado (DIAS et al., 2013).

Estudo realizado por Lemos et al. (2016) com 21 crianças, entre 3 e 12 anos, comparou as reações comportamentais dos participantes durante o preparo para punção venosa antes e após a utilização do brinquedo terapêutico. Concluiu-se que o uso do brinquedo contribuiu de forma significativa para o fortalecimento ou otimização de comportamentos que evidenciaram

Resultados e discussão

maior aceitação e adaptação dos participantes a este procedimento.

O brincar representa um importante componente na vida das crianças e, no caso daquelas hospitalizadas, pode ajudar os enfermeiros a prestarem cuidados mais eficazes. Além disso, por amenizar o desconforto e as experiências negativas durante a hospitalização, é fundamental que esta intervenção seja incorporada sistematicamente à prática clínica diária. Entretanto, vários são os obstáculos enfrentados por esses profissionais na tentativa de promover esse tipo de atividade, sobretudo disponibilidade insuficiente de brinquedos nas unidades de pediatria e sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde (COMPARCINI et al., 2018).

Para uma assistência efetiva e humanizada à criança e ao adolescente, é necessário reconhecer suas individualidades, compreender suas reais necessidades e desenvolver intervenções adequadas às suas idades e condições clínicas. Outras medidas que favorecem o enfrentamento da situação dolorosa e podem tornar o procedimento de punção venosa menos doloroso e traumático são: evitar a manipulação excessiva da criança e do adolescente, planejar coletas de exames para evitar punções venosas repetidas e desnecessárias e utilizar cateteres centrais em tratamentos prolongados (BLASI et al., 2015).

Por fim a categoria conceitual “Ser um bom enfermeiro: atributo essencial a qualidade do cuidado”, envolve a descrição e a interação de temas e subtemas que permitiram compreender que a condição de crianças e adolescentes de estar hospitalizado os levam a interagir com enfermeiros em seu cotidiano de cuidado e essa situação desencadeia opiniões e sentimentos a respeito dessa relação. Nessa convivência, os participantes identificaram a comunicação dos enfermeiros como essencial durante a hospitalização e atributo importante para o bom enfermeiro, uma vez que reconhecem como consequência dessa ação, a revelação de um ambiente hospitalar mais acolhedor, amenizando o sofrimento provocado pela internação. Os participantes esperavam estabelecer uma comunicação efetiva com o enfermeiro nos momentos em que este profissional desenvolvia os cuidados e valorizando as demonstrações de empatia, interpretadas como preocupação com o seu estado de saúde.

A comunicação verbal efetiva com o enfermeiro também foi apontada como uma importante estratégia para deixá-los mais seguros e tranquilos durante a realização de procedimentos dolorosos, aguardando que o enfermeiro fornecesse informações de forma clara e adequada ao seu nível de entendimento, explicando passo a passo sua realização, finalidade e sendo verdadeiro com o paciente.

As competências do enfermeiro frente a realização de procedimentos dolorosos também foram apontadas como atributo do bom profissional. A condição de estar hospitalizado impõe

Resultados e discussão

as crianças e adolescentes a necessidade de ser submetidos a diversos procedimentos dolorosos e, para os participantes do presente estudo, a punção venosa foi a mais importante fonte de desconforto e dor. Como forma de amenizar o sofrimento causado por tais procedimentos, as crianças e adolescentes apontaram o aprimoramento profissional por meio do estudo, como estratégia para minimizar a insegurança durante a realização da técnica.

A paciência e interação do enfermeiro com o paciente durante a realização do procedimento e o seu tempo de experiência prática, também foram aspectos observados pelos participantes da pesquisa como estratégias que proporcionam uma melhora do ambiente hospitalar. O enfermeiro deve ser capaz de combinar habilidades técnicas com atributos que são apreciados pelas crianças e adolescentes, bem como ser capaz de incorporá-las nas atividades de cuidado, tendo como consequência a qualidade do cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é um trabalho que emerge de um interesse pessoal em conhecer e contribuir com a Enfermagem Pediátrica e de compreender as perspectivas de crianças e adolescentes hospitalizados sobre o que é ser um bom enfermeiro. Para tal, nos apoiamos na metodologia de investigação qualitativa Teoria Fundamentada nos Dados- TFD. A escolha por esta abordagem permitiu identificar o fenômeno representativo do significado de ser um bom enfermeiro a partir da perspectiva dos mesmos.

Vale ressaltar que neste estudo, avançamos até a etapa analítica de codificação axial, que permite o desenvolvimento de uma categoria principal a partir de elementos que dimensionam uma categoria mais ampla e conceitual. Assim, esta etapa permitiu a construção da categoria conceitual “Ser um bom enfermeiro: atributo essencial a qualidade do cuidado”, que revela as particularidades do que é ser um bom enfermeiro na perspectiva de crianças e adolescentes hospitalizados e seus efeitos na relação entre as pessoas e o ambiente de cuidado.

A princípio, a produção do material empírico foi complexa, pela dificuldade de aproximação e estabelecimento de vínculo entre o pesquisador e a criança ou adolescente hospitalizado. Foi necessário uma aproximação gradual e levamos em consideração a fase de desenvolvimento do participante, ou seja, quando era uma criança, foi oferecido o desenho, sendo utilizado como base para as perguntas iniciais de “quebra gelo”, não sendo, portanto, objeto de análise do estudo. Outra dificuldade encontrada durante a etapa operacional foi que as crianças e adolescentes participantes não demonstraram interesse pelo desenho, desta forma outras atividades lúdicas foram propostas como forma de aproximação, respeitando as diferentes faixas etárias, o que exigiu muita criatividade do pesquisador. Observamos que as crianças e adolescentes participantes do estudo, em sua grande maioria, souberam diferenciar o enfermeiro dos demais membros da equipe de saúde, apenas duas crianças não souberam, motivo que ocasionou o encerramento da participação das mesmas no estudo.

Os aspectos éticos necessários para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos foram respeitados e buscamos manter a privacidade dos participantes. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, com a gravação dos áudios. O material empírico produzido mediante as entrevistas, seguindo as recomendações da TFD foi organizado em três grandes temas e seus subtemas e apontou que para as crianças e adolescentes participantes, as questões de gênero no trabalho da enfermagem tem implicações quando observam a presença discreta de homens na profissão e que se sentem mais a vontade ao serem atendidas por um profissional do mesmo sexo, mas este não foi um problema pois mencionaram, também, que

Considerações finais

todos são enfermeiros e que realizando o cuidado da forma correta não deve impor distinção a partir do gênero.

Os resultados deste estudo preenchem uma lacuna na literatura brasileira sobre a temática, identificando implicações para a prática do enfermeiro e contribuindo com a compreensão das experiências de crianças e adolescentes hospitalizados sobre a qualidade dos cuidados de saúde pediátricos e hebiátricos. Demonstra, ainda, que crianças e adolescentes apresentam um entendimento acerca dos cuidados realizados, sendo capazes de apontar o que esperam de um bom enfermeiro, expressando suas perspectivas.

Finalizamos ressaltando que de acordo com os pressupostos da TFD, a categoria conceitual “Ser um bom enfermeiro: atributo essencial a qualidade do cuidado”, pode ser ampliada com novos dados advindos de outras pesquisas, ou ainda, com a constituição de outros grupos amostrais, como de pais e mães, outros profissionais de saúde, gerentes de enfermagem, no sentido de ampliar e aprofundar a compreensão do que é ser um bom enfermeiro, permitindo assim, a construção de uma teoria substantiva a respeito que possa contribuir na formulação de diretrizes para nortear a prática clínica do enfermeiro pediatra, quer seja possibilitando a contratação de enfermeiros que atentam a esse quesito ou ainda, como subsídio para a formação do enfermeiro pediatra.

6. REFERÊNCIAS¹

- ABBASZADEH A. et al. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, vol. 7, n. 18, 2014.
- ADEYEMY-ADELANWA, O. et al. Attitudes of patients towards being cared for by male nurses in a Jamaican hospital. *Applied Nursing Research*, v. 29, n. , p. 140-143, 2016.
- ANDREWS, T. et al. A metodologia da teoria fundamentada nos dados clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto contexto – enferm**, v. 26, n. 4, 2017.
- ALMEIDA, F. A.; SABATÉS, A. L. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. Barueri: Manole, 2008.
- ARMELIN, C. B.; et al. A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v.15, n.2, p. 45-54, 2005.
- AYDIN ER, R.; SEHIRALTI, M.; AKPINAR, A. Attributes of a good nurse: The opinions of nursing students. **Nursing ethics**, v. 24, n. 2, p. 238-250, 2015.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Teoria Fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, 2011.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto, 1994.
- BORGES, M. S.; FREITAS, G. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p.113-16, 2012.
- BOZTEPE, B.; ÇINAR, S.; AY, A. School-age children's perception of the hospital experience. **Journal of Child Health Care**, Ankara, v. 21, n. 2, p. 162-170, 2017.
- BRADY, M. Hospitalized children's views of the good nurse. **Nursing Ethics**, v. 16, n. 5, p. 543-60, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, DF: Senado, 1990.
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. **From practice to Grounded Theory: qualitative**

Referências

- research in nursing. Menlo Park (California): Addison-Wesley, 1986.
- COMPARCINI, D. et al. Children's perceptions about the quality of pediatric nursing care: a large multicenter cross-sectional study. **Journal of nursing scholarship**, v. 50, n. 3, p. 287-295, 2018.
- CORREIO, R. A. P. V. et al. Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. **Enferm Foco**, v. 1, n. 4, p. 45-60, 2015.
- CORSANO, P.; MAJORANO, M. Hospitalized children's representations of their relationship with nurses and doctors. **Journal of Child Health Care**, v. 17, n. 3, p. 294-304, 2012.
- COSTA, T. S.; MORAIS, A. C. Child hospitalization: child living from graphical representations. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 11, n. 1, p. 358-367, 2017.
- COYNE, I.; KIRWAN, L. Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. **Journal of Child Health Care**, v. 16, n. 3, p. 293-304, 2012.
- COYNE, I.; AMORY, A.; KIERNAN, G.; GIBSON, F. Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. **European Journal of Oncology Nursing**, Ireland, v. 18, n. 3, p. 273-280, 2014.
- ÇALBAYRAM, N. Ç.; ALTUNDAĞ, S.; AYDIN, B. Investigating Children's Perception of Nurses Through Their Drawings. **Clinical Nursing Research**. 2017.
- DANTAS, C. C.; LEITE, J. L. Teoria Fundamentada nos Dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.
- DIXON-WOODS, M., YOUNG, B., HENEY, D. **Rethinking experiences of childhood cancer: a multidisciplinary approach to chronic childhood illness**. Mc Graw-Hill International, 2005.
- FARIAS, D. D. et al. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 11, n. 2, p. 703-711, 2017.
- FERNÁNDEZ, L. M. A interação entre pesquisador e dados: implicações para a constituição da sensibilidade teórica na Grounded Theory. **Questões Transversais**, v. 2, n. 3, 2014.
- FIGUEIREDO, A. M. S. et al. Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, v. serIV, n. 6, p. 105-114, 2015.
- FOLEY, G. TIMONEN, V. Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences. **Health Serv Res**, v. 50, n. 4, p.1195-1210, 2015.
- GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. (1967) - **The discovery of grounded theory: strategies for research qualitative**. New York: Aldine de Gruyter, 1967.
- GOMES, I. M. et al. Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 9, n.1, p.466-474. 2015.

Referências

- GAÍVA, M. A. M.; PAIÃO, M. R. R. S. O ser criança: percepção de alunas de um curso de graduação em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 75-83, 1999.
- GIRVIN, J.; JACKSON, D.; HUTCHINSON, M. Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 8, p. 994-1006, 2016.
- GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 20-30, 2005.
- GOMES I. L. V.; QUEIROZ M. V. O. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 703-709, 2012.
- JAMALIMOGHADAM, N. et al. Hospitalized adolescents' perception of dignity: A qualitative study. **Nursing Ethics**. 2017.
- JONAS, M. F. et al. O lúdico como estratégia de comunicação para a promoção do cuidado humanizado com a criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 393-400, 2013.
- KOO, M.; CHUN LIN, S. The image of nursing: A glimpse of the Internet. **Japan Journal os Nursing Science**, v. 13, n. 4, p. 496-501, 2016.
- LEITE, F. Raciocínio e procedimentos da Grounded Theory Construtivista. **Revista de Epistemologias da Comunicação**, v. 3, n. 6, 2016.
- LIMA, C. F. M. et al. Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, p. e19870, 2016.
- LISSAUER, T.; CLAYDEN, G. **Manual ilustrado de pediatria com dados e informações adaptados à realidade brasileira**. 3º ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- MARCINOWICZ, L. et al. How hospitalized children and parents perceive nurses and hospital amenities: A qualitative descriptive study in Poland. **Journal of Child Health Care**, v. 20, n.1, p. 120 - 128, 2014.
- MERETOJA, R.; LEINO-KILPI, H.; KAIRA, A. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. **Journal of nursing management**, v. 12, n. 5, p. 329-336, 2004
- MOREIRA, P. L; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 757 - 762, 2003.
- MORENO, E. A. C.; CARVALHO, A. A. S.; PAZ, E. P. A. Dor na criança submetida à punção venosa periférica: efeito de um creme anestésico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 392-399, 2014.
- MOURÃO, C. M. L.; ALBUQUERQUE, A. M. S. Comunicação em enfermagem: uma revisão

Referências

- bibliográfica. **Revista Rene.**, v. 10, n. 3, p. 139-45, 2009.
- NABORS, L.; LIDDLE, M. Perceptions of hospitalization by children with chronic illnesses and siblings. **Journal of Child and Family Studies**, v. 26, n. 6, p. 1681-1691, 2017.
- NOBLE, H.; MITCHELL, G. What is grounded theory. **Evidence-Based Nursing**, v. 19, n. 2, p.34-35, 2016.
- OLIVEIRA, H. The Children's Sense of Illness in the Hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n. 3, p. 326-32, 1993.
- OLIVEIRA, L. M. N.; QUEIRÓS, P. J. P.; CASTRO, F. V. A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. **Revista de Psicologia**, n. 2, v. 1, p. 143-158, 2015.
- OLIVEIRA, V. Z. et al. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. **Psicologia Estudos**, v. 9, n. 1, p. 9-17, 2004.
- PEÑA, A. L. N.; JUAN, L. C. A experiência de crianças hospitalizadas sobre sua interação com os profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 871429-1436, 2011.
- PELANDER, T.; LEINO-KILPI H. Quality in pediatric nursing care: Children's expectations. **Comprehensive Pediatric Nursing**, v. 27, n. 3, p. 139–151, 2004.
- PELANDER, T.; LEINO-KILPI, H.; KATAJISTO, J. Quality of pediatric nursing care in Finland: Children's perspective. **Journal of Nursing Care Quality**, Finland, v. 22, n. 2, p. 185-194, 2007.
- PELANDER, T.; LEINO-KILPI, H. Children's best and worst experiences during hospitalisation. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Turku, v. 24, n. 4, p. 726-733, 2010.
- PEREIRA, A. T. G.; FORTES, I. F. L.; MENDES, J. M. G. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 7, n. 1, p. 227-235, 2013.
- PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto e Contexto Enfermagem.**, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2005.
- PUNCH, S. Research with children: the same or different from research with adults?. **Childhood**, v.9, n. 3, p. 321–341, 2002.
- QUINTANA, A. M.; ARPINI, D. M. A vivência hospitalar no olhar da criança internada. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 414-423, 2007.
- REZAEI-ADARRYANI, M.; SALSALI, M.; MOHAMMADI, E. Nursing image: Na evolutionary concept analysis. **Contemporary Nurse**, v. 43. n. 1. p. 82-90, 2012.
- RIBEIRO C. A.; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um

Referências

- modelo teórico. **Revista de Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 4, p. 391-400, 2005.
- RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N.; LOBÃO, C. Editorial: Saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados? **Revista pesquisa qualitativa**, v. 6, n. 10, p. 3-7, 2018.
- ROSSI C. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 640- 645, 2010.
- RUSH, B.; COOK, J. What makes a good nurse? Views of patients and carers. **British Journal of Nursing**, v. 15, n. 7, p. 382-385, 2006.
- SADIKOVIĆ, O; IVANOV, S. How hospitalized children imagine a good paediatric nurse? **Paediatrics Today**, v. 6, n. 1, p.89-96, 2010.
- SANCHES, K. O. L. **Construindo o significado do apoio social na adversidade: a experiência da família do doente com câncer em situação de pobreza**. São Carlos, 2010. 189 f. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos.
- SANTOS, J. L. G. et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016.
- SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. A grounded theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 5, p. 575-579, 2002.
- SARTORIO, N. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Images of a ‘good nurse’ presented by teaching staff. **Nursing Ethics**, v. 17, n. 6, p. 687-694, 2010.
- SCHIMIDT, C.; BERNAIX, L. Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors. **American Journal of Maternal Child Nursing**, v. 32, n. 6, p. 336-342, 2007.
- SCHNEIDER, C. M.; MEDEIROS, L. G. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. **Unoesc & Ciência – ACHS**, v. 2, n. 2, p. 140-54, 2011.
- SHIELDS, L. A personal essay on the role of the nurse. **Contemporary Nurse**, v. 43, n. 2, p. 213-218, 2013.
- SILVA, J. P. Comunicação de más notícias. **Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012.
- SILVA, T. P. Desvelando as relações e inter-retro-ações do enfermeiro no gerenciamento do cuidado enfermagem à criança com condição crônica hospitalizada. 2013. 189 p. Tese (Doutrado) - **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- SILVA, T. P. Gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com dor oncológica crônica. 2016. 229 p. Dissertação (Mestrado) - **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- SIMÕES, J.; AMÂNCIO, L. Género e enfermagem: Um estudo sobre a minoria masculina.

Referências

Sociologia, Problemas e Práticas, Oeiras, n. 44, p. 71-81, 2004.

STEIN BACKES, D. et al. Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. **Aquichan**, v. 16, n. 1, p. 24-31, 2016.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada**. Medellín: Universidad de Antioquia. 2002.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

TAROZZI, M. **O que é a Grounded Theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados**. Petropolis: Ed Vozes, 2011.

TATES K.; MEEUWESSEN, L. Doctor-parent-child communication. a (re)view of the literature. **Social Science Medicine**, v.52, n. 6, p.839-51, 2001.

TEN HOEVE, Y., JANSEN, G. & ROODBOL, P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n. 2, p. 295–309, 2014.

United Nations Convention on the Rights of the Child UNCRC (1989) **Convention on the Rights of the Child**. Geneva: United Nations.

VIEIRA, S. S. **Mobilizando-se para resgatar a vida através do implante coclear: a experiência da família da criança com deficiência auditiva**. São Carlos, 2011. 205f. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos.

WILSON, M. E.; MEGEL, M. E. The voices of children: stories about hospitalization. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 24, n. 2, p. 95-102, 2010.

¹De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

APÊNDICE 1 (crianças)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da Pesquisa: Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados

Pesquisadores responsáveis: Alesson Martins Gomes, enfermeiro, aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP, COREN-SP: 467.404 e Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, Professora Titular da EERP-USP, COREN-SP: 13.469.

Meu nome é **Alesson Martins Gomes**, sou enfermeiro e aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Gostaria de convidar seu filho (a) a participar de uma pesquisa que será realizada aqui no Hospital das Clínicas. A minha orientadora é a Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo da pesquisa é conhecer a opinião das crianças sobre o que gostam e o que não gostam no trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros. Caso o senhor (a) concorde com a participação de seu (sua) filho (a), começaremos pedindo que ele (a) faça um desenho retratando uma enfermeira e um enfermeiro para, depois, fazermos perguntas sobre o que gostam e o que não gostam no trabalho deles. A conversa (entrevista) será realizada aqui no Hospital das Clínicas e terá duração de 15 a 30 minutos, mas você ou seu (sua) filho (a) podem interrompê-la a qualquer momento, sem problema algum. Seu (sua) filho (a) não será identificado (a), e as informações fornecidas por ele (a) serão mantidas em segredo, por exemplo, sem saber que foi ele (a) que nos disse. Se ele (a) não quiser responder a alguma pergunta, não terá problema. Se o senhor (a) concordar com a participação de seu (sua) filho (a), mas ele (a) não aceitar, será mantida a decisão dele (a). Caso aceitem participar, informo que vocês poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o tratamento dele (a) e para o senhor (a). O senhor (a) e seu (sua) filho (a) não terão nenhum benefício direto, nesse momento, pela participação, mas os resultados do estudo contribuirão para conhecer a opinião da criança sobre quem cuida da saúde dela. Na participação de seu (sua) filho (a) podem ocorrer riscos mínimos, não previstos, mas se você ou seu (sua) filho (a) sentirem qualquer desconforto durante a nossa conversa, podem solicitar a encerrar a entrevista, continuando ou não mais tarde. Caso venha a ocorrer, oferecerei apoio escutando-o (a) e poderei encaminhá-lo (lá) para os profissionais da unidade, caso tenham interesse. Quando terminarmos

Apêndice

esta pesquisa, os resultados serão divulgados em revistas e apresentados em congressos científicos, garantindo que o nome de seu filho (a) não será divulgado. A participação do seu filho (a) é completamente voluntária e não haverá custo para vocês por estar participando. Vocês terão direito à indenização, conforme as leis vigentes no País, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas suas diferentes fases.

Se o senhor (a) e seu (sua) filho (a) concordarem, a conversa será gravada, para que eu não esqueça nada do que foi dito e, depois, será passada para o papel. Se o senhor (a) e seu (sua) filho (a) quiserem, poderão receber uma cópia do material para conferência; caso não aceitem que ela seja gravada, farei anotações e depois serão lidas, se assim desejarem. Gostaria, também, de ter autorização para consultar o prontuário de seu filho (a) para conhecer como tem sido a sua história aqui no hospital, como informações sobre o diagnóstico, data do diagnóstico, número de internações, tratamento, entre outras. O Sr. (a) receberá uma via assinada deste termo de consentimento, na qual estão o telefone e o endereço dos pesquisadores e o endereço do Comitê de Ética, podendo tirar dúvidas a respeito desta pesquisa e de sua participação na mesma, sempre que necessário.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O comitê de ética em pesquisa é responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa e também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas, como o senhor (a) e seu (sua) filho (a), e preservar os seus direitos. Caso deseje falar conosco, o senhor (a) poderá nos encontrar por meio dos telefones (16) 3602-0542, (13) 99735-9838 (Alesson), (16) 99961-4274 (Profa. Regina) ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP. Horário de atendimento do Comitê de Ética em Pesquisa de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. O telefone é (16) 33159197.

Agradecemos a colaboração.

Pesquisador principal: Alesson Martins Gomes – E-mail: alesson.gomes@usp.br

Orientadora: Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima – E-mail: limare@eerp.usp.br

Alesson Martins Gomes

Aluno do programa de Pós-Graduação da EERP

Prof^a. Regina A. Garcia de Lima

Orientadora, Prof^a. da EERP

Apêndice

Após ter conhecimento sobre como meu/minha filho (a) poderá colaborar com esta pesquisa, concordo com a sua participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, _____, aceito que meu filho (a) participe da pesquisa “**Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados**”, respondendo às perguntas sobre o que gosta e o que não gosta no trabalho da enfermeira ou do enfermeiro. Tendo recebido os esclarecimentos acima declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) de que será realizada uma conversa (entrevista) que será gravada, caso concorde ou no caso de não concordar será feito registro em papel; c) da segurança de que as informações obtidas serão divulgadas, porém não seremos identificados; d) de que teremos a liberdade de manifestar recusa em participar da pesquisa em qualquer etapa do processo, sem qualquer prejuízo com relação ao atendimento ou tratamento no hospital; e) de que poderemos contar com orientações que se fizerem necessárias antes e durante a pesquisa; f) de que tenho direito à indenização conforme as leis vigentes no País, caso ocorra dano decorrente de participação na pesquisa. Recebemos uma via deste documento assinada por mim e pelo pesquisador e tivemos a oportunidade de discuti-lo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201____.

Assinatura da Mãe ou Pai e/ou Responsável

APÊNDICE 2 (crianças)**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da Pesquisa: Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados

Pesquisadores responsáveis: Alesson Martins Gomes, enfermeiro, aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP, COREN-SP: 467.404 e Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, Professora Titular da EERP-USP, COREN-SP: 13.469.

Meu nome é **Alesson Martins Gomes**, sou enfermeiro e aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa que será realizada aqui no Hospital das Clínicas. A minha orientadora é a Profa. Regina Aparecida Garcia de Lima, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo da pesquisa é conhecer o que você gosta e o que você não gosta no trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros. Caso você aceite participar, começarei pedindo que faça um desenho retratando uma enfermeira e um enfermeiro para, depois, fazermos perguntas sobre o que você gosta e o que não gosta no trabalho deles (delas). A conversa (entrevista) será realizada aqui no Hospital das Clínicas e terá duração de 15 a 30 minutos, mas você pode parar a qualquer momento. Você não será identificado (a) e tudo que me disser será mantido em segredo, por exemplo, sem saber que foi você que disse. Se não quiser responder a alguma pergunta, não tem problema algum. Se sua mãe deixar você participar, mas você não quiser, aceitarei o que você quiser. Caso aceite participar, mas em algum momento quiser parar, poderá fazer isto, sem nenhum problema (prejuízo para o seu tratamento ou para o seu responsável). Você não vai receber pela sua participação, mas sua opinião sobre quem cuida da sua saúde é importante para ajudar os enfermeiros e as enfermeiras a saberem o que é bom e o que precisa melhorar. Durante nossa conversa, se tiver alguma coisa que você não goste, pode pedir para encerrar a conversa, continuando ou não mais tarde. Caso venha a ocorrer, oferecerei apoio te escutando e poderei chamar outro profissional que já cuida de você, caso você queira. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado será divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, no entanto, o seu nome não será divulgado. A sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você ou seu responsável por estar participando. Vocês terão direito à indenização, conforme as leis vigentes no País,

Apêndice

caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas suas diferentes fases.

Se você concordar, nossa conversa será gravada, para que eu não esqueça nada do que foi dito e, depois, passada para o papel. Se você quiser, receberá uma cópia do que conversamos para conferência; caso não aceite que ela seja gravada, escreverei o que me falar e depois será lida, se você quiser. Gostaria, também, de ter autorização para ler o seu prontuário para conhecer como tem sido a sua história aqui no hospital, como informações sobre sua doença, data de seu nascimento, data do diagnóstico e quantas vezes já esteve internado.

Você receberá uma via assinada deste termo de assentimento, na qual estão o telefone e o endereço dos pesquisadores e o endereço do Comitê de Ética, podendo tirar dúvidas a respeito desta pesquisa e de sua participação na mesma, sempre que necessário.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O comitê de ética em pesquisa é responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa e também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa, como você e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315- 9197. Caso deseje falar comigo, poderá me encontrar nos telefones (16) 3602-0542, (13) 99735-9838 (Alesson), (16) 99961-4274 (Profª. Regina) ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP. Horário de atendimento do Comitê de Ética em Pesquisa de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Agradecemos a sua colaboração.

Pesquisador principal: Alesson Martins Gomes– E-mail: alesson.gomes@usp.br

Orientadora: Profª. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima – E-mail: limare@eerp.usp.br

Alesson Martins Gomes

Aluno do programa de Pós-Graduação da EERP

Profª. Regina A. Garcia de Lima

Orientadora, Profª. da EERP

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “**Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados**”, respondendo perguntas sobre o que gosto e o que não gosto no trabalho da enfermeira ou do enfermeiro. Recebi explicações sobre: a) objetivo deste estudo; b) de que será realizada uma conversa (entrevista), c) que será gravada, caso concorde ou no caso de não

Apêndice

concordar será escrito no papel; d) o que eu falar não vai ter meu nome; e) de que posso parar nossa conversa quando eu quiser, sem qualquer problema para o meu atendimento ou tratamento no hospital. Recebi uma via deste documento assinada por mim e pelo pesquisador e tivemos a oportunidade de conversar com ele sobre a minha participação.

Criança

Assinatura da Mãe ou Pai e/ou
Responsável

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

APÊNDICE 3 (adolescentes)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da Pesquisa: Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados

Pesquisadores responsáveis: Alesson Martins Gomes, enfermeiro, aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP, COREN-SP: 467.404 e Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, Professora Titular da EERP-USP, COREN-SP: 13.469.

Meu nome é **Alesson Martins Gomes**, sou enfermeiro e aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, gostaria de convidar seu filho (a) a participar de uma pesquisa que será realizada aqui no Hospital das Clínicas. A minha orientadora é a Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo da pesquisa é conhecer a opinião das crianças e dos adolescentes sobre o que gostam e o que não gostam no trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros. Caso o senhor (a) concorde com a participação de seu (sua) filho (a), começaremos pedindo que ele (a) faça um desenho retratando uma enfermeira e um enfermeiro para, depois, fazermos perguntas sobre o que gostam e o que não gostam no trabalho deles. A conversa (entrevista) será realizada aqui no Hospital das Clínicas e terá duração de 15 a 30 minutos, mas você ou seu (sua) filho (a) podem interromper a qualquer momento, sem problema algum. Seu (sua) filho (a) não será identificado (a), e as informações fornecidas por ele (a) serão mantidas em segredo, por exemplo, sem saber que foi ele (a) que nos disse. Se ele (a) não quiser responder a alguma pergunta, não terá problema. Se o senhor (a) concordar com a participação de seu (sua) filho (a), mas ele (a) não aceitar, será mantida a decisão dele (a). Caso aceitem participar, informo que vocês poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o tratamento dele (a) e para o senhor (a). O senhor (a) e seu (sua) filho (a) não terão nenhum benefício direto, nesse momento, pela participação, mas os resultados do estudo contribuirão para a conhecer a opinião da criança sobre quem cuida da saúde dela. Na participação de seu (sua) filho (a) podem ocorrer riscos mínimos, não previstos, mas se você ou seu (sua) filho (a) sentirem qualquer desconforto durante a nossa conversa podem solicitar para encerrar a entrevista, continuando ou não mais tarde. Caso venha a ocorrer, oferecerei apoio escutando-o (a) e poderei encaminhá-lo (lá) para os profissionais da unidade, caso tenham

Apêndice

interesse. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados serão divulgados em revistas e apresentados em congressos científicos, garantindo que o nome de seu filho (a) não será divulgado. A participação do seu filho (a) é completamente voluntária e não haverá custo para vocês por estar participando. Vocês terão direito à indenização, conforme as leis vigentes no País, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas suas diferentes fases.

Se o senhor (a) e seu (sua) filho (a) concordarem, a conversa será gravada, para que eu não esqueça nada do que foi dito e, depois, será passada para o papel e se o senhor (a) e seu (sua) filho (a) quiserem poderão receber uma cópia do material para conferência; caso não aceitem que ela seja gravada, farei anotações e depois serão lidas, se assim desejarem. Gostaria, também, de ter autorização para consultar o prontuário de seu filho (a) para conhecer como tem sido a sua história aqui no hospital, como informações sobre o diagnóstico, data do diagnóstico, número de internações, tratamento, entre outras. O Sr. (a) receberá uma via assinada deste termo de consentimento, na qual estão o telefone e o endereço dos pesquisadores e o endereço do Comitê de Ética, podendo tirar dúvidas a respeito dessa pesquisa e de sua participação na mesma, sempre que necessário.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O comitê de ética em pesquisa é responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa e também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas, como o senhor (a) e seu (sua) filho (a) e preservar os seus direitos. Caso deseje falar conosco, o senhor (a) poderá nos encontrar por meio dos telefones (16) 3315-0542, (13) 99735-9838 (Alesson), (16) 99961-4274 (Profa. Regina) ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP. Horário de atendimento do Comitê de Ética em Pesquisa de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16hs.

Agradecemos a colaboração.

Pesquisador principal: Alesson Martins Gomes– E-mail: alesson.gomes@usp.br Orientadora: Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima – E-mail: limare@eerp.usp.br

Alesson Martins Gomes
Aluno do programa de Pós-Graduação da EERP

Prof^a. Regina A. Garcia de Lima
Orientadora, Prof^a. da EERP

Apêndice

Após ter conhecimento sobre como meu/minha filho (a) poderá colaborar com esta pesquisa, concordo com a sua participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Responsável – Eu, _____, li e aceito que meu filho (a) participe da pesquisa “**Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados**”. Recebemos uma via deste documento assinada por mim e pelo pesquisador e tivemos a oportunidade de discuti-lo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201____.

Assinatura da Mãe ou Pai e/ou Responsável

APÊNDICE 4 (adolescente)
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados.

Pesquisadores responsáveis: Alesson Martins Gomes, enfermeiro, aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP, COREN-SP: 467.404 e Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, Professora Titular da EERP-USP, COREN-SP: 13.469.

Meu nome é Alesson Martins Gomes, sou enfermeiro e aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa que será realizada aqui no Hospital das Clínicas. A minha orientadora é a Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo da pesquisa é conhecer o que você gosta e o que você não gosta no trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros. Caso você aceite participar, começarei pedindo que faça um desenho retratando uma enfermeira e um enfermeiro para, depois, fazer perguntas sobre o que você gosta e o que não gosta no trabalho deles (delas). A conversa (entrevista) será realizada aqui no Hospital das Clínicas e terá duração de 15 a 30 minutos, mas você pode parar a qualquer momento. Você não será identificado (a), e tudo que me disser será mantido em segredo, por exemplo, sem saber que foi você que disse. Se não quiser responder a alguma pergunta, não tem problema algum. Se sua mãe permitir que você participe, mas você não desejar, aceitarei o que você quiser. Caso aceite participar, mas em algum momento quiser parar, poderá fazer isto, sem nenhum prejuízo para o seu tratamento ou para o seu responsável. Você não vai receber pela sua participação, mas sua opinião sobre quem cuida da sua saúde é importante para ajudar os enfermeiros e as enfermeiras a saberem o que é bom e o que precisa melhorar. Durante nossa conversa, se tiver alguma coisa que você não goste, pode pedir para encerrar a conversa, continuando ou não mais tarde. Caso venha a ocorrer, oferecerei apoio te escutando e poderei chamar outro profissional que já cuida de você, caso você queira. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado será divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, no entanto, o seu nome não será divulgado. A sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você ou seu responsável por estar participando. Vocês terão direito à indenização, conforme as leis vigentes no País, caso ocorra dano decorrente da

Apêndice

participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas suas diferentes fases.

Se você concordar, nossa conversa será gravada, para que eu não esqueça nada do que foi dito e, depois, passada para o papel. Se você quiser, receberá uma cópia do que conversamos para conferência; caso não aceite que ela seja gravada, escreverei o que me falar e, depois, será lida, se você quiser. Gostaria, também, de ter autorização para ler o seu prontuário para conhecer como tem sido a sua história aqui no hospital, como informações sobre sua doença, data de seu nascimento, data do diagnóstico e quantas vezes já esteve internado.

Você receberá uma via assinada deste termo de assentimento, na qual estão o telefone e o endereço dos pesquisadores e o endereço do Comitê de Ética, podendo tirar dúvidas a respeito desta pesquisa e de sua participação na mesma, sempre que necessário.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O comitê de ética em pesquisa é responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa e também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa, como você e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315- 9197. Caso deseje falar comigo, poderá me encontrar nos telefones (16) 3315-0542, (13) 99735-9838 (Alesson), (16) 99961-4274 (Profa. Regina) ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP. Horário de atendimento do Comitê de Ética em Pesquisa de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16hs.

Agradecemos a sua colaboração.

Pesquisador principal: Alesson Martins Gomes– E-mail: alesson.gomes@usp.br Orientadora: Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima – E-mail: limare@eerp.usp.br

Alesson Martins Gomes

Aluno do programa de Pós-Graduação da EERP

Profª. Regina A. Garcia de Lima

Orientadora, Profª. da EERP

Responsável - Eu, _____, li e concordo em participar da pesquisa **“Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças**

Apêndice

e adolescentes hospitalizados”. Recebi uma via deste documento assinada por mim e pelo pesquisador e tivemos a oportunidade de conversar com ele sobre a minha participação.

Participante

Assinatura da Mãe ou Pai e/ou
Responsável

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201____.

APÊNDICE 5
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da coleta: ___/___/_____

Dados de identificação da criança

Nome: _____

Sexo: (1) feminino (2) masculino.

Data de nascimento: ___/___/_____

Escolaridade: _____

Nº de internações: _____

Procedência: _____

Diagnóstico: _____

Data do diagnóstico: ___/___/_____

Terapêutica: _____

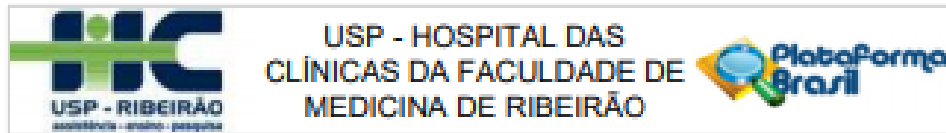
Tempo de internação: _____

Questões norteadoras

1. Você poderia fazer para mim um desenho de uma enfermeira ou um enfermeiro?
2. Você sabe diferenciar quem é enfermeira ou enfermeiro?
3. Esse enfermeiro é homem ou é mulher? Isso faz alguma diferença para você?
4. O que a (o) enfermeira (o) está vestindo?
5. Você gosta do que ela (ele) vestindo? O que você sugere que ela (ele) vista?
6. O que a (o) enfermeira (o) está fazendo?
7. Por que ela (ele) está fazendo isso?
8. Você gosta do que ela (ele) está fazendo?
9. Você gosta da forma com que essa enfermeira (o) está fazendo isso?
10. Você gosta dessa enfermeira (o)? Por quê?
11. Essa enfermeira (o) que você desenhou é boa ou má? Por quê?
12. O que falta na sua opinião para que ela se torne boa (bom) enfermeira (o)?
13. Quais outras atividades você gostaria que a (o) enfermeira (o) realizasse com você?

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Boa Enfermeira e Bom Enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados

Pesquisador: Alesson Martins Gomes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64366517.7.3001.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.816.759

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa da instituição proponente Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. O HCFMRP_USP será uma coparticipante da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados na Plataforma Brasil e estão de acordo com as normas éticas vigentes.

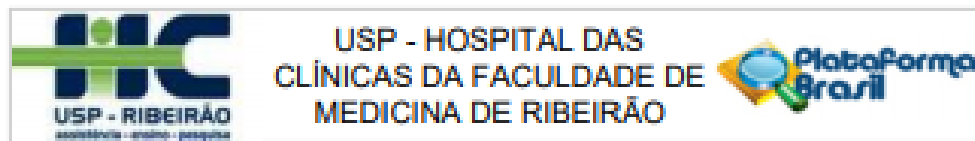
Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da instituição proponente e aprova o HCFMRP-USP como coparticipante da pesquisa.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3632-2226 Fax: (16)3632-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.816.759

Considerações Finais a critério do CEP:

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEVERSAO03.pdf	28/06/2018 23:09:39	Alesson Martins Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEVERSAO03.pdf	28/06/2018 23:09:27	Alesson Martins Gomes	Aceito
Outros	oficio_encaminhamento_emenda2.pdf	12/06/2018 15:12:35	Alesson Martins Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep_emenda.pdf	10/05/2018 15:24:20	Alesson Martins Gomes	Aceito
Outros	chefia_depto.pdf	10/05/2018 15:18:52	Alesson Martins Gomes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 13 de Agosto de 2018

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
 (Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3602-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br