

IVANA MARIA FOSSARI

**ESTRATÉGIAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO
CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE
HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA VISANDO O
CUIDADO RESOLUTIVO**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento (PPGEGC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), para a obtenção do Grau de Doutor em Engenharia e Gestão do Conhecimento.

Orientadora: Prof^ª Édis Mafra Lapolli, Dr^ª.

Coorientadoras: Prof^ª Gertrudes Aparecida Dandolini, Dr^ª. e Prof^ª Inara Antunes Vieira Willerding, Dr^ª.

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Fossari, Ivana Maria

Estratégias para o Compartilhamento do Conhecimento nos Processos de Hospitalização Pediátrica Visando o Cuidado Resolutivo / Ivana Maria Fossari; orientador, Édis Mafra Lapolli; coorientadora, Gertrudes Aparecida Dandolini; coorientadora, Inara Antunes Vieira Willerding.

389 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Engenharia e Gestão do Conhecimento. 2. Processo de Hospitalização. 3. Hospitalização Pediátrica. 4. Compartilhamento do Conhecimento. I. Lapolli, Édis Mafra. II. Dandolini, Gertrudes Aparecida. III. Willerding, Inara Antunes Vieira. IV. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento. V. Título.

Ivana Maria Fossari

**ESTRATÉGIAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO
CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO
PEDIÁTRICA VISANDO O CUIDADO RESOLUTIVO**

Esta Tese foi julgada adequada para a obtenção do Título de Doutor em Engenharia e Gestão do Conhecimento e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de maio de 2018.

Prof.a Gertrudes Aparecida Dandolini, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Édis Mafra Lapolli, Dra.
Orientadora/UFSC

Prof. Áureo dos Santos, Dr.
Examinador Externo/UNISUL

Prof. Cristiano J., de C. de A. Cunha, Dr.
UFSC

Prof.^a Lúcia Nazareth Amante, Dra.
UFSC/CCS

Prof. Roberto Rogério do Amaral, Dr.
UFSC

Dedico esta tese à Teresa Domitila Fossari, por seu amor à ciência, sua luta por um mundo mais justo e humano, sua generosidade e amor à família.

Obrigada pelo incentivo, irmã querida... para sempre em nossos corações!!!

AGRADECIMENTOS

Gostaria de registrar minha gratidão às pessoas que me acompanharam nessa caminhada, pela companhia e apoio compartilhados tornando mais suave esse processo instigante e desafiador. E foram muitas as pessoas, desde o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento até essa etapa conclusiva do doutorado. Enfim...

Agradeço:

À orientadora Professora Édis Mafra Lapolli, Dra., por acreditar e abraçar a ideia proposta de pesquisa, colaborando com o aprofundamento através de sua incontestável sabedoria e ciosa presença.

À coorientadora Professora Gertrudes A. Dandolini Dra., por disponibilizar seus conhecimentos;

À coorientadora Inara A. Willerding Dra., pelo apoio incansável e por seu olhar generoso e atento, disponibilizando seu tempo e conhecimento nessa caminhada.

Aos estimados professores que compõem a banca de defesa pela generosidade de compartilharem seus conhecimentos através da análise desta tese, obrigada aos professores: Édis Mafra Lapolli, Lucia Nazareth Amante, Áureo dos Santos, Cristiano J. de Almeida Cunha e Roberto Rogério do Amaral.

Ao corpo docente do PPGEGC/UFSC, pela dedicação e ensinamentos;

Aos colegas que se tornaram amigos e parceiros: Waldoir Gomes Júnior, Mirian Torquato, Daniela Massad, Michelle Mello, Christine Franzoni e Carmen L. Fossari, irmã de sangue e alma, parceira dos palcos;

À Luciana Bianchin, por seu apoio; à Lizete Wood, pela revisão e carinhosas palavras de incentivo.

À direção e corpo técnico do Hospital Universitário, em especial aos colegas e amigos de trabalho na Unidade de Internação Pediátrica, representados por: Michelini Fátima da Silva, Josiane dos Santos, Raquel V. de Oliveira da Silva, Ana M. do N. Wessler, Rosane Pasini, Gerson de Oliveira e Vanessa Hreisemnou, pelos anos de parceria.

À equipe do Ambulatório de Pediatria do HU, pela carinhosa acolhida diante dos meus desafios profissionais e pela cumplicidade, representados em especial por: Cinara Pierezan, Ausinete F. Steinbach, Regina da Conceição, Vanessa Platt, Cláudia Lorenzo, Rosemarie Linhares, Jucélia Guedert e Ilza Schmidt de Brito Selhorst.

À direção e corpo técnico do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em especial às colegas da arte de cuidar: Luciana Rosatelli e Leide Souza.

Aos profissionais da equipe multiprofissional, e especialistas das duas instituições, que salvaguardados por suas contribuições anônimas, disponibilizaram seu tempo e experiência para pensarmos em conjunto questões pertinentes ao tema desta pesquisa, e para avaliar as questões emergentes.

Às acompanhantes das crianças hospitalizadas nas duas instituições, por disporem de seu tempo para colaborarem na construção desta pesquisa.

Às crianças em processo de hospitalização, pela inspiração e inquietude.

Aos amigos e companheiros do teatro e da vida do Grupo Pesquisa Teatro Novo /UFSC, pelo sonho compartilhado.

Ao Grupo de Pesquisa Inovação em Ciência e Tecnologia (CoMovI), pela parceria e pelo sonho de repensar contribuições sociais visando o bem comum.

À minha família, fonte de amor, nessa cumplicidade de sonhos e afetos, pelo apoio incontestado.

Aos queridos e amados pais, Domingos Fossari e Irene Maria Fossari, estejam onde estiverem, o vibrar de suas energias e ensinamentos é um constante incentivo sempre.

À vida, que é um ato amoroso em construção.

*Eu sei que não sou nada e que talvez
nunca tenha tudo. Aparte isso, eu
tenho em mim todos os sonhos do
mundo.*

*(Fernando Pessoa, in: Álvaro de
Campos, 'Tabacaria')*

RESUMO

A sociedade do conhecimento vê o capital intelectual transformar-se em vantagem competitiva nas organizações onde informações e conhecimento são rapidamente articulados em redes. Nas organizações hospitalares, o modelo biomédico estabelecido é beneficiário desse processo dinâmico e complexo que se reflete, além das prescrições informatizadas, no acesso a exames laboratoriais e de imagens mediatizados pelo avanço tecnológico, que, diante do ritmo acelerado de seu desenvolvimento, coloca-se à frente, muitas vezes, do desenvolvimento das pessoas que habitam os espaços hospitalares. A medicina das conquistas científicas e tecnológicas, em contrapartida, perde gradativamente o olhar clínico generalista. No processo de hospitalização em pediatria, várias pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais evidenciam que a abrangência da assistência à criança e acompanhante necessita do trabalho em equipe multidisciplinar para viabilizar o compartilhamento dos saberes na busca de uma visão sistêmica de saúde. A presente tese tem como objetivo estabelecer estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo. Para atingir o objetivo proposto, foi utilizada uma abordagem metodológica qualitativa e, em relação a sua classificação geral é do tipo exploratória e descritiva, utilizando como estratégia de pesquisa, o estudo de caso. A coleta de dados ocorreu por meio dos métodos: revisão bibliográfica; pesquisa documental; grupos focais; e entrevista semiestruturada. A revisão bibliográfica ocorreu em dois momentos, a revisão sistemática da literatura com buscas em três bases de dados: *Scopus*, *Web of Science* e *Medline* e a pesquisa bibliográfica. Para caracterizar as duas organizações hospitalares escolhidas, foi utilizada a pesquisa documental priorizando os documentos pertinentes ao tema proposto. Assim como, a aplicação das técnicas de grupo focal com profissionais da saúde, e de entrevistas semiestruturadas com os acompanhantes das crianças hospitalizadas, para compilar dados advindos dos sujeitos de pesquisa. Os dados coletados foram analisados sob a ótica da análise temática, dando suporte à criação de vinte e nove estratégias que, posteriormente, foram validadas por especialistas, por meio do método Delphi, em três rodadas consecutivas. Ao final da terceira rodada, obtiveram-se vinte seis estratégias, sendo estas as estabelecidas para o compartilhamento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Palavras-chave: Processo de Hospitalização. Hospitalização Pediátrica. Compartilhamento do Conhecimento.

ABSTRACT

Knowledge society sees intellectual capital become a competitive advantage in organizations where information and knowledge are promptly articulated in networks. In hospital organizations, the established biomedical model benefits from this dynamic and complex process, which is reflected, in addition to computerized prescriptions, by the access to laboratory and image tests mediated by technological development, which, in light of its fast pace, is often put ahead of the development of people inhabiting hospital spaces. In contrast, the medicine of scientific and technological achievements gradually loses the generalist clinical eye. In the hospitalization pediatric process, many researches in the health sciences, human and social sciences show that the reach of assistance to children and their companion need the work of an interdisciplinary team in order to enable knowledge sharing in the pursuit of a systemic vision of health. This thesis aims at establishing strategies for knowledge sharing in the pediatric hospitalization processes, aiming at an effective care. In order to achieve the proposed goal, a qualitative methodological approach was used, and as for its general classification, is exploratory and descriptive, using the case study as a research strategy. Data were collected through methods: bibliographic review; documentary research; focus groups; and semi-structured interview. Bibliographic review took place at two different moments, the systematic literature review with searches in three databases: Scopus, Web of Science and Medlin, as well as the bibliographic research. In order to depict the selected hospital organizations, a documentary research was used, prioritizing documents related to the proposed subject matter. As well as the application of focus group techniques with healthcare professional and semi-structured interviews with adults accompanying hospitalized children, to compile data from research subjects. Collected data were analyzed under the optic of thematic analysis, supporting the creation of twenty-nine strategies which, later, were validated by experts, using the Delphi method, in three consecutive rounds. By the end of the third round, twenty-six strategies arose, all of them established with a focus on sharing in the pediatric hospitalization processes, aiming at the effective care.

Key-words: Process hospitalization. Pediatric Hospitalization. Sharing Knowledge.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Fluxograma de trabalho.....	80
Figura 2 –	Processo de pesquisa utilizando o Método Delphi..	90
Figura 3 -	Média e Desvio Padrão.....	189

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Estudos envolvendo o compartilhamento do conhecimento pertinentes ao tema deste trabalho no PGGEGC.....	41
Quadro 2 -	Especificidades de uma Unidade de Internação Pediátrica.....	58
Quadro 3 –	Fases da Análise Temática.....	87
Quadro 4 –	Identificação dos profissionais.....	100
Quadro 5 –	Identificação dos profissionais.....	118
Quadro 6 –	Identificação dos respondentes no HU.....	141
Quadro 7 –	Identificação dos respondentes no Hospital Infantil Joana de Gusmão.....	154
Quadro 8 –	Criação das estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.....	180
Quadro 9 -	Estratégias redefinidas na 1ª rodada do Método Delphi.....	194
Quadro 10 –	Estratégias redefinidas na 2ª rodada do Método Delphi.....	200
Quadro 11 –	Estratégias estabelecidas.....	208
Quadro 12 –	Taxonomia das Dimensões Estratégicas.....	213

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Total de artigos selecionados após análise das duplicidades, triplicidades e quadruplicidades nas bases de dados.....	83
Tabela 2 - Resultados da 1ª rodada de aplicação do Método Delphi.....	191
Tabela 3 - Resultados da 2ª rodada de aplicação do Método Delphi.....	198
Tabela 4 - Resultados da 3ª rodada de aplicação do Método Delphi.....	204

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PPGEGC –	Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento
MS –	Ministério da Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
PNHAH –	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH –	Política Nacional de Humanização
PNHOSP -	Política Nacional de Atenção Hospitalar
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
RAS -	Rede de Atenção à Saúde
NIR -	Núcleo Interno de Regulação
NAQH -	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
CRISP-DM -	Processo Padrão Cross-Indústria de Mineração de Dados
LOS -	<i>Length of Stay</i>
SEIPS -	<i>Systems Engineering Initiative for Patient Safety</i>
AMA -	Associação Médica Americana
SDM -	<i>Shared Decision Making</i>
KT -	<i>Knowledge Translation</i>
ANVISA –	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RDC –	Resolução da Diretoria Colegiada
IP-SDM -	SDM inter-profissional
HBM -	<i>Health Belief Model</i>
EBM –	Evidence Based Medicine
SBME-	Simulation Based Medical Education
PCR –	Parada Cardio Respiratória
HTI –	<i>Health Information Technology</i>
CoPs –	<i>Communities of Practice</i>
PCC –	<i>Patient Centered Care</i>
ECA –	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIJG –	Hospital Infantil Joana de Gusmão
HU –	Hospital Universitário
UIP –	Unidade de Internação Pediátrica
POP –	Procedimento Operacional Padrão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	27
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	37
1.3 OBJETIVOS.....	38
1.3.1 Objetivo Geral	38
1.3.2 Objetivos Específicos	38
1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TRABALHO.....	38
1.5 ESCOPO DA PESQUISA.....	39
1.6 ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA E GESTÃO DO CONHECIMENTO.....	40
1.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
1.8 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	47
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	49
2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	49
2.2 PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO.....	49
2.3 HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA.....	56
2.4 COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO.....	68
2.5 SÍNTESE DO CAPÍTULO.....	75
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	79
3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	79
3.2 FLUXOGRAMA DE TRABALHO.....	79
3.2.1 Caracterização da pesquisa	81
3.2.2 Coleta de Dados	82
3.2.2.1 Revisão Bibliográfica.....	82
3.2.2.1.1 <i>Revisão Sistemática</i>	82
3.2.2.1.2 <i>Pesquisa Bibliográfica</i>	84
3.2.2.2 Pesquisa Documental.....	84
3.2.2.3 Grupo Focal.....	84
3.2.2.4 Entrevista Semiestruturada.....	85
3.2.3 Análise dos Dados	86
3.2.4 Criação das estratégias	89
3.2.5 Validação das estratégias	89
3.2.6 Relatório final	91
4 APRESENTAÇÃO E DISCUÇÃO DOS RESULTADOS	93
4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	93
4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PARTICIPANTE.....	93

4.2.1 Hospital Infantil Joana de Gusmão.....	93
4.2.2 Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC).....	94
4.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	96
4.3.1 Grupo Focal.....	96
4.3.2 Entrevistas Semiestruturadas.....	97
4.4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL.....	99
4.4.1 Grupo Focal: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.....	99
4.4.1.1 Identificação dos Profissionais.....	99
4.4.1.2 Busca de Informações.....	106
4.4.1.3 Compartilhamento do Conhecimento.....	110
4.4.2 Grupo Focal: Hospital Infantil Joana de Gusmão.....	117
4.4.2.1 Identificação dos Profissionais.....	117
4.4.2.2 Busca de Informações.....	122
4.4.2.3 Compartilhamento do Conhecimento.....	127
4.4.3 Discussão dos resultados obtidos.....	136
4.5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	139
4.5.1 Hospital Universitário Professor Ernani Polydoro de São Thiago.....	139
4.5.1.1 Identificação dos acompanhantes.....	139
4.5.1.2 Busca de Informações.....	142
4.5.1.3 Compartilhamento do Conhecimento.....	143
4.5.2 Hospital Infantil Joana de Gusmão.....	153
4.5.2.1 Identificação dos acompanhantes.....	153
4.5.2.2 Busca de Informações.....	156
4.5.2.3 Compartilhamento do Conhecimento.....	157
4.5.3 Discussão dos resultados obtidos.....	162
4.6 SÍNTESE DO CAPÍTULO.....	165
5 CRIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA VISANDO O CUIDADO RESOLUTIVO.....	167
5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	167
5.2 CRIAÇÃO E ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS.....	167

5.2.1 Área temática 1: Identificação dos profissionais da equipe de saúde.....	167
5.2.2 Área temática 2: Busca de informações.....	170
5.2.3 Área temática 3: Compartilhamento do conhecimento.....	175
5.3 SÍNTESE DO CAPÍTULO.....	180
6 VALIDAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS CRIADAS.....	189
6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	189
6.2 MÉTODO DELPHI: 1ª RODADA.....	190
6.3 MÉTODO DELPHI: 2ª RODADA.....	193
6.4 MÉTODO DELPHI: 3ª RODADA.....	200
6.5 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO MÉTODO DELPHI.....	206
6.6 ESTRATÉGIAS ESTABELECIDAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA.....	207
6.7 TAXONOMIA DAS ESTRATÉGIAS ESTABELECIDAS.....	210
7 CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA FUTUROS TRABALHOS.....	215
7.1 CONCLUSÕES.....	215
7.1.1 Quanto aos objetivos.....	215
7.1.2 Quanto à contribuição para a ciência.....	217
7.1.3 Quanto à contribuição para os profissionais da área.....	217
7.1.4 Quanto à contribuição para a busca de informações.....	218
7.1.5 Quanto à contribuição para o compartilhamento do conhecimento.....	218
7.1.6 Quanto às recomendações para as organizações pesquisadas.....	219
7.2 RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS.....	219
REFERÊNCIAS.....	221
APÊNDICES.....	237
ANEXOS.....	373

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O conhecimento é reconhecido na sociedade atual como parte do capital intelectual, transformando-se, nas organizações, em vantagem competitiva, nas quais o paradigma existente referencia o conhecimento como um poder que cresce na medida em que é compartilhado (URIARTE, 2008). Partindo desse paradigma, é possível observar que favorecer a criação e difusão de novos conhecimentos é vital ao desenvolvimento das organizações.

O surgimento das novas organizações intensivas do conhecimento é permeado pela interação entre dois tipos de conhecimento: o tácito, de natureza subjetiva e intuitiva, e o explícito. Ressalta-se que um conhecimento não exclui o outro, dicotômicos e aparentemente opostos, ambos compõem o conhecimento que é tanto explícito quanto tácito (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, 2008).

Diante da complementaridade exposta dos conhecimentos tácito e explícito é necessário observar as particularidades que os colocam para se completarem à luz da complexidade.

O conhecimento explícito é registrado em normas, banco de dados, tabelas, enfim, é de fácil acesso para ser divulgado e compartilhado. Já o conhecimento tácito envolve a subjetividade de cada indivíduo com os modelos mentais desenvolvidos durante toda uma experiência de vida, as percepções, sensações cotidianas, aspectos culturais e do seu meio ambiente, a forma de enfrentamento às situações de confronto, é um conhecimento que, por sua complexidade, torna-se difícil transmiti-lo em uma linguagem verbal e significativa (URIARTE, 2008).

A expressão “know-how”, para o conhecimento tácito, segundo Nonaka e Takeuchi (2008), engloba duas dimensões:

A primeira, o desempenho técnico do saber fazer, como, por exemplo, o trabalho de um escultor. Com destreza manual, ele trabalha a matéria bruta com suas ferramentas até sentir que a forma idealizada se concretiza, o trajeto que ele percorreu para alcançar o domínio da técnica foi pautado na observação ciosa de seus mestres, no preparo de seu corpo para desenvolver-se como escultor.

A outra dimensão do conhecimento tácito é a cognição, que provém das crenças e valores de cada indivíduo.

Davenport e Prusak (2003, p. 12) afirmam que: “o conhecimento pode ser comparado a um sistema vivo, que cresce e se

modifica à medida que interage com o meio ambiente”. Essa interação pode ser observada em uma criança recém-nascida, que, ao nascer, necessita além de alimentação e cuidados básicos de higiene, um ambiente favorável ao seu desenvolvimento neuropsicomotor proveniente de estímulos externos como o contato físico, os sons, cheiros, aconchego e formação de vínculo, esses serão o seu elo com o novo mundo.

Para o surgimento de novos conhecimentos está implícita a percepção individual de cada uma das partes que interagem, o que para Nonaka e Takeuchi (1997) é um processo dinâmico, cuja interpretação terá como fio condutor a história de vida, o ambiente e o contexto envolvido para determinar a qualidade do conhecimento, sua utilidade e consequente valor.

As possibilidades de conversão dos dois tipos de conhecimento foram apresentadas por Nonaka e Takeuchi (2008, p. 23) como:

1. Socialização: Compartilhar e criar conhecimento tácito por meio de experiência direta.
2. Externalização: Articular conhecimento tácito por meio do diálogo e da reflexão.
3. Combinação: Sistematizar e aplicar o conhecimento explícito e a informação.
4. Internalização: Aprender e adquirir novo conhecimento tácito na prática.

O movimento elíptico da espiral do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (2008) sinaliza o movimento dinâmico com que ocorrem as conversões. A base do movimento é a partir da relação de troca estabelecida entre duas pessoas.

As informações e o conhecimento rapidamente são articulados em redes, desde as relações estabelecidas em pequenos grupos, empresas de pequeno, médio e grande porte, todas vivenciam o avanço da tecnologia da informação característica da sociedade globalizada, sendo esse um fenômeno social importante (CAPRA, 2002).

Nos hospitais, a organização em redes reflete-se nas prescrições informatizadas dos pacientes, no acesso à várias categorias de exames, tanto laboratoriais quanto de imagens, facilidades que o avanço tecnológico vem disponibilizando e aprimorando em um ritmo acelerado e, muitas vezes, a frente do desenvolvimento das pessoas que habitam os espaços hospitalares. O processo é dinâmico e complexo e vai ao

encontro do modelo biomédico estabelecido, cujo foco central é diagnóstico e prescritivo, em uma relação de interpretação de dados.

A aplicabilidade desse avanço no campo da medicina ao mesmo tempo em que representa uma facilidade, ao se tornar um apoio complementar pode, quando utilizado inapropriadamente, passar de auxiliar a protagonista na relação médico/paciente como alerta Siqueira (2009, p. 60) ao sugerir uma reflexão:

Por que "perder tempo", ouvindo um paciente se a ultrassonografia evidencia particularidades de minúsculos cálculos vesiculares? Por que auscultar atentamente o coração enfermo se o ecocardiograma ou a cintilografia miocárdica fornecem informações com precisão quase matemática sobre a anatomia e a fisiologia cardíacas? A medicina tecnológica passa a identificar a "doença" até mesmo onde o paciente ainda não a percebeu (grifos do autor).

A provocação de Siqueira (2009) não é direcionada às facilidades advindas do avanço tecnológico, ele chama atenção para o resgate do raciocínio clínico, do olhar atento ao paciente, da necessidade de restabelecer uma relação entre pessoas.

Para situar o modelo biomédico vigente, é necessário um breve resgate histórico do processo saúde-doença a partir do que se tem documentado da medicina ocidental. Nos registros mais remotos por volta de 2.000 a. C., o exercício da medicina associava-se à magia. Médicos e sacerdotes se mesclavam e se confundiam no saber e anseios das populações assistidas, às doenças eram atribuídas causas sobrenaturais, cabendo aos médicos e sacerdotes o papel de mediadores para reatar o enlace com as divindades por meio de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local (BARROS, 2002; BEIER; IANNOTTI, 2010).

Diante do sobrenatural, ações expurgatórias dominavam, ao que De-Masi (2001, p. 92) conclui: “Tudo vinha do alto ou de baixo, de Deus ou do demônio. O homem, esmagado no meio, era um pobre alvo inerte ou um casual beneficiário das decisões sobrenaturais”. Como o objetivo era expulsar o espírito maligno do corpo, além dos rituais, costumavam administrar aos doentes líquidos para expulsar o “mal”, como laxantes e vomitórios, às vezes usavam sangrias pelo corpo.

A magia e o sobrenatural foram sendo substituídos por uma teoria que colocava em evidência o homem e sua relação com a natureza. Bier e Iannotti (2010, p. 5385) comentam:

O acontecimento mais importante na história da medicina foi o nascimento da medicina como um saber técnico [...] esta primeira medicina científica, a qual chamamos medicina hipocrática, durou cerca de trezentos anos, a partir do século VI a.C.

O termo “medicina hipocrática” era referente a um conjunto de sessenta tratados médicos *Corpus hippocraticum*, cuja autoria é atribuída a Hipócrates, apesar de que, pela cronologia de 450 a 300 a. C., pode-se deduzir que o conjunto da obra não pode ser delegado a um só indivíduo. Hipócrates viveu na ilha de Cós, entre 460 a 370 a.C, e foi um dos mestres mais importantes da Escola Médica de Cós, de acordo com os relatos de Platão e Aristóteles que o consideravam a personificação da medicina (FRIAS, 2004; BEIER; IANNOTTI, 2010; CASTRO; FERNANDEZ, 2011).

Entre os filósofos gregos nessa época, surge a convicção de que os deuses não eram os únicos responsáveis pela natureza humana, e a busca pela essência natural do homem foi o principal fio condutor do pensamento médico-filosófico-naturalista (BARBOSA; LEMOS, 2007).

Para os hipocráticos, o estado de saúde era resultado da harmonia que existia entre o homem e a natureza, sendo a doença a inexistência dessa relação (BEIER; IANNOTTI, 2010).

Os tratados do *Corpus hippocraticum*, em grande parte, eram destinados à prevenção das doenças, como os cuidados com o meio ambiente, a higiene, alimentação e moradia adequadas para conservar a saúde (BARROS, 2002). Observa-se que o pensamento era mais complexo e, ao interligar as doenças com métodos de prevenção, estabelecendo conexões entre as condições de vida e higiene, esboçavam os primeiros passos para a saúde coletiva.

Como o exercício da medicina era destinado aos cientistas, filósofos e ao clero, seguiu o curso da evolução da ciência. Durante a Idade Média, acompanhou a concepção de mundo orgânico, vivo e espiritual, controlado pela razão e a fé. Entre os séculos XVI e XVII, as descobertas revolucionárias ocorridas no campo da Física e da Astronomia por Copérnico, Galileu e Newton tiveram uma grande influência na mudança de paradigma, a visão de mundo passa a ser a

metáfora de uma máquina, cujo mecanismo pode ser controlado, a ciência objetiva construir o conhecimento para controlar e dominar a natureza (CAPRA, 2014).

Nas ciências médicas, essa nova concepção de mundo representou uma grande mudança e teve em René Descartes (1596-1650), filósofo e matemático, o principal idealizador. Sobre a obra *Discurso do Método* de sua autoria, Barros (2002, p. 73) comenta que “[...] Descartes formula as regras que se constituem os fundamentos de seu novo enfoque sobre o conhecimento e que persistem hegemônicos no raciocínio médico ainda hoje”, ele buscava certezas, tinha por princípio não aceitar algo como verdade sem antes comprová-lo, era a certeza cartesiana no conhecimento científico (CAPRA, 2014).

Na evidência científica proposta por Descartes, o objeto de estudo deveria ser dividido em tantas partes quanto possíveis para compreender sua totalidade. O pensamento deveria ser conduzido ordenadamente do mais simples ao mais complexo para que não restasse qualquer traço de dúvida (BARROS, 2002). Esse método de estudo nas ciências médicas foi o precursor da medicina das especialidades.

Diante da dualidade cartesiana, nascia a biomedicina que separa a mente do corpo, dividindo-o em pequenas partes para conhecer sua complexa totalidade. “As doenças são compreendidas como processos individuais, naturais e biológicos, guardando relações exclusivas com determinados órgãos” (SIQUEIRA, 2009, p. 56).

Sob esse paradigma, a formação acadêmica dos futuros médicos vem se reproduzindo. O pensamento complexo proposto pelo *Corpus hippocraticum* perdeu espaço para o modelo biomédico. Com o fortalecimento do modelo biomédico muitas conquistas científicas e tecnológicas surgiram, em contrapartida, perdeu-se o olhar clínico generalista.

Diante desse breve resgate, eu, como profissional da saúde, enfermeira em uma unidade hospitalar na área de pediatria, procuro no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento (PPGEGC) inserir a minha prática cotidiana com todas as dúvidas, questionamentos e inquietações, integrando este espaço interdisciplinar de compartilhamento do conhecimento.

Busco em Capra (2014, p. 404) uma definição de saúde plausível:

[...] a saúde é um processo multidimensional. Do ponto de vista sistêmico, a experiência da doença resulta de padrões de desordem que podem se

manifestar em vários níveis do organismo – biológicos, bem como psicológicos – e nas várias interações entre o organismo e os sistemas maiores nos quais ele está encaixado. Isso significa que as dimensões biológicas, cognitivas, sociais e ecológicas da vida, [...] correspondem a dimensões semelhantes de saúde.

Essa relação complexa e dinâmica que envolve e define o processo saúde-doença norteou minha caminhada até o presente momento. Observo na multidisciplinaridade disponibilizada pelo PPGEGC uma possibilidade de ressignificação das relações interpessoais ao propor a diversidade complementar e um espaço de troca e aprendizagem.

No decorrer da minha prática profissional dentro do espaço hospitalar, procurei apoio às inquietações vivenciadas no Mestrado em Educação da UFSC, aonde desenvolvi a dissertação “Oficina com jogos teatrais: instrumento auxiliar na ressignificação das relações interpessoais do profissional da saúde” (FOSSARI, 1999). Na ocasião, fazia críticas às relações conflituosas de poder existente entre os profissionais, doentes e familiares. Percebia que no exercício da profissão as pessoas tornavam seus corpos rígidos pela postura profissional assumida, criando, dessa forma, certo distanciamento dos doentes e familiares. Acreditava que tornar o corpo mais expressivo pelos jogos teatrais poderia ajudar os profissionais a tornarem-se mais comunicativos, o que de fato é viável e necessário, aumenta a corporeidade.

Hoje, me reporto à gênese do conhecimento pois quero me aprofundar em como ocorre o compartilhamento dos saberes envolvidos. Diante da complexidade que envolve o processo saúde-doença observo que a mudança de paradigma requer de cada um de nós compromisso com as questões sociais, antropológicas, culturais, conhecer, além dos limites e possibilidades do corpo físico, as características que nos identificam como seres humanos, o que, para Morin (2005, p. 139), torna possível a:

[...] comunicação entre as ciências, e a ciência transdisciplinar é a que poderá desenvolver-se a partir dessas comunicações, dado que o antropossocial remete ao biológico, que remete ao físico, que remete ao antropossocial.

O olhar para o outro não pode ser reducionista, precisa ser contextualizado. E nas questões complexas que envolvem a promoção, tratamento e recuperação da saúde da população, observamos que o Ministério da Saúde (MS) vem trabalhando questões emergentes nessas áreas com a finalidade de dar suporte ao atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em maio de 2000, regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover uma cultura de atendimento favorável ao bom relacionamento dos atores envolvidos.

Em 2003, ao avaliar a implantação do SUS, o MS constatou várias carências, como: o despreparo dos profissionais para lidar com a subjetividade do outro; modelos de gestão centralizados e verticais; incorporação de novas tecnologias e especialização vertical dos saberes; entre outras lacunas (BRASIL, 2003).

Procurando diminuir tais carências, o MS transforma o PNHAH em política, com o nome de Política Nacional de Humanização (PNH), que vai permear ações da saúde, favorecendo a troca e construção de saberes; o diálogo entre profissionais; o trabalho em equipe; e a consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde (MELLO, 2008).

Entre outras ações e iniciativas voltadas à Humanização dos Hospitais e Unidades de Saúde do SUS, temos profundas mudanças da concepção dicotomizada e tecnicista da doença-cura para uma visão holística de manutenção da saúde e do cuidado integral. Neste contexto, a saúde é um valor de uso e, para tal necessita, segundo Mello (2008), ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, garantindo-lhes direitos para que sejam sujeitos e protagonistas de suas vidas bem como para os seus familiares.

A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que, muitas vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras as quais inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2003).

Projetos que, ao serem colocados em prática, dependem das pessoas, gestores, profissionais da saúde, usuários e todos que habitam o universo dos hospitais. A cultura organizacional, porém, é falha, os profissionais não dialogam entre si, a proposta de um trabalho em equipe existe, mas sua concretização ainda está longe de ser bem-sucedida. Morin (2005, p. 135) corrobora ao afirmar que:

[...] as disciplinas se fecham e não se comunicam umas com as outras. Os fenômenos são cada vez mais fragmentados, e não se consegue conceber a sua unidade. [...]. Cada disciplina pretende, primeiro, fazer reconhecer sua soberania territorial, e, à custa de algumas magras trocas, as fronteiras confirmam-se em vez de se desmoronar.

Como enfermeira em pediatria, sei que em uma unidade de internação para crianças o trabalho em equipe interdisciplinar é muito importante, e observo que a

delimitação do espaço de cada especialista, em muitas ocasiões, representa um isolamento e, como definiu Morin (2005, p. 135), uma barreira na comunicação.

O processo de hospitalização da criança vem sofrendo mudanças nas últimas décadas, a partir de pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais que vêm fazendo uma indagação aos profissionais sobre o ser criança, qual o papel da família e da comunidade, os tipos de problemas a serem identificados, os objetivos, a abrangência da assistência, a composição e o inter-relacionamento da equipe de saúde (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Para Whaley e Wong (1997) o papel da enfermeira em pediatria engloba: o relacionamento terapêutico; defesa e educação em saúde junto à família da criança; apoio e aconselhamento; planejamento da assistência à saúde; coordenação da equipe de enfermagem e colaboração com os demais membros da equipe multiprofissional. Acrescentando que é o profissional da saúde que possui continuidade de trabalho junto às crianças hospitalizadas, está presente enquanto categoria durante vinte e quatro horas, todos os dias. Cabe-lhe a função de relatar e encaminhar aos demais membros da equipe multiprofissional as situações e evoluções presenciadas junto à criança e sua mãe/ou acompanhante.

O hospital é uma organização dinâmica e complexa que vem sendo direcionada para o atendimento humanizado e os atores que povoam seu espaço físico pertencem a realidades diferentes, formações distintas e buscam diariamente defender suas crenças, valores e convicções.

Diante da complexidade, é preciso um novo paradigma que respeite as diferenças ao mesmo tempo em que as una, “[...] separe e associe, que conceba os níveis de emergência da realidade sem os reduzir às unidades elementares e às leis gerais” (MORIN, 2005, p. 138).

O trabalho em equipe multiprofissional nos Hospitais e Unidades de Saúde é o espaço estabelecido para o diálogo, destinado ao compartilhamento dos saberes na busca de uma visão sistêmica de saúde, de manutenção e do cuidado integral do ser.

A interdisciplinaridade é fundamental para a compreensão do mundo, com suas nuances e dimensões complementares. Vilela e Mendes (2003, p. 527) consideram que: “o projeto interdisciplinar envolve questionamentos sobre o sentido e a pertinência das colaborações entre as disciplinas, visando um conhecimento do humano”.

Nesse mundo em constante mudança, as pessoas assumem um papel determinante para o sucesso da Gestão do Conhecimento, pelo valioso conhecimento tácito que trazem consigo. O compartilhamento desse conhecimento, além de estímulos adequados, passa pelo respeito às questões culturais e sistemas de recompensas (URIARTE, 2008). O autor destaca, ainda, que a parceria com as universidades facilita a captação desse conhecimento para as organizações e que o uso das tecnologias da informação facilita essas metodologias de formação ao propiciar o partilhamento do conhecimento individual e organizacional.

O compartilhamento do conhecimento ocorre na interação entre as pessoas (DAVENPORT; PRUSAK, 2003), e requer uma linguagem clara, respeitosa, e principalmente de empatia com o outro para promover uma comunicação fluída e favorável à troca, principalmente num espaço de atenção à saúde em processo de humanização que depende da capacidade do diálogo, como afirmam Oliveira, Collet e Vieira (2006.p.281) é uma “forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco”.

No entanto, há a constatação de que esse espaço de compartilhamento entre os profissionais, a despeito do que vem sendo apregoado, tende a ocorrer apenas entre seus pares e que o diálogo interdisciplinar ocorre de forma isolada, não se encontra inserido nas ações cotidianas como uma prática instituída, quando existe, é por opção de alguns dos profissionais envolvidos. Na prática, cada profissional vai delimitar seu plano de ação conforme os dados coletados durante a

realização do histórico de saúde, junto à criança e acompanhante hospitalizado.

Ressalto que, para a mesma criança internada, cada profissional da equipe interdisciplinar realiza um histórico de saúde, direcionando seu olhar sobre esta criança e sua família. Tal modelo de atenção tende a informações desencontradas e, muitas vezes, repetidas concorrendo para a falta de complementaridade de dados e sem a devida sinalização para o seu significado diante do quadro clínico.

Situações de extremo desencontro interdisciplinar são observadas como, por exemplo, o caso de uma criança de quatro anos, internada com queixas de irritabilidade, vertigem, cefaleia, insônia e inquietação. Permaneceu alguns dias sob avaliação de vários especialistas até que, durante a entrevista com a Assistente Social, a mãe relata que ao lado de sua casa havia um terreno abandonado onde eram jogadas baterias usadas de uma oficina de carros e que a criança costumava brincar no local; o dado coletado e contextualizado transformou-se em importante informação, os clínicos concluíram que a criança estava com intoxicação por chumbo.

Apenas uma de muitas histórias em que o desencontro de informações revela várias ilhas em um mesmo espaço de atenção e cuidado à saúde. Diante dessa fragmentação, Cecílio (2009, p. 7) comenta:

A intervenção do especialista não pode alcançar sua eficácia plena se não tiver uma boa noção do modo de andar a vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença.

Pode-se afirmar, então, que a complexidade das doenças exige uma ampla integração entre os saberes, sem excluir as benéficas advindas das supra especialidades clínicas é claro, porém, aquela relação pessoa a pessoa é insubstituível. É nesse momento que o especialista pode captar a informação global da vida desse paciente e de sua família, e de posse delas exercer seu raciocínio clínico com base no pensamento crítico e reflexivo.

1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O espaço destinado à hospitalização pediátrica requer uma diferenciação não apenas física, mas principalmente na fluidez das relações entre os profissionais da equipe interdisciplinar. A criança acompanhada de uma pessoa de sua confiança, um familiar ou alguém que esteja desempenhando esse papel, vivencia um período de extrema vulnerabilidade com o isolamento de seu espaço de convívio e de segurança e necessita receber um acolhimento por inteiro dessa equipe, na qual todos compartilhem a mesma linha de tratamento.

Em pediatria, geralmente o acompanhante da criança é o intermediário das relações desta com o profissional, é a sua voz e a expressão dos seus sentimentos, destarte, suas opiniões e percepções acerca da situação da criança devem receber a devida atenção para que se estabeleça uma relação de empatia entre profissionais da equipe e familiar acompanhante/criança. Relação que vai refletir no cuidado resolutivo preconizado pelo SUS, quando a valorização da subjetividade do outro está presente no planejamento das ações, o procedimento técnico se coaduna com as particularidades culturais e individuais daquela criança e família.

Conservar o mesmo tipo de relacionamento em uma equipe de trabalho requer que o diálogo interprofissional se encontre inserido nas ações cotidianas como uma prática instituída, cada um com sua característica tanto profissional quanto pessoal, mas mantendo uma unidade na atenção e cuidados dispensados. Porém, a própria distribuição das funções a desempenhar ocorre de maneira departamentalizada, como exemplo, a coleta de dados para realizar o histórico de saúde da criança no momento da internação será realizada individualmente, por categoria profissional da equipe multidisciplinar. Em consequência, serão distintos planos de cuidado para uma única criança.

Quando uma equipe multidisciplinar atua desta forma, a tendência é que o campo de visão e percepção para a criança e acompanhante estará delimitado à sua formação acadêmica, em detrimento da atenção complexa de saúde preconizada pela Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (BRASIL, 2013), que surgiu para substituir esse modelo de atenção sem complementaridade de dados.

Na sociedade do conhecimento em que as tecnologias da informação aproximam as pessoas, conectando-as em redes, essa fragmentação dos saberes não tem mais espaço, o compartilhamento do

conhecimento entre os profissionais de saúde da equipe multiprofissional e das mães/acompanhantes das crianças num processo de internação hospitalar em pediatria é um tema a ser aprofundado.

Assim, a pergunta a ser respondida nessa pesquisa é a seguinte: Quais estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica podem contribuir para o cuidado resolutivo?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Estabelecer estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica que contribuam para o cuidado resolutivo.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar, na prática de organizações hospitalares, como ocorre o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica;
- Verificar o compartilhamento de conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica, nas organizações pesquisadas, à luz da fundamentação teórica;
- Criar estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica;
- Validar as estratégias criadas.

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TRABALHO

A sociedade globalizada articula o conhecimento em redes. Nas organizações hospitalares, a evolução tecnológica torna-se uma constante desde a cotidianeidade das prescrições e evoluções diárias dos pacientes digitalizadas, aos complexos exames de imagem tridimensional. O processo de internação hospitalar em pediatria encontra-se inserido nesse ambiente.

O ambiente hospitalar, como organização dinâmica e complexa, busca acompanhar o avanço tecnológico preparando sua equipe técnica com o conhecimento necessário para dominar essa nova forma de atenção à saúde.

Em contrapartida, falhas na atenção direta ao paciente seguem ocorrendo, principalmente aquelas pautadas nas questões relacionais entre os atores envolvidos: profissionais da saúde, doentes e familiares; tanto que vem se fortalecendo o movimento em prol da humanização da saúde.

O movimento no Brasil intitulado de “Humaniza - SUS” vem trabalhando questões emergentes nas áreas de prevenção, atenção e recuperação da saúde da população. Com a finalidade de dar suporte ao atendimento aos pacientes, as ações em saúde são direcionadas cada vez mais para o atendimento humanizado.

Faz-se necessário compreender os processos e as interações entre os profissionais e os familiares envolvidos, buscando identificar alternativas para aproximar todos os atores, diminuindo as lacunas de relacionamento existentes, promovendo uma cultura de atendimento favorável à relação interpessoal e interprofissional nos processos de atendimento à saúde, mais especificamente no caso do presente estudo: em um ambiente de internação hospitalar em pediatria.

Diante do hiato existente no relacionamento entre os profissionais da saúde e as mães e/ou acompanhantes das crianças nas unidades de atendimento pediátrico em processo de restabelecimento da saúde, em um ambiente regido pelos princípios da universalidade, equidade e igualdade de atenção à saúde, o estudo em desenvolvimento se justifica. Citando Oliveira, Collet e Viera (2006, p. 284) “o saber técnico supõe saber qual é o bem de seu paciente independentemente de sua opinião”, é preciso dar voz à população assistida.

Dentro desta perspectiva, o estudo apresentado difere dos demais pelo seu caráter inédito ao buscar ampliar as possibilidades de êxito em um processo de internação hospitalar pediátrica, por meio do estabelecimento de estratégias favoráveis ao compartilhamento do conhecimento nesse ambiente, além de contribuir para a implantação da Gestão do Conhecimento nas organizações hospitalares tornando as ações mais humanizadas.

1.5 ESCOPO DA PESQUISA

O escopo da pesquisa está relacionado aos questionamentos que impulsionaram sua elaboração, desde a escolha inicial do título, da delimitação do tema, a ambientação advinda da experiência profissional, enfim, o desenvolvimento de uma pesquisa requer, além dos conhecimentos disponíveis, a “utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos”, assevera Gil (2007, p. 17), para que

o encadeamento das ideias em torno do tema proposto siga o rigor científico.

Diante dessas premissas, surgiu a necessidade de se buscar uma sequência lógica de trabalho visando alcançar os objetivos da pesquisa e, principalmente, delimitar o seu escopo. Definiu-se, então, a ambientação: assistência à saúde hospitalar em pediatria

Esta tese, portanto, tem como proposta a criação de estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica que possam contribuir para o cuidado resolutivo.

Entende-se que saúde é um sistema complexo, definido pelas condições de vida da população, sendo os fatores socioeconômicos e culturais determinantes para uma melhor estabilidade dessa condição, porém essa tese não objetiva o viés da Saúde Pública, no entanto, a compreensão dessa abrangência é necessária e estará permeando as discussões desse estudo.

1.6 ADERÊNCIA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA E GESTÃO DO CONHECIMENTO

A proposta desta pesquisa de conhecer como ocorre o compartilhamento do conhecimento em um processo de hospitalização em pediatria vem ao encontro da formação e da pesquisa preconizadas pelo PPGEHC, que adota como conceito de Conhecimento o “conteúdo ou processo efetivado por agentes humanos ou artificiais em atividades de geração de valor, científico, econômico, social ou cultural” (PACHECO, 2014).

O PPGEHC contempla três áreas de concentração: Engenharia do Conhecimento, Mídia do Conhecimento e Gestão do Conhecimento. A área de concentração Gestão do Conhecimento possui como uma das linhas de pesquisa, a Gestão do Conhecimento, Empreendedorismo, Inovação e Sustentabilidade, que tem por objetivo propor “[...] estudos nos quais os processos de criação e aplicação do conhecimento são determinantes para a implantação das mudanças exigidas pela economia do conhecimento”. (EGC/UFSC, 2018). Faz-se presente e necessária neste estudo, portanto, ao conectar as áreas abordadas como a identificação dos atores envolvidos, responsáveis pela criação, disseminação de uso dos conhecimentos que envolvem a hospitalização pediátrica.

A busca por conexões nas redes sociais para a captura, armazenamento, seleção, sistematização, produção e distribuição de conhecimento que facilitem o diálogo e o compartilhamento dos saberes dos profissionais da saúde e das mães e/ou acompanhantes das crianças em um processo de hospitalização pediátrica mostra que a presente pesquisa também se enquadra na área de mídia, pelo seu potencial de gerar conhecimento e dar alicerce à análise organizacional deste conhecimento.

Esta tese vem juntar-se aos trabalhos apresentados no Quadro 01, associando o Compartilhamento do Conhecimento às linhas de pesquisa da “Gestão do Conhecimento” (GC) e de “Mídias do Conhecimento” (MC) do PPGEGC/UFSC, como contribuição para a implantação da Gestão do Conhecimento em organizações hospitalares.

Quadro 01 – Estudos, envolvendo o compartilhamento do conhecimento, pertinentes ao tema deste trabalho no PGGEGC

AUTOR/TEMA/TESE/ DISSERTAÇÃO/ ANO/ LINHA	RELEVÂNCIA
<p>LASSO Método para o compartilhamento do conhecimento do especialista usado no processo de tomada de decisão. Dissertação - 2016 Gestão do Conhecimento</p>	<p>Utilizou na sua pesquisa o Método para o compartilhamento do conhecimento do especialista como estratégia para facilitar a tomada de decisão em uma organização, principalmente nas situações em que novos funcionários ainda não assimilaram totalmente a visão estratégica dessa, levando a uma homogeneização dos saberes.</p>
<p>LAPOLLI Conexão FCEE (físico, cognitivo, emocional e espiritual) como processo de autoconhecimento para o desenvolvimento de líderes. Tese - 2015 Gestão do Conhecimento</p>	<p>Aborda o pensamento sistêmico que amplia a compreensão de como os indivíduos se reconhecem no mundo em que estão inseridos, propõem que em seus processos de formação os líderes das organizações estejam atentos a essa diversidade e complexidade das pessoas de suas equipes. Para tal criou as estratégias CONEXÃO FCEE (físico, cognitivo, emocional e espiritual) que auxiliam os líderes nessa conquista.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

<p>WILLERDING Arquétipo para o compartilhamento do conhecimento à luz da Estética Organizacional e da Gestão Empreendedora. Tese - 2015 Gestão do Conhecimento</p>	<p>(continuação)</p> <p>O mercado atual requer mudanças na forma de enfrentamento estratégico e de gestão, fato que imprime novas características aos gestores, esses precisam alinhar suas percepções e sensibilidade aos objetivos das organizações de forma flexível e que suas ações permitam reconhecer o potencial do outro, o colaborador, reconhecendo-o em sua totalidade. Para a autora o desenvolvimento dessa relação de empatia favorece o espaço para a criação e o compartilhamento do conhecimento tornando o ambiente mais criativo e competitivo.</p>
<p>PAIM O telefone como mídia para disseminação do conhecimento em um programa de prevenção contra o câncer de próstata. Dissertação - 2015 Mídias do Conhecimento</p>	<p>O uso da mídia telefone como veículo de divulgação e esclarecimento à população sobre medidas de prevenção às doenças e manutenção da saúde, no caso da pesquisa de Paim (2015) direcionadas ao público masculino sobre o câncer de próstata, apresentou resultados satisfatórios delegando a essa estratégia de comunicação um destaque em relação ao uso da internet. Essa pesquisa sinaliza para muitas outras possibilidades estratégicas.</p>
<p>RABELO Análise da relação entre intimidade e compartilhamento de conhecimento em grupos nos processos de desenvolvimento organizacional. Dissertação - 2013 Gestão do Conhecimento</p>	<p>A presença da Gestão do Conhecimento nas organizações facilita as relações entre as pessoas em um movimento de constante transformação das funções individuais para a coletividade, o que Rabelo (2013) alega ser fruto do compartilhamento do conhecimento que vai se fortalecendo de acordo com suas características diferenciadas, e que a intimidade do grupo é um fator estratégico para sua fluidez e desenvolvimento.</p> <p>(continua)</p>

<p>CARPES Avaliação do compartilhamento do conhecimento em entidades de saúde do executivo estadual de Santa Catarina. Dissertação - 2012 Gestão do Conhecimento</p>	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>O compartilhamento do conhecimento ocorre entre as regionais de saúde e é apoiado pela Categoria Pessoas, porém esse compartilhamento entre os servidores e os gerentes ocorre com precaução e certo receio, o que Carpes (2012) alega ser consequência da falta de um gerenciamento eficaz.</p>
<p>BEIRÃO FILHO Criação e compartilhamento do conhecimento da área de moda em um sistema virtual integrado – SIMODA. Tese - 2011 Gestão do Conhecimento</p>	<p>A criação do Sistema Virtual Integrado de Informações (SIMODA) abre um espaço de compartilhamento do conhecimento que redimensiona as possibilidades de criação no mundo da moda, essa ferramenta da WEB viabiliza um ambiente propício à convergência multicultural para a promoção, investigação e mediação do conhecimento.</p>
<p>FRANTZ Criação e compartilhamento de conhecimento artístico e cultural em ambiente virtual interativo. Tese - 2011 Gestão do Conhecimento</p>	<p>O estabelecimento de um espaço virtual para o compartilhamento de conhecimento artístico e cultural facilita não apenas o compartilhamento do conhecimento tácito, como o estabelecimento de laços sociais que, a partir dessa troca de experiências, torna possível, de acordo com Frantz (2011), estabelecer relacionamentos pautados em sentimentos e criação de modelos mentais.</p>
<p>SOARES Marketing de relacionamento na área hospitalar sob a ótica da gestão do conhecimento. Dissertação - 2010 Gestão do Conhecimento</p>	<p>Melhorar a comunicação entre os profissionais e os pacientes no espaço hospitalar, tendo como base que a transformação de conhecimentos tácitos em explícitos pode auxiliar na fluidez das informações entre os sujeitos envolvidos.</p>
<p>WEINZIERL Comissão de humanização – dificuldades e barreiras</p>	<p>Procurou identificar as dificuldades e barreiras da Comissão de Humanização quanto à adequação à Política</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

<p>quanto à adequação à política nacional de humanização do SUS. Dissertação - 2009 Gestão do Conhecimento</p>	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Nacional de Humanização do SUS no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis-SC. Em sua pesquisa e análise, concluiu que existem muitas dificuldades e barreiras a serem transportadas para que a política de humanização preconizada se institucionalize, destaca as fragilidades da política em si e da própria cultura organizacional instituída, tornando o processo lento apesar da boa vontade da nova gestão da Comissão de Humanização. A autora acredita que humanização não deve ser encarada apenas como um diferencial às organizações de saúde, mas sim como uma necessidade de união de todas as pessoas a fim de atingir o bem-estar de todos os envolvidos.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pela autora.

As contribuições advindas das teses e dissertações realizadas no PPGEGC trouxeram pontos convergentes ao tema dessa tese, como a criação de estratégias para facilitar a tomada de decisão em uma organização, principalmente nas situações em que novos funcionários ainda não assimilaram totalmente sua visão estratégica (LASSO, 2016); passando pela necessidade de desenvolver o pensamento sistêmico para ampliar a compreensão de como os indivíduos se reconhecem no mundo em que estão inseridos (LAPOLLI, 2016); as relações que se estabelecem de como a empatia em uma organização torna o ambiente para a criação e o compartilhamento do conhecimento mais criativo e competitivo (WILLERDING, 2015).

A presença da Gestão do Conhecimento nas organizações facilita as relações entre as pessoas, em um movimento de constante transformação das funções individuais para a coletividade (RABELO, 2013); apesar de que nem sempre transcorre dessa maneira, pois há situações em o compartilhamento entre os servidores e os gerentes das regionais de saúde do município de Florianópolis ocorre com precaução

e certo receio, como consequência da falta de um gerenciamento eficaz (CARPES, 2012).

Adentrando ao espaço da TI, encontramos o uso da mídia telefone como veículo de divulgação e esclarecimento à população sobre medidas de prevenção às doenças e manutenção da saúde (PAIM, 2015); esse redimensionamento do uso das TI em outros setores também oferece subsídios à essa tese, como no caso da criação de um sistema virtual para o compartilhamento do conhecimento no mundo da moda, essa ferramenta da WEB viabiliza um ambiente propício à convergência multicultural para a promoção, investigação e mediação do conhecimento (BEIRÃO FILHO, 2011); ou no caso dessa ferramenta utilizada para o compartilhamento de conhecimento artístico e cultural, facilitando também o estabelecimento de laços sociais a partir dessa troca de experiências, tornando possível estabelecer relacionamentos pautados em sentimentos e criação de modelos mentais (FRANTZ, 2011). Situações que buscam, no apoio das TI, melhorar as relações entre as pessoas, na medida em que tendem a melhorar a comunicação, tornando o conhecimento um bem comum, ultrapassam os limites da individualidade solidificando-se na coletividade.

A elaboração de um marketing de relacionamento na área hospitalar sob a ótica da gestão do conhecimento busca exatamente essa melhoria na comunicação entre os profissionais e os pacientes no espaço hospitalar, tendo como base que a transformação de conhecimentos tácitos em explícitos pode auxiliar na fluidez das informações entre os sujeitos envolvidos (SOARES, 2010). Esse é o centro das atenções do processo de humanização implantado em um hospital e que encontrou muitas dificuldades e barreiras a serem transportadas para que a institucionalização da política de humanização preconizada pelo ministério da saúde se concretize, entre elas, a própria fragilidade da política em si e da cultura organizacional instituída, tornando o processo lento, independente da boa vontade da Comissão de Humanização (WEINZIERL, 2009). Esses dois trabalhos deixam claro a necessidade primeira dessa tese em delimitar estratégias para o compartilhamento do conhecimento no espaço hospitalar em pediatria, o que poderá tornar o ambiente propício à comunicação eficaz e consequente cuidado resolutivo à criança.

1.7 ASPECTOS ÉTICOS

Ao propor uma intervenção junto ao conjunto de pessoas que habitam as organizações hospitalares em pediatria, os profissionais e as

crianças com seus familiares, esta pesquisa envolve seres humanos e, portanto, além dos preceitos éticos inerentes à pesquisa em desenvolvimento, segue a Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2012) que regulamenta as ações para essa modalidade de pesquisa no Brasil.

Durante a elaboração do projeto de pesquisa, ainda na fase do planejamento, as questões éticas já permeavam seu desenvolvimento, como resume Víctora (2004, p. 88):

[...] pela antecipação dos riscos, consentimento informado, aprovação do comitê de ética (quando houver); na fase de coleta dos dados, com a garantia de confidencialidade [...] não exposição do informante ou das informações; na fase da análise dos dados, garantia da integralidade da informação e de seu contexto; e na fase de divulgação dos resultados, com o controle sobre as informações a serem divulgadas ou omitidas, prevendo acesso amplo ou restrito para as mesmas.

Antecipar riscos na presente pesquisa envolve o cuidado com a diversidade cultural e de formação existente entre os sujeitos envolvidos em um processo de internação pediátrica. Desvelar a maneira como o conhecimento é compartilhado, requer do consentimento informado, mais que uma mera formalidade prevista pelo código de ética para pesquisas com seres humanos. Assim, faz-se necessário que esse contrato entre as partes ofereça a cada participante a segurança da confidencialidade de sua fala e que é fundamental na construção de um produto que, no futuro, poderá ser útil para ambos, no que acentua Creswell (2010, p. 121) como “uma questão ética surge quando não há reciprocidade entre pesquisador e os participantes”.

Sendo assim, para o desenvolvimento deste estudo, todas as relações foram mantidas sob as normas dos Comitês de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) que se manifestaram favoráveis à pesquisa (Anexos A e B), processos nºs 2.448.649 e 2.497.322 respectivamente, bem como a aquisição do aceite e autorização das organizações a serem pesquisadas, referente a participar da pesquisa, mediante documento próprio (Anexos C e D).

As relações com os sujeitos, participantes dos grupos focal e das entrevistas, foram mantidas a partir da concordância explicitada nos Termos de Livre Consentimento Esclarecido (TCLE) – (Anexos E e F),

bem como, a declaração de consentimento (Anexo G), a concordância dos sujeitos com relação ao consentimento para fotografias, vídeos e gravações (Anexo H).

Observa-se também que todas as necessidades colocadas quanto à pesquisa ou às informações solicitadas pelos atores pesquisados foram consideradas, bem como a garantia de seu anonimato.

1.8 ESTRUTURA DO TRABALHO

O Capítulo 1 destina-se a contextualização da pesquisa, introdução, a pesquisa em sua essência, apresentando o título do trabalho, a pergunta de pesquisa, os objetivos (geral e específicos), a justificativa e relevância do trabalho, a aderência ao Programa de Engenharia e Gestão do Conhecimento (PPGEGC/UFSC) e finaliza com os aspectos éticos.

Já o Capítulo 2 apresenta a Revisão Bibliográfica que visa prover com maior amplitude o referencial teórico deste estudo, vai além dos autores selecionados na revisão sistemática de literatura. A revisão bibliográfica traz uma nova busca em artigos com aderência à pesquisa como aqueles durante a revisão sistemática, as bibliografias consultadas em livros, as teses e dissertações do PPGEGC e de outros programas, além de fontes de informação diversas.

O Capítulo 3 é dedicado aos procedimentos metodológicos necessários à realização da pesquisa, como a sua caracterização; seleção das organizações a serem pesquisadas; procedimentos e instrumentos para a coleta e análise dos dados.

O Capítulo 4 apresenta as organizações pesquisadas o Hospital Infantil Joana de Gusmão e o Hospital Universitário Polydoro Santiago, a seleção dos sujeitos da pesquisa, as entrevistas semiestruturadas e os grupos focais em ambas as instituições e, sequencialmente à realização da pesquisa, a apresentação e análise dos resultados.

O Capítulo 5 refere-se à criação das estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo, as quais são criadas por meio da apresentação e análise dos resultados obtidos pelo método de análise temática.

O Capítulo 6 trata da validação das estratégias criadas para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo, por meio do Método Delphi.

O Capítulo 7 apresenta as conclusões e recomendações para trabalhos futuros. Ao final do documento, são apresentadas referências, apêndices e anexos.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este capítulo busca oferecer suporte teórico a esta pesquisa, tendo em vista que, segundo Triviños (2002, p. 104), “não é possível interpretar, explicar e compreender a realidade sem um referencial teórico”.

Para a elaboração da revisão bibliográfica, utilizaram-se artigos selecionados na revisão sistemática da literatura e dados coletados na pesquisa bibliográfica, por meio de coletâneas escolhidas em livros, em trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses, além dos dados coletados por meio das referências bibliográficas dos artigos selecionados na revisão sistemática, dentre outras fontes relevantes à pesquisa (Apêndice A).

Diante disso, serão abordados os seguintes tópicos: Processos de Hospitalização; Hospitalização Pediátrica e Compartilhamento do Conhecimento.

2.2 PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO

A palavra “Hospital” tem origem no latim *Hospitalis*, que significa ser hospitaleiro, uma derivação de *hospes* – hóspedes, aquele que recebe, antigamente essas casas davam acolhida e assistência aos peregrinos, pobres e enfermos. Atualmente, assumiu da palavra grega *nosocomium* o significado de tratar os doentes, como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes (CAMPOS, 1965; LISBOA, 2002).

Campos (1965, p. 7), discorrendo sobre a evolução histórica dos hospitais, comenta que no “Concílio de Orleans ocorrido em 549, o Hôtel Dieu de Lyon, criado em 542, por *Childebert*, foi designado sob o nome de *xenodochium*. Era destinado a receber pobres, órfãos e peregrinos”. Seguindo a tradição, ao longo dos anos, foram surgindo, em Paris, hospitais com a mesma característica de acolher peregrinos, escolares e outros necessitados, cada um com um público específico, mas em todos, a mesma base filantrópica.

A arquitetura hospitalar também sofreu uma mudança brusca, Costeira (2014, p. 57) relata:

Podemos dizer que o aspecto do hospital contemporâneo formatou-se entre os séculos XVII e XVIII, na Europa. O evento citado como

determinante para a mudança da velha estrutura hospitalar, com instalações insalubres, abrigando centenas de enfermos agrupados, foi o grande incêndio do *Hotel-Dieu*, em Paris, em 1772. Como esta era uma instituição que acolhia muitos pacientes, era urgente a sua reconstrução ou a sua substituição. Foi estabelecida uma comissão para avaliar projetos arquitetônicos adequados ao caso, realizando estudos e pesquisas para encontrar uma solução definitiva para o hospital.

Foi o período da horizontalização dos hospitais para facilitar a ventilação, surgiam também a noção de ambiente contaminado e transmissão de germes, com as descobertas de Louis Pasteur que levou a ideia de isolamento de pacientes em pavilhões (COSTEIRA, 2014). Depois, os hospitais foram acompanhando o desenvolvimento tecnológico, sendo aprimoradas tanto instalações quanto a sua formação em equipes e complexidade.

Faz-se importante destacar a figura de Florence Nightingale, considerada a fundadora da Enfermagem Moderna, foi voluntária na Guerra da Criméia em 1854, em uma época em que a participação da mulher na sociedade era restrita, ela somou-se ao exército para prestar apoio e cuidado aos feridos de guerra, reorganizando a enfermagem (COSTA et. al., 2009). A Inglaterra Vitoriana, com toda sua austeridade, assistia ao início das transformações do cuidado aos enfermos nas instituições hospitalares pelas mãos de uma mulher que provinha de uma família abastada e com forte influência social.

Conforme Costa et al. (2009) Florence Nightingale, com seu olhar inquieto, marcou sua contribuição dentro da organização hospitalar não somente na Enfermagem, mas na área da epidemiologia. Observando a precária situação de higiene que assolava os hospitais da época, dedicou-se a estudar os dados epidemiológicos cruzando essas informações com o resultado de suas meticolosas observações, foi estabelecendo uma relação direta entre ambiente/higiene e as doenças. Pode-se afirmar que foi uma das precursoras do movimento epidemiológico.

No Brasil, na atualidade, os hospitais que pertencem ao Sistema Único de Saúde (SUS) são regidos por portarias que também vão sendo constantemente avaliadas, a última é a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo diretrizes para

a organização dos hospitais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Destaca-se, entre as disposições legais, que os hospitais são:

[...] instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas [...] constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS (BRASIL, 2013, art. 3º).

O Art. 5º desta Portaria considera, entre outras, as diretrizes que tratam da: acessibilidade; acolhimento; classificação de risco; clínica ampliada; horizontalização do cuidado; linha de cuidado; Núcleo Interno de Regulação (NIR); Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH); modelo de atenção; Plano Terapêutico; ponto de atenção; prontuário único; Portas Hospitalares de Urgência e Emergência; protocolo clínico; RAS; visita aberta.

A clínica ampliada propõe uma atenção diferenciada do modelo biomédico ao usuário, da prática clínica centralizada na doença, a inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas ao atendimento. Diante dessa mudança de paradigma, o usuário passa a ser sujeito e, durante um processo de hospitalização, esse sujeito de cuidados vai receber a atenção de forma singular, suas necessidades e particularidades serão respeitadas pela equipe que “[...] busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é, necessariamente, transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2009, p. 14).

A singularidade da atenção requer uma quebra na rigidez protocolar das condutas adotadas até então para diagnósticos e definição de tratamentos. Tais condutas seguem o raciocínio clínico, porém articuladas com outros projetos terapêuticos, buscam ampliar a pluralidade de recursos em concordância com os usuários (BRASIL, 2013).

A contextualização é necessária para tornar único e singular o atendimento clínico, comentam Campos e Amaral (2007, p. 851), porém ela só será “[...] possível, mediante um esforço particular de cada profissional diante de cada caso específico”. Esse movimento envolvendo uma atenção diferenciada faz com que o profissional desenvolva maior amplitude no olhar para captar a história de vida e necessidades implícitas em cada sujeito de cuidados.

Relacionado à gestão hospitalar o texto *Using data mining for prediction of hospital length of stay: an application of the CRISP-DM Methodology* (CAETANO; CORTEZ; LAUREANO, 2015) aborda o gerenciamento das vagas para hospitalização. Foi utilizada a mineração de dados como ferramenta para a previsão do tempo de hospitalização dos pacientes, os dados foram coletados durante o período de 2000-2013, em um hospital de Lisboa/Portugal. A metodologia utilizada foi CRISP-DM (Processo Padrão Cross-Indústria de Mineração de Dados) que visa a extração do conhecimento útil, a partir de dados brutos, e é realizada em seis etapas: *business* a compreensão; a compreensão de dados; preparação de dados; modelagem; avaliação e implementação. O cálculo da previsão do tempo de internação LOS, sigla de “*Length of Stay*” é realizado pela subtração das datas de admissão e da alta. Valores extremos de LOS são conhecidos como LOS prolongada e são responsáveis por uma parte importante no total dos dias de internação e custos. O uso de modelos orientados por dados para prever LOS é de valor para a Gestão Hospitalar, pois a partir desses dados, o planejamento poderá melhorar a gestão de leitos disponíveis, otimizando recursos, proporcionando uma ocupação média mais elevada e evitando desperdícios.

Já a pesquisa de Holden et al. (2013), intitulada *SEIPS 2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients*, traz a discussão dos cuidados de saúde centrado no paciente, promovendo o engajamento deste e da sua família no cuidado, além da preocupação com a ergonomia do trabalho. O modelo *Systems Engineering Initiative for Patient Safety* (SEIPS), que trabalha com a segurança do paciente, foi expandido para SEIPS 2.0 ao incorporar, no modelo original, três novos conceitos: configuração, engajamento e adaptação. O conceito de configuração envolve as propriedades dinâmicas, hierárquicas e interativas dos sistemas sociotécnicos, tornando possível descrever como o desempenho relacionado à saúde é moldado em um determinado espaço de tempo. Engajamento representa o trabalho em equipe no qual vários indivíduos podem realizar atividades relacionadas com a saúde separadamente, porém, de forma colaborativa, por indivíduos o sistema compreende os pacientes, cuidadores familiares e outros não-profissionais. Já a adaptação funciona como um mecanismo de *feedback* para discutir como sistemas dinâmicos podem evoluir de forma planejada e não planejada, quais as implicações importantes e direções futuras para a pesquisa de fatores humanos em saúde.

O planejamento das ações que respeitem a integridade do ser é uma das responsabilidades previstas no Código de Ética de Enfermagem, o Art. 63 determina:

[...] desenvolver suas atividades profissionais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, segundo as normas vigentes (BRESCIANI, 2016, p. 94).

A ergonomia e os fatores humanos são cada vez mais reconhecidos como uma necessidade pelos líderes de cuidados de saúde e as partes interessadas, incluindo os profissionais, líderes de segurança do paciente, educadores e pesquisadores. A prática dos fatores humanos no domínio da saúde continua evoluindo e na indústria de cuidados de saúde ocorrem grandes esforços de redesenho do sistema e mudanças de paradigma, em todo o mundo. Como exemplo, a mudança da filosofia no Código de Ética Médica original da Associação Médica Americana (AMA) de Ética Médica de 1847, que previa a obediência do paciente para com as prescrições de seu médico, sem que ele pudesse opinar, foi substituído por um novo paradigma no Código AMA de 2012-2013, que prevê a parceria entre médico e paciente, estando ambos desempenhando um papel ativo no processo de cura (HOLDEN et al., 2013).

Outra contribuição para a pesquisa em desenvolvimento foi o artigo *The process of satisfaction with Nursing Care in Parents of hospitalized children: a grounded theory study* com relação à opinião dos usuários sobre o atendimento recebido, no caso específico, pela enfermagem, utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados. Os autores Salmani et al. (2015) tinham por objetivo, compreender o processo de satisfação dos pais de crianças hospitalizadas com os cuidados de enfermagem recebidos, realizaram uma amostragem teórica para selecionarem 25 participantes que foram examinados em profundidade por meio de entrevistas semiestruturadas transcritas imediatamente após o término de cada uma delas. Os dados obtidos foram analisados simultaneamente com sua coleção com base no método de análise de dados de Straus e Corbin (1998) em três etapas: aberta, axial e codificação seletiva. Sendo os pais das crianças hospitalizadas seus responsáveis legais, tornam-se também avaliadores da qualidade dos

cuidados recebidos pelas crianças, eles refletem a própria satisfação das crianças (SALMANI et al., 2015).

Salmani et al. (2015) corroboram a proposta da clínica ampliada da PNHOSP que preconiza a singularidade do atendimento à saúde nos hospitais, ao evidenciarem a importância de contextualizar os pais das crianças em tratamento para avaliar o atendimento recebido, definiram que a satisfação é um construto permeável aos fatores psicossociais, ambientais, situacionais, culturais e demográficos, que afetam as atitudes dos pais em relação ao atendimento prestado.

Com relação ao contexto familiar, o estudo de Macías, Zornoza, Rodriguez et al. (2015) intitulado *Impact of Hospital Admission Care at a Pediatric Unit: A Qualitative Study*, trata justamente do estresse envolvido em uma hospitalização pediátrica, principalmente nas situações agudas e inesperadas em que a família vivencia sentimentos variados, desde a incerteza sobre o tratamento à percepção sobre o desempenho dos profissionais e sobre qual o seu papel nesse processo. Para os profissionais, surge a necessidade de trabalhar a equipe e estabelecer uma unidade e continuidade no processo de cuidados que implicará em um melhor atendimento à criança e familiares desde a admissão até sua alta (MACÍAS; ZORNOZA; RODRIGUEZ et al. 2015).

A redução do estresse da hospitalização pediátrica também conduziu o artigo *Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma*, o autor Lerwick (2016) sugere que as angústias induzidas pelos cuidados de saúde na criança podem ser minimizadas com um cuidado planejado, no qual o autor sugere a adoção de quatro princípios norteadores como a escolha, agenda, resiliência e emoção. Esse processo envolve a família da criança nas decisões ao fornecer o poder da escolha; proporcionar que paciente e a família saibam o desenvolvimento dos cuidados e o que se espera deles; que desenvolvam a resiliência fortalecendo os pontos fortes e tirando do foco os negativos; e, trabalhar as emoções da criança e da família, reconhecendo seus medos e fornecendo respostas aos seus questionamentos.

Já os autores Boland, Mc Isaac e Lawson (2016), em *Barriers to and facilitators of implementing shared decision making and decision support in a paediatric hospital: a descriptive study*, trouxeram as barreiras e facilidades percebidas entre as partes interessadas para a implantação da tomada de decisão compartilhada, a *Shared Decision Making (SDM)* em um hospital pediátrico terciário. Utilizaram, como método, um estudo qualitativo descritivo e interpretativo conduzido pela formação de grupos focais e entrevistas

sendo os sujeitos da pesquisa os administradores hospitalar sênior, clínicos, pais e jovens.

A SDM promove parceria e comunicação entre médicos e pais da criança sobre o melhor plano de tratamento, na prática pediátrica, isso representa uma diminuição dos conflitos de decisão. Para promover a SDM no hospital pediátrico do estudo, foi implementado um programa de apoio à decisão, em todo o hospital, para famílias e clínicos, usando como ferramentas estratégias baseadas em evidências médicas, fornecendo informações sobre as opções, associadas a riscos e benefícios para esclarecer os valores e preferências dos pacientes e familiares (BOLAND; Mc ISAAC; LAWSON, 2016).

Investigar a dinâmica do compartilhamento de conhecimentos de uma comunidade de prática por meio de um fórum de discussão *on-line* foi o objetivo do artigo *Applying social network analysis to understand the knowledge sharing behaviour of practitioners in a clinical online discussion forum*, de Stewart et al. (2012). Avaliaram os padrões de comunicação dos membros da comunidade por métodos de análise de rede estatística e social que pode fornecer uma visão ampla dos padrões de comunicação dentro do fórum de discussão. A análise de redes sociais possui ferramentas para identificar os membros mais ativos da comunidade, estabelece um panorama da saúde geral da rede, destaca os membros mais potenciais do núcleo da rede social e explora as relações que existem entre as instituições e profissões em todo o intergrupo. A comunidade de prática compreende pessoas que compartilham um interesse em comum, mas diferem em conhecimento e experiência, e estão interessados em interagir uns com os outros, a fim de compartilhar e fazer avançar os seus conhecimentos (STEWART et al., 2012).

Na atualidade, Ferramentas da Web 2.0 como a *Knowledge Translation* (KT) assume uma importância vital aos cuidados de saúde, facilitando a incorporação de novas provas em prática, estabelecendo um ambiente para a interpretação do conhecimento KT *on-line*. Um espaço virtual, uma comunidade de prática *on-line* onde os profissionais de saúde podem compartilhar seus conhecimentos, experiência prática e relatos. Os autores programaram um KT Web 2.0 baseados em um fórum de discussão *on-line* para os profissionais da dor em crianças, em sete diferentes hospitais na Tailândia. O fórum de discussão *on-line* permitiu o compartilhamento desse conhecimento específico entre os especialistas, favorecendo a interpretação do conhecimento experimental para ajudar a melhorar a gestão da dor pediátrica nos hospitais (STEWART et al., 2012).

Apesar do enfoque ao paciente adulto, o artigo *Feelings of family companions of adults regarding hospitalization process*, de Mendes et al. (2013), está em concordância com o tema proposto ao descrever os sentimentos dos familiares acompanhantes durante a hospitalização de um membro da família, buscando identificar as estratégias adotadas pela equipe de enfermagem para auxiliar o familiar acompanhante no enfrentamento da hospitalização do doente. Entre os sentimentos vivenciados, a solidão e o abandono foram desvelados pelos familiares acompanhantes, porém, amenizados diante da responsabilização dos demais membros da família no cuidado ao doente (MENDES et al., 2013).

A falta de orientações e de diálogo da equipe de saúde provocou o sentimento de apreensão, desespero e impotência nos familiares. Este fato pode ser relacionado com outro sentimento, a sensação de perda de liberdade quando o familiar acompanhante não contou com o auxílio de outras pessoas para compartilhar a tarefa de cuidar. Em contrapartida, verificou-se que o sentimento de segurança foi percebido com a disponibilização dos recursos tecnológicos e dos serviços da equipe de saúde. Os sentimentos de religiosidade e de solidariedade foram considerados importantes para o enfrentamento da hospitalização do familiar doente, bem como de outros doentes sem acompanhantes (MENDES et al., 2013).

2.3 HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA

Uma unidade de internação pediátrica recebe crianças a partir de um mês de vida até 14 anos incompletos, ou 15 anos incompletos, conforme a instituição em que esteja inserida. Junto à criança, há a presença de um acompanhante, da sua família biológica e/ou afetiva, alguém que possua um vínculo com ela, esta aproximação estabelece uma relação de conforto e apoio fundamentais para seu restabelecimento. Whaley e Wong (1997, p. 543) consideram:

Com frequência, a doença e a hospitalização constituem as primeiras crises com as quais as crianças se deparam. As crianças, em especial durante os primeiros anos, são particularmente vulneráveis a crises de doença e hospitalização, porque (1) o estresse representa uma modificação do estado usual de saúde e da rotina ambiental e (2) as crianças possuem um número limitado de

mecanismos de enfrentamento para resolver os estressores.

Diante do exposto, observa-se que o processo de hospitalização, ao alterar o cotidiano da criança, pode desencadear mecanismos de defesa, e as reações apresentadas são distintas e individuais, estando relacionadas à sua idade e com os padrões inerentes ao ambiente familiar e experiências anteriores. Diferente de um paciente adulto, a criança encontra-se em fase de desenvolvimento, não apenas de crescimento e tais situações adversas interferem negativamente nesse processo fisiológico.

Observa-se, então, que a criança possui uma relação íntima e de dependência da dinâmica familiar em que está inserida para seguir seu processo de crescimento e desenvolvimento saudável e progressivo, porém diante da hospitalização, a unidade familiar é ameaçada em sua dinâmica, e a compreensão dessa fragilidade pela equipe de saúde pode evitar ações que aumentem a vulnerabilidade da família e conseqüentemente da criança. Ajudar os pais/acompanhantes na tomada de decisão sobre a permanência junto à criança, estimular o rodízio entre eles para evitar a sobrecarga, estimular a participação no planejamento e intervenções diárias para conhecer, compreender e desenvolver habilidades necessárias para trabalhar efetivamente com a criança hospitalizada.

Existem particularidades no espaço físico de uma internação pediátrica, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 (ANVISA, 2002), dispõe sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, dentre outros, e determina que uma unidade de internação em pediatria deve cumprir normas técnicas específicas apresentadas no Quadro 02.

Quadro 02 - Especificidades de uma Unidade de Internação Pediátrica

Unidade/Ambiente	Dimensionamento	
	Quantificação (Mínima)	Dimensão (Mínima)
Área de cuidados e higienização do lactente	1 a cada 12 berços	4 m ²
Enfermaria do lactente	15% dos leitos do estabelecimento	4,5 m ² por leito=lactente
Enfermaria de criança	Deve haver no mínimo 1 quarto para que possa servir de isolamento a cada 30 leitos	9m ² = quarto de 1 leito 5m ² por leito = criança Nº máximo de crianças até 2 anos por enfermaria = 12
Quarto de criança		
Quarto do adolescente	A cada 30 leitos deve existir 1 quarto para que possa servir de isolamento	10 m ² = quarto de 1 leito 7,0m ² por leito= quarto de 2 leitos 6,0 m ² por leito= enfermaria de 3 a 6 leitos Nº máximo de leitos por enfermaria = 6 Distância entre leitos paralelos = 1m
Enfermaria do adolescente		
Área de recreação/ lazer/ refeitório	1 para cada unidade de pediatria	1,2m ² por paciente em condições de exercer atividades de recreação.

Fonte: Adaptado RDC nº50 (ANVISA, 2002, p. 44).

Observa-se na prática que os hospitais procuram respeitar as normas vigentes e as unidades de internação pediátrica dispõem suas crianças de acordo com a idade: Lactentes (28 dias até um ano onze meses e vinte e nove dias), e pré-escolares (dois anos até seis anos) os quartos com camas tipo berço possuem amplas janelas para que a equipe possa manter maior vigilância sobre essas crianças. Já os escolares (de 7 a 10 anos), pré-adolescentes e adolescentes (de 11 a 14, ou 15 anos incompletos) ficam em quartos mais reservados, pois requerem maior privacidade (MURAHOVSKI, 2006).

Para prestar assistência às crianças e seus familiares acompanhantes em processo de hospitalização, existe a necessidade de uma equipe de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que tenha por base a “[...] interação entre os profissionais, na articulação dos saberes e fazeres, na horizontalização das relações e na participação na tomada de decisões com base na construção de espaços para a elaboração e expressão de subjetividades” (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009, p. 865).

A equipe de saúde é constituída por categorias profissionais bastante complexas, mas de uma forma sucinta, pode-se definir suas atribuições em: Enfermagem – avaliação clínica, metodologia do cuidado, administração da unidade e educacional; Medicina – responsável pela elaboração do diagnóstico médico e plano terapêutico; Psicologia – prestação de apoio emocional para facilitar o enfrentamento da hospitalização da criança e família, elaboração de plano de atenção; Serviço Social – atenção às questões socioeconômicas do paciente, estabelecimento de contato com redes de apoio, encaminhamentos sociais; Nutrição – disponibilização e adequação da dieta, bem como avaliação nutricional; Fonoaudiologia – reabilitação do aparelho fonador; Fisioterapia – reabilitação motora e/ou respiratória; Pedagogia – manter a criança em contato com a escola e o aprendizado; e Terapia Ocupacional – especialidade que envolve todas as formas de promover o lúdico para a criança, Terapeutas da Alegria entre outros (SAAR; TREVISAN, 2007).

Vale ressaltar que, das profissões citadas, a Pedagogia e a Terapia ocupacional não estão presentes em todas as Instituições, fato que deve constituir em reivindicação, devido a grande importância dessas profissões para compor a equipe.

O espaço destinado à internação pediátrica é coabitado por crianças em tratamento e seu representante legal, geralmente um familiar e, na ausência deste, uma pessoa de sua confiança, e a equipe de saúde responsável pelo seu atendimento. Acrescente-se ao binômio a fragilidade em que se encontra essa família, constituem particularidades do universo pediátrico e representam um desafio ético à equipe que desenvolve habilidades específicas para tal cultura organizacional. Sobre essa estrutura com padrões próprios Morgan (2007, p. 125) destaca:

Assim como os indivíduos numa cultura têm diferentes personalidades enquanto compartilham de muitas coisas comuns, isto também acontece com grupos e organizações. [...] Tais padrões de

crenças ou significados compartilhados, fragmentados ou integrados, apoiados em várias normas operacionais e rituais, podem exercer influência decisiva na habilidade total da organização em lidar com os desafios que enfrenta.

Muitas vezes, diante da gravidade da doença, o conhecimento da família sobre a criança e a rotina estabelecida na sua casa não são consideradas no âmbito hospitalar, o que provoca desconfiança e desconforto.

A revelação de um diagnóstico de doença grave é sempre impactante, e quando o doente é uma criança em desenvolvimento, a família se desespera, o que, para Marques, Schwartz e Marcon (2014, p. 223), envolve as expectativas da família em relação à criança, pois:

[...] esperam que eles se desenvolvam da melhor forma possível e obtenham sucesso em diferentes áreas do viver. Porém, uma situação inesperada como a doença, especialmente nos casos em que a internação se faz necessária, ocorre o rompimento dos sonhos, fazendo com que as famílias sintam temor em relação aos cuidados com o filho, não sabendo ao certo como proceder, levando-as a não se sentirem preparadas para encarar a situação clínica do filho.

A internação pediátrica por si é uma causa de estresse emocional à família, mas aumenta quando exige o isolamento dessa criança, Marques, Schwartz e Marcon (2014) promovem essa reflexão a partir dos relatos de experiência de cinco mães de crianças residentes em Maringá/PR que tiveram filhos internados por Influenza A (H1N1) no período de 2009 a 2010. Além da insegurança habitual com o percurso da doença, as mães trouxeram como agravante a falta de informação relacionada à doença e ao isolamento, por parte da equipe de profissionais da saúde. Fato este vivenciado por elas como fonte de insegurança e aumento da dificuldade em lidar com a situação, inclusive por desconhecem as rotinas hospitalares.

A relação que se estabelece entre o estresse e a satisfação dos pais durante a hospitalização infantil foi o objeto de estudo do artigo *Parental stress and satisfaction during children's hospitalization: differences between immigrant and autochthonous population*, os

autores Fernandez-Castilho, Vilchez-Lara e López-Naranjo (2013) buscaram possíveis diferenças entre imigrantes e população autóctone, como também em função do gênero, em uma amostra de pais de crianças hospitalizadas em Andaluzia, Espanha. Um total de 1347 pais participou deste estudo. Da amostra, 50% eram imigrantes e os outros 50% eram autóctones.

Os instrumentos de avaliação foram a Escala de Estresse, a Hospitalização, e a Satisfação com Hospitalização *Scale*. Os resultados mostram que o estresse foi associado com as manifestações da doença da criança, a alteração da vida familiar ou de papéis parentais durante o processo e alguns aspectos do trabalho do pessoal clínico. A satisfação geral nos pais imigrantes foi maior do que na população autóctone e os níveis de satisfação foram maiores nos homens do que nas mulheres. Pequenas mudanças e iniciativas em relação aos cuidados podem melhorar substancialmente a satisfação dos pacientes e seus familiares durante o processo de hospitalização (FERNANDEZ-CASTILHO; VILCHEZ-LARA; LÓPEZ- NARANJO, 2013).

As equipes estão em constante processo de adaptação e tomar decisões em conjunto vem sendo amplamente discutido. O artigo *Journey of Excellence: implementing a shared decision-making model*, de Murray et al. (2016), trata de uma pesquisa realizada por um grupo de enfermeiras de uma clínica pediátrica em Kansas City. A proposta do artigo é descrever a implementação de uma estrutura para tomada de decisão compartilhada (SDM), em um hospital pediátrico.

A enfermeira chefe desse hospital solicitou aos enfermeiros de diversos setores para delinarem a finalidade, a estrutura e função dos conselhos de unidade relacionada à SDM. A abordagem específica, multifacetada para a implementação destas orientações levou à padronização bem-sucedida de nove conselhos unidades existentes e a expansão da estrutura do conselho unidade de SDM para todas as outras unidades hospitalares (MURRAY et al., 2016).

O trabalho continua evoluindo de acordo com as circunstâncias impostas pela realidade nas unidades, e o grupo inicial de enfermeiros continua a revisar a literatura sobre melhores práticas para a SDM. A prática vem sendo adotada por outros profissionais, além dos enfermeiros, incluindo equipes multidisciplinares em diálise, cirurgia cardiovascular e terapias respiratórias que adotaram as orientações para o uso em seus departamentos. A pesquisa detectou que, nos hospitais que adotaram a SDM, o enfermeiro tem maior controle sobre sua prática e maior satisfação no trabalho e, conseqüentemente, melhores resultados para os pacientes (MURRAY et al., 2016).

Ainda sobre SDM, o artigo *Inter-professional shared decision making – increasing the “shared” in shared decision making*, de Sieck, Johansen e Stewart (2015), trata da SDM interprofissional (IP-SDM) na atenção primária de saúde. É um modelo de SDM que distribui as tarefas da SDM para todos os diferentes profissionais envolvidos no cuidado do paciente. Na atualidade, o engajamento dos pacientes sob seus cuidados é um foco forte em saúde, percebe-se que os pacientes que estão mais envolvidos tendem a estar mais satisfeitos com seu cuidado e mostrar melhores resultados de saúde. IP-SDM aumenta a eficiência da visita ao consultório. Os médicos enfrentam crescentes pressões em relação à questão do tempo e acham que é difícil implementar protocolos SDM por conta própria. Um diferencial é que a IP-SDM alavanca os pontos fortes de cada membro da equipe e envolve os pacientes (SIECK; JOHANSEN; STEWART, 2015).

A tomada de decisão compartilhada é um movimento em direção ao novo paradigma de atenção à saúde tanto na atenção básica quanto na secundária e terciária, faz parte de uma rede que envolve todas as partes comprometidas com a melhoria dos processos na saúde. Cada situação tem seu diferencial e nem sempre as partes possuem o mesmo poder de negociação, porém a importância do compartilhamento entre pares é indiscutível.

O artigo *Parent recognition and responses to developmental concerns in young children* traz o universo dos pais de crianças com problemas de desenvolvimento. Para os autores da pesquisa Marshall et al. (2016) os pais são os primeiros a reconhecer diferenças de desenvolvimento em seus filhos logo nos primeiros anos de vida, em seguida eles iniciam um processo de tomada de decisões sobre quando procurar um serviço de avaliação ou de intervenção.

Nesse contexto do reconhecimento e resposta a atrasos de desenvolvimento, o *Health Belief Model* (HBM) é um modelo que traduz o nível de ameaça percebida sobre a gravidade e suscetibilidade a atrasos no desenvolvimento das crianças e, portanto, contribui para a percepção dos pais sobre o atraso como um problema e subsequente motivação para procurar serviços de apoio. Rotineiramente, todos os *insights* de pais, amigos e membros da família são incorporados para ajudar a avaliar se as preocupações justificam uma tomada de decisão.

Por fim, segundo os autores, o processo de identificação e avaliação das preocupações quanto ao desenvolvimento repousa principalmente sobre os ombros dos pais. Os esforços para fornecer informações de desenvolvimento, incluindo a identificação de indicadores de quando recomendar intervenção precoce será fundamental para garantir

que as crianças com atrasos possam receber cuidados adequados, incluindo a triagem e encaminhamento para serviços, bem antes de entrarem na escola (MARSHALL et al., 2016).

Sabe-se que a troca de experiências e de informações enquanto não resultar em uma mudança visível, na prática, não terá ocorrido de fato. Além dos pais de crianças com problemas de desenvolvimento, a situação do câncer na infância merece uma especial atenção e para conhecer como os membros da família enfrentam a hospitalização diante deste diagnóstico, os autores Nóia et al. (2015) desenvolveram o artigo *Coping with the diagnosis and hospitalization of a child with childhood cancer*.

Um estudo descritivo, exploratório, com análise qualitativa dos dados que foram submetidos à análise de conteúdo temático resultando em duas categorias: enfrentamento do diagnóstico pela família e o enfrentamento da hospitalização pela família. Os autores observaram que os membros da família sofrem profundamente e enfrentam de diferentes formas o diagnóstico de câncer.

Além disso, segundo os autores, o estresse emocional e desequilíbrio, que têm impacto cumulativo nos longos períodos de internação, ocorrem simultaneamente com tristeza, ansiedade, sofrimento pelos procedimentos invasivos realizados nas crianças, medo e incertezas relacionadas com o prognóstico.

O diagnóstico de câncer e o processo de hospitalização provocam um forte impacto na dinâmica familiar e quando os profissionais da assistência se sensibilizam com esses sentimentos vivenciados, podem elaborar de forma sensível e competente o plano de cuidados para minimizar este sofrimento, principalmente por meio da escuta atenta, assistência humanizada e integral à criança e sua família (NÓIA et al., 2015).

Conhecer como ocorre a continuidade da atenção às crianças após a alta hospitalar, principalmente para aquelas portadoras de doenças crônicas e/ou terminais é o tema do artigo *Hospital utilization and characteristics of patients experiencing recurrent readmissions within children's hospitals*, de Berry et al. (2011). Os autores partiram do princípio que a comunicação fluída entre o hospital e as unidades básicas de saúde para o repasse de informações da hospitalização e instruções de cuidados pós-alta pode ser um importante fator atenuante para minimizar a frequência das readmissões em curto prazo de tempo. O apoio recebido pela criança e sua família, no âmbito comunitário, faz-se, cada dia mais, uma necessidade (BERRY et al., 2011).

O trabalho em conjunto do hospital pediátrico com os prestadores de cuidados ambulatoriais é destacado pela relação direta que mantém com o controle das internações recorrentes, tempo de internação das crianças, e pode contribuir para a compreensão das verdadeiras razões porque muitas destas crianças são recorrentemente readmitidas. Algumas causas estão associadas às lacunas no sistema de saúde ambulatorial e da comunidade, daí a importância em identificar e ajudar essas crianças que estão mais vulneráveis a futuras reinternações. A partir dessas informações, podem surgir soluções importantes sobre como otimizar a saúde e bem-estar dessas crianças, reduzir suas readmissões e mantê-los seguros em seus ambientes domésticos e comunitários (BERRY et al., 2011). A contribuição de seus achados sinaliza uma preocupação pertinente à presente pesquisa ao propor o compartilhamento do conhecimento entre as diferentes equipes de assistência à saúde.

As relações que se estabelecem no cotidiano hospitalar diante da fragilidade humana refletem na estabilidade emocional do profissional enfermeiro que diuturnamente vai assimilando o sofrimento de seus pacientes e familiares.

O profissional médico e o desenvolvimento de suas atividades dentro de um hospital pediátrico são o foco central do *Guiding principles for pediatric hospital medicine programs*, elaborado pela Academia Americana de Pediatria para orientar o papel e responsabilidades específicas desses profissionais, estando implícitas, em todas as recomendações, a excelência do cuidado prestado, assim como a proteção para manter a segurança das crianças no hospital (LAURA; MIRKINSON, 2013).

Melhorar o atendimento em saúde pediátrica passa pelo fortalecimento da Medicina Baseada em Evidências (EBM), o artigo *Building on evidence to improve patient care* discute essa tendência. Nele os autores Snauwaert et al. (2016) destacam, como prioridade o discernimento, no sentido de ter as habilidades necessárias para distinguir documentos rigorosamente científicos daqueles com opiniões tendenciosas, para entender como e por que essas diretrizes são diferentes das revisões sistemáticas utilizadas até então. Requer atenção a alta qualidade das provas e compreensão dos processos de tomada de decisão médica que também deverá apoiar o envolvimento do paciente em um processo de tomada de decisão compartilhada.

Para a enfermagem uma das situações de acolhimento ao paciente e de favorecimento do compartilhamento das decisões é a tranquilidade com que seus profissionais desenvolvem seu trabalho. Dessa forma, o

artigo *Experienced pediatric nurses' perceptions of work-related stressors on general medical and surgical units: a qualitative study*, de Vicente et al. (2016), busca compreender os fatores de *stress* vivenciados por enfermeiros pediátricos em unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital pediátrico de cuidados especializados em Montreal (Canadá). Estabeleceu-se, como critério de inclusão dos sujeitos, o tempo mínimo de três anos de experiência comprovada, no cargo de chefia dessas unidades.

A importância da pesquisa junto a esses enfermeiros traduz-se em desenvolver intervenções organizacionais eficazes para minimizar os estressores. Dessa forma, Vicente et al. (2016), realizaram entrevistas semiestruturadas, no período de agosto a dezembro de 2013, com doze profissionais enfermeiros, obtendo na análise os estressores refletidos nos temas: as crianças estão ficando cada vez mais doentes e a dificuldade em garantir uma excelente assistência ao paciente e a uma população cada vez mais vulnerável; o sentimento de impotência para prestar cuidados de qualidade; e a luta com demandas concorrentes em que o enfermeiro precisa lidar com múltiplas e diversas responsabilidades com recursos limitados e sem apoio.

A recomendação do estudo pontua a educação continuada direcionada aos enfermeiros relativa às funções adicionais e a construção de ambientes de apoio no trabalho que incentivem a colaboração e a capacitação de outros enfermeiros (VICENTE et al., 2016).

A pesquisa foi ambientada em um país do primeiro mundo, porém nos hospitais do terceiro mundo, a situação é equivalente, pois fala de humanidade, da necessidade de respaldar e apoiar as pessoas em seus trabalhos, principalmente em situações em que a vulnerabilidade do ser é uma constante.

O processo de formação continuada em um ambiente de simulação da realidade permite pela mimese a aquisição de habilidades, sem comprometer a segurança do paciente, essa é a contribuição do artigo *Improving knowledge, technical skills, and confidence among pediatric health care providers in the management of chronic tracheostomy using a simulation model*, de Agarwal et al. (2016). A pesquisa em um hospital pediátrico surgiu diante da constatação de complicações catastróficas em crianças traqueostomizadas. A maioria dos eventos ocorreu devido a déficits potencialmente corrigíveis na educação do cuidador.

Foi avaliado o nível de prestadores de cuidados de saúde pediátricos nos cuidados de rotina com a traqueostomia e nas situações

de emergência, em um programa abrangente de educação em saúde com o método da simulação. Participaram trinta e três indivíduos, professores, enfermeiros, médicos e residentes envolvidos no cuidado de pacientes com traqueostomia em um hospital de cuidados terciários para crianças. A simulação prática é antecedida por um pré-teste (questionários de autoavaliação e testes de múltipla escolha) e outro após o curso de formação mais abrangente utilizando simuladores humanos, que são modelos digitais de humanos que reproduzem reações e servem para o aluno analisar os efeitos por eles sofridos em certos ambientes decorrentes das tarefas aplicadas ao elemento humano, os alunos foram observados durante as sessões de simulação e as deficiências específicas observadas e corrigidas (AGARWAL et al., 2016).

A incorporação de simuladores humanos é uma prática bastante comum no ensino teórico-prático e mostra-se eficaz como programa de educação continuada nas organizações hospitalares para revisar os primeiros ensinamentos e aprofundá-los. No caso descrito, foi com o manejo da traqueostomia, mas trata-se de uma técnica com potencial para melhorar os conhecimentos e aumentar a confiança e refinar habilidades. Com relação a melhorar os conhecimentos, o artigo *Simulation-based medical education in pediatrics (SBME)* também discute a importância do uso de simuladores de pacientes humanos como base ao ensino em pediatria, aspectos importantes da SBME, são revistos e discutidos os tipos de simuladores utilizados: simuladores de pacientes humanos; treinadores de tarefas; pacientes padronizados e simulação de realidade virtual. Mantém o foco nos vários princípios de aprendizagem eficaz em SBME além da segurança do paciente (LOPREIATO; SAWYER, 2015).

A segurança do paciente em pediatria é redobrada pelas características próprias da clientela que, muitas vezes, não responde por si, o artigo *The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team*, trabalha sobre a falta de uma cultura de segurança nos serviços de emergência pediátrica estudados. Nele, os autores comentam sobre a necessidade de fortalecer o registro dos erros e eventos adversos para promover um ambiente de trabalho seguro, acreditam na força do diálogo, da comunicação entre os gestores e a equipe profissional envolvida para que, juntos, possam refletir mais profundamente sobre o assunto, garantindo maior aderência à cultura de segurança (MACEDO et al. 2016).

Melhorar a comunicação da equipe multidisciplinar que presta assistência em uma unidade de cuidados intensivos em cardiologia

pediátrica foi o tema da pesquisa desenvolvida por Justice et al. (2016), relatada no artigo *Improving communication during cardiac- ICU multidisciplinary rounds through visual display of patient daily goals*. O processo “write-down and read-back” foi a ferramenta utilizada para a pesquisa, um quadro com o plano de metas diárias de cada paciente foi disponibilizado com livre acesso a toda população da unidade: equipe multidisciplinar, pais ou acompanhantes das crianças internadas na unidade, e para as crianças maiores já alfabetizadas e em condições de compreensão das mensagens escritas.

Justice et al. (2016) concluíram que a implementação da exibição visual de metas diárias do paciente, por meio da ferramenta escolhida, melhora a compreensão das metas por todos os membros da equipe e melhora a satisfação dos pais. O quadro facilita o desenvolvimento consistente de um plano abrangente de cuidados para cada paciente, promove cuidados direcionados e fornece uma lista de verificação para os prestadores e os pais avaliarem ao longo do dia.

O estudo comparativo *A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica*, de Martins et al. (2012), revela a trajetória dos métodos de ensino para a enfermagem e demais profissões da saúde, desde o treino de técnicas realizado entre os próprios estudantes aos dias atuais, na era da sociedade do conhecimento e da tecnologia.

O avanço tecnológico tornou-se um grande aliado do processo de formação acadêmica dos profissionais da saúde e nas reciclagens de conteúdo e prática dos profissionais em atividade, ao disponibilizarem a interação por meio de “[...] materiais e modelos realistas, além de simuladores que não só são anatomicamente semelhantes a uma pessoa, como conseguem ter respostas fisiológicas às intervenções realizadas” (MARTINS et al., 2012, p. 622-623). Por intermédio desse apoio tecnológico, o uso da simulação da prática faz o estudante obter uma maior aproximação com a realidade e desenvolver suas habilidades com segurança.

A simulação como ferramenta educativa para um grupo de residentes em medicina desenvolver habilidades necessárias ao atendimento de uma parada cardiorrespiratória (PCR) em crianças internadas é o tema do artigo *Simulation-based mock codes significantly correlate with improved pediatric patient cardiopulmonary arrest survival rates*, de Andreatta et al. (2011).

Durante uma emergência como uma parada cardiorrespiratória (PCR), cada segundo de tempo faz a diferença e a capacidade de liderança de um residente é parte integrante da resposta clínica precisa e

eficiente na gestão bem-sucedida do atendimento, a experiência direta é um fator que contribui para a capacidade de liderar a equipe. Um residente, porém, tem oportunidades limitadas para adquirir experiência pela baixa incidência desses eventos em crianças. Dessa forma, o recurso disponível da simulação oferece aos residentes a oportunidade de um programa fidedigno às reações e evolução do paciente e pode favorecer a confiança dos mesmos ao realizarem a reanimação cardiorrespiratória para desenvolver as habilidades necessárias (ANDREATTA et al., 2011).

A tecnologia da informação de saúde (HIT) também favorece a excelência do cuidado e apoio para reduzir a probabilidade de erros. *Pediatric aspects of inpatient health information technology systems* aborda a funcionalidade da HIT em pediatria, em um processo de hospitalização os dados ambulatoriais, precisos e apropriados do desenvolvimento e puericultura são disponibilizados, garantindo uma continuidade no atendimento da criança no espaço hospitalar (LEHMANN, 2015).

2.4 COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO

Para desenvolver o compartilhamento do conhecimento e as contribuições advindas dos autores da pesquisa, faz-se necessário um resgate conceitual sobre os termos “dados”, “informação” e “conhecimento”, indicando seus significados e o processo como cada um desses termos perpassa a significância do outro, em uma organização hospitalar. “Dados descrevem apenas parte daquilo que aconteceu; não fornecem julgamento nem interpretação e nem qualquer base sustentável para a tomada de ação” (DAVENPORT; PRUSAK, 2003, p. 3). Como, por exemplo, um sintoma relatado por um paciente, isolado, é apenas um dado que vai conduzir ao raciocínio clínico quando inserido dentro de um contexto; ou quando o dado é a taxa de ocupação do leito hospitalar, ele sozinho é um número que passa a conferir uma informação a partir da avaliação desencadeada pela taxa: a qualidade da atenção em saúde prestada, entre outras situações. Como afirmam Davenport e Prusak (2003, p. 3) o dado é “matéria prima essencial para a criação da informação”.

Para Davenport e Prusak (2003) o dado passa à categoria de informação quando recebe um significado por meio de: Contextualização; Categorização; Cálculo; Correção ou Condensação. A informação é transformada em conhecimento pela ação humana por meio de: Comparação; Consequências; Conexões e/ou Conversação.

Nonaka e Takeuchi (1997, p. 63) corroboram a distinção dos termos, destacando três observações:

Primeira, o conhecimento, ao contrário da informação, diz respeito a crenças e compromissos. [...] uma atitude, perspectiva ou intenção específica. Segunda, o conhecimento, ao contrário da informação, está relacionado à ação. [...] E terceira, o conhecimento, como a informação, diz respeito ao significado. É específico ao contexto relacional.

Segundo Willerding (2015, p. 83), “o conhecimento só pode ser criado e gerido com o intercâmbio entre as pessoas e seu ambiente”. Em uma organização hospitalar, o conhecimento agrega valor, principalmente o conhecimento tácito que envolve a subjetividade de cada indivíduo com a experiência de vida e profissional, percepções, sensações cotidianas, aspectos culturais, a forma de enfrentamento às situações de confronto e, por sua complexidade, torna-se difícil transmiti-lo em uma linguagem verbal e significativa (URIARTE, 2008).

Os hospitais, enquanto organização, é comum que a falta de continuidade em projetos quando a pessoa que estava à frente se desliga da instituição, perde-se pela falta de gerir o Conhecimento, o quê, para Willerding (2015, p. 85), “não é empreitada fácil, mesmo com um ambiente apropriado, as organizações carecem de explicitar a importância de seus colaboradores e de seus conhecimentos para a empresa”. A autora ainda explana que:

Dessa forma, a gestão do conhecimento exerce uma importante função de desenvolvimento organizacional, sendo hoje a principal alavanca para alcançar e segurar a vantagem competitiva que o mercado oferece, e para isso, se faz necessário gerir o conhecimento existente na organização da melhor forma possível (WILLERDING, 2015, p. 86).

A pesquisa realizada evidenciou sinais de que o compartilhamento do conhecimento dentro das organizações hospitalares ainda é um tema pouco explorado e concentra-se na resolução de problemas imediatos por categorias profissionais.

Sobre o compartilhamento do conhecimento, a publicação *The conditions, motive and methods of sharing knowledge with the participation of key personnel in enterprises*, de Morawski (2012), corrobora o tema ao abordar as condições para o compartilhamento do conhecimento, identificando sua importância diante de uma economia altamente competitiva baseada no próprio conhecimento. O autor relata a pesquisa realizada em dezenas de empresas e formula, a partir desta investigação, um instrumento para que os funcionários-chave compartilhem seus conhecimentos, justificando que estes (gerentes, executivos e os líderes especialistas) requerem uma abordagem abrangente diante do desafio da partilha de seus conhecimentos de elevada complexidade, mas que igualmente são fatores pontuais dentro da organização.

A motivação para que ocorra o compartilhamento do conhecimento é o foco do artigo *The influence of intrinsic and extrinsic motivation on individuals knowledge sharing behavior*. Neste artigo, os autores Hung et al. (2011) estabelecem um elo entre os desafios da Gestão do Conhecimento em face de motivação intrínseca, como o altruísmo, e a motivação extrínseca: o sistema de recompensa por incentivo econômico, *feedback*, reputação e reciprocidade.

A comunicação em redes sociais nos hospitais é outra tendência evidenciada na pesquisa de Cunningham et al. (2012), em *Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review (Review)*, nas Bases MEDLINE, CINAHL, EMBASE, Web of Science and Business Source Premier, com o filtro temporal de janeiro de 1995 a dezembro de 2009, que identificou 26 estudos de análise de redes sociais. Os autores buscaram examinar as relações estruturais em redes, tanto internamente quanto entre outras redes que envolvem profissionais de saúde e seu contexto social, colaboradores de saúde e demais parcerias que compõem o compartilhamento de conhecimento, observaram aspectos-chave das redes envolvendo trocas administrativas e discussão de casos clínicos, e que o desempenho da rede promovia integração, estabilidade e influências sobre a qualidade dos cuidados de saúde.

Para os autores, as redes profissionais eficazes empregam recursos naturais na estrutura da rede, na produção de cuidados de saúde orientados de forma colaborativa, o que pode facilitar a coordenação dos cuidados e contribuir para a melhoria da qualidade e segurança desses cuidados, mesmo diante das vulnerabilidades estruturais da rede. Segundo eles, isto requer uma transmissão eficiente de informações e interação social profissional dentro e através de redes. Alertam que

aqueles que utilizam redes para melhorar o atendimento, recorrentes fatores de sucesso, estão entendendo características de sua rede, atendendo ao seu funcionamento e investindo tempo para facilitar a sua melhoria. Fato que não garante que esse tempo dedicado às trocas em redes beneficiará uma melhor assistência à saúde (CUNNINGHAM et al., 2012).

Davenport e Prusak (2003, p. 45) comentam sobre a comunicação em rede nas organizações em que colegas de trabalho que mantêm interesses em comum sobre suas atividades acabam formando grupos para compartilharem seus conhecimentos e práticas: “Se sua comunicação revelar-se útil ao longo do tempo, eles podem formalizar o arranjo, atribuindo a si um nome de grupo e estabelecendo um sistema regular de intercâmbio”.

Tais redes de comunicação entre os profissionais da saúde, as Comunidades de Prática (CoPs), são um meio de gerar o compartilhamento de conhecimentos e, conseqüentemente, melhorar o desempenho organizacional. A publicação *How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature*, de Ranmuthugala et al. (2011), traz uma revisão sistemática da literatura sobre o assunto para questionar como e porquê as CoPs foram estabelecidas e se elas realmente acrescentaram melhorias da saúde. Elas apresentam variações consideráveis na forma e função, o que requer uma estrutura flexível para se adaptarem às organizações (RANMUTHUGALA et al., 2011).

Os autores ressaltam que há uma necessidade de compreender a natureza complexa das CoPs, pois são programas multifacetados que operam usando modelos diferentes e utilizados na área da saúde para influenciar a mudança na prática, o que requer uma mudança no comportamento clínico. Sempre que o impacto gera uma mudança de comportamento, o contexto social e cultural deve ser considerado atentamente, principalmente pelo fato de que as CoPs estão sendo criadas para beneficiar as organizações de saúde.

As constantes mudanças vivenciadas na atualidade tornam as organizações cada vez mais competitivas, e as equipes estão sendo cada vez mais utilizadas para discutir e gerenciar problemas de maior complexidade em todas as áreas do conhecimento. Desta forma, o artigo *Team learning: building shared mental models*, de Van den Bossche et al. (2010), faz-se pertinente ao questionar os tipos de comportamentos de aprendizado em equipe que podem levar à construção de um modelo mental compartilhado e como o desenvolvimento de modelos mentais

compartilhados atuam na mediação entre o comportamento de aprendizagem e a eficácia da equipe.

Os autores envolveram, para a pesquisa, equipes de alunos com a missão de resolver um jogo que simulava negócios e utilizaram para a análise e medição dos modelos mentais compartilhados, técnicas de mapeamento cognitivo. Desta forma, concluíram que a perspectiva de aprendizado em equipe oferece uma visão de como as pessoas compartilham conhecimento. Entre os comportamentos de aprendizagem da equipe, identificaram a coconstrução e o conflito construtivo, ambos relacionados com o desenvolvimento de modelos mentais compartilhados.

As equipes estão sendo cada vez mais utilizadas para discutir e gerenciar problemas complexos. Organizações contam com essas equipes para lidar com um ambiente em rápida mutação e altamente competitivo, e para aumentar a sua eficácia, o compartilhamento do conhecimento é de extrema importância. Para alcançar isso, as equipes terão que observar com atenção explícita os seus processos sócio-cognitivos a fim de promover o aprendizado conjunto, assim como para desenvolver modelos mentais compartilhados (VAN DEN BOSSCHE et al., 2010).

Um grande desafio da Gestão do Conhecimento na atenção à saúde dentro dos hospitais é reconhecer a importância da pluralidade cultural. Neste aspecto, o artigo *Challenges in sharing knowledge: reflections from the perspective of an expatriate nurse working in a South Sudanese hospital*, de Tjoflåt e Karlesen (2012), favorece a discussão sobre o tema ao apresentar uma situação pontual na prática profissional de uma enfermeira expatriada. O relato subsidia a importância do debate entre os profissionais sobre a interculturalidade, a necessidade de conhecer e compreender o contexto cultural do outro como um facilitador do compartilhamento do conhecimento.

A rotina hospitalar foi afetada pela barreira de comunicação que ocorreu entre os profissionais da enfermagem e a enfermeira expatriada no Sul do Sudão, mas poderia ter ocorrido em qualquer outro local. Por um lado, a falta de compreensão e sensibilidade de uma equipe já habituada ao trabalho rotineiro e, por outro, a total falta de conhecimento acerca da cultura local. Uma amostra de como o conhecimento tácito em uma situação de encontro entre profissionais com diferentes bases e experiências necessita muito mais do que o simples repasse de instruções, a observação cuidadosa do outro e de sua prática são fundamentais (TJOFLÅT; KARLSE, 2012).

Redes de melhoria colaborativa em pediatria podem servir para atenuar a lacuna de qualidade, envolver os pacientes e os cuidadores no aprendizado compartilhado e atuar como laboratórios para a tradução acelerada da pesquisa para a prática e a descoberta de novos conhecimentos, resultando em melhores cuidados e resultados para as crianças. Com essa proposta o artigo *Pediatric collaborative improvement networks: background and overview*, de Lannon e Peterson (2013) vem corroborar a necessidade cada vez mais premente de uma assistência compartilhada.

Na realidade, trata-se de um grande desafio a participação dos pacientes nas intervenções e o artigo *Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies*, de Angel e Frederiksen (2015) propõe uma discussão sobre o tema e alerta sobre a diferença de conhecimentos incorporados entre leigos e profissionais. Para os autores, tal lacuna poderá ser amenizada pela adoção de uma atitude mutuamente positiva. Sendo assim, o nível ideal de participação só poderá ser alcançado em uma estrutura que forneça para ambos, pacientes e profissionais de saúde, o tempo suficiente para a construção de um relacionamento favorável ao compartilhamento do conhecimento.

A necessidade de manter um trabalho colaborativo com mães de crianças internadas para reduzir as dificuldades de comunicação; prover esclarecimentos dos papéis e tarefas das mães como componentes básicos para alcançar maior participação materna nos cuidados, diminuindo o impacto da hospitalização nas crianças é o tema do artigo *Teamwork and negotiation with family in pediatrics*, de Ramos, Rodrigues e Pereira (2016). Para alcançar a participação das mães, os autores acreditam que cabe à enfermagem e ao trabalho em equipe o processo de negociação e interação com as mães de crianças internadas em unidade pediátrica.

Para Van Schaik et al. (2014) existem poucas equipes verdadeiramente interprofissionais e sugerem no artigo *Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis*, que ocorra um maior delineamento dos elementos essenciais de trabalho em equipe, incluindo atributos desejáveis de cada membro da equipe em ambientes de cuidado mínimo de saúde, revela algumas barreiras potenciais para o trabalho de equipe interprofissional eficaz como as tensões em relação à hierarquia, segurança e liderança.

Nem sempre o encontro entre profissionais garante uma salutar troca de experiências e de conhecimentos, no artigo *Managing boundaries in primary care service improvement: a developmental*

approach to communities of practice, no qual os autores Kislov, Walshe e Harvey (2012) fazem uma alusão às barreiras que historicamente existem em face de divisão de trabalho, revelando aspectos sociais hierarquizados na área da saúde. Tal cenário revela a ausência de diálogo entre a equipe multidisciplinar de uma CoP Multiprofissional de atenção primária de saúde, pois há uma barreira em face de interação que é condição ao compartilhamento do conhecimento. Por meio das Cops, as fronteiras podem ser rompidas colaborando para uma maior fluidez que resulte na melhoria substantiva da comunicação e consequente melhora nos serviços de saúde (KISLOV; WALSH; HARVEY, 2012).

O acesso às tecnologias de ponta é um facilitador da comunicação entre os profissionais conforme o artigo *Does technology help doctors to access, use and share knowledge?* de Bullock (2014), que insere uma prática médica recorrente diante das novas tecnologias que conectam os médicos nos seus consultórios, via o uso da tecnologia móvel, a seus pares. Ferramentas da Web 2.0 instrumentalizam recursos que podem corroborar a comunicação, transformando a mídia social em elemento facilitador da partilha do conhecimento, neste caso, tanto teórico quanto prático, entre médicos, independente de suas localizações geográficas (BULLOCK, 2014).

Tal facilidade disponibilizada pela tecnologia, para Finkelstein, Knight e Marinopoulos et al. (2012) em *Enabling patient-centered care through health information technology*, é direcionada para promover Cuidado Centrado no Paciente (PCC) e produzir benefícios clínicos, mas a evidência não é forte o suficiente para fornecer orientações claras para os sistemas de saúde sobre a melhor forma de usar TI de saúde na promoção PCC sistema.

A eficácia da tomada de decisão compartilhada em intervenções para as pessoas diagnosticadas com doenças crônicas é uma maneira de melhorar o atendimento para esses pacientes que representam uma importante fonte de morbidade e mortalidade em todo o mundo, porém, apesar de amplamente estudado, o efeito de tomada de decisão compartilhada no âmbito dessas situações específicas ainda é desconhecido, como discorre o artigo *A systematic review of shared decision making interventions in chronic conditions: a review protocol*, de Gionfriddo et al. (2014). Para os pacientes pediátricos crônicos também existem muitas divergências sobre o assunto.

2.5 SÍNTESE DO CAPÍTULO

O avanço tecnológico vem aumentando a complexidade da atenção à saúde, nesse cenário em constante mudança, a revisão bibliográfica enquanto recurso metodológico proporcionou uma aproximação entre o objeto deste estudo com outras contribuições advindas de outros estudos na prática.

O Processo de Hospitalização, que ocorre nesse espaço designado por “Hospital” iniciou sua trajetória vinculado à origem da palavra que vem do Latim *hospitalis* e significa “ser hospitaleiro” e era utilizado para abrigar pobres, órfãos e peregrinos (LISBOA, 2002), passou por todas as mudanças consequentes à evolução da humanidade e ao avanço tecnológico e, hoje, como uma organização hospitalar busca na gestão o apoio para acompanhar a demanda que requer a sociedade do conhecimento.

Nas pesquisas, isso se torna evidente no uso da mineração de dados como ferramenta para o gerenciamento de vagas nos hospitais, estabelecendo uma previsão do tempo de ocupação de um leito hospitalar e, com a construção de estratégias para diminuir o tempo de hospitalização e minimizando as reinternações em curto prazo de tempo, o que requer a ampliação dos laços com a assistência à saúde em nível ambulatorial.

Compartilhamento de conhecimentos de uma comunidade de prática formada por profissionais da saúde por meio de um fórum de discussão *on-line*, espaço para aumentar os limites do hospital, possibilitando a interpretação do conhecimento *on-line*, para a troca de conhecimentos, experiências práticas e relatos.

Mudanças outras que representam rupturas mais diretas ao modelo biomédico de assistência hospitalar, como o cuidado de saúde centrado no paciente; a parceria e comunicação entre médicos e pais da criança sobre o melhor plano de tratamento; manter a escuta ativa para que a opinião dos usuários sobre o atendimento recebido sirva como *feedback* para melhorar a assistência; implantação da tomada de decisão compartilhada - barreiras e facilidades percebidas entre as partes interessadas; necessidade de reconhecer a fragilidade dos familiares acompanhantes durante a hospitalização, identificando estratégias junto à equipe para auxiliar no enfrentamento; e a valorização das orientações e do diálogo da equipe de saúde com as crianças e familiares na busca de uma relação mais humanizada que traga conforto e diminua o estresse da internação.

Além da adequação das novas tecnologias aumentando a complexidade do atendimento, o desenvolvimento da ergonomia do trabalho para segurança do paciente e do profissional são características apontadas como emergentes no processo de hospitalização.

A Hospitalização Pediátrica é uma das muitas especialidades e, como organização, requer uma equipe multidisciplinar bem treinada e adaptada para prestar assistência a essa clientela tão especial. Especiais todas as pessoas são, é fato indiscutível, porém, a característica de estar em processo de crescimento e desenvolvimento, torna as crianças ainda mais suscetíveis às intempéries do afastamento do seu mundo pela doença. É comum que, diante de uma internação, as crianças interrompam seu processo de desenvolvimento e, muitas vezes, percam habilidades já adquiridas.

Diante disso, o aconchego de um familiar ou pessoa de confiança próxima à criança para tranquilizá-la, minimizando seus sentimentos de apreensão e medo, é de extrema importância. A Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), determina que todos os estabelecimentos de saúde deverão prover condições para a permanência em tempo integral de um acompanhante, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990). Até então a presença de acompanhantes junto às crianças hospitalizadas era proibida, e hoje, passados vinte e seis anos, discute-se a tomada de decisão compartilhada entre pais/profissionais e pacientes, na qual a tecnologia empresta qualidade à assistência e, muito provavelmente, outras transformações virão em prol de melhores condições de atendimento e de assistência à saúde.

Relacionados à hospitalização pediátrica, muitos temas comuns, como os destacados no processo de internação, acrescidos das características da população pediátrica, com a tomada de decisão compartilhada em que os pais discutem com a equipe multidisciplinar e a tomada de decisão compartilhada interprofissional na atenção primária à saúde são formas de estabelecer um vínculo com a comunidade em que a criança está inserida, para dar continuidade e manutenção da criança em casa.

O respeito à percepção da família de crianças com problemas de desenvolvimento; o apoio ao enfrentamento da família diante de diagnósticos reservados ou da necessidade de isolamento; a compreensão do impacto causado pela internação nas crianças e familiares acompanhantes; e o reconhecimento da hospitalização como uma alteração na dinâmica familiar, enfim, todas as mudanças, tanto na estrutura quanto na organização interna, envolvem o Compartilhamento

do Conhecimento, no qual pesquisas trazem a preocupação com o estabelecimento de condições para o compartilhamento do conhecimento.

As constantes mudanças vivenciadas na atualidade tornam as organizações mais competitivas, e a eficácia das equipes é cada vez mais relacionada à sua capacidade em discutir e gerenciar problemas de maior complexidade em todas as áreas do conhecimento, assim, uma economia baseada no conhecimento precisa saber como ocorre o aprendizado na equipe para a construção de um modelo mental de aprendizagem.

A comunicação em redes sociais nos hospitais é uma tendência, e ocorre para trocas administrativas e discussão de casos clínicos. Comunidades de Prática são promovidas no setor da saúde para gerar o compartilhamento de conhecimentos e, conseqüentemente, melhorar o desempenho organizacional.

Assim, essa geração de desempenho organizacional auxilia na motivação intrínseca e extrínseca do compartilhamento do conhecimento; bem como do sistema de recompensa por incentivo econômico; *feedback*; reputação e reciprocidade; e para o reconhecimento da pluralidade cultural que foi apontada como uma necessidade de permear o debate entre os profissionais da saúde; que devem conhecer e compreender o contexto cultural do outro, reconhecendo que existe diversidade cultural nas relações que se estabelecem na cotidianidade e que são consideradas facilitadores do compartilhamento do conhecimento.

O acesso às tecnologias de ponta também é determinado como facilitador, a comunicação entre os profissionais torna-se mais fluída por meio de ferramentas da Web 2.0 que instrumentalizam recursos que podem corroborar a comunicação, transformando a mídia social em elemento facilitador da partilha do conhecimento, neste caso, tanto teórico quanto prático entre profissionais da saúde, independente de suas localizações geográficas, exames são acionados e discutidos entre pares.

Os tópicos elencados a partir de outros estudos e práticas corroboram essa pesquisa em andamento, em que compartilhamento do conhecimento se solidifica como uma forte ferramenta para melhorias na atenção à saúde, portanto, é uma necessidade diante da mudança de paradigma vigente, o modelo biomédico de atenção à saúde, não tem mais espaço para se desenvolver na sociedade do conhecimento.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A construção metodológica tem início com a delimitação da modalidade de pesquisa a utilizar, sendo que essa se encontra em consonância com o tema proposto.

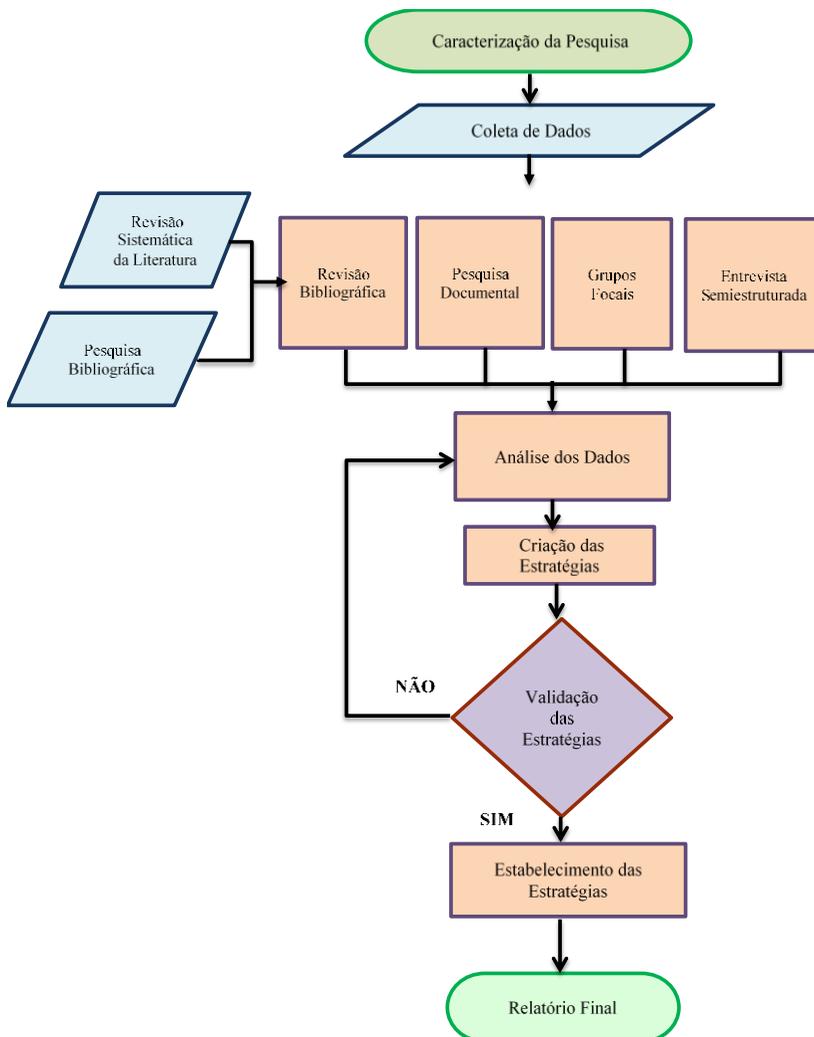
A seguir, apresenta-se o Fluxograma de trabalho.

3.2 FLUXOGRAMA DE TRABALHO

Conhecer a sequência com que a pesquisa vai transcorrer, sua cadência, é uma forma de organização que permite ao leitor acompanhar junto com o pesquisador o desenvolvimento prático da pesquisa. Gil (2007, p. 21) comenta que é um meio de “facilitar o acompanhamento das ações correspondentes a cada uma dessas etapas, é usual a apresentação do fluxo da pesquisa sob a forma de diagrama”.

O uso dos símbolos para apresentar o projeto de pesquisa de forma esquematizada e sequencial complementa a informação visual das etapas, na medida em que as figuras geométricas utilizadas são uma convenção, servem para ilustrar, orientar e facilitar a análise. A ordem das etapas apresentadas inicialmente poderá sofrer alterações durante o desenvolvimento do trabalho, não existe rigor, cabe ao pesquisador a decisão de “adaptar o esquema às situações específicas” (GIL, 2007, p. 21).

Assim, para atingir os objetivos propostos na presente pesquisa, seguiu-se um fluxograma de trabalho para uma melhor condução das atividades traçadas, conforme Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de trabalho

Fonte: Elaborado pela autora.

Realizada a apresentação do fluxograma de trabalho, faz-se necessário desvelar cada uma das etapas citadas, para percorrer e complementar as informações.

3.2.1 Caracterização da pesquisa

Durante o planejamento da pesquisa, a escolha da modalidade estabeleceu uma relação com o objetivo a ser alcançado, contribuindo, dessa forma para a delimitação de estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo, definindo a abordagem qualitativa para delinear seus passos.

A escolha recai sobre a característica da abordagem qualitativa de estabelecer variáveis, mantendo o compromisso de compreender e classificar processos dinâmicos vivenciados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança no comportamento ou atitudes dos indivíduos (LAKATOS; MARCONI, 2001).

Em relação a sua classificação, com base no objetivo geral, é do tipo exploratória e descritiva. É exploratória ao propor, segundo Gil (2007, p. 41), “maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito”, afinal não tem-se conhecimento da forma como o compartilhamento do conhecimento ocorre nas organizações hospitalares. E do tipo descritiva, pois possui “como objetivo primordial, a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”, ainda conforme Gil (2007, p. 42), ou seja, tem pretensões de desvelar os atores que coabitam as organizações hospitalares.

Como estratégia de pesquisa, o estudo de caso, que, segundo Creswell (2010) e Gil (2007), permite ao pesquisador explorar exaustivamente um ou mais objetos para conhecê-lo com maior riqueza de detalhes. Trata-se de uma investigação empírica que, compreende o planejamento e a coleta de dados, podendo incluir o estudo de um caso ou de múltiplos casos, sendo pertinente sua escolha para as organizações hospitalares (YIN, 2001).

Um projeto de pesquisa tem início na elaboração de um tema que, geralmente, nasce da inquietação do pesquisador diante de um fato de seu cotidiano que o instigue a buscar respostas e elaborar o pensamento crítico junto com teóricos e especialistas do tema escolhido.

A natureza do problema a ser estudado define o tipo de pesquisa a ser abordada e, dessa forma, a presente pesquisa tem início na contextualização do tema proposto, momento em que são relatadas ao público as principais inquietações advindas do universo profissional da pesquisadora e da sua percepção diante da exposição dos fatos.

3.2.2 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu por meio dos métodos: revisão bibliográfica; pesquisa documental; grupos focais e entrevista semiestruturada.

3.2.2.1 Revisão Bibliográfica

A coleta de dados para a revisão bibliográfica foi realizada por meio da revisão sistemática da literatura e da pesquisa bibliográfica.

3.2.2.1.1 Revisão Sistemática

Delimitados o título funcional, os objetivos e a questão de pesquisa, foi realizada, inicialmente, uma revisão sistemática da literatura para encontrar o estado da arte do tema e localizar a lacuna de conhecimento existente, servindo, então, de base à elaboração de respostas e sugestão para novas pesquisas relativas ao tema.

A revisão sistemática da literatura apresentada no Apêndice A, a partir dos objetivos definidos, identificou e selecionou, na literatura, os estudos disponíveis pertinentes ao tema proposto. Para sua realização, foi estruturada em oito etapas sequenciais relatadas a seguir.

Na primeira etapa, foram definidos o tema, a pergunta de pesquisa e as palavras-chave: “Processo de Hospitalização”; “Hospitalização Pediátrica” e “Compartilhamento do Conhecimento” com suas traduções idiomáticas respectivas. Na segunda etapa, foi justificada a escolha das bases de dados (Scopus, Web of Science e Medline) e dos filtros para a pesquisa. A terceira etapa consistiu na definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos para a pesquisa e da análise bibliométrica. De acordo com os indicadores definidos, a quarta etapa identificou os estudos em uma pré-seleção e seleção. Os resultados foram organizados na quinta etapa. Na sexta etapa, realizou-se a coleta de dados, que foram sintetizados na próxima, a sétima. Por fim, na oitava etapa foram apresentadas as evidências.

Na Tabela 1 é apresentada uma síntese dos dados obtidos nas buscas pelas três bases de dados (*Scopus*, *Web of Science* e *Medline*); nos 38 artigos analisados foram verificadas duplicidades, triplicidades e quadruplicidades entre eles, sendo que, ao final, foi selecionado um total de 25 artigos.

Tabela 1 - Total de artigos selecionados após análise das duplicidades, triplicidades e quadruplicidades nas bases de dados.

Palavras-chave	N ° artigos selecionados Scopus	N ° artigos selecionados Web of Science	N ° artigos selecionados Medline	Total de artigos selecionados para a análise	Total de artigos selecionados para a coleta de dados
Compartilhamento do Conhecimento	02	03	04	09	06
Hospitalização Pediátrica	02	04	03	09	08
Processo de Hospitalização	04	01	03	08	05
Processo de Hospitalização e Compartilhamento do Conhecimento	00	03	00	03	00
Hospitalização Pediátrica e Compartilhamento do Conhecimento	00	00	03	02	01
Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	01	01	02	04	02
Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica e Compartilhamento do Conhecimento	00	00	03	03	03
TOTAL	09	12	18	38	25

Fonte: Elaborado pela autora.

A revisão bibliográfica compreende os 25 artigos advindos da revisão sistemática além de outras contribuições teóricas provenientes da pesquisa bibliográfica que está apresentada na sequência.

3.2.2.1.2 Pesquisa Bibliográfica

Para compor o referencial teórico da revisão bibliográfica, foram coletados dados na pesquisa bibliográfica, por meio de coletâneas escolhidas em livros, dissertações e teses, além dos dados coletados por meio das referências bibliográficas dos artigos selecionados na revisão sistemática, dentre outras fontes relevantes à pesquisa (Apêndice A).

3.2.2.2 Pesquisa Documental

A característica da pesquisa documental é que os dados provêm de fontes “muito mais diversificadas e dispersas”, como diz Gil (2007, p. 46), em relação à pesquisa bibliográfica. Essas fontes consideradas primárias são os documentos escritos ou não, como arquivos de órgãos públicos ou privados, cartas, contratos, estatísticas, fotografias, filmes, entre outros dados (MARCONI; LAKATOS, 2009; GIL, 2007).

Entre as vantagens da pesquisa em documentos, Gil (2007, p. 46) afirma:

[...] há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica.

A busca desses dados ocorreu nas unidades selecionadas, e foram priorizados os documentos pertinentes ao tema proposto para fundamentarem a caracterização das organizações participantes. Por conseguinte, a escolha recaiu sobre os impressos oficiais como: normas; rotinas de procedimentos; fluxo de atendimento; organogramas; livros de registro; folders institucionais e, nos sites oficiais dessas Instituições Hospitalares.

3.2.2.3 Grupo Focal

Como estratégia de pesquisa, foram realizados grupos focais com os profissionais da saúde, escolha definida pela característica dessa

técnica investigativa que consiste em reuniões com de seis a oito interlocutores em torno de um tema pré-estabelecido, em um ambiente acolhedor e favorável à discussão conduzida por um facilitador, no caso a pesquisadora, e de um ou dois auxiliares, no caso um auxiliar, para o registro integral das reuniões com o consentimento prévio de cada interlocutor para uso de imagem e de voz (MINAYO, 2009).

O tempo necessário para a realização de cada grupo focal foi de aproximadamente duas horas. O facilitador, no caso a pesquisadora, conduziu a discussão estimulando a participação de todos e mantendo o clima da reunião descontraído, porém mantendo-se atenta ao desenvolvimento da discussão, garantindo a participação de todos, evitando possíveis desvios do tema central (Roteiro para dinâmica do trabalho no Grupo Focal, Apêndice B, e Roteiro de trabalho no Grupo Focal, Apêndice C). Enfim, coube à pesquisadora conduzir criteriosamente a discussão sem que os participantes percebessem sua condução. Ressalta-se que se manteve uma postura de neutralidade sem emissão de julgamentos para evitar constrangimentos entre os participantes.

3.2.2.4 Entrevista Semiestruturada

Para buscar uma aproximação com os sujeitos da pesquisa, foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com acompanhantes das crianças hospitalizadas em cada uma das instituições hospitalares, totalizando 24. Esse tipo de entrevista com um planejamento relativamente aberto, possibilita ao sujeito maior liberdade de emitir sua opinião (FLICK, 2004), para tal, a abordagem do entrevistador, durante a coleta de dados, manteve-se cuidadosa o suficiente para não emitir julgamentos durante sua realização.

Para Flick (2004, p. 107), “a vantagem desse método é que o uso consistente de um guia da entrevista aumenta a comparabilidade dos dados, e sua estruturação é intensificada como resultado das questões do guia”. Procurando acompanhar o método, a pesquisadora elaborou um guia de forma criteriosa para não desviar dos propósitos das questões da pesquisa em curso. Esse guia ou roteiro (Apêndice D) da entrevista foi aplicado a duas respondentes como pré-teste para verificar a necessidade ou não de adequações.

O pré-teste apontou que havia necessidade de trocar uma expressão na vigésima primeira pergunta, a princípio estava assim formulada: “Quando os profissionais da equipe (médico(a), enfermeiro(a), assistente social, nutricionista, psicólogo, técnico de

enfermagem) passam visita no quarto para a criança como você se sente? Fale sobre seu sentimento sobre cada um deles”, a expressão “passam visita” não foi bem compreendida e foi alterada, dessa forma a pergunta reformulada ficou: “Quando os profissionais da equipe (médico(a), enfermeiro(a), assistente social, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem) chegam no quarto para examinar ou fazer algum procedimento com a criança, como você se sente? Fale sobre seu sentimento sobre cada um deles”.

3.2.3 Análise dos Dados

Para a análise dos resultados encontrados (Capítulo 4), optou-se pelo uso da Análise Temática por ser um dos métodos fundamentais dentro da pesquisa qualitativa para guiar o caminho da significação e ressignificação dos dados que emergiram durante a coleta de dados, ela fornece ao pesquisador competências básicas e úteis para tal. O processo de análise inicia junto com a coleta de dados, o pesquisador paralelamente à coleta vai esboçando os padrões de significado e, delineando as questões de maior interesse. Todo esse movimento segundo Braun e Clarke (2006) não transcorre sequencialmente, é um caminho com inúmeras idas e vindas.

As autoras Braun e Clarke (2006, p. 15) acrescentam que o processo “[...] de análise temática inicia já no momento da coleta de dados em que o pesquisador começa paralelamente a esboçar quais os padrões de significado e quais as questões de maior interesse estão emergindo [...]”, e, não apenas no momento final em que os dados estão alinhados e decodificados, o processo transcorre em seis fases, descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Fases da análise temática

FASE	DESCRIÇÃO DO PROCESSO
1. Familiarizar-se com os dados	✓ Transcrição dos dados;
	✓ Leitura e revisão dos dados;
	✓ Anotação das ideias iniciais;
2. Gerando códigos iniciais	✓ Codificação dos dados de modo sistemático em todo o conjunto de dados;
	✓ Relacionar os dados relevantes para cada código;
3. Procurando por temas	✓ Agrupar os códigos em temas potenciais;
	✓ Reunir os dados relevantes em cada tema potencial;
4. Revisando temas	✓ Gerar um mapa temático da análise.
5. Definição e nomeação de temas	✓ Analisar e refinar as especificidades de cada tema;
	✓ Gerar definições e nomes para cada tema;
6. Produzir o relatório	✓ Selecionar os exemplos extraídos;
	✓ Relacionar a análise com as questões de pesquisa e da literatura;
	✓ Produzir o relatório da análise.

Fonte: Baseado em Braun e Clarke (2006, p. 36).

A delimitação do método de análise por fases torna sua execução mais flexível e de fácil manejo diante da quantidade de dados advindos da pesquisa. O processo de codificar os dados, isto é, organizá-los por blocos temáticos permite uma visualização mais fidedigna de seus significados (CRESWELL, 2010).

Nesta pesquisa, a Análise Temática compilou os dados provenientes da aplicação das técnicas da entrevista semiestruturada com acompanhantes de crianças hospitalizadas, e do grupo focal com profissionais da saúde nas duas instituições.

Assim, para a análise dos dados coletados com acompanhantes de crianças hospitalizadas, esta tese se dividiu em três temas para a sua condução a saber: Identificação dos acompanhantes; Busca de informações e Compartilhamento do conhecimento.

O tema identificação dos acompanhantes tem como objetivo identificar os respondentes, que nesse caso, são os acompanhantes das crianças hospitalizadas, identificando faixa etária, o grau de parentesco com a criança, identificando também, os dados da criança hospitalizada (idade, sexo, posição na família), bem como, quantos dias a criança está hospitalizada, se foi a primeira internação, o motivo, e ainda, se a criança possui alguma doença crônica.

Após a identificação dos acompanhantes que compõe a primeira fase desta pesquisa, partiu-se para o segundo tema que refere-se a busca de informações. Este tema possui como objetivo, averiguar se o acompanhante da criança antes de procurar ajuda profissional busca outras fontes de informações e conhecimento. Assim, a investigação procurou verificar quando a criança ficou doente e se antes de ir ao hospital, procuraram informações, como se deu e com quem. Também apurou se os acompanhantes utilizaram a internet para buscar informações sobre problemas de saúde da criança, e ainda, que tipo de informações buscou nas redes sociais, se foi para diagnóstico e/ou tratamento.

Finalizando esta fase da pesquisa, tem-se o tema compartilhamento do conhecimento, buscando verificar quais as informações que o acompanhante da criança recebe no momento da chegada até a internação, o entendimento do acompanhante sobre a equipe de saúde que está cuidando da criança, o entendimento do acompanhante com relação às informações que os profissionais passam sobre a saúde da criança que está hospitalizada, com relação também, ao conhecimento do acompanhante no que se refere a valorizado pelos profissionais da saúde, a satisfação do acompanhante durante as visitas da equipe, e ainda, o interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança.

Após esta fase da pesquisa, partiu-se para a dinâmica do grupo focal, por meio de um roteiro. Com a mesma perspectiva da coleta de dados anterior, dividiu-se em três temas para a condução a saber: Identificação dos profissionais; Busca de informações e Compartilhamento do conhecimento.

O tema identificação dos profissionais tem como objetivo identificar os profissionais, identificando a profissão, o tempo de exercício profissional e se possui outra profissão fora da instituição

pesquisada. Este tema ainda busca identificar o conhecimento do grupo sobre a equipe de saúde, verificando quais profissionais fazem parte da equipe de saúde, as categorias presentes na instituição, as atribuições de cada profissão e, ainda, as inter-relações mais frequentes na rotina de trabalho.

Após a identificação dos profissionais que compõe esta pesquisa, partiu-se para o segundo tema que refere-se a busca de informações. Este tema possui o objetivo de identificar o uso da TI na equipe. Para tal, verificou-se a opinião dos profissionais sobre o uso das tecnologias de comunicação na assistência à saúde, se utilizam as redes sociais para a troca de informações, bem como as redes que utilizam com maior frequência, e quais informações buscam, e ainda, para compilar a opinião dos profissionais sobre o uso da internet pelas famílias das crianças em assistência em busca de informações sobre as questões de saúde/doença e/ou tratamento.

E, por fim, o tema compartilhamento do conhecimento, buscando verificar a troca de informações da equipe com familiares acompanhantes no momento da hospitalização, verificando também o envolvimento da equipe com a realidade das famílias, finalizando ao verificar a disponibilidade da equipe para mudanças.

3.2.4 Criação das estratégias

Com base nos resultados obtidos na análise temática, na revisão bibliográfica e no conhecimento adquirido pela pesquisadora em sua vida acadêmica e profissional, foram criadas as estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo (Capítulo 5).

3.2.5 Validação das estratégias

A validação das estratégias ocorreu por meio de especialistas, utilizando o método Delphi.

O método Delphi consiste na aplicação de um questionário interativo a um grupo de especialistas, sendo que suas respostas são mantidas no anonimato, Wright e Giovinazzo (2000, p. 55) definem como ocorre a sequência dessas avaliações:

Na primeira rodada, os especialistas recebem um questionário preparado por uma equipe de coordenação e são solicitados a responder

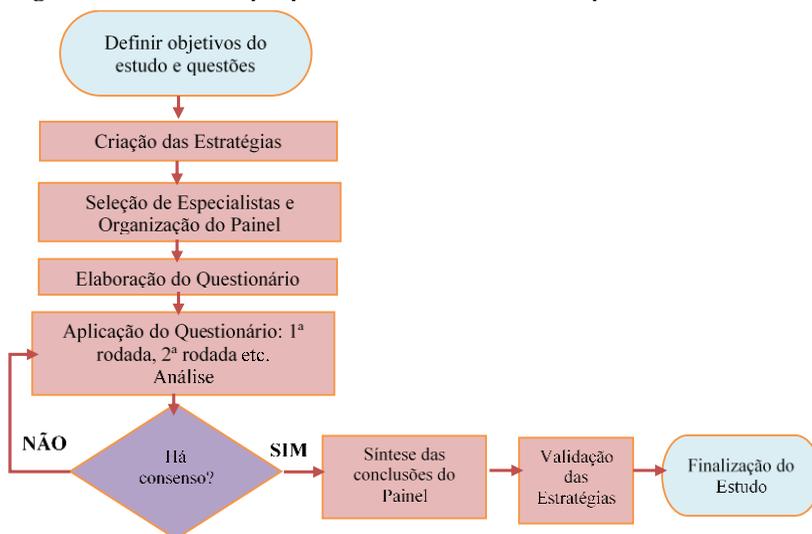
individualmente, usualmente com respostas quantitativas apoiadas por justificativas e informações qualitativas.

Ao garantir o anonimato das respostas, conforme as observações de Wright e Giovinazzo (2000), o método Delphi evita que ocorra a influência de opiniões entre os especialistas que podem, inclusive, mudar de opinião ou mesmo cometer erros sem o receio do julgamento dos demais, deixando-os com maior liberdade de expressão (DOS SANTOS; VIDOTTO; GIUBLIN, 2005).

O método Delphi tem uma sequência básica de execução: tem início na definição dos objetivos do estudo e destaque nas questões críticas, na criação das estratégias, na seleção do grupo de especialistas que irá validar essas estratégias, e na elaboração do questionário Delphi (Capítulo 6) A aplicação do questionário aos especialistas se realiza em quantas rodadas forem necessárias até se chegar a um consenso, na sequência, é realizada uma síntese das conclusões do painel para validar as estratégias criadas e finalizar o estudo.

A Figura 2 mostra a sequência do processo de pesquisa utilizando o método Delphi.

Figura 2 - Processo de pesquisa utilizando a Técnica Delphi



Fonte: Adaptado de Wright e Giovinazzo (2000, p. 57).

Em relação à escolha dos especialistas para a validação dessas diretrizes, Wright e Giovinazzo (2000, p. 56) comentam sobre a importância de

[...] buscar uma distribuição equilibrada entre elementos de dentro e de fora da entidade interessada [...] A heterogeneidade é um fator estimulante; no entanto, a qualidade do resultado depende essencialmente dos participantes do estudo.

Dos Santos, Vidotto e Giublin (2005) corroboram e complementam que, por meio desse método de desenvolvimento da pesquisa, torna-se possível captar o conhecimento tácito dos especialistas.

Seguindo a sequência estabelecida pelo método, após a primeira rodada, os dados advindos dos questionários serão tabulados, caso necessário, poderão ser acrescentadas novas questões, e devolvidos aos especialistas como um *feedback* para avaliação. Na segunda rodada, os especialistas vão se confrontar com as suas respostas e as de seus pares, anonimamente, acrescidas ou não de outros questionamentos, revisando e avaliando cada tópico para devolver ao administrador.

Ao final da segunda rodada, havendo consenso, as respostas serão novamente tabuladas e as estratégias validadas, se não houver consenso, essas respostas tabuladas serão devolvidas aos especialistas para nova rodada de *feedback* e avaliação.

3.2.6 Relatório final

O relatório final traz as estratégias validadas junto com os objetivos iniciais dessa pesquisa, respondendo à questão de pesquisa que norteou todo o processo investigativo proposto.

São ainda apresentadas as conclusões e sugestões para futuros trabalhos (Capítulo 7).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este capítulo tem por finalidade a criação das estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo. Assim, foi dividido em tópicos, a saber, considerações iniciais; caracterização das organizações participantes; seleção dos sujeitos da pesquisa; apresentação e discussão dos resultados obtidos com a aplicação da técnica de grupo focal; apresentação dos resultados obtidos com a aplicação da técnica de entrevista semiestruturada; e por fim, a síntese do capítulo.

Para tal, em consonância com a perspectiva metodológica proposta nesta tese, a criação das estratégias ocorreu a partir da congruência entre os elementos encontrados na revisão bibliográfica e nos dados levantados nas sessões de grupo focal e nas entrevistas.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PARTICIPANTES

Para esta investigação, foram selecionadas duas instituições hospitalares, o Hospital Infantil Joana de Gusmão e o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Apresenta-se, a seguir, a caracterização de cada uma das instituições e, para tal, utilizou-se a pesquisa documental.

4.2.1 Hospital Infantil Joana de Gusmão

O Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) fundado em 1979 é um hospital de referência no Estado em pediatria, possui uma área de 22.000 m², 126 leitos de internação, Ambulatórios especializados - Geral, Hospital Dia, Oncologia, Hospital Dia Cirúrgico. Possui unidades clínicas especializadas em: Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Cabeça e Pescoço, Hebeatria, Infectologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Nutrologia, Oncohematologia, Queimadura, Pediatria Geral, Pneumologia, Psiquiatria e Terapia Intensiva. E ainda, as unidades cirúrgicas: Cirurgia Pediátrica Geral, Bucomaxilofacial, Cabeça e Pescoço, Neurocirurgia, Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia (SES/HIJG, 2017).

Sendo um hospital especificamente pediátrico que reúne uma ampla diversidade de especialidades, foi elencada uma unidade para

compor a pesquisa. Procurando manter uma similaridade entre os hospitais, a unidade de escolha foi a “D” que recebe as crianças da Clínica Pediátrica, especialidade médica cuja abrangência é bastante ampla. O site oficial do HIJG (SES/HIJG, 2017) a define como a clínica que:

[...] acompanha os pacientes pediátricos com patologias diversas que necessitam de internação hospitalar. Nossos pacientes são aqueles que possuem patologias frequentes na Pediatria, aqueles que possuem várias patologias ou aqueles que ainda não possuem um diagnóstico [...] pneumonia, bronquiolite, asma, infecção do trato urinário, diarreia aguda, celulite, abscesso, adenite, mastoidite entre várias outras.

Dessa forma, as doenças elencadas dentro de sua especificidade compõem uma subespecialidade pediátrica, ressaltando que a referida Unidade recebe ainda aquelas crianças que estão em processo de investigação clínica realizando exames laboratoriais e de imagens entre outros, para estabelecimento de um diagnóstico, além das crianças com doença crônica que necessitam cuidados de uma equipe multiprofissional.

4.2.2 Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC)

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC, 2017), fundado em 1980, é um hospital de referência no estado, além de ser o único hospital federal do Estado de Santa Catarina.

Por ser um Hospital Geral, presta assistência hospitalar e ambulatorial em: Acupuntura, Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Proctologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Hemoterapia, Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Vídeo-Cirurgias, Cirurgia Vascular e Cirurgia Torácica. Também dispõe de Serviço de Odontologia Hospitalar, incluindo cirurgia Buco Maxilo Facial, e uma área recém-implantada de Transplantes (HU/UFSC, 2017).

A Pediatria compreende a unidade de internação, o ambulatório e a emergência pediátrica, sendo que o escopo dessa pesquisa está delimitado na unidade de internação.

A Unidade de Internação Pediátrica (UIP) foi inaugurada no ano de 1980 junto com o HU/UFSC, passou por duas grandes reformas na área física. Encontra-se localizada no 2º andar e possui: logo na entrada, a Sala de Observação - uma extensão da Emergência Pediátrica para as crianças que permanecerão em observação por um período de tempo de 24 horas durante o qual será reavaliada para liberação ou internação de acordo com a evolução do seu estado de saúde; Sala de Recreação; Sala de Curativos; Sala de Procedimentos (Posto de Enfermagem); 02 Salas para lactentes (crianças com vinte e oito dias a dois anos incompletos); 02 Salas para pré-escolar (crianças com dois a seis anos incompletos); 04 quartos para escolares (crianças de seis a quinze anos incompletos); 02 Quartos de cuidados especiais para crianças que necessitam maior vigilância da equipe, situadas próximas ao Posto de Enfermagem; Sala de passagem de plantão; Rouparia; Sala de descanso da Enfermagem (HU/UFSC, 2017).

No momento a UIP disponibiliza quinze vagas para hospitalização e/ou observação, distribuídas em: quatro para escolares; sete para pré-escolares e quatro para lactentes (HU/UFSC, 2017). Ressalta-se que a redução no número de vagas está associada a uma baixa no quantitativo de pessoal na Equipe de Enfermagem do HU.

A UIP recebe crianças e suas famílias, com faixa etária entre 28 dias de vida até 14 anos 11 meses e 28 dias provenientes de todo o estado de Santa Catarina, sendo a maior representatividade para as crianças oriundas das Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul/Ilha de Florianópolis bem como da Região da Grande Florianópolis (HU/UFSC, 2017).

Sendo uma unidade de Clínica Pediátrica, possui as mesmas características mencionadas para o HIJG, porém com a ressalva de que está inserida em um Hospital que não possui Unidade de Terapia Intensiva para Crianças, uma antiga reivindicação.

Assim, diante de situações de maior gravidade as crianças são transferidas para o HIJG. Após a seleção e caracterização das instituições hospitalares participantes nesta pesquisa, partiu-se para a seleção dos sujeitos, dando, então, continuidade a esta investigação.

4.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi definida em consonância com os critérios estratégicos adotados para essa etapa da pesquisa: Grupo Focal Multiprofissional e Entrevistas Semiestruturadas para as acompanhantes de crianças hospitalizadas.

4.3.1 Grupo Focal

Definiu-se que o participante do grupo focal em cada uma das instituições fosse selecionado pela sua heterogeneidade em relação ao assunto a ser discutido, objetivando que ao menos um representante de cada categoria profissional da equipe de saúde composta pela Enfermagem; Medicina; Psicologia; Serviço Social e Nutrição estivesse presente no grupo de profissionais do Hospital Universitário Professor Ernani Polydoro de São Thiago e do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Ficou definido, dessa forma, pelo fato de que cada grupo focal seria composto por, no mínimo, seis participantes e, no máximo, oito de acordo com Minayo (2009).

Em relação às categorias profissionais, foi convidado o mesmo número de representantes por categoria em ambas as instituições. Ressalta-se, porém, que em relação às categorias: psicólogo, assistente social e nutricionista, que por serem em menor número em ambas as instituições, foi convidado apenas um representante de cada.

Diante dessa ressalva, a conformação de cada grupo foi de: dois (duas) enfermeiros (as); dois (duas) médicos(as); um(a) psicólogo(a); um(a) assistente social; um nutricionista e um técnico(a) de enfermagem. Todos os participantes foram escolhidos nas unidades referidas, tendo como critérios de inclusão: aceitar e ter disponibilidade de tempo para participar da pesquisa, e profissionais com no mínimo dois anos de experiência na área.

O ambiente para realização dos grupos em cada instituição foi definido por uma sala em condições adequadas para utilização de vídeos, separada do ambiente assistencial, o que assegurou a necessária privacidade dos participantes e a confidencialidade das informações disponibilizadas por eles.

Assim, a amostra foi de dois grupos focais, formados por profissionais da equipe de saúde que prestam assistência à criança hospitalizada no Hospital Universitário Professor Ernani Polydoro de São Thiago e no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Inicialmente, foi definido um roteiro para sistematizar a condução dos grupos focais com as equipes multiprofissionais da saúde, contendo a ação, o desenvolvimento e o tempo destinado para uma dessas etapas (Apêndice B).

Na sequência, foi elaborado um roteiro com as perguntas a serem utilizadas nas sessões de cada grupo focal com base nos Temas: Identificação dos Profissionais; Busca de Informações e Compartilhamento do Conhecimento (Apêndice C)

Para cada tema, foram estabelecidos objetivos a serem alcançados com a aplicação das vinte perguntas, assim distribuídas:

- ✓ Oito para contextualizar e identificar os profissionais;
- ✓ Cinco para verificar como ocorre a busca por informações e o uso das TI pelos profissionais;
- ✓ Sete para averiguar o compartilhamento do conhecimento entre os sujeitos da pesquisa que abrange o contingente de informações repassadas aos acompanhantes no momento da hospitalização e durante as visitas nos quartos das crianças, as principais solicitações dos acompanhantes, percepção sobre a tomada de decisão compartilhada e o cuidado centrado na família.

4.3.2 Entrevistas Semiestruturadas

A escolha de entrevistas semiestruturadas para as mães/acompanhantes das crianças hospitalizadas foi influenciada pela questão do tempo destinado à participação de um Grupo Focal, duas horas afastada de sua criança hospitalizada traduzia-se em não adesão ao grupo.

Quanto aos critérios de inclusão, a seleção desse grupo foi pela homogeneidade do assunto: ser acompanhante de uma criança hospitalizada, bem como, por meio de aceitação e de ter disponibilidade para participar da pesquisa e estarem acompanhando crianças com, no mínimo, três dias de hospitalização.

O tempo necessário para a realização de cada entrevista foi de, aproximadamente, uma hora, realizada em um ambiente tranquilo, mantendo acompanhante e criança próximos, tempo em que a pesquisadora procurou manter uma postura acolhedora e criteriosa o suficiente para não emitir julgamentos, estimulando a emissão de respostas.

Em primeiro lugar, elaborou-se o roteiro (Apêndice D) para a entrevista semiestruturada que inicia com dados da Identificação dos Respondentes, e as demais perguntas foram direcionadas aos Temas: Busca de Informações e Compartilhamento do Conhecimento. Com os temas delimitados, foram estabelecidos objetivos para alcançar com a aplicação das vinte e duas perguntas norteadoras que foram distribuídas:

- ✓ Sete para contextualizar e identificar os respondentes;
- ✓ Três para verificar como ocorre a busca por informações pelo acompanhante da criança, se antes de procurar ajuda profissional, busca outras fontes de informações e conhecimento e quais essas fontes;
- ✓ Doze para averiguar o compartilhamento do conhecimento entre os sujeitos da pesquisa que abrange o momento em que o(a) acompanhante e criança chegam ao hospital até a hospitalização na unidade, as informações que recebe e sua compreensão das mesmas, seu entendimento sobre a equipe de saúde; se o conhecimento do acompanhante está sendo valorizado pelos profissionais da saúde; identificar a satisfação relativa à assistência prestada durante as visitas da equipe e identificar se existe interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado à criança.

Em segundo lugar, foi realizado um pré-teste, um procedimento necessário para avaliar junto à população-alvo o conteúdo e formato das perguntas elaboradas, para adequá-las ou não, aumentando a validade e a viabilidade do instrumento por torná-lo mais compreensível (WINDELFET et al., 2005).

O pré-teste consistiu na elaboração de duas entrevistas semiestruturadas com acompanhantes de crianças hospitalizadas em um dos hospitais da presente pesquisa. A escolha ocorreu de forma aleatória sendo respeitados os critérios de tempo: no mínimo três dias de hospitalização da criança, ressalta-se que as referidas entrevistas não foram incluídas no resultado final da pesquisa.

Durante a realização dos pré-testes, observou-se a necessidade de adequação da expressão “passar visita” que foi substituída para maior compreensão. O roteiro definitivo para as entrevistas semiestruturadas a ser realizada aos acompanhantes das crianças hospitalizadas encontra-se no Apêndice D.

4.4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL

Os dados obtidos com a realização da técnica do Grupo Focal com profissionais da equipe de saúde, que prestam assistência à criança hospitalizada no Hospital Universitário Professor Ernani Polydoro de São Thiago e no Hospital Infantil Joana de Gusmão, serão relatados e analisados individualmente e, por ordem de realização.

4.4.1 Grupo Focal: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

O Grupo Focal na instituição foi realizado no dia seis de janeiro de 2018, com duração de aproximados cem minutos, período em que a harmonia predominou entre os participantes. Com o ambiente propício, os temas transcorreram em um debate conduzido conforme a programação estabelecida nos Apêndices B e C.

4.4.1.1 Identificação dos Profissionais

Esse ítem possui o objetivo de identificar os profissionais e o conhecimento do grupo sobre a equipe de saúde. Dessa forma, os sujeitos de pesquisa foram acunhados com as siglas GF relativas à Grupo Focal, seguidos com um número crescente de um a oito para preservar-lhes o anonimato, conforme apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Identificação dos profissionais

IDENTIFICAÇÃO	PROFISSÃO	TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NESTE HOSPITAL	POSSUI OUTRA PROFISSÃO FORA DESTA INSTITUIÇÃO?
GF1	Médica pediatra e Neonatologista	29 anos	19 anos	Não
GF2	Médica pediatra	19 anos	14 anos	Não
GF3	Enfermeira	30 anos	27 anos e 6 meses	Não
GF4	Enfermeira	20 anos	20 anos	Não
GF5	Pedagoga	30 anos	3 anos	Não
GF6	Assistente Social	3 anos	3 anos	Não
GF7	Técnico de Enfermagem	30 anos	30 anos	Sim, é enfermeira
GF8	Auxiliar de Enfermagem	30 anos	23 anos	Sim, é Técnica de enfermagem

Fonte – Elaborado pela autora.

Realizada a descrição dos sujeitos da pesquisa e objetivando identificar o conhecimento do grupo sobre quais os profissionais compõem uma equipe de saúde, o grupo concordou com a fala de GF1: *“Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Fisioterapeuta, Psicólogo, Fonoaudiólogo e Nutricionista”*; sendo completado por GF2: *“Ainda um Funcionário Administrativo, um Escriturário”*, e, por GF4 que completa: *“A Pedagoga”*, em outro momento, no transcorrer do Grupo, a figura do Farmacêutico surge como outro componente da equipe de saúde no depoimento de GF3: *“A gente se esqueceu de falar que também na equipe de saúde entra o Farmacêutico”*.

Particularizando a equipe de saúde para a realidade do HU, o grupo concorda com a fala de GF6: *“Neste hospital, estão médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, não sei se agora tem o psicólogo, é para ter, assistente social, a pedagoga, fonoaudióloga, a nutricionista e fisioterapeuta”*, ao questionar sobre o psicólogo, GF6 destaca a ausência deste profissional na internação pediátrica nos dias atuais.

Às particularidades e funções atribuídas a cada uma das categorias profissionais, GF3 inicia sua fala:

O médico, a questão do desenvolvimento, crescimento, tratamento das doenças, a enfermagem o cuidado da saúde e da assistência à saúde, a nutricionista toda a questão nutricional, o pedagogo, a parte do desenvolvimento, ensino mais específico na questão pedagógica, a assistente social, todas as questões relacionadas a leis, direitos e acompanhamentos, o técnico de enfermagem também, mais as questões técnicas relacionadas ao cuidado, a psicóloga, a parte da psicologia.

Logo, GF2 introduz a questão de ser um hospital universitário: *“Lembrando que o nosso hospital tem a particularidade de ser um hospital escola, então perpassa o ensino por todos os profissionais das diferentes áreas”*, ao que GF8 concorda e o grupo passa a discutir essa questão, quando GF1 destaca a importância da postura profissional, como parte do ensino oculto, em suas palavras:

Tudo o que a gente ensina através da transmissão formal de aulas e práticas, mas também da

transmissão atitudinal [...] a gente faz ou deveria fazer com o mesmo cuidado que a gente presta à criança, ao jovem em formação que vai cuidar de outras crianças depois.

O profissional como formador de opinião é alvo da observação ciosa dos sujeitos que povoam o ambiente hospitalar, na citação especificamente dos alunos.

As relações que se estabelecem entre os profissionais da equipe de saúde emergiram diante do questionamento de quais as categorias profissionais se relacionavam com maior frequência: Para GF1: “*Enfermeiros, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais e Psicólogos*”, sendo complementada por GF2: “*Com a equipe da enfermagem, tanto o enfermeiro, quanto o técnico, quanto os alunos, e os pacientes e suas famílias*”, GF3 concorda e relembra uma época em que: “*Os alunos da odontologia também passavam na unidade, e também os professores do departamento de enfermagem que a gente sempre tem contato*”, GF4 concordando, destaca que: “*Hoje, na realidade da pediatria, a gente tem um contato muito direto com a pedagoga, até porque ela assumiu toda essa parte da brinquedoteca*”. Assumido a fala, GF5 afirma:

A pedagogia também está muito próxima à enfermagem, à medicina, à psicologia e ao serviço social [...] perpassar e compartilhar e estar junto com todos os profissionais [...] da psicologia, a gente avalia dimensões parecidas que se completam, que é o emocional, a família [...], mas também existem momentos em que objetivo da gente é avaliar o brincar da criança, de que forma a mãe interage através do brinquedo, com essa criança.

Solicitando a palavra, GF6 emite sua opinião: “*Nós, do serviço social, na internação pediátrica, lidamos mais com a psicologia, enfermagem e a medicina discutindo as situações, às vezes, a própria equipe nos aciona, às vezes a gente aciona a equipe, conforme a demanda*”.

Com os demais membros do grupo concordando com as falas, surge uma nova temática sobre as relações entre a equipe a partir da fala de GF4, quando diz que:

Quero lembrar aqui, que na enfermagem dentro da nossa instituição, a gente tem esse contato que

todos os profissionais relataram que se dá de uma forma direta, informal, mas a gente também tem um momento de contato entre esses profissionais de uma forma, aí sim, mais formal quando a gente procura reunir com esses profissionais uma vez por semana.

GF4 está fazendo uma alusão ao Intercâmbio, uma prática com muitos anos de existência, apresentada num evento da Semana de Ensino Pesquisa e Extensão – SEPEX, na UFSC de 2005, na sessão Pôster, quando Villari, Marcon e Fossari (2005) discorrem,

Esta atividade busca uma visão transcultural da criança e família, diversificando olhares na compreensão das situações vivenciadas, promovendo saúde, bem como, contribuir no processo de formação dos alunos que realizam estágio nesta instituição. As reuniões são coordenadas por um dos integrantes, que define com o grupo as situações que serão discutidas e todos os profissionais compartilham informações e identificam quais as necessidades e encaminhamentos mais emergentes, valorizando os saberes envolvidos no seu atendimento.

Para falar do Intercâmbio, GF3 solicita a palavra para complementar:

Naquela época os médicos acompanhavam, ou um residente ou o doutor (cita o nome) era muito presente nessas reuniões, e era de extrema importância, porque tinham situações muito elucidativas como a questão da criança vítima de violência por exemplo, [...] que a gente entra em conflitos pessoais de como lidar, não fazer juízo, então eu via ali como um momento muito importante para a equipe.

Refletindo sobre o depoimento de GF3, GF4 comenta: “*De bastante crescimento para a equipe*”, e GF3 lamenta: “*É uma pena que hoje os médicos não estejam mais assim, as coisas vão mudando*”, ao que GF4 completa: “*Essa é a nossa grande questão, a falta da participação do médico nessas reuniões*”. Observa-se que o

compartilhamento das informações entre os profissionais da equipe de saúde é prejudicado por esta ausência.

O grupo como um todo lamenta a situação atual do Intercâmbio, e GF5 solicita: “*Gostaria de falar da experiência no Núcleo Desenvolver onde o residente passa pelo trabalho multidisciplinar do Núcleo*”, ilustra como uma vivência exitosa, tanto para os pacientes, quanto para a formação acadêmica dos residentes da medicina, e, GF1 que também é integrante deste Núcleo, complementa:

Também acho uma longevidade muito grande essa reunião do Núcleo Desenvolver a gente vai fazer vinte anos esse ano e todas as quinta feira a gente se reúne, [...], eu reconheço o papel gregário de algumas pessoas em manter todo mundo junto, e isso perpassa de tornar esse momento da reunião um momento gratificante. A equipe quando se encontra demonstra que faz questão de estar junto, de abrir espaço para o saber do outro e se tornar consciente de que ninguém sabe tudo, quando o outro generosamente compartilha o que sabe e aprende o que você tem para dizer.

Diante do relato de GF1 o grupo segue a discussão sobre a necessidade de sensibilizar os profissionais da medicina para que voltem a participar das reuniões do Intercâmbio no setor de internação para o fortalecimento da equipe, e GF1 retoma a palavra e diz: “*As equipes se rompem quando o estar ali é desagradável, por exemplo quando um ego começa a brigar com o outro pelo tanto que sabe, na verdade todo mundo sabe um pedaço*”, GF8 concorda: “*Bem isso, verdade*”, e GF3 que também fez parte do Núcleo Desenvolver, complementa:

Eu participei dele bem no início, e ele foi construído pelo doutor (cita o nome) com esse olhar, tinha que ter um profissional de cada área e cada um fazendo a sua parte, e no conjunto para a troca, por isso, acho, que esse trabalho se sustenta até hoje.

Esse “olhar”, que o grupo conclui ser a essência de tudo, o olhar da complementariedade dos saberes, ao que GF3 interfere: “*A gente vai ter que aprender, porque o hospital está mudando a forma de gerenciar, nós vamos trabalhar em linhas de cuidado, e a gente vai ter que saber*

se interpolar com as outras áreas”, antevendo as mudanças da nova gestão hospitalar, enquanto GF1 reflete sobre a sua formação acadêmica: “A nossa educação, com métodos mais antigos, infelizmente é muito segmentar, então, agora tem que aprender essa nova forma de aprendizado, e, esses novos que estão começando, vão se inserir mais facilmente, se nós nos adequarmos”.

Para GF7 o relacionamento entre as categorias profissionais é muito importante e, no seu relato, destaca que, quando em seu período de trabalho:

Percebe que a criança ou a mãe não estão bem, então a gente passa no plantão olha essa mãe tem que ser encaminhada para a psicologia, então a gente sabe da importância dos outros profissionais, só que uma queixa nossa é que nunca tinha o retorno da psicologia, era encaminhado o problema e não tinha uma devolutiva.

Situação que é contestada por GF4, referindo-se aos encontros semanais citados *“Eu acho que a gente tem devolutiva da psicologia sim, nesses momentos do intercambio uma vez por semana, e às vezes, a devolutiva é só para um profissional”.* Fato semelhante emerge da fala de GF6 sobre o serviço social quando acionado pela enfermagem ou medicina: *“A gente não vai conseguir dar resposta para todo mundo da equipe, vamos direcionar a nossa resposta”,* ao que GF7 e GF8 concordam com um meneio da cabeça.

Trata-se de uma situação que requer uma reflexão maior, porém, pode-se atentar para a maneira como estão sendo registradas tais reuniões, pois muitas vezes, a situação não permite seu detalhamento por escrito, quantas vezes acompanhantes buscam alguém da equipe para desbafar situações íntimas que dizem respeito ao seu bem-estar emocional.

GF7 solicita a palavra e reflete: *“A gente trabalha muito no imediato, se eu me preocupo com a criança eu não me preocupo só porque ela adoeceu, mas porque ela adoeceu, penso, e quando ela sair daqui como é que vai ser? Precisamos trabalhar com o entorno também”,* ao que GF2 complementa: *“Por isso também a importância do serviço social”,* e GF2 interfere: *“Para ver esse contexto que essa criança está inserida”.*

Sobre o contexto social e a questão econômica dessas crianças e famílias, GF7 relembra que: *“Nós recebíamos muitas crianças*

desnutridas, hoje em dia o Plano de Saúde da Família (PSF) funciona, porque reduziram muito as internações, então, a gente precisa trabalhar com esses parceiros”, E, GF8 concorda: “Hoje é raro receber crianças desnutridas como anos atrás”.

O grupo discute a situação atual com a diminuição do número de internações no hospital e concorda com os depoimentos de GF7 e de GF8. Retornando ao tema relações entre a equipe, GF5 pede para relatar uma situação ao grupo:

Outro dia, eu recebi um encaminhamento não sei se é hábito ou é um protocolo do residente, ele me pediu para fazer uma avaliação do paciente porque tinha uma suspeita de dislexia, daí ele me entregou por escrito, a gente conversou, e eu também fiz orientação para o doutor (cita o nome) que é do núcleo, discutimos a respeito e eu devolvi por escrito também, eu não sei se isso é hábito.

Ao que GF5 é contestada por GF1 que diz: “Não, é antigo, o papel é uma coisa antiga se tivesse uma reunião ele não ia te mandar isso, isso é burocrático e antigo, mas é porque o coitado foi treinado assim né, na burocracia”. E GF5 concorda: “Sim, eu não me restringi assim ao papel, o papel foi a última coisa que eu entreguei para ele, a gente foi vendo a criança e fui conversando com ele”.

O diálogo ainda é o mais importante aliado nas relações que se estabelecem entre a equipe e as famílias, conclui o grupo.

4.4.1.2 Busca de Informações

Esse tema tem por objetivo identificar o uso da TI na equipe de saúde, um novo panorama que a sociedade do conhecimento vem impondo à realidade hospitalar nos dias atuais.

Para alcançar tal objetivo foram lançadas algumas perguntas como: Qual sua opinião sobre o uso das tecnologias de comunicação na assistência à saúde? Costuma fazer uso das redes sociais para a troca de informações? Quais você utiliza com maior frequência? Que tipos de informação você costuma buscar nas redes sociais?

O grupo todo reconhece a importância da TI na assistência à saúde, faz uso para pesquisas e atualizações, porém, o debate acabou se direcionando às questões de ajustes no sistema implantado no hospital, como destacado em algumas falas, inicialmente o fim das receitas

ilegíveis como ilustra GF1: “*Se é computador, eu gostei, gostei porque a minha letra é horrível e eu perdia muito papel e a vida de quem trabalhava comigo era pior ainda*”. GF2 concorda que facilita na organização do prontuário, mas faz uma ressalva:

Quando tem uma ferramenta que nos ajuda a manter o prontuário organizado, que muitas pessoas manuseiam, eu acho que a coisa funciona melhor, porém eu sinto falta de nos capacitarem para usá-la, ela aparece e agora só tem que usar, se virem, então a gente vai atrás do pessoal aqui da informática para aprender. Acho que, às vezes, a ferramenta é subutilizada, a gente sabe trabalhar no básico enquanto poderia nos facilitar muito.

O sistema informatizado adotado pelo hospital estava sendo implantado quando ocorreram mudanças que afetaram o seu desempenho, uma situação bastante peculiar é a exposta por GF3 que concorda com o avanço que representa a TI, mas, traz uma situação específica: “*A TI hoje até tem atrapalhado em algumas situações, porque os programas não são bons, parou a internet, para tudo, as pessoas começam a ficar burocráticas*”. E segue discorrendo sobre as prescrições médicas digitalizadas, que estas não podem ser alteradas no mesmo dia em que foram lançadas, porém, caso ocorra uma nova avaliação do paciente e que surja a necessidade de introduzir um medicamento novo, este não poderá ser incluído, continua GF3:

Se ele incluir no sistema hoje, perde tudo o que tinha, [...] aí o enfermeiro tem que entrar lá no pedido de segunda via e colocar o nome da medicação, e depois vai até a farmácia pegar o medicamento, às vezes o farmacêutico que está lá não aceita entregar o medicamento dessa forma, então acho assim, criou-se a ferramenta e também esses entraves, as pessoas deixam de ser racionais, alguém precisando de uma medicação não é um papel que vai impedir

O depoimento de GF3 é de consenso do grupo, o sistema apresenta falhas e está em fase de expansão, onde requer o esforço de todos. GF4 afirma que:

O conceito de Tecnologia da Informação vai muito além do que a gente está discutindo e a pergunta que nos foi lançada é se a TI auxiliou ou não nos serviços, eu acho que ela tem auxiliado muito, porque hoje em dia a gente vê profissionais muito mais informados pela facilidade da TI, a gente vê famílias e pacientes, pacientes adolescentes mais informados.

GF2 reflete: “*E exigindo mais da gente*”, ao que, GF4 complementa: “*E discutindo mais, então concordo, tem todos esses entraves da TI, mas eu acho que a TI veio sim para auxiliar no cuidado, para auxiliar nas profissões da área da saúde*”.

GF8 complementa, discorrendo sobre os benefícios da TI na assistência ao comentar: “*Às vezes a gente tem alguma dificuldade de como administrar uma medicação, a diluição, daí a gente tem uma pesquisa para fazer ali no momento, e pronto é rápido*”.

Ainda como apoio à equipe, com relação a TI, GF5 ressalta: “*O computador lá na sala, na brinquedoteca quando tem um escolar que precisa de uma pesquisa para fazer, um estudo, também tem sido importante*”. GF6 complementa:

Para nós, do serviço social, são superimportantes o computador e o telefone, para a gente fazer contato com as equipes, é uma ferramenta de trabalho bem bacana, todos os nossos registros estão ali e a gente consegue consultar a qualquer tempo, o que facilita bastante.

Ao perguntar para o grupo se é comum, na atualidade, que as famílias busquem informações sobre as questões de saúde/doença e tratamento na internet, sendo essa a última questão relacionada ao tema Busca de Informações para instigar a discussão entre o grupo. GF6 relata que, para o serviço social, o acesso à informação é uma facilidade e comenta:

É bem interessante, porque algumas mães já vêm com os direitos direcionados, elas questionam para a gente se está certo, se é assim mesmo, como devem proceder para acessar algum benefício, tal direito, que o médico está concluindo um diagnóstico do filho se a gente

acha que ele terá direito a algum benefício, por exemplo.

Nessa questão, o grupo concorda que representa uma facilidade.

Diante da constatação do empoderamento que representa a informação para os acompanhantes, GF2 complementa: *“Buscam o direito, mas buscam também por tratamentos ou outras opções, então isso faz com que a gente tenha o dever de orientar e de permear esse conhecimento, mas de também estar sempre atualizado”*. O grupo reconhece que é um desafio constante para o profissional ter seu conhecimento questionado, e registra uma preocupação relacionada à confiabilidade das informações, conforme destaca GF4: *“Como as famílias têm esse acesso, então elas entram em muitos sites que não são confiáveis”*.

É fato que a informação não está mais restrita ao meio acadêmico e a confiabilidade das pesquisas é uma realidade a ser enfrentada. GF2 contextualiza: *“Então cabe à gente que é da saúde, direcionar e ajudá-los a interpretar o que eles leem”* ao que GF1 acrescenta:

Do mesmo jeito que uma mãe tem que acompanhar o que o filho vê no Youtube, porque pode fazer mal para ele, a gente quando tem oportunidade de fornecer e compartilhar conhecimento qualificado, informação qualificada, sites confiáveis isso é muito bom, a gente tem que ajudar eles a entenderem o que faz bem e o que não faz.

A presença da internet de forma constante entre os acompanhantes é comentada por GF7: *“Hoje em dia a gente está tão preocupado com o celular e com o wi-fi, que tem mãe que mal colocou o pé na pediatria e já pede cadê a senha do wi-fi”*. E, GF6 complementa: *“É, elas batem lá no serviço social para pegar a senha”*. GF8 comenta que: *“As mães ficam conectadas o tempo todo, não largam o celular e a internet”*. Para a grande maioria das pessoas, na atualidade, estar conectado tornou-se quase uma necessidade de pertencimento, não é diferente na realidade hospitalar em que os acompanhantes se conectam também, apenas para manter a presença virtualmente, ou para amenizar o sofrimento e as incertezas que a doença e o processo de hospitalização trazem consigo, seja qual for a motivação é a realidade que se apresenta.

Toda ferramenta disponibilizada pelo avanço da TI tem um espaço a ocupar, e dentro de uma instituição de saúde, ela transpassa barreiras físicas, formando redes como hospital e unidade de saúde na comunidade, acesso à informação, socialização dos saberes, empoderamento social, facilitado pela percepção dos direitos. O grupo ainda reverenciou a faceta instigante que representa o processo evolutivo da TI, impondo aos seus usuários constantes imersões para atualização e aprendizado.

4.4.1.3 Compartilhamento do Conhecimento

Para alcançar a abrangência desse tema, foram definidos três objetivos, a saber: verificar a troca de informações da equipe com familiares acompanhantes no momento da hospitalização; verificar o envolvimento da equipe com a realidade das famílias; e verificar a disponibilidade da equipe para mudanças, detalhados a seguir.

Para que primeiro objetivo do tema fosse alcançado, foi estimulada a participação do grupo com perguntas norteadoras sobre quais as informações o profissional considera importante repassar às mães/acompanhantes das crianças hospitalizadas no momento em que eles dão entrada no Hospital, e quais as informações são mais importantes para repassar aos acompanhantes ao receber uma família para hospitalização.

Com experiência também em unidade de neonatologia, GF1 comenta que:

Lá na neonatologia, são bebês muito pequenos, então é a contramão da expectativa, a mãe pensa que vai parir o neném e vai para casa, as coisas não foram tão bem como esperavam, então eu procuro encorajá-las, para estabelecer uma relação de confiança, é um momento em que todo mundo está lutando e que vai ser coroado com a alta, e até lá, nós vamos ter que remar juntos, porque isso diminui a ansiedade e o desespero da mãe, ela não está mais tão sozinha naquele momento que é diferente do que ela imaginava.

Diante desse relato, o grupo concorda que a mãe/acompanhante se torna mais um membro da equipe, envolvê-la nos cuidados ao recém-nascido é a chave para a adesão ao tratamento.

Nem sempre as relações que se estabelecem estão pautadas nessa visão de apoio e compartilhamento do conhecimento, assim, GF7 relata uma situação vivenciada em que uma criança internada há muito tempo seria submetida a uma endoscopia e a mãe/acompanhante estava muito angustiada por não conhecer o exame, ela fala:

Às vezes, o técnico de enfermagem está mais tempo ali perto e aí elas se queixam, a mãe não sabia nem o que era uma endoscopia, e estava morrendo de medo de falar, porque a médica estava sempre protestando porque ela questionava, penso que não adianta ter tecnologia, se tu perdes a principal ferramenta, que é o contato que tu tens com aquela pessoa, a tecnologia é importante, mas eu acho que a comunicação é tudo.

Com certeza, o humano se sobrepõe ao tecnológico, e melhorar a comunicação no espaço hospitalar entre os sujeitos envolvidos, identificar quais as barreiras para a implantação de um projeto de humanização são atitudes assertivas (SOARES, 2010; WEINZIERL, 2009).

Para GF2, a situação é mais complexa e queixa-se: “*Nós também sentimos esse problema que é a falta de comunicação, não nos é passado no nosso curso de graduação essas habilidades de comunicação*”, então o grupo concorda que a base do problema é anterior, nos primórdios curriculares em que são definidos o perfil do profissional a ser moldado. Claro que também existe uma sobrecarga de trabalho, fruto do sucateamento da saúde, comentada por GF2:

É a falta de funcionários, uma população mais empobrecida, com problemas socioeconômicos, internando, às vezes, voltando até às internações muito sociais, então, pouco profissional, muito a fazer e aonde vai pingar é na comunicação que não vai ter tempo.

O grupo tenta não sair do tema em questão, para discutir a macroestrutura com seus mandos e desmandos, e GF3 reflete sobre o que considera importante passar para a família:

Eu acho que a gente banaliza, às vezes, o conhecimento do outro, por exemplo, para

nós é muito comum colocar um cateter de oxigênio sob a narina da criança para melhorar a oxigenação dela, mas para a mãe significa que a criança está muito grave e botaram ele num aparelho de oxigênio.

A falha na comunicação aqui é bem definida pela falta de informação adequada, são universos distintos e complexos que necessitam entrar em harmonia, atitudes simples favorecem, como diz GF3: *“Explicar durante o procedimento que está fazendo, o que é, porque é, isso para todos os profissionais”.*

Para GF7, a família que está acompanhando sua criança tem uma visão: *“Que o médico é aquele ser superior, distante, e aí ele passa visita e eles não perguntam nada, ficam mudos, é só terminar a visita”*, GF8 complementa: *“E eles pegam alguém para perguntar”*. E GF7 comenta sobre experiência positivas que presenciou: *“Tivemos profissionais na internação que, ao final da visita, voltavam no quarto e sentavam junto com as mães para perguntar se elas tinham entendido, mas são poucos”*.

Sobre a atitude profissional, GF4 comenta:

A informação que tu debes passar para a mãe no momento da internação, é muito particular para cada caso, e às vezes, a gente enquanto profissional se apodera de um conhecimento, de um poder, porque agora eu sou a enfermeira, eu sou médico, eu estou tratando, é, mas a gente esquece do outro lado, que neste momento, eu sou só um médico e ponto, eu sou só uma enfermeira, tenho as minhas limitações, o meu conhecimento vai até aqui, a outra parte eu tenho que responsabilizar a família por este cuidado também.

Existe toda uma história de vida atrás do rótulo de uma criança com a doença tal, essa família está inserida em um contexto, possui igualmente crenças, medos e fragilidades que, naquele momento, estão potencialmente expostas e a toda a equipe é responsável por diminuir ou aumentar a distância entre os universos envolvidos.

Com essas ponderações, o grupo avança para o segundo objetivo do tema compartilhamento do conhecimento, que é verificar o envolvimento da equipe com a realidade das famílias, para tal, foram

lançadas questões norteadoras como: quais são as principais solicitações dos acompanhantes durante a visita nos quartos das crianças; o cuidado centrado na família, e, se conhecer a realidade em que vive essa criança auxilia no manejo e tratamento dispensados a ela e sua família.

Nesse sentido, o Grupo reconhece a importância que a família tem na pediatria, que no conceito de GF4: “*Já se vem tentando desde o surgimento da pediatria, não conseguimos fazer essa dissociação, é criança e família*”. Sim, a família além da responsabilidade legal sobre a criança, representa todo o seu apoio emocional, afetivo e segurança perante a vida.

Sobre essa relação com a família, GF5, que é pedagoga e assumiu a responsabilidade pela brinquedoteca, comenta:

Eu entendo isso, que não é a criança sozinha, não é só o brinquedo que vai ajudar a criança, mas o brincar, vou conhecer a criança, conhecer a família que está ali, demonstro como brincar e procuro ensinar a mãe a brincar com o seu próprio filho, porque esse é o papel da aprendizagem informal, às vezes as mães entendem que ali é só para curar a saúde e que a criança só vai aprender algumas coisas na escola.

O grupo concorda com a fala de GF5, de que o espaço hospitalar também é um local de aprendizagem, e GF8 comenta: “*Verdade, a gente observa como as mães gostam de aprender, fazem perguntas*”.

Conhecer a realidade das famílias em processo de hospitalização aproxima os sujeitos envolvidos, GF7 relata uma intervenção em que uma professora do Departamento de Enfermagem fez tempos atrás:

Nós tínhamos a unidade cheia, eram trinta e cinco pacientes, estávamos estressadas com os acompanhantes, ‘porque aquela mãe deixou a criança uma semana inteira aqui sozinha’, ‘coitada da criança’ e outros julgamentos, então, a professora chamou a psicologia e fizeram uma dinâmica conosco, para a gente compreender a história de vida daquelas pessoas, e nós mudamos o nosso olhar, passamos a ter mais empatia.

Diante do relato de GF7, o grupo consolidou a importância de conhecer a realidade das famílias, ao que GF6 completa:

Uma das características do serviço social é a abordagem da situação socioeconômica das famílias, é o nosso foco, como é essa organização, onde moram, se a casa é alugada, própria, cedida, enfim, para ter uma noção. E muitas vezes, a gente nem precisa perguntar, as famílias trazem isso para a gente, é o desemprego, outros filhos em casa, a gente precisa conhecer a realidade deles, inclusive para saber quais os encaminhamentos necessários na alta.

Em muitas situações, a realidade na qual essa família está inserida requer encaminhamentos, desde uma vaga na creche para a criança, aos conselhos regionais para benefícios à família, entre outros, essa ligação é feita geralmente pelo serviço social.

Observar a dinâmica familiar, enquanto presta assistência, é reconhecida pelo grupo como de extrema importância, GF5 complementa:

Quando eu percebo que tem alguma lacuna nessa interação, que a criança está lá se debatendo na brinquedoteca mexendo em tudo e a mãe está lá sentada no sofá, no celular, eu a chamo para a brincadeira, digo para ela que tudo o que ela ensinar aqui e no dia a dia em casa, o filho vai ter mais sucesso para ler e escrever, para que eles saiam dali com algum conteúdo que é importante para a vida da mãe e da criança.

E para GF3, conhecer a realidade da família, “*Desmistifica um monte de coisa, a gente sai do pré-conceito e passa a entender a realidade*”.

Concordam que com esse conhecimento adquirido, a construção de um cuidado específico pode se tornar global para aquela criança. A assistência passa a ter uma conotação de aprendizado também para o profissional, como diz GF1: “*Eu já aprendi muito com uma mãe para ensinar outra, é bem legal*”, onde GF4 faz uma ressalva: “*A importância de termos profissionais mais sensíveis para cuidar, tratar, conhecendo a família e o contexto em que essa criança ou esse adolescente está inserido*”.

Outra faceta do processo de hospitalização é reconhecida pelo grupo, como reflete GF1:

Às vezes o adoecer e o ser internado é uma oportunidade para aquela família que estava num estado de abandono e depressão que não conhecia nenhum dos seus direitos, [...] um monte de gente também se aproximando dela, aí apesar do momento ruim, a vida dela pode se transformar para melhor.

GF4 complementa, “Acho que a junção de todos os profissionais dá um olhar diferente para essa família, dá uma oportunidade”.

Esse cuidado resolutivo está no imaginário de muitos profissionais e como observou GF1: “É o que dá sentido de propósito para a gente, que é a parte invisível do salário, esse desejo interno de trazer propósito para a sua vida, sair do mecanicismo disso e a realização pessoal aumenta”.

Fechando o tema do compartilhamento do conhecimento com o terceiro e último objetivo: verificar a disponibilidade da equipe para mudanças. Dessa forma, as questões norteadoras lançadas ao grupo foram sobre a tomada de decisão compartilhada, e se a participação das crianças e seus familiares nas escolhas, tomando decisões sobre seu tratamento e cuidados de saúde é uma possibilidade em todas as situações.

GF4 inicia a discussão acenando com possibilidades, ao afirmar: “É necessário e é fundamental”. Porém, GF1 interfere:

Depende da criança, no paciente internado é mais complicado, o profissional médico já começa pela doença, porque é assim que ele recebe a informação, a criança chega depois dos papéis, ou chega junto, a enfermagem recebe a criança e o médico pega o papel daí quando ele vai ver a criança, já vai enviesado, fez a leitura e esse é o procedimento clássico, e quando você chega lá, é bem comum você excluir a mãe, você já sabe o caso.

Sob essa ótica, o grupo observa que não há compartilhamento de decisões e que a mãe/acompanhante tende a ter sua participação no processo decisório de forma mínima.

Relatos das diversas situações vivenciadas pelo grupo servem para ilustrar a discussão sobre o tema, GF7 comenta:

Parece que se tirou todo o direito da mãe em relação às decisões do filho, foram feitos vários procedimentos que a gente foi considerando invasivos, e era toda uma repetição e insistência, e a gente vendo que a criança tinha outras possibilidades, achei que a mãe ficou bem à margem, e aquilo ali me agrediu, por que eu me coloquei no lugar dela, como eu ia me sentir?

GF3, diante do relato de GF7 complementa:

Foi desconsiderado o responsável pela criança, que é um ser dependente de alguém, no caso relatado, a mãe, é para ela que eu tenho que explicar. A responsabilidade pelo cuidado tem que ser, e deve ser compartilhada, e aí, existe aquela questão, até que ponto os pais podem ir, se eles recusarem algum procedimento e isso for prejudicial à criança, eles perdem esse direito de proteção de serem os representantes legais dela?

Ao questionamento, o grupo concorda que perder o pátrio poder diante dessas situações é muito raro, mas foi uma base para alavancar a discussão sobre os limites existentes. Para ilustrar, destaca-se a fala de GF1:

Assim como o profissional da enfermagem é o primeiro a receber a criança para cuidar, o profissional da medicina é o primeiro a receber a responsabilidade de diagnosticar e tratar, é só um hábito que às vezes parece que o profissional da medicina é um insensível, mas não é, é o hábito, as pessoas foram treinadas para fazer isso, para que elas mudem, tem que ter um processo de sensibilização que não seja acusatório.

Uma experiência recente, mas que vem trazendo resultados satisfatórios é a residência multiprofissional dentro do HU, que GF7 comenta com o grupo: “Quando a gente passa o plantão e eles estão junto, como é rico.” GF8 completa: “Porque aí tem as trocas, eles já dão o feedback, o contato com as outras profissões, cada profissional tem um conhecimento diferente”.

Conhecimentos diferentes, porém, complementares, e a divisão de tarefas entre a equipe está estabelecida dessa forma, o quê não significa que não possa evoluir e se transformar, sem perder o respeito e o reconhecimento de cada um dos seus integrantes, a individualidade dos papéis, a complementariedade e a responsabilidade coletiva.

Concluindo, o grupo ainda faz uma colocação sobre a necessidade de, além de conhecer as realidades das famílias, chamar as pessoas por seus nomes e não pelo seu grau de parentesco com a criança, como GF5 comenta: *“Uma coisa bem simples que eu acho que traz a pessoa mais próxima de você, é saber o seu nome, e não a chamar de mãezinha, ou paizinho”*. Um equívoco cometido pela equipe de saúde no dia a dia, que deve ser combatido frequentemente, trata-se de um vício de linguagem, virou um hábito que não favorece a fluidez das relações entre os sujeitos envolvidos.

O grupo encerra as discussões com a certeza de que toda a mudança requer o esforço coletivo, a vontade e persistência para transformar, e que o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe de saúde pode fortalecer a própria equipe, e melhorar a relação com as crianças e seus familiares.

4.4.2 Grupo Focal: Hospital Infantil Joana de Gusmão

O Grupo Focal nessa instituição foi realizado no dia dois de março de 2018, com duração de aproximados cem minutos, período em que a harmonia do debate predominou entre os participantes. Reproduzindo o mesmo o ambiente colaborativo descrito no grupo focal anterior, os temas transcorreram em um debate conduzido conforme a programação estabelecida nos Apêndices B e C.

4.4.2.1 Identificação dos Profissionais

Esse item possui o objetivo de identificar os profissionais e o conhecimento do grupo sobre a equipe de saúde. Dessa forma, os sujeitos de pesquisa foram acunhados com as siglas GF relativas à Grupo Focal seguidos com um número crescente de nove a quatorze, estabelecendo uma continuidade numérica do grupo anterior, para preservar-lhes o anonimato, sendo o critério estabelecido para a distribuição numérica na sala no momento do encontro, dessa forma os profissionais que constituíram esse Grupo encontram-se descritos no Quadro 5.

Quadro 5 – Identificação dos profissionais

IDENTIFICAÇÃO	PROFISSÃO	TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NESTE HOSPITAL	POSSUI OUTRA PROFISSÃO FORA DESTA INSTITUIÇÃO?
GF09	Psicóloga	11 anos	7 anos	Não
GF10	Assistente Social	13 anos	3 anos	Não
GF11	Enfermeira	25 anos	21 anos	Não
GF12	Enfermeira	25 anos	25 anos	Não
GF13	Pedagoga	27 anos	27 anos	Não
GF14	Técnica de Enfermagem	17 anos	17 anos	Empresária Artesã.

Fonte: Elaborado pela autora.

Realizada a descrição dos sujeitos da pesquisa, objetivando identificar o conhecimento do grupo sobre quais profissionais compõem uma equipe de saúde, o grupo concorda com a fala de G11 que diz: “*No meu conceito deveria ser uma equipe multiprofissional, enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, pedagogo, nutricionista, fisioterapeuta*”, sendo complementada pelas falas de GF10: “*Fonoaudióloga, e tem a parte administrativa, a parte da limpeza, uma equipe comum como um todo, tudo o que faz funcionar um hospital acho que faz parte da equipe*”.

Já no dizer de GF9 há outros profissionais sugeridos: “*Eu acrescentaria alguém relacionado ao trabalho espiritual, talvez algum capelão, terapeuta ocupacional nós não temos*”, GF12 complementa: “*motorista e as voluntárias*”, e GF13, por sua vez, fez questão de pontuar a falta de um terapeuta ocupacional: “*Este profissional é imprescindível, no entanto, pelo que eu saiba o hospital nunca teve este profissional. A gente tem que pedir auxílio para o órgão mais próximo que é o Instituto de Reabilitação*”.

Quanto a particularidades e funções atribuídas a cada uma das categorias profissionais, o grupo se manifesta. Diz GF10: “*A gente sabe quem trabalha, qual é a profissão, mas exatamente o que fazem, eu acho que há um caminho ainda a ser percorrido*”, por sua vez, GF9 fala sobre a sua percepção:

Tenho uma noção do que fazem os profissionais que estão mais próximos, eu acho que são noções e eu tenho a sensação que todo mundo tem noções. E às vezes, também tenho a sensação de que a gente fala muito do que o outro deveria fazer. Eu acho que o fulano deveria fazer assim, aqueles deveriam fazer assado, sem a gente, de fato, entender o processo.

Para GF14: “*Cabe aos médicos, a patologia e o estudo das doenças. Já para a enfermagem cabe exercer a função da medicação dos cuidados, do amor e carinho com o paciente*”.

Neste escopo, G12 diz:

Os que estão mais próximos dos enfermeiros que é o técnico da enfermagem, dentro da unidade o médico, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social, mas como a pedagogia a gente sabe que tem um trabalho, a gente não conhece a parte

administrativa, às vezes, a gente deixa de fazer alguma coisa, numa parte da enfermagem que depois vai atingir lá o setor de contas, mas o que faz o setor de contas? Acho que falta um pouco dessa divulgação de que cada serviço faz e o que o nosso serviço interfere nesse outro serviço.

GF10, à sua vez, explicita:

Num outro hospital, a gente fez um evento onde os profissionais que lá trabalhavam iam explicar o que era sua atribuição qual era o seu papel, então eu tenho também um pouco de noção, é bem importante a gente ficar por dentro de qual é atribuição do profissional, porque, às vezes, as coisas acabam sendo a atropeladas.

GF11 diante dos argumentos já expressos, pondera:

A interdisciplinaridade é fundamental dentro da instituição, a gente nem sempre conhece o trabalho dos outros profissionais e pode vir a precisar desse suporte em algum momento. Talvez falte ainda melhorar um pouco a comunicação entre esses profissionais, estabelecer alguns fluxos, acho que isso iria agregar bastante benefícios para todos nós e para a instituição.

O grupo conclui que os profissionais que compõem a equipe de saúde dessa instituição não conhecem as atribuições e particularidades de cada profissão até o momento em que estão desenvolvendo alguma atividade comum.

As relações que se estabelecem entre os profissionais da equipe de saúde emergiram diante do questionamento de quais as categorias profissionais se relacionavam com maior frequência, então GF11 inicia a discussão:

Como enfermeira na parte assistencial ou na parte de coordenadora de unidade, a gente acaba se relacionando com o médico e com a equipe de enfermagem, em primeiro lugar, estão os técnicos e também com os outros profissionais que são os fisioterapeutas, profissionais do serviço social,

pedagogia e nutrição. São os serviços que estão mais interligados, assim, no dia a dia do paciente.

GF10 expõe seus argumentos:

A enfermagem, eu acho que é o primeiro contato, quando tem uma demanda, são os que a gente se relaciona primeiro a enfermagem e o médico. Depois dependendo da situação [...] uma situação que envolva a questão alimentar a gente busca contato com a nutricionista, questão psicológica a gente entra em contato com a psicologia, então acho que a porta de entrada, digamos assim, é a equipe de enfermagem e os médicos.

GF9 relata em concordância ao tema debatido pelos demais respondentes:

Eu também percebo a porta de entrada pela equipe de enfermagem, que está constantemente ao lado do paciente, aí dependendo da situação tenho bastante contato com a fisioterapeuta, com a nutricionista e fonoaudióloga. Como eu estou mais com os bebezinhos, a fisioterapeuta e fonoaudióloga e as vezes o serviço social, mas é sempre a enfermagem e os médicos.

Por sua vez, o GF12 explica:

Como enfermeira, acho que primeiro com a equipe de enfermagem, seguido dos médicos. Na unidade crítica, a gente tem muito contato com o serviço social, a fisioterapia e a psicologia. A parte da higienização há bastante contato, também o apoio do Raio X, da ressonância e a parte de radiologia.

O GF14 assinala que durante dezessete anos trabalhou como técnica de enfermagem na unidade de queimados e agora assumiu a parte da recreação comenta: “*A minha preocupação maior é o bem-estar do paciente sabendo que, para que ele fique bem, precisa de amor mesmo e carinho*”.

GF13 pondera sobre a sua profissão na relação com os pacientes, diz:

Acho que é pelo grau da necessidade, trabalhamos, principalmente, a pedagogia com os pacientes, mas o vínculo com os pacientes tem que ser feito através da enfermagem, que é o primeiro contato que a gente tem, até para conhecer e para saber os limites do paciente e se pode ser atendido por nós. Claro que a gente depende dos outros profissionais pela necessidade, de uma forma geral, contatos com os médicos, mas sempre a primeira fala é com a enfermagem.

4.4.2.2 Busca de Informações

Esse tema tem por objetivo identificar o uso da TI na equipe de saúde, para alcançar tal objetivo, foram lançadas algumas perguntas ao grupo como: Qual sua opinião sobre o uso das tecnologias de comunicação na assistência à saúde?

Respondendo essa questão GF12 inicia falando sobre a importância da TI, seu filho é formado em Tecnologia da Informação e ela acompanhou de perto trabalhos que ele desenvolveu para fora do Brasil, assim, ela comenta:

Hoje em dia, sem computador no hospital, a gente não consegue fazer mais nada, é tudo voltado para a tecnologia, toda a informação do paciente os profissionais fazem no computador. A vida do paciente está toda dentro do computador, o seu prontuário. A tecnologia é usada para os exames de ressonância, tomografia, faz um Raio X aqui e lá em Chapecó, o médico olha. E isso está subutilizado, se faltar energia, o computador perde informação, essas coisas ainda acontecem.

Na avaliação de GF12, a importância da TI é visível embora aponte que nem todos os recursos são usados em suas totais possibilidades, à sua vez GF9 pontua que:

A gente se organiza em torno dos pedidos que aparecem no sistema, e até a gente tem conseguido fazer pesquisa em cima desses pedidos, isso está sendo bem legal, mais fácil para todo mundo acessar o que está acontecendo com esse paciente. Por outro lado, pelo fato de

ser psicóloga, eu tenho receios pelo sigilo profissional. A gente poderia aprimorar muitas coisas, por exemplo, nosso atendimento com o paciente, fazer uso de óculos de realidade virtual assim como outros recursos virtuais, nos ajudaria quando a criança fosse se submeter a algum procedimento, uma ressonância sem sedação, situações nesse sentido.

GF10 se expressa sobre como percebe as mídias da TI e relata:

O WhatsApp é um meio de comunicação, às vezes a gente não para muito na sala, a gente está sempre circulando, é um meio de contato, porque, as vezes, a gente não está no horário do trabalho e então o WhatsApp não para também. A tecnologia está aí para a gente usar, tem a questão do pedido de avaliação e o prontuário que está todo informatizado, mas há situações que mesmo na ausência do pedido formal, o atendimento pode ser realizado. Atitudes simples também facilitariam a questão do acesso aos pacientes, como o sinal do wi-fi, poderia ser liberado para os pacientes.

GF12 diz que: *“Eu lembrei como a tecnologia também interfere no cuidado do paciente, porque hoje em dia, a primeira coisa que os pais fazem é pesquisar, e muitas vezes, sabem muito mais do que o profissional que está trabalhando com o paciente”.*

GF11 na continuidade, diz:

Com o avanço da tecnologia e na velocidade da informação, nós profissionais também temos a oportunidade de pesquisar, de verificar, de acessar dados importantes do paciente para estar mais fundamentado, mais embasado e prestar uma assistência melhor para o paciente. O prontuário eletrônico deixa as informações que são bem relevantes. Muitas vezes, a gente não tem a oportunidade de se encontrar (né?), mas o registro é uma maneira de eu ter acesso às informações de uma maneira mais rápida.

Já GF13 relata: *“Essa rede que a gente utiliza que é uma rede que todo hospital tem acesso, ela otimiza algumas coisas, a gente fica à mercê de algumas situações como centralizar informações em uma única pessoa”*.

Complementando, GF14 fala:

Informação, acho que hoje é essencial, apesar de que, no setor que eu estou, algumas coisas atrapalham. As crianças chegam na sala e em vez de pegar uns jogos, elas preferem ir para um computador ou um vídeo game ou ficam mexendo no próprio celular. Elas têm aquelas salas que tem todos os brinquedos e não utilizam, dessa forma, atrapalha.

Ao perguntar para o grupo se costuma fazer uso das redes sociais para a troca de informações e quais utilizam com maior frequência, que tipos de informação costumam buscar nas redes sociais GF14 diz que utiliza: *“bastante, é uma ferramenta que uso diariamente, pesquiso no Google, uso aplicativos”*, e GF13 complementa:

Eu acho que a gente tem que usar algumas coisas por que faz parte dessa evolução, hoje eu aprendi fazer esse filtro e tento passar isso para a minha família, essas redes comuns Facebook, Instagram páginas de notícias também, não sou consumidora feroz, eu acho que o WhatsApp perdeu a função dele.

GF12 por sua vez, diz:

Não gosto muito de Facebook, Instagram, acho que rola muita fofoca muita mentira, mas com relação ao trabalho, a gente acaba se obrigando. A gente usa muito e-mail, toda a informação, documentação é tudo por e-mail, usamos muito o computador para acessar os prontuários os exames. Pesquisa a gente não pode deixar de fazer, o WhatsApp a gente acaba usando como um meio de comunicação, uso para coisas importantes. Eu sempre digo assim: quando eu mando mensagem lê por que é importante, então a gente acaba mandando mensagem para médicos e resultado de exames, de dúvidas que a gente tem

sobre pacientes, sobre situações envolvendo paciente.

Para GF9, a mídia via TI é um recurso usual:

Uso bastante o WhatsApp, quase não ligo mais para as pessoas, aqui no trabalho também. Eu não sou muito de ficar postando coisas minhas, nas redes, eu tenho Facebook, Instagram. Sigo muita coisa de psicologia, de desenvolvimento infantil [...] eu sou, assim, uma pessoa meio atrasada tecnologicamente falando.

GF10 relata sua experiência com a mídia:

Tenho Facebook, mas eu uso muito pouco [...] WhatsApp do grupo do meu trabalho e e-mail a gente usa. Eu uso e-mail todo o dia, faço algum encaminhamento, alguma referência, contra referência de paciente via e-mail com a Unidade Básica de Saúde ou com Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Acho que por muitos motivos eu quase não acesso as redes, é a questão de ser mal interpretada.

GF11 levanta um questionamento sobre o uso das redes sociais:

Uso das mídias sociais eu acho que é um assunto bem polêmico, fazem exposição da vida profissional, da vida pessoal de uma maneira desnecessária e até bastante comprometedora. O e-mail, no meu ponto de vista, é uma forma que nos dá uma certa segurança de transmitir ou repassar informação, você tem o telefone a pessoa pode se passar por outra, se você pede para formalizar isso por e-mail, WhatsApp acho que é uma maneira rápida, assim de se comunicar. Particularmente penso muito antes de me manifestar no WhatsApp, por se tratar da instituição eu acho que as pessoas têm que pensar e repensar antes de publicar imagens fotos assim que são passíveis, algumas vezes, de sofrer uma punição ou processo.

Dessa forma, o grupo concluiu que é comum, na atualidade, que as famílias busquem informações sobre as questões de saúde/doença e possíveis tratamentos na internet.

GF11 comenta sobre esse tema:

Você tem que ter mais conhecimento, o paciente, muitas vezes, já aborda alguns assuntos, talvez sem muita fundamentação científica, mas, muitas vezes, ele traz informações que são realmente relevantes. O nosso papel talvez seja o de esclarecer ou até, digamos, elucidar umas questões que talvez tenham interpretações erradas, porque, muitas vezes, são questões médicas, assim, sugiro que se consulte um médico, porque nem sempre a internet tem as informações precisas ou corretas acerca de doenças, mas eu acho que tem um lado positivo sim.

Na continuidade, GF10, diz sobre a sua experiência:

A maioria de meus atendimentos é muito raro aqueles que usam a tecnologia, no máximo tem Facebook a rede social, não para pesquisar e se informar, casos em que a família acaba usando para campanha e aí é a 'faca de dois gumes'. Enquanto Assistente Social, a gente está aqui para garantir direitos via SUS de saúde e Estatuto da Criança e do Adolescente. No momento em que fazem alguma campanha no Facebook solicitando recursos para custear qualquer forma de tratamento, parece que a gente não está dando conta do recado, porque o tratamento de saúde a gente viabiliza pelo SUS.

GF9 se manifesta no grupo e fala referendando o uso destes aportes:

Acho bem positivo esse recurso, essa possibilidade para as famílias, para a gente também, eu mesma procuro entender quando recebemos algum caso para atender. Acho que nosso papel é mediar isso, é questionar, é fazer a família refletir sobre as fontes que ela busca. Na oncologia existem sites de alguns hospitais

excelentes, feitos especialmente para as famílias, para os adolescentes e para as crianças. É um recurso para os grupos de apoio de doenças raras. Porém existe a possibilidade de um encontro virtual, para conhecimento do que uma outra mãe passou em caso similar.

GF12 fala sobre o seu ponto de vista, com uma abordagem diferente:

Eu vejo como um lado negativo, assim, quando o paciente tem alguma doença e os pais vão procurar e, às vezes, acabam obtendo informações erradas e o profissional tem que estar bem seguro com o que ele sabe, então vai ter que estudar mais, esse é o lado positivo, poder passar as informações certas. Eu vejo agora que temos muitos pacientes crônicos com necessidades de cuidados, então como eles pesquisam muito, eles sabem todos os seus direitos e o que eles podem pedir, ou o que os outros já ganharam, tudo eles vão pesquisar. Eles sabem todos os seus direitos, acho que isso influencia bastante no cuidado.

GF14, por sua vez, relata que: “*na assistência ajuda, ajuda muito, qualquer pessoa ter um celular, elas têm informação, elas conseguem buscar informações para tirar qualquer dúvida*”, enquanto GF13 também pondera: “*acho que auxilia muito, hoje, apesar de ser um instrumento de estimulação, pode também ser usado erroneamente pelas famílias*”.

4.4.2.3 Compartilhamento do Conhecimento

Para alcançar a abrangência desse tema, foram definidos três objetivos, a saber: verificar a troca de informações da equipe com familiares acompanhantes no momento da hospitalização; verificar o envolvimento da equipe com a realidade das famílias; e verificar a disponibilidade da equipe para mudanças.

Para que o primeiro objetivo do tema fosse alcançado, foi estimulada a participação do grupo com perguntas norteadoras sobre quais as informações o profissional considera importante repassar às

mães/acompanhantes das crianças hospitalizadas, durante o processo de hospitalização.

GF11 inicia com sua reflexão:

Primeiro, é um direito do paciente ter essa informação, conhecer toda a situação que ele está vivendo, o que ele vai viver dentro da instituição dentro desse período de internação. A gente tem que ter prudência na hora de falar algumas coisas. Quando você transmite a informação, você dá conforto, segurança para o paciente, você estreita os laços com essa família. A gente trabalha muito com as famílias por ser um hospital pediátrico. Saber em que momento você deve falar. Às vezes, a família não está preparada para ouvir aquela informação que você tem para dar.

GF10, concordando, fala:

Eu acabo omitindo algumas coisas por que não é o momento apropriado, tipo uma destituição de um poder familiar. Às vezes, quando a gente está no atendimento, eles questionam algumas coisas da parte do tratamento de saúde. Eu sempre tomo cuidado de dizer, essa parte pergunte para a equipe de enfermagem ou para o médico. A gente faz um trabalho de empoderar essa família, às vezes, eles ficam inibidos mesmo de perguntar, de questionar, quando chega o médico eles não perguntam nada, ficam quietinhos e quando chega outro profissional eles desatam a perguntar. A gente vai muito por esse viés de empoderar e trabalhar essa família para ela ter consciência de que é um direito seu saber, que todas as informações, que tudo que diz respeito ao prontuário é direito deles. Às vezes, a gente faz a interlocução, faz a ponte entre o médico e a família.

GF9, por sua vez, fala:

Não sei se eu levo muito as informações, ouço mais o que a família traz do que levo de

informações, assim esclarecemos para a família o que é estar aqui no hospital. O que se espera em termos psicológicos desse momento. E essa questão de como a família vai se relacionar com a equipe e com todas as informações que ela recebe, o estado psicológico influencia bastante no nível de atenção que a família vai ter da compreensão do momento.

GF12 participa, enunciando seu ponto de vista sobre a unicidade da linguagem pela equipe de saúde:

Eu acho muito importante a equipe falar a mesma linguagem sempre. Então as informações passadas pelos médicos é a mesma passada pela enfermagem, pela Assistente Social, pela Fisioterapia pela Psicologia, quanto mais há uma proximidade com a família quanto mais conversa, quanto mais esclarecida a família, melhor. É a interação família e profissional e o cuidado flui melhor. O relacionamento melhora com a troca de informação, eu acho que fica tudo mais tranquilo quando tem uma boa relação profissional, paciente e família.

Para GF13, em seu ponto de vista, emerge a função de apoio emocional:

Na nossa área, a gente tem algumas questões mais sobre o fluxo do nosso atendimento, é claro que a gente estabelece alguns vínculos com os pais, a gente faz um papel de escuta, por vezes, que é necessário, às vezes é inevitável, por que a mãe está ali e precisa desabafar, a gente tenta fazer um suporte, mas sempre recorre ao profissional realmente, olha, tal pessoa veio nos procurar, mas é mais o fluxo das atividades mesmo que acontece, tentar estabelecer as questões de vínculo para a família minimizar um pouco essa situação toda da internação.

GF14 emite sua opinião com base na sua atividade, enquanto técnica de enfermagem:

Desde a orientação de como receber um queimado, as orientações que elas tinham que ter após a alta, [...] informações sobre essa parte de curativos, de cuidados, e muitas delas tinham alguma dúvida sobre a alimentação vai lá, procura tirar a dúvida, busca uma alimentação mais saudável, umas dicas.

O grupo avança para o segundo objetivo do tema compartilhamento do conhecimento, que é verificar o envolvimento da equipe com a realidade das famílias, para tal, foram lançadas questões norteadoras como quais são as principais solicitações dos acompanhantes durante a visita nos quartos das crianças; e se conhecer a realidade em que vive essa criança auxilia no manejo e tratamento dispensados a ela e sua família.

GF11 diz:

Com certeza, ajuda, nem sempre a gente tem essa oportunidade, assim, se o paciente é crônico você tem mais tempo, a relação com essa família é mais estreita, conhecer a realidade te dá condições de estreitar esta relação, de ter uma relação de confiança, de dar suporte para a família, sem dúvida, acho que é fundamental. Mas nem sempre a gente tem essa oportunidade, porque, às vezes, é um paciente que interna no dia e sai no outro, períodos mais prolongados a gente tem possibilidades maior de ter mais informações da família.

GF10 expressa que: “Faz toda a diferença. Muda a maneira como se vê, como se entende, no momento em que se conhece a dinâmica da configuração familiar um pouco mais do comportamento da família ou do paciente”.

Para GF9, a aproximação é fundamental:

É imprescindível, a gente nunca sabe o que essa experiência vai reavivar nessa família, e quando a gente entende de que lugar que ela fala, a gente consegue realmente oferecer uma escuta adequada a essa pessoa e tomar providências que realmente vão ajudá-la dentro da realidade dela.

Já GF11 reflete:

Essa situação vai ao encontro à questão de sigilo e registro e tudo o mais. A gente discute o caso, entende por mais que não esteja lá registrado, porque também, a gente tem que tomar cuidado com aquilo que a gente registra, como eu falei anteriormente, o que está escrito no prontuário o paciente e o familiar tem direito de ter acesso, e isso é uma coisa que fica registrado para sempre, a gente tem que tomar cuidado para não rotular uma família, uma mãe, ou uma criança.

GF12, a sua vez, enuncia sua percepção:

Quanto mais tempo, mais intimidade com a família. A gente vai conhecendo toda a dinâmica familiar. A gente não pode deixar os pacientes que chegam em uma emergência ou na UTI, não pode deixar de assistir a família. Às vezes, existe pouco tempo para dar um suporte para essa família, para que ela se sinta amparada e saiba que o filho está bem cuidado. Com a equipe médica, a equipe de enfermagem, assistente social, psicologia falta às vezes um pouco de entrosamento. Porque o paciente chega, a gente vai assistir a criança e, às vezes, esquece da família, então eu acho isso importante.

GF13 diz sobre o papel da inserção das dinâmicas:

Talvez a nossa atuação diferencie um pouco, estamos na sala específica de atendimento e no leito a gente faz uma abordagem com algumas dinâmicas, com a família para obter dados ou para saber algumas coisas mais particulares e ali vão surgindo informações que, dependendo da dificuldade, a gente repassa para a equipe médica ou para a enfermagem. Sempre que se faz o atendimento para uma criança em idade escolar, é feita uma dinâmica para que a família possa se sentir um pouco mais segura. Às vezes, chegam aqui no hospital, vêm da emergência e não sabem o que é um hospital, estão longe de casa, longe dos outros filhos, então uma dinâmica bem

interessante para a família naquele momento é necessária para só depois fazer as outras intervenções.

Ainda para complementar o segundo objetivo, o grupo passa a comentar sobre o cuidado centrado na família, GF10 opina:

Em seguida que eu comecei meu trabalho aqui, a gente fez um grupo, já tinha uma psicóloga, mas por questões de falta de profissional, o grupo se acabou. Ontem conversamos com a enfermeira da unidade e resolvemos que nós vamos retomar esse grupo. A gente sente muita falta do grupo, é um momento voltado para o acompanhante geralmente, é a mãe ou um familiar que está ali, que está fora de casa, está fora da rotina. Ter um filho doente por si só já fragiliza bastante, tem todo esse outro contexto, então é importantíssimo.

GF9 expõe sua visão sobre o tema debatido:

Na psicologia, a gente entende que a família estando bem, tudo flui melhor. Muitas vezes, entre eu escolher uma criança para eu atender ou a família dela, a gente vê que é mais produtivo atender a família, então a gente vem diretamente atendendo os pais, como eles estão lidando com a hospitalização e como isso reflete no processo de enfrentamento das crianças e vice e versa, a criança vai refletir esse comportamento.

GF12 relata desde a sua prática:

Com tantos anos de experiência na UTI, eu percebi que faz toda a diferença saber a situação da família para atender a criança. Quando a equipe sabe da situação da família, passa a ver o paciente e a sua família com outros olhos. Perceber as dificuldades que a família passa, porque ela não entra na UTI, quando vai embora e deixa o seu filho na UTI. Então a equipe muda a visão porque sabe o que está acontecendo com aquela família. Às vezes, não tem nem comida em casa, por isso que ela foi para casa, por que ela

precisa sair para ir trabalhar. Eu acho importante o técnico de enfermagem que está lá o dia a dia com a criança, saber o que está acontecendo com aquela família. [...] a gente fazia reunião na UTI, na sala de espera, eu gostava, sempre de levar um técnico junto com a gente, porque aquele técnico depois ia passar as informações para os outros [...].

GF11 tem outro ponto de vista, que endossa essa visão de integração na equipe:

Prestar o cuidado à família faz parte de todo um contexto que a gente vive, eu acho que é fundamental. Percebo, assim, no dia a dia, na correria diária, que a gente faz um pré-julgamento de determinados comportamentos da família e rotula, e na medida em que a gente conhece, nos permite mudarmos até mesmo o tipo de abordagem àquela família e traçar estratégias que beneficiem, principalmente, a adesão ao tratamento e à recuperação da criança no período de internação.

Verificar a disponibilidade da equipe para mudanças é o terceiro e último objetivo, que fecha o tema do compartilhamento do conhecimento, então, as questões norteadoras lançadas ao grupo foram sobre a tomada de decisão compartilhada e, se a participação das crianças e seus familiares nas escolhas, tomando decisões sobre seu tratamento e cuidados de saúde é uma possibilidade em todas as situações.

GF11 enuncia sua percepção, diante desta propositiva:

Esta é uma proposta maravilhosa, eu não sei se na prática a gente consegue, acho que é uma questão cultural. Eu acho que a gente precisa trabalhar essa questão primeiramente com os profissionais, no caso das doenças crônicas isso é uma realidade, estou falando de algumas doenças crônicas que o paciente com a evolução da doença [...] passa a vir sempre ao hospital, eu, na minha experiência, como sempre trabalhei com paciente crônico, acho que isso é uma realidade.

Mas eu acho que isso requer uma mudança de cultura.

GF10 explana sobre o tema:

Concordo não é uma prática muito usada embora exista a política de humanização que trata deste tema. Então, a gente tem respaldo, resoluções e normas, falta mesmo é pôr em prática. Acredito em mudanças. Ela é gradativa, vai acontecer aos poucos e com a participação, de todos os profissionais [...] pensando a mesma coisa, tendo a mesma visão de que sim, é necessário que a família participe, de que sim, o paciente [...], mas como disse é cultural. Aquela história de que sempre foi assim, que tem sempre uma peça chave que é de quem toma as decisões. Acho que o pessoal novo está vindo com uma outra cabeça ainda bem é um espaço que aos poucos vai sendo conquistado, mas é um trabalho de formiguinha.

Para GF9, o compartilhamento ainda está distante:

Concordo com o que as colegas (GF11 e GF10) falaram, já vi em alguns momentos isso acontecer, mas para poucas famílias, acho que a gente ainda está longe para conseguir compartilhar entre a gente e melhor seria compartilhar com a família, mas eu acho que são movimentos que a gente só tem a ganhar se a gente começar a fazer essa caminhada [...] muitas vezes, as famílias já têm ótimas soluções, decisões, ideias e que são por fim ignoradas, assim como acontece com os profissionais da equipe.

GF12 emite sua opinião:

Eu acho que tem o real e tem o ideal, está difícil chegar lá, primeiro a gente tem que aprender a compartilhar entre nós mesmos, entre os profissionais, acho que quanto mais esclarecida a família for, melhor para tomar as decisões em conjunto. Tem toda uma questão social envolvida, eu penso muito em paciente crônico, porque está

aumentando a quantidade de paciente crônico. Há alguns anos atrás, as crianças não sobreviviam com doenças crônicas, hoje em dia elas sobrevivem anos e anos. Elas vão para as suas casas e necessitam ter um cuidado especial da família. Tem que ter toda uma rede de apoio, então, eu acho que esse é o caminho, mas a gente está bem longe desse ideal.

Diz GF13:

É uma construção contínua essa questão de compartilhar, acho que a palavra, contextualizando assim, me parece que talvez assuste um pouco as pessoas, (sabe?) não é uma falta, de não saber o que é o compartilhar propriamente dito. A gente tem mais tempo de hospital e para quem está chegando, chega com um sentimento mais individualizado, talvez essa parte acadêmica de formação, digo da humanização que tenha que ser mais trabalhada.

GF14 reflete sobre a importância deste enfoque:

Considero fundamental, porque, hoje em dia, temos muitos profissionais que esquecem que a mãe está ali presente, que ela também quer opinar. Eu mesma já passei por isso, meu filho doente, com problema de saúde e eles estavam agindo como profissionais e ignorando da minha presença como de mãe. A mãe também quer participar, também quer dar a sua opinião, também não quer desistir do filho. Às vezes, os profissionais se limitam à sua área e esquecem que a mãe também tem uma esperança que é fundamental para a recuperação de seu filho.

Dessa forma, o grupo conclui que o compartilhamento do conhecimento requer um esforço coletivo, uma mudança na cultura da assistência à saúde, eles incluem a valorização do conhecimento da família e a valorização da participação em conjunto.

4.4.3 Discussão dos dados coletados

Para o desenvolvimento e discussão dos resultados obtidos com a aplicação da técnica do grupo focal realizado nas duas instituições selecionadas, foi utilizado o aporte teórico que deu sustentação à referência bibliográfica deste estudo.

As quatorze profissionais envolvidas, nos dois grupos, foram quatro enfermeiras, duas médicas, duas pedagogas, duas assistentes sociais, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e uma psicóloga.

Os dados de identificação dos grupos como tempo de exercício profissional e outros, estão descritos nos Quadros 4 e 5.

Durante a contextualização desse estudo, foi realizada uma abordagem sobre a elevação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) para Política Nacional de Humanização (PNH), um movimento do MS que planejava favorecer o diálogo e a troca de conhecimento entre os profissionais da equipe de saúde, com o objetivo de promover uma cultura de colaboração entre os envolvidos (MELLO, 2008).

Com o objetivo de identificar o conhecimento do grupo sobre a equipe de saúde, ambos os grupos foram estimulados a discorrer sobre o assunto, falar sobre a composição da equipe multiprofissional e as atribuições de cada um dos profissionais que a compõe. Para os dois grupos, a tarefa foi difícil, observa-se a fragilidade da cultura de colaboração entre os profissionais da equipe de saúde preconizada pela PNH (BRASIL, 2003). Observou-se maior facilidade em um dos grupos, que elencou as principais características de cada um dos profissionais envolvidos, devido a forma como o serviço foi criado naquela instituição hospitalar que possui maior número de profissionais disponíveis. Ambos reconhecem a importância do trabalho interdisciplinar ao mesmo tempo em que constatam ser necessário estabelecer mecanismos para desvelar o trabalho de cada um, e, conseqüentemente, facilitar a comunicação entre os profissionais.

A PNH propõe o estímulo à comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2003).

As relações que se estabelecem entre os profissionais da equipe de saúde emergiram diante do questionamento de quais as categorias

profissionais se relacionavam com maior frequência, e surgiu um entrelaçamento de serviços ao redor da criança e família, sempre por atribuições e conforme a demanda, o pessoal de apoio também aparece permeando essas relações, assim como os alunos e a parte administrativa dos hospitais.

Em relação ao estresse emocional que as crianças e suas famílias acompanhantes vivenciam durante a hospitalização, é importante que a equipe reconheça seus limites e também sua complementaridade profissional e identifique quais os medos e potencialidades dessa família como contextualizado pelos autores Lerwick (2016); Macias et al. (2015); Salmani et al. (2015); Mendes et al. (2015); Marques; Schwartz; Marcon, (2014); e Fernandez; Vilchez; Lopes (2013), no desenvolvimento do Capítulo 2.3 dessa tese, sobre hospitalização pediátrica.

A busca por informações tem como objetivo identificar o uso da TI na equipe de saúde, um novo panorama que a sociedade do conhecimento vem impondo à realidade hospitalar, os grupos reconhecem a importância da TI na assistência à saúde, os profissionais utilizam para pesquisas e atualizações, no entanto há queixas, nas duas instituições, relativas às fragilidades dos sistemas existentes. É fato a presença dos prontuários eletrônicos, todas as informações do paciente estão sendo guardadas nos sistemas, os computadores definitivamente assumindo a parte física do papel. O que também gera receios, uma falha no sistema e todos os acessos negados, modificando a rotina dos serviços resultando em atrasos.

O apoio diagnóstico que representa a leitura dos exames de imagem à distância, torna o sonho da descentralização muito próximo. O *WhatsApp* surge como meio de comunicação entre os profissionais e, muitas vezes, desses com seus pacientes, diminuindo distâncias ou estreitando laços do conhecimento, sendo esse um processo em construção. A comunicação por *e-mail* também faz parte desse novo contexto. Novidades como o uso de óculos de Realidade Virtual para crianças assistirem a um filme durante procedimentos invasivos, até para submeter-se a uma ressonância sem sedação, ocupam cada vez mais, os espaços profissionais.

O avanço tecnológico não pode se sobrepor às relações entre as pessoas, e melhorar a comunicação no espaço hospitalar entre os sujeitos envolvidos, identificar quais são as barreiras para a implantação de um projeto de humanização são atitudes assertivas (SOARES, 2010; WEINZIERL, 2009).

O avanço das TI é uma realidade para toda a sociedade, e hoje, é comum que as famílias busquem informações sobre as questões de saúde/doença e tratamento na internet. Os grupos avaliaram que, se por um lado, representa um sinal de empoderamento das pessoas, o outro lado mostra que a informação não está mais restrita ao meio acadêmico. Essa realidade tem influência junto aos profissionais que precisam se instrumentalizar, estudando e mantendo-se atualizados, e preparados para orientar os pacientes e familiares quanto às buscas em *sites* de confiança.

A presença da TI e de suas inúmeras facetas encontra aporte teórico nos estudos acadêmicos desenvolvidos no PPGEGC, apresentados no Capítulo 1: Beirão Filho (2011); Frantz (2011); e Paim (2015). Outros autores emergiram durante a revisão bibliográfica no Capítulo 2, e discutem o papel da TI nas ações de saúde: Martins et al. (2012); Justice et al. (2016); Andreatta et al. (2011) e Lehmann (2015).

Em relação às informações presenciais, que os profissionais devem repassar aos acompanhantes das crianças durante todas as etapas que envolvem o processo de hospitalização, os grupos consideraram que é um direito do paciente conhecer seu estado, no caso das crianças, do seu representante. Para tal, é necessário utilizar uma linguagem clara, respeitosa e, principalmente, de empatia para com o outro. Com esses cuidados, a comunicação fluirá bem melhor, destacando que toda a equipe deve repassar a mesma informação.

Conhecer a realidade das famílias em processo de hospitalização aproxima os sujeitos envolvidos e faz toda a diferença, comentam os grupos, muda a maneira de olhar para essa criança neste sentido, observar a dinâmica familiar na qual ela está inserida, sua realidade socioeconômica, cultural, crenças, valores são princípios básicos para garantir uma boa assistência, sendo reconhecida pelos grupos como de extrema importância.

Um grande desafio da Gestão do Conhecimento na atenção à saúde dentro dos hospitais, para Tjoflåt e Karlesen (2012), é reconhecer a importância da pluralidade cultural, a necessidade de conhecer e compreender o contexto cultural do outro, como um facilitador do compartilhamento do conhecimento.

Quando o assunto é a tomada de decisão compartilhada como uma experiência, os grupos admitem que é uma possibilidade a ser conquistada, devagar, com muita cautela, porém reconhecem que é importante trazer para o debate diário essas experiências, pois requer uma mudança cultural.

Gionfriddo et al. (2014) trazem uma contribuição sobre a eficácia da tomada de decisão compartilhada em intervenções para as pessoas diagnosticadas com doenças crônicas. Para eles, é uma maneira de melhorar o atendimento para esses pacientes, o que os grupos também concordam e relatam que, muitas vezes, as famílias já têm ótimas soluções para essas crianças.

Vários autores contribuem para essa discussão do compartilhamento do conhecimento na hospitalização nessa tese, e encontram-se no Capítulo 1, como estudos apresentados no PPGEGC como Lasso (2016); Lapolli (2015); Willerding (2015); Rabelo (2013) e Carpes (2012); além dos autores que embasaram a teoria do Capítulo 2 da revisão bibliográfica item 2.4, os clássicos Davenport e Prusak (2003); Nonaka e Takeuchi (1997) e Uriarte (2018); e os autores que foram selecionados a partir da revisão sistemática da literatura: Morawski (2012); Hung et al. (2011); Cunningham et al. (2012); Ranmuthugala et al.(2011); Van Den Bossche et al. (2010); Tjoflåt e Karlesen (2012); Lannon e Peterson (2013); Angel e Frederickson (2015); Ramos, Rodrigues e Pereira (2016); Van Schaik, O'Brien e Almeida (2014); Kislov, Walshe e Harvey (2012); Bullok (2014); Finkelstein et al. 2012); e Gionfriddo et al. (2014).

4.5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Os dados obtidos com a realização da técnica de Entrevista Semiestruturada com acompanhantes das crianças hospitalizadas no Hospital Universitário Professor Ernani Polydoro de São Thiago e no Hospital Infantil Joana de Gusmão serão relatados e analisados individualmente e por ordem de realização.

4.5.1 Hospital Universitário Professor Ernani Polydoro de São Thiago

As entrevistas semiestruturadas, em número de doze, ocorreram dentro do espaço hospitalar na Unidade de Internação Pediátrica, próximo ao berço da criança hospitalizada e conduzidas conforme a programação estabelecida no Apêndice D, elas estão divididas por temas, a saber: Identificação dos Acompanhantes; Busca de Informações e Compartilhamento do Conhecimento.

4.5.1.1 Identificação dos acompanhantes

Esse tema possui o objetivo de fazer a identificação dos respondentes, dessa forma, os sujeitos de pesquisa foram acunhados com as siglas EA01 e, sequencialmente, até EA 12, com referência à Entrevista com Acompanhante para preservar-lhes o anonimato. A caracterização dos sujeitos de pesquisa que responderam às entrevistas durante a hospitalização de sua criança no Hospital Universitário é apresentada no Quadro 6.

Quadro 6 – Identificação dos respondentes no HU

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PARENTESCO COM A CRIANÇA	DADOS DA CRIANÇA, IDADE, SEXO E TEMPO DE INTERNAÇÃO	É A PRIMEIRA INTERNAÇÃO DA CRIANÇA? QUANTAS VEZES ELA JÁ FOI HOSPITALIZADA?	QUAL O MOTIVO DA INTERNAÇÃO?	CRIANÇA POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA?
EA01	19 anos	Mãe	1 a. 4 m., masc., 13 dias	Sim	Pneumonia	Sim, Bronquite asmática
EA02	19 anos	Mãe	1a. 16 m., feminino, 5 dias	Sim	Celulite MID	Não
EA03	48 anos	Mãe	1a. 2m., masc., 6 dias	Não, é a 5ª	Infecção	Sim, cardíaco
EA04	47 anos	Avó mat.	3 a. 11 m., fem., 3 dias	Sim	Pneumonia	Não
EA05	26 anos	Mãe	5 a. 2m., fem., 3 dias	Sim	Bicho Berne	Não
EA06	30 anos	Mãe	6 m., masc., 6 dias	Não, é a 2ª	Febre e diarreia	Não
EA07	19 anos	Mãe	8 m., masc., 3 dias	Sim	Celulite olho D	Não
EA08	53 anos	Avó mat.	3 a., masc., 7 dias	Sim	Pneumonia	Sim, Bronquite asmática
EA09	56 anos	Mãe	14 a., masc., 3 dias	Não, é a 2ª	Bronquite asmática	Sim, Bronquite asmática
EA11	39 anos	Mãe	5 m., fem., 8 dias	Sim	Pneumonia	Não (continua)

EA12	36 anos	Mãe	4 a., fem. 3 dias	Sim	Pneumonia	(continuação) Não
-------------	------------	-----	-------------------	-----	-----------	----------------------

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que dos doze sujeitos de pesquisa, apenas duas eram avós maternas das crianças e as demais eram mães das crianças hospitalizadas.

4.5.1.2 Busca de informações

Para alcançar esse tema, foi estabelecido o objetivo de averiguar se o acompanhante da criança, antes de procurar ajuda profissional busca outras fontes de informações e conhecimento, sendo realizadas perguntas aos sujeitos de pesquisa.

Assim foi perguntado: Quando a criança ficou doente, antes de vir ao hospital você procurou informações? Como? Com quem?

Entre as doze acompanhantes, as respostas foram variadas: quatro buscaram o Posto de Saúde; três, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e, para as demais a primeira busca por atendimento foi: Núcleo de Atenção à Saúde (NAS) da UNIMED; HU; HIJG; Hospital no Rio Grande do Sul; e uma a internet.

As informações foram todas relacionadas à situação de saúde das crianças e também como queixas sobre o atendimento recebido, como destacado nas falas de EA1: *“Não recebi as informações corretas, e como teve febre muito frequente, daí a gente veio para cá, para o HU”*; EA3 que diz: *“Lá tinha um pediatra para vinte e cinco crianças na frente dele e ele com quase 39 de febre”*; EA4 explana: *“Deram uma medicação e disseram que era uma infecção mas que tinha que esperar para ver como é que o remédio ia reagir”*; EA12 contextualiza: *“O médico disse que ela estava com uma virose aí eu voltei para casa”*. Apenas EA7, porém, disse que antes de procurar atendimento médico: *“Fui na internet primeiro”*.

Ao serem questionados se utilizam a internet para buscar informações sobre problemas de saúde, por quê¹, e que tipo de informações buscam nas redes sociais. Destacam-se algumas falas das respondentes que utilizam a internet para elucidar diagnósticos, como a fala de EA4: *“Sempre, foi aonde eu pesquisei sobre pneumonia”*; EA5 que relata: *“sempre procuro, até esses bichinhos que ela teve, eu procurei também”* e EA10 *“[...] pesquisei sobre o que é pneumonia que eu não conhecia (né?), mas eu não entendi muito sobre o assunto”*.

E, também para buscar tratamentos diferentes daquele recebido pelo profissional de saúde, para estabelecer uma comparação, como relata EA07:

Procurei no Youtube para ver como era, vi que o médico explicou direitinho, porém, ele tinha explicado que era uma conjuntivite, só que eu ainda fiquei com dúvidas, será que é, que será que não é, então resolvi procurar para ver os cuidados que deveria ter.

A TI conectando as pessoas diuturnamente aparece na fala de EA11: “[...] tenho uma página comercial e uso muito, uso por 24 horas para vendas, já fiz várias pesquisas sobre saúde, sobre a pneumonia dela ainda não, porque eu estou aqui direto”. As demais respondentes utilizam a internet para manter contato pelas redes sociais, sem intenção de buscar informações sobre saúde, ou ainda para entretenimento da criança, conforme diz EA10: “Uso muito a internet para ele (a criança hospitalizada) ver vídeos e mais para a rede social, mesmo”.

Observou-se a presença da internet entre as acompanhantes das crianças hospitalizadas no HU para pesquisar diagnósticos, tratamentos, confrontar diagnóstico ou mesmo o tratamento estipulado, uma situação de uso para trabalho e entretenimento da criança com vídeos, e ainda para ajudar a passar o tempo nas redes sociais com o mundo exterior ao ambiente hospitalar, pois todas as acompanhantes estavam conectadas antes de iniciar a entrevista.

4.5.1.3 Compartilhamento do conhecimento

Para alcançar a abrangência do tema compartilhamento do conhecimento, foram estabelecidos seis objetivos, a saber: Verificar quais as informações que o acompanhante da criança recebe no momento da chegada, até a internação; Verificar o entendimento do (a) acompanhante sobre a equipe de saúde; Identificar o entendimento do acompanhante com relação às informações que os profissionais passam; Verificar se o conhecimento do acompanhante está sendo valorizado pelos profissionais da saúde; Identificar a satisfação do acompanhante durante as visitas da equipe, e Identificar interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança.

Ao primeiro objetivo do tema compartilhamento do conhecimento foram direcionadas perguntas sobre o processo de hospitalização, como foi a entrada da criança no hospital para avaliação inicial, onde, a opinião para a totalidade das acompanhantes é que o atendimento foi bom, algumas fizeram questão de enfatizar como EA5: “Ah é sempre perfeito eles são muito bons”; EA07 que conclui: “Foi

ótimo foi muito bom”; para EA10: *“Foi ótimo, pessoas maravilhosas”* e EA11 que diz: *“Meu atendimento foi ótimo, para mim eu dei sorte, muita sorte, eu fui bem atendida”*.

O tempo de espera para efetuar a internação para EA1, EA2, EA4, EA9 e EA12 durou uma hora até, no máximo, duas horas entre a avaliação inicial na emergência, preenchimento dos papéis e a liberação para a internação no setor. A partir desse intervalo de tempo de espera, as acompanhantes definiram como sendo demorada, conforme o relato de EA3: *“eu acho que a demora aqui é a internação, dez horas da noite ele foi subir, e a médica da emergência falou que ele iria ser internado as cinco horas da tarde”*; EA06: *“Demorou porque tinham que fazer uns exames antes”*; EA07: *“Demorou, que eu fiquei esperando, eu vim eram umas duas e pouco e cheguei aqui no setor era umas cinco horas quase”*; EA08: *“Demorou um pouco por que eles tinham que ver se o remédio fazia efeito”*; e EA11: *“Acho que umas quatro horas”*. Duas acompanhantes não souberam responder, pois não estavam presentes na hora da internação.

As informações recebidas pelas acompanhantes durante o processo de hospitalização são ilustradas pelas falas de EA1, EA2 e EA4, que a criança necessitaria internar, outras mencionaram a parte de registro da internação como EA5: *“Disseram que iam preparar os papeis da internação”*; e, para coletar a história da criança como relata EA12: *“Eu fiquei lá embaixo na emergência para fazer a internação dela, daí as perguntas que eles fazem (né?), como é a primeira internação dela”*. Alguns diagnósticos ou hipótese diagnóstica são mencionados, que EA07 diz: *“Eles falaram que poderia ser uma conjuntivite”*; EA10: *“a gente veio como um caso de Bronquiolite daí chegou aqui o RX, o médico falou que era pneumonia, que ele estava muito cansado ainda e que não teria previsão de alta ainda”*; e EA11: *“Ela estava com um problema respiratório muito ruim, bem grave daí já foram internando ela”*.

Com relação à situação da criança, as informações que as acompanhantes receberam naquele momento permeavam o estado de saúde da criança e ao plano de ação, como destacam EA1: *“Que ele piorou bastante, por isso ele foi para o soro, e para o oxigênio”*; EA2: *“A perna da criança estava muito feia e que se não tratasse poderia ter problemas no futuro para andar, por isso não tinham previsão de liberação da criança”*; EA06: *“Que tinha uma infecção urinária”*; EA08: *“Me disseram que a pneumonia dele estava bem avançada que se não tivesse trazido ele naquele dia, talvez ele tivesse maiores consequências”*; EA10: *“Falaram que ele teria que ficar até segunda*

feira, que ele teria que tomar antibiótico”; e EA11: “*Que eles estavam esperando os resultados dos exames, daí falaram que era uma pneumonia grave*”. Já para EA9, houve uma mudança de planos, e diz: “*Ele estava recebendo um medicamento, daí a médica olhou ele, e disse que ele tinha que ser internado, porque ele não teve nenhuma melhora*”.

Ao chegar ao setor de internação, a maioria das famílias foi recebida pela equipe de enfermagem, ou pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem ou ambos, apenas para EA8 foi o médico, conforme relata: “*O médico veio falar comigo, disse que ia ser o médico dele*”.

O conteúdo das informações que os acompanhantes receberam ao chegar ao setor de internação, pela equipe de enfermagem, era relacionado ao espaço físico e às acomodações da criança e da acompanhante, como se observam nas falas de EA1: “*Sobre o setor, o posto de enfermagem, o quarto e todos os outros espaços*”; já para EA2: “*Mostraram o quarto da criança, copa, banheiro e sala de recreação*”; EA11: “*Falaram como eram as regras no quarto que minha filha iria ficar, mostraram o banheiro que eu podia usar*”; e para: EA10 “*Eles fizeram os procedimentos, ali na salinha e encaminharam para o quarto, aqui passaram que ele iria ficar internado e as informações do dia a dia que iriam fazer*”.

Receber a família e situá-la no espaço em que permanecerão por determinado tempo, é uma forma de estabelecer vínculos entre as pessoas no momento da internação, tanto que EA5 fala que:

As enfermeiras já estavam esperando, na verdade eu já conheço praticamente tudo aqui, então eu não preciso muito de informação, a informação que eu precisava eles me deram lá embaixo sobre o que era, eu já fiquei aqui com os outros filhos, eu já cheguei a ficar até vinte dias aqui, então, eu já sou de casa, que nem elas dizem.

E EA3 que diz: “*Era um plantão de muita gente boa, atenciosa, aqui em cima eu estou em casa, e toda vez é assim, tanto ele quanto eu somos muito bem tratados, eu já conheço tudo*”. Relatos que evidenciam que essas famílias foram bem acolhidas em internações anteriores.

Existem outras situações, em que os procedimentos técnicos tomam a frente como o relato de EA07 que diz: “*Chegando aqui, as enfermeiras furaram o pezinho dele para achar a veia, e conseguiram de primeira*”; e o de EA09 que afirma: “*A enfermeira chegou e disse eu*

sou a enfermeira tal, estou de plantão, e, a partir de agora, nós vamos começar a fazer a medicação para ele, eu já conhecia este setor, ficamos em casa”; ou ainda quando EA12 comenta: *“Elas arrumaram ela, medicaram ela e me levaram para o quarto, não me explicaram como ela estava porque os médicos já tinham me falado lá embaixo”*. Observa-se que são relatos que transmitem confiança, mesmo diante de procedimentos invasivos com a criança.

O segundo objetivo do tema era verificar o conhecimento do acompanhante sobre a equipe de saúde. Questionados sobre quais os profissionais que estão prestando assistência na unidade, todos os doze respondentes elencaram a equipe de enfermagem, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e os médicos; os demais componentes da equipe foram citados nessa frequência: assistente social, quatro vezes; psicóloga, quatro vezes; nutricionista, três vezes; pedagoga responsável pela brinquedoteca, quatro vezes; copeira, seis vezes; pessoal da limpeza, cinco vezes e o fisioterapeuta, uma vez.

Ainda sobre o mesmo objetivo, foram realizadas duas perguntas que se complementam: Quando você tem alguma dúvida para qual profissional da equipe de saúde você pergunta e o porquê da escolha desse esse profissional? Sete respondentes apontaram a enfermagem como a primeira opção e os motivos alegados foram diversos como EA1 relata: *“Eu tenho confiança nelas e, elas são muito sinceras”*; EA2: *“Porque elas estão mais próximas”*; EA5: *“Está mais tempo com a gente ali, e a gente pega mais confiança, é que trata a gente ali, dando remédio, medicação perguntando se tu precisas de alguma coisa”*; EA07: *“Sempre me ajudam, e porque fica sempre uma aqui”*; EA08: *“Porque estão mais ali, então eu pergunto para elas, e aí elas passam para o médico”*; EA09 que diz: *“Pergunto quando elas estão fazendo a medicação sobre o tipo de remédio que estão dando, e elas respondem”*; e, EA12 ao afirmar: *“Elas porque elas estão mais próximas”*.

Outras quatro respondentes apontaram o médico e suas justificativas foram: EA3: *“Porque o médico residente fica com ele durante o dia e está mais a par da situação dele”*; EA06: *“Me deram um papelzinho explicando quando a gente tiver dúvida é para perguntar para o médico”*; EA10: *“O residente quando vem aqui, sabe explicar muito bem e fico satisfeita com as respostas”* e para EA11, sua opção é porque *“Ele está mais próximo”*.

E uma respondente, a EA4, citou a enfermeira e o médico como sua escolha em igual proporção justificando: *“Se tu estás perto de um médico, tu vais pedir para ele, e se tu estás junto de uma enfermeira, tu*

vais perguntar para ela”. Sua fala deixa claro que a proximidade com o profissional define sua escolha, sente igual confiança em ambos.

Diante do objetivo de identificar o entendimento do acompanhante com relação às informações que os profissionais passam para as famílias durante as visitas no quarto da criança, a maioria das respondentes afirmou que entende as informações, que são claras. Ressalta-se que três, das doze respondentes, comentam que ainda não haviam conversado com a psicóloga e duas, com a assistente social.

Entre as respondentes que não estavam totalmente satisfeitas em relação à clareza das informações recebidas, encontra-se EA1 que relatou: *“Quando mudou de médico sim, começou a ficar mais claro, com a médica que atendeu ele lá na emergência, e que cuidou dele durante uns sete dias aqui, ela não foi clara”*; e para EA5, que expõe sua preocupação:

Eu fiquei, porque eu não tinha nem noção do que era esse negócio dela, porque hoje ela ia receber alta então teve febre a noite, e a doutora ia mandar para casa a menina com o bichinho ali [...], lógico ela é estudada e tudo (né?), mas eu fiquei pensando, poxa a menina vai ficar sete dias com o bicho ali dentro, fora o que já passou? Vai ficar ali mordendo ela? E o que eu faço nesses sete dias? Entende? então daí, fiquei em dúvida, [...].

Com o objetivo de verificar se o conhecimento do acompanhante está sendo valorizado pelos profissionais da saúde, foi realizada a pergunta sobre como os profissionais recebem a opinião dos acompanhantes com relação ao tratamento da criança. Diante do questionamento, EA2, EA4, EA6, EA7, EA8, EA9 e EA12 não se dispuseram a detalhar suas opiniões respondendo, apenas que está tudo bem, enquanto as outras cinco explicitaram suas percepções sobre o assunto, conforme relatos a seguir.

EA1: *“Para falar a verdade, nunca me perguntaram minha opinião”*; EA3 *“Não, não me perguntam não, só perguntam como é o dia a dia dele, o que ele come, quantas vezes ele dorme, só”*; EA5: *“Acho que a médica não deu tanta importância, porque ela acha assim: ah é só um bichinho, para ela pode ser normal, mas para nós não é, a gente não conhece”*; EA10: *“A enfermeira sim, sempre recebe muito bem, mas a médica não bate com a minha opinião”*, e, EA11 que relata: *“Eu nem dou opinião, fico do lado, só observando”*.

Identificar a satisfação da acompanhante durante as visitas da equipe foi o próximo objetivo do tema compartilhamento do conhecimento, para tal, solicitou-se aos respondentes que falassem sobre o seu sentimento em relação a cada um dos profissionais da equipe de saúde, quando chegam no quarto para examinar ou fazer algum procedimento com a criança. A totalidade das respondentes afirmou que se sente bem, algumas falas positivas sobre a equipe são destacadas.

EA1 diz que: *“O doutor (cita o nome) é muito atencioso, dos outros profissionais nada para falar todos me trataram muito bem”*; EA7 afirma que: *“Tudo bem, as meninas da enfermagem me dão uma força quando eu preciso de alguma coisa, sempre uma se oferece para ajudar”*; EA8, por sua vez, diz: *“Eles perguntam por que ele chora, porque ele se assusta tanto, aqui eles sempre foram bem acolhidos, o meu outro neto, quando esteve aqui, também foi a mesma coisa”*; já EA10 explica que:

Me sinto muito bem com a equipe, tem uma técnica de enfermagem que é uma pessoa assim, maravilhosa, meu menino adora, vê ela de longe e já começa a rir, e um senhorzinho de hoje que me ajudou de manhã uma pessoa maravilhosa também [...], foram as duas pessoas assim, que eu me senti mais próxima, pessoas assim, que a gente sente afeto, sabe?.

Já EA12, afirma que: *“Está sendo agradável, estou me sentindo satisfeita, não tenho o que falar”*.

Fechando o objetivo do tema compartilhamento do conhecimento e a entrevista semiestruturada, foi estabelecido, como objetivo, identificar se o acompanhante possuía interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança. Dessa forma, era exposto aos acompanhantes sobre locais existentes em que os profissionais da saúde costumam conversar com as famílias sobre o tratamento da criança, para juntos tomarem decisões. Solicitava-se então que o respondente emitisse em sua opinião se achava importante e que justificasse sua resposta. O questionamento estimulou a reflexão entre os respondentes acerca da assistência à saúde que usufruem e emergiram pontos de vista distintos.

As acompanhantes compreenderam qual o seu papel em um sistema de tomada de decisão compartilhada, como é possível observar nas falas de: EA3 quando diz: *“Isso ajudava, porque eram duas opções,*

da família e do profissional”; e, para EA4, que observa incluso nesse sistema de atenção, que ambos estão em um mesmo patamar:

Eu acho importante isso, muito importante, se já tem em algum lugar eu acho muito bom mesmo, para todos, eu acho que tanto para o profissional, porque está levando um trabalho bom, como para a criança (né?) que está recebendo esse trabalho mais próximo dela, [...]”.

EA5 por sua vez, diz que: *“Acho importante porque ali tu vais ter várias opiniões de um problema”*; EA6 aborda que: *“Bem boa (né?). Porque aí a família está junto para ajudar, decidir, fica melhor”*, e EA9 exemplifica com uma experiência, ao seu julgamento, exitosa que vivência na comunidade quando diz: *“Inclusive, lá na UPA, eles estão fazendo reuniões também com pessoas, com as famílias, perguntam qual a mudança a gente acha boa para ter no posto, pedem a nossa opinião, eu acho que seria muito bom isso aqui, dentro do hospital”*, conclui EA9.

Por uma comunicação mais fluída e transparente por parte dos profissionais, EA1 comenta:

Seria bem melhor, (sabe?), eu acho que, no caso o médico vir e até pedir tua opinião, seria bem importante, bem legal, uma forma de todo o mundo se ajudar para a melhora do paciente, cria um vínculo maior, uma comunicação melhor. Acho que a transparência entre um médico e o paciente é fundamental.

Já EA2 comenta que: *“Seria muito bom se existisse, porque iria ajudar mais”*; e EA07: *“Acho certo, porque daí a gente pode entender bem mais, explicando, assim é bom, porque tem coisa que eu não entendo, uns nomes que eu não entendo”*.

O compartilhamento das informações também ajuda para que o profissional da saúde conheça melhor a realidade da criança. Observa-se esta realidade no comentário de EA08 *“acho que é bom, porque daí pelo menos fica conhecendo o paciente e sabe como é tratado em casa, né? em qualquer lugar que ele estiver, aproxima mais a convivência, (né?) porque se o médico não conversar com ele, nem o enfermeiro, como é que vai tocar nele?”*, referindo-se à condição específica de seu neto que possui déficit de aprendizagem, porém sua observação é

pertinente a todas as crianças, cada uma em sua individualidade e em processo de desenvolvimento.

Já para EA10, a importância estaria em compartilhar as informações com toda a família:

Como a médica sempre passa de manhã, daí só eu fico por dentro do assunto, né?, então eu não sei explicar muito bem para o meu marido referente ao que está acontecendo, mas também tem uma coisa importante, eu preferia que meu filho estivesse tomando antibiótico na veia, acho que o efeito seria mais rápido, só que ele está tomando via oral, pois o médico falou que é a mesma coisa, que o efeito será o mesmo, tomando na veia ou via oral não irá mudar nada, mas eu fiquei em dúvida.

Em sua fala, demonstra que possui dúvidas relacionadas ao tratamento recebido.

Para EA12 é “Bom [...]”, e EA11 enxerga aí sua própria experiência para estabelecer uma continuidade de tratamento à filha, e diz:

Está até meio parecido com o caso que eu conversei com os médicos, desde que ela nasceu, e foi aqui, ela não passou por um pediatra lá no posto, aí eu discuti com eles se tinha essa possibilidade de quando ela tivesse alta, ela ser atendida no ambulatório, e eles concordaram.

Concluindo, a identificação dos sujeitos das entrevistas semiestruturadas, que ocorreram no HU, revela uma totalidade de mulheres, com idades entre de 19 e 56 anos, com duas avós maternas e dez mães das crianças hospitalizadas, em quatro situações, a criança estava internanda pela segunda vez, as demais eram pela primeira, e quatro dessas crianças possuem doença crônica, uma cardíaca e três, bronquite asmática.

Diante da doença da criança, as acompanhantes costumam buscar informações junto às unidades de pronto atendimento nas suas comunidades, como a primeira opção, algumas levam diretamente aos hospitais, aonde são bem recebidas. O tempo de espera para efetuar a internação apresentou uma variação de uma hora até, no máximo, duas horas entre a chegada ao hospital com avaliação inicial na emergência,

preenchimento dos papéis e a liberação para a internação no setor, e foi considerado rápido.

Ao chegarem ao setor de internação, a maioria das famílias foi recebida pela equipe de enfermagem, ou pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem ou ambos e que apresentaram o setor.

Como já estavam, no mínimo, com três dias da internação, foram questionadas sobre a composição da equipe de saúde, que citaram a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), os médicos (titular, residente, estudante, professor) os demais componentes da equipe foram citados nessa frequência: assistente social, quatro vezes; psicóloga, quatro vezes; nutricionista, três vezes; pedagoga responsável pela brinquedoteca, quatro vezes; copeira, seis vezes; pessoal da limpeza, cinco vezes e o fisioterapeuta, uma vez.

Observou-se que o uso da TI, como o celular e a internet, entre as acompanhantes das crianças hospitalizadas no HU, é uma realidade, algumas realizam pesquisas sobre diagnósticos e tratamentos, também para estabelecer comparação entre o diagnóstico e tratamento recebidos com outros oferecidos pelas mídias, para as crianças assistirem a vídeos, sendo que, para a maioria, era como entretenimento próprio, por meio do acesso às redes sociais e com o mundo exterior ao ambiente hospitalar, para ajudar a passar o tempo, inclusive.

Questionadas a qual profissional da equipe de saúde costumam recorrer diante de alguma dúvida, a maioria apontou a enfermagem como a primeira opção pela confiança, proximidade, sinceridade, prestam cuidados, costumam perguntar se estão precisando de algo e explicam o que estão fazendo durante o procedimento; outras acompanhantes citaram o médico pela presença do residente durante o dia, conhecimento da situação, explicações recebidas dadas pelos residentes, e ainda, uma respondeu que, no cartão do acompanhante, está escrito que se tiver dúvida é para perguntar para o médico.

A maioria das acompanhantes relata que durante as visitas dos profissionais no quarto da criança recebem informações claras e de fácil entendimento, que o seu conhecimento está sendo valorizado pelos profissionais da saúde. No desenvolvimento de suas falas, porém, aparecem relatos diferentes e o desejo de ser ouvida.

Concluindo o tema compartilhamento do conhecimento, com o objetivo de identificar se a acompanhante possuía interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança, tendo como exemplo situações de tomada de decisão compartilhada, as falas apresentaram algumas variações, entre elas, a necessidade uma

comunicação mais fluída e transparente por parte dos profissionais e para que o profissional da saúde conheça melhor a realidade da criança e de onde está inserida.

4.5.2 Hospital Infantil Joana de Gusmão

As entrevistas semiestruturadas foram 12, que ocorreram dentro do espaço hospitalar, próximo ao berço da criança hospitalizada, e conduzidas conforme a programação estabelecida no Apêndice D. As perguntas estão divididas por temas a saber: Identificação dos Acompanhantes; Busca de Informações, e Compartilhamento do Conhecimento.

4.5.2.1 Identificação dos acompanhantes

Esse tema possui o objetivo de identificação dos respondentes, dessa forma, os sujeitos de pesquisa foram acunhados com as siglas EA13 de forma sequencial até EA24, estabelecendo uma continuidade aos sujeitos do hospital anterior. A caracterização dos sujeitos de pesquisa que responderam às entrevistas durante a hospitalização de sua criança no Hospital Infantil Joana de Gusmão é apresentada no Quadro 7.

Quadro 7 – Identificação dos respondentes no Hospital Infantil Joana de Gusmão

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	PARENTESCO COM A CRIANÇA	DADOS DA CRIANÇA, IDADE, SEXO E TEMPO DE INTERNAÇÃO	É A PRIMEIRA INTERNAÇÃO DA CRIANÇA? QUANTAS VEZES ELA JÁ FOI HOSPITALIZADA?	QUAL O MOTIVO DA INTERNAÇÃO?	CRIANÇA POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA?
EA13	23 anos	Mãe	2 a., masc., 6 dias	Sim	Amigdalectomia	Não
EA14	31 anos	Mãe	4 a., fem., 18 dias	Não, é a 3ª	Cisto Ventricular	Sim, hidrocefalia
EA15	29 anos	Mãe	5 a. 6m., masc., 14 dias	Sim	Tumor na cabeça	Não
EA16	25 anos	Mãe	1 a. 6m., masc., 3 dias	Não, é a 3ª	Válvula Ventricular Peritoneal	Sim, hidrocefalia
EA17	35 anos	Mãe	3 m., fem., 3 dias	Sim	Infecção urinária	Não
EA18	42 anos	Mãe	11 a. 2m., fem., 3 dias	Não, é a 5ª	Amigdalite bacteriana	Não
EA19	19 anos	Mãe	6 m., fem., 7 dias	Sim	Sopro cardíaco	Sim, cardiopatia
EA20	26 anos	Mãe	1 a. 9 m., fem., 6 dias	Não, é a 2ª	Pneumonia com Derrame pleural	Não
EA21	24 anos	Mãe	9 m., masc., 3 dias	Sim	Celulite periorbital D.	Não (continua)

EA22	20 anos	Mãe	1 a. 4m., fem., 3 dias	Sim	Pneumonia	(continuação) Não
EA23	40 anos	Mãe	10 a., fem., 30 dias	Sim	Má formação vaso cabeça	Não
EA24	29 anos	Mãe	8 a. 7 m., fem., 7 dias	Não, é a 2ª	Cirurgia para Correção coluna	Não

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5.2.2 Busca de informações

Para alcançar esse tema, foi estabelecido o objetivo de averiguar se o acompanhante da criança antes de procurar ajuda profissional busca outras fontes de informações e conhecimento, sendo realizadas perguntas aos sujeitos de pesquisa.

Assim, foi perguntado: Quando a criança ficou doente, antes de vir ao hospital, você procurou informações? Como? Com quem?

A variação das respostas foi que, a primeira busca de informações para oito acompanhantes ocorreu em hospitais: cinco no HJG, uma no HU; duas nos hospitais de suas cidades; duas em UPA; uma no NAS e uma no Posto de Saúde.

Questiona-se também, se utilizam a internet para buscar informações sobre problemas de saúde, por quê, que tipo de informações busca nas redes sociais, diagnósticos, tratamentos. A metade dos respondentes confirmou o uso, conforme ilustrado pelas falas de: EA13, que diz: “*Uso muito, várias vezes para ver o que estão falando*”; EA15, que relata: “*Fui pesquisar sobre o que seria a dor de cabeça constante (né?), isso antes de eu ir para a UPA, mas foi difícil entender, na dor de cabeça infantil, tem casos que dizem que é normal*”; EA16, ao falar: “*Busquei saber principalmente sobre o procedimento que ele fez, como era feito, quais os cuidados, mas aqui, eu estou vendo que a realidade é bem melhor*”; EA17, que relata: “*Acho a internet é muito vaga, né?*”, e EA20, quando diz: “*Quando ela ficou doente, busquei na internet e foi exatamente o que o médico me falou*”.

Para EA24, que soube durante a gestação que sua filha nasceria com problemas, a busca na internet foi quase uma tortura, como relata:

Fiquei apavorada, muito mais do que realmente é, existe uma grande variação, vai do caso mais leve até o mais grave, daí a gente acaba se assustando com o quê vê na internet, e nem um caso é igual ao outro, felizmente o dela foi o mais leve.

A busca ocorreu sem orientação e, em função disso, hoje faz questão de selecionar os bons sites e AE24 conta que a escolha do médico ortopedista para sua filha foi resultado de uma busca pelo melhor ortopedista da região, quando relata: “*Busquei com essas palavras mesmo daí apareceu ele, e ele realmente resolveu*”, completa satisfeita. As demais respondentes, disseram que não utilizam a internet

para pesquisar sobre saúde, mas somente para manter a conexão com as redes sociais.

Igualmente nesse hospital, as acompanhantes buscam respostas na internet para elucidar tratamentos, confrontar orientações recebidas, uma situação de escolha do profissional e mesmo as acompanhantes que não utilizam para essas questões estavam conectadas antes de iniciar a entrevista.

4.5.2.3 Compartilhamento do conhecimento

Para alcançar a abrangência do tema compartilhamento do conhecimento, foram estabelecidos seis objetivos a saber: verificar quais as informações que o acompanhante da criança recebe no momento em que entra no Hospital para a primeira avaliação até a internação; verificar o entendimento do acompanhante sobre a equipe de saúde; identificar o entendimento do acompanhante com relação às informações que os profissionais passam; verificar se o conhecimento do acompanhante está sendo valorizado pelos profissionais da saúde; identificar a satisfação do acompanhante durante as visitas da equipe; e identificar interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança.

Ao primeiro objetivo do tema compartilhamento do conhecimento, foram direcionadas perguntas sobre o processo de hospitalização como foi a quando a criança deu entrada no hospital para avaliação inicial na emergência, a opinião para a totalidade das acompanhantes é que o atendimento foi entre bom e excelente.

O tempo de espera para efetuar a internação apresentou uma grande variação, para sete respondentes, foi rápida, com duração entre uma a duas horas no máximo, e para os demais, foi mais demorado, ou porque veio de outra cidade transferido, e permaneceu na emergência para exames, ou para aguardar uma vaga nas unidades de internação.

As informações recebidas pelas acompanhantes durante o processo de hospitalização foram diversas, entre a realização de exames, papeladas a preencher, diagnósticos, algumas falas ilustram, como a de EA14, que diz: *“Passei o dia na emergência, realizando exames, e eles foram falando o que estava acontecendo”*; EA15, ao explicar: *“Disseram que ele teve um tumor na cabeça, no terceiro ventrículo eu acho, e agora a gente soube que é benigno [...]”*; EA17 que fala: *“O médico disse que tem uma bactéria na urina e no sangue dela, daí vão dar antibiótico para ela, por sete a dez dias”*; EA19, ao relatar: *“Está ótimo, que tem que fazer só a cirurgia mesmo”*; EA20, afirmando que:

“Ela estava com pneumonia, e, derrame pleural”; EA21, ao dizer: *“Que ele ia ter que internar”*; e EA24, que explica: *“O médico dela juntou uma equipe para fazer um mutirão, acabou tendo que hospedar todo mundo, fazer tudo certinho, e daí foi chamando um de cada vez”*.

Ao entrar no setor de internação, a maioria das famílias foi recebida pela equipe de enfermagem ou pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem ou ambos, e receberam orientações sobre a organização do setor como relatam EA13: *“As enfermeiras me entregaram um papel informativo do setor, foi bem boa a informação”*; EA14 que explana: *“Cheguei e me deram um papel, depois veio o médico e disse o que estava acontecendo com ela”*; EA15 relata: *“A pessoa que ia cuidar, se apresentou, eu vou cuidar dele agora, no meu plantão, daí falou também sobre o setor, os horários”*.

Já EA16, que veio do centro cirúrgico, diz que: *“Tiraram da maca, colocaram os equipamentos nele, trocaram [...]”*; EA17 afirma que: *“Disseram só que iam começar com antibiótico para combater a bactéria dela e a infecção que ela tem na urina”*; EA19, ao dizer que: *“Que era para eu ficar ali no quarto, que iria atender ela, dar o remédio, essas coisas, e ainda ela me explicou como ia ser a dieta”*; EA20, afirmando que: *“Perguntaram se eu já conhecia o setor, eu falei que sim, aí deram os medicamentos para ela”*; EA21, que diz: *“Não falaram nada”*; EA22, que relata: *“Colocaram o cateter de oxigênio e medicaram ela, como já era muito tarde, no outro dia, é que veio uma enfermeira me contar dos horários”* e, por fim, A24 afirmando que: *“Ela me passou sobre a manutenção aqui de onde a gente fica, e sobre as refeições, tudo certinho”*. Duas das respondentes não estavam no momento da internação no setor.

O segundo objetivo do tema era verificar o conhecimento do acompanhante sobre a equipe de saúde. Questionados sobre quais os profissionais que estão prestando assistência na unidade, todos os doze respondentes elencaram a equipe de enfermagem, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e os médicos; os demais componentes da equipe foram citados nessa frequência: 10 respondentes citam nutricionista; assistente social quatro vezes; psicóloga três vezes; fisioterapeuta, três vezes; recreacionista duas vezes; pedagoga, uma vez e a dentista, uma vez.

Ainda sobre o mesmo objetivo, foram realizadas duas perguntas que se complementam: Quando você tem alguma dúvida para qual profissional da equipe de saúde você pergunta e o porquê da escolha desse profissional.

Sete respondentes apontaram a enfermagem e justificaram, para EA13: “*Confiança*”; EA15 diz: “*Eles chegam no quarto de manhã e dizem: eu vou cuidar do seu filho, mas também tem um quadro no posto de enfermagem que indica o nome de quem vai cuidar dos nossos filhos, no plantão*”, EA17 fala: “*Quando a médica não está, a gente vai na enfermeira*”, EA18 revela: “*Por simpatia mesmo*”; a sua vez, EA21 fala: “*Eles me informam e respondem as minhas perguntas*”; EA22: “*Elas estão aqui no quarto toda hora, dando uma olhadinha*” e EA24 aponta para: “*Respondem as minhas dúvidas, em geral*”.

Outras duas respondentes citam o médico como o profissional a quem recorrem em caso de dúvidas e comentam o porquê. EA14 pontua que: “*Às vezes quando ela (a criança) sente alguma dor e a gente não sabe o que é, daí pergunto para eles para ver o que está acontecendo*”; e para EA19: “*Porque já é bem experiente, já entende mais*”.

Para três respondentes, não existe uma preferência quanto ao profissional e justificam, para EA16: “*Quando vem a dúvida, eu corro e pergunto*”; já EA23 diz: “*Conforme eu preciso*”; e a respondente EA20 fala: “*Quando eu fico em dúvida, eu pergunto*”.

Diante do objetivo de identificar o entendimento do acompanhante com relação às informações que os profissionais passam para as famílias durante as visitas no quarto da criança, para a totalidade das respondentes as informações recebidas são claras e conseguem entender.

Com o objetivo de verificar se o conhecimento do acompanhante está sendo valorizado pelos profissionais da saúde, foi realizada a pergunta sobre como os profissionais recebem a opinião dos acompanhantes com relação ao tratamento da criança.

Diante do questionamento, a maioria das falas é que suas opiniões são bem aceitas, como EA13, que comenta: “*Sim, fico responsável de avisar a enfermagem sobre o remédio contínuo da dor*”; porém na fala de EA16 há um contraponto: “*Eles recebem bem, só que eles trabalham por aquilo que eles sabem. Na minha opinião, eles me escutam, se eles acatam, eles não transparecem, mas eu falo assim mesmo*” é possível observar sua dúvida, ou os depoimentos resignados de EA19 quando fala: “*Eu não dou opinião, eu aceito calada*” no que também coincide o dizer de EA17: “*Eu não consegui dar opinião ainda, não me pediram, e não senti necessidade*”.

Identificar a satisfação do acompanhante durante as visitas da equipe foi o próximo objetivo do tema compartilhamento do conhecimento, para tal, foi solicitado aos respondentes que falassem sobre o seu sentimento em relação a cada um dos profissionais da

equipe de saúde, ao que a maioria afirmou estar confortável, acolhida e satisfeita.

Fechando o objetivo do tema compartilhamento do conhecimento e a entrevista semiestruturada, foi estabelecido, como objetivo, identificar se o acompanhante possuía interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança. Dessa forma, era exposto aos acompanhantes sobre locais existentes em que os profissionais da saúde costumam conversar com as famílias sobre o tratamento da criança, para juntos tomarem decisões, solicitava-se, então, que o respondente emitisse a sua opinião, se achava importante e que justificasse sua resposta. O questionamento estimulou a reflexão entre os respondentes acerca da assistência à saúde que usufruem e emergiram pontos de vista distintos, a saber:

Algumas respondentes pensaram na possibilidade de maior clareza nas informações que recebem, como suas falas refletem: EA13: *“Acho bom para a gente saber realmente o que eles vão tomar de atitude , deixar claro, acho que daria mais segurança para a gente, assim eu gostaria sim”*; já EA14 diz: *“Em relação à equipe discutir junto com a mãe, eu acho bom porque daí a gente fica bem informado também”*; EA15 *“Eu acho importante que eles têm que falar para a gente o que está sucedendo, apesar de que a gente não vai entender mesmo”*, ou ainda, como resume EA19: *“O que eu vou te dizer, é que a experiência é boa. É ótima porque eles vão explicar tudo”*.

Ainda sobre o repasse de informações, outras demonstraram interesse em reunir toda a família em um mesmo momento, como EA20 ao dizer que: *“É bom se chamam toda a família para conversar, pai e mãe, principalmente”*; ou para EA21, ao dizer: *“É bom, (né?), porque daí todo mundo já fica sabendo de uma coisa só, ao mesmo tempo , aí não fica falando para um, depois falando para o outro, se junta todos, daí é mais fácil, bem mais fácil”*.

Para AE22, trata-se de uma oportunidade de aprendizado em conjunto, pondera que: *“É bem interessante, a gente passa conhecimento para o outro e ao mesmo tempo a gente adquire conhecimento também”*. Mas para EA17, não é uma troca de experiência, como reflete: *“Eu acho legal, bem bom, porque daí deixa a mãe, a gente já preparada para o que está para vir né, deixa a gente mais tranquila, eu não gostaria de poder decidir, eu deixaria nas mãos dos médicos”*.

E os depoimentos prosseguem, EA16 pondera:

Acho excelente, porque, assim, quem está no dia a dia é que sabe o que realmente a pessoa necessita. É muito importante esse trabalho de saber ouvir, não só falar, porque às vezes só querem falar em todas as áreas do hospital, principalmente na área infantil. Sentar, ouvir os pais, ouvir as mães, o que eles acham, como é que está a criança;

Ou como a reflexão de EA18: *“Acho importante, porque eles estão falando de um ente teu, não é simplesmente fazer, tomar uma decisão”*; e por fim, EA24 que conclui: *“Até porque quem passa vinte e quatro horas com ela sou eu, então eu acho que também eu sei, não sei do modo científico, mas no geral, eu conheço a minha filha”*.

Este bloco revela o quanto é necessário a prática do compartilhamento de conhecimento em um processo de hospitalização pediátrica.

No término desse relatório, observa-se que a busca de informações, quando a criança ficou doente, para a maioria das acompanhantes, foi em unidades hospitalares, poucas buscaram as unidades de pronto atendimento, e uma junto aos familiares que trabalham na saúde, ou na internet. O uso da internet para a busca de informações sobre problemas de saúde, parte significativa das acompanhantes relatou que costuma utilizar para pesquisa, ou mesmo para esclarecer dúvidas em relação ao tratamento, além do acesso às redes sociais para entretenimento, é uma realidade para a grande maioria das entrevistadas.

As acompanhantes relataram que, ao chegar ao hospital, foram bem atendidas, o tempo médio de espera na emergência foi entre uma e duas horas, nesse período, receberam informações tanto administrativas quanto em relação ao estado de saúde da criança. Ao chegar ao setor de internação, a maioria das famílias foi recebida pela equipe de enfermagem, ou pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, ou ambos, e receberam as orientações sobre a organização do setor e da equipe.

As acompanhantes não conhecem a equipe de saúde, a totalidade delas reconhece a equipe de enfermagem, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e os médicos, incluindo os residentes da medicina; a nutricionista também é reconhecida pela maioria, seguida em ordem decrescente, pela assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, recreacionista, pedagoga e dentista. Nesse hospital, o pessoal de apoio como as copeiras e o pessoal da limpeza não foi citado por nenhuma

acompanhante, fator que diferencia a coleta de dados na outra organização hospitalar pesquisada.

Para sanar suas dúvidas, quando presentes, a maioria das acompanhantes, recorre à enfermeira por sentirem confiança, e pela presença, outras acompanhantes citaram o médico por considerá-lo mais experiente e conhecerem a situação de saúde da criança.

As visitas dos profissionais no quarto da criança são sempre claras e tranquilas relatam e entendem tudo, porém em outro momento as mesmas acompanhantes dizem que gostariam de maior clareza nas informações recebidas dos profissionais. Da mesma forma, quando questionadas se suas opiniões sobre a criança estão são bem aceitas, respondem assertivamente e durante o desenvolvimento de seus pensamentos aparecem toques de resignação.

Questionadas se tinham interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança junto com a equipe, como um sistema de tomada de decisão compartilhada, algumas acompanhantes perceberam o assunto como uma oportunidade para obterem maior clareza nas informações que recebiam dos profissionais, ou ainda para que as informações fossem repassadas a toda a família ao mesmo tempo, apenas três acompanhantes demonstram que sentem, no exemplo citado, uma experiência de compartilhamento do conhecimento.

4.5.3 Discussão dos dados coletados

Para o desenvolvimento e discussão dos resultados obtidos com a aplicação da técnica de entrevistas semiestruturada junto às acompanhantes das crianças hospitalizadas nas duas instituições selecionadas, foi utilizado o aporte teórico que deu sustentação à referência bibliográfica desse estudo.

As 24 entrevistadas, foram vinte e duas mães e duas avós maternas das crianças hospitalizadas, nos dois hospitais selecionados, uma totalidade feminina que permite tratá-las como “a acompanhante”, presença feminina e materna junto aos filhos. Trouxeram que a busca por informações diante da doença ocorre tanto nas unidades de pronto atendimento, como nos hospitais e, para algumas, a internet representa a primeira escolha. Dados de identificação das acompanhantes e das crianças estão descritos nos Quadros 6 e 7.

O uso da TI, como o celular e a internet, entre as acompanhantes das crianças internadas nos dois hospitais é uma realidade e a utilizam para realizar pesquisas variadas como o entendimento dos diagnósticos e tratamentos, fazer comparações com

outros oferecidos pelas mídias. Surgiu também a percepção de que é preciso ter cautela com o uso da internet, pois a realidade sempre apresenta nuances diferentes, e as pessoas possuem características individuais, o que dificulta encontrar virtualmente respostas padrão para suas buscas.

Tal constatação vem ao encontro do trabalho de Paim (2015) que aponta o uso da mídia telefone como veículo de divulgação e esclarecimento à população sobre medidas de prevenção às doenças e manutenção da saúde. A internet apareceu como uma grande aliada para amenizar o estresse e o isolamento, forçados pela hospitalização, a conexão com as redes sociais e o mundo externo, para entretenimento com jogos ou comunicação é uma realidade presente nos hospitais.

O processo de hospitalização tem início logo na entrada do hospital, quando a criança passa pela avaliação inicial na emergência, preenchimento dos papéis, coleta de exames e, por fim, a liberação e encaminhamento para o setor em que a criança permanecerá hospitalizada.

Esse é um momento de extrema importância, com uma duração, em média, entre uma a duas horas, a família recebe as primeiras informações, a maioria das acompanhantes diz ter sido bem, com um bom atendimento. Nesse intervalo de tempo, são passadas informações gerais sobre o estado de saúde e plano de ação, já, na unidade, as famílias são recebidas pela equipe de enfermagem que apresenta o novo espaço de convivência, são repassadas as normas de funcionamento e horários.

É primordial o estabelecimento de vínculos com essa família nesse momento, o acolhimento faz parte da adesão ao tratamento, auxilia no enfrentamento da situação. O estresse envolvido em um processo de hospitalização é tratado nos estudos de Macías et al. (2015) em que os autores discutem a fragilidade diante da hospitalização, os sentimentos variados que envolvem sua percepção quanto ao desempenho dos profissionais e como qual será o seu papel a partir daquele momento.

Outro estudo que complementa essa necessidade do acolhimento é o trazido por Mendes et al. (2013), em que os autores apontam a falta de orientações e de diálogo da equipe de saúde, desencadeando sentimentos de apreensão, desespero e impotência nos familiares, mas que, em contrapartida, verificou-se que o sentimento de segurança foi percebido com a disponibilização dos recursos tecnológicos e dos serviços da equipe de saúde.

O conhecimento da acompanhante sobre quais os profissionais fazem parte da equipe de saúde é restrito em sua totalidade à equipe de enfermagem, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, e os médicos, incluindo os residentes da medicina; seguidos em ordem decrescente de referência, pela nutricionista, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, recreacionista, pedagoga e dentista. Registra-se que o pessoal de apoio, as copeiras e o pessoal da limpeza, surgiu para a maioria das acompanhantes em um dos hospitais.

Sabe-se que o apoio integral às crianças e acompanhantes durante a hospitalização é prestado por uma equipe de trabalho multiprofissional e interdisciplinar como base “[...] na articulação dos saberes e fazeres [...]” segundo Matos, Pires e Campos (2009, p. 865), e a situação apresentada sugere que o cuidado oferecido e/ou percebido não oferece a integralidade idealizada. Soares (2010) traz um aporte à elaboração de um *marketing* de relacionamento na área hospitalar que, embasado pela ótica da gestão do conhecimento, poderia melhorar a comunicação entre os profissionais e os pacientes no espaço hospitalar, favorecendo o reconhecimento dos papéis que cada profissional desempenha.

Sobre as situações de dúvidas e a quem recorrer, a maioria das acompanhantes sinalizou que buscam a enfermeira por sentirem confiança, e pelo fato de estarem muito próximas a elas no setor, outras acompanhantes citaram o médico, por considerarem que são mais experientes e que sabem a situação de saúde da criança.

As acompanhantes disseram que as informações que os profissionais passam para as famílias durante as visitas no quarto em relação à saúde da criança são bem compreendidas. As repostas assim o indicam, porém, em outro momento, relatam que gostariam de maior clareza nas informações recebidas.

Quanto à valorização do conhecimento do acompanhante pelos profissionais da saúde, a maioria das acompanhantes disse que sim, que suas opiniões são bem aceitas, porém durante o desenvolvimento de seus pensamentos é possível observar em algumas falas um toque de resignação.

A literatura aponta que a tomada de decisão compartilhada é um movimento em direção ao novo paradigma de atenção à saúde, tanto na atenção básica quanto na secundária ou na terciária, integra uma rede que envolve todas as partes comprometidas com a melhoria dos processos na saúde. Autores como Nóia et al. (2015) desenvolvem essa discussão. Representaria uma mudança na cultura da assistência à saúde, inserindo como reflexão para as acompanhantes, despertando interesses,

assim foi questionado às acompanhantes se tinham interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança, tendo como exemplo as situações de tomada de decisão compartilhada.

As falas apresentaram algumas variações como: a percepção do seu papel nesse sistema de atenção à saúde; a inclusão do processo de ensino aprendizagem; a complementaridade das informações entre profissionais e família; uma comunicação mais fluída e transparente por parte dos profissionais; pluralidade de opiniões; trazer para as dependências do hospital uma experiência exitosa vivenciada na atenção básica; para que o profissional da saúde conheça melhor a realidade da criança e onde ela está inserida; compartilhar as informações com toda a família ao mesmo tempo, percebe-se que existe um longo caminho a percorrer. Talvez um dos desafios da Gestão do Conhecimento, de acordo com Tjoflåt e Karlesen (2012), seja reconhecer a importância da pluralidade cultural que existe na atenção à saúde dentro dos hospitais.

4.6 SÍNTESE DO CAPÍTULO

A aplicação das técnicas estabelecidas do grupo focal e das entrevistas semiestruturadas representou um encontro com os sujeitos dessa pesquisa, quatorze profissionais se disponibilizaram a compartilhar suas experiências, demonstraram que toda mudança é necessária, contribuíram generosamente com essa pesquisa. Igualmente generosas foram as vinte e duas mães e as duas avós maternas que acompanhavam seus filhos e netos em hospitalização. Foram boas conversas e muito aprendizado.

Realizada a análise dos dados que os sujeitos de pesquisa trouxeram, a próxima etapa, foi a criação de estratégias para o compartilhamento do conhecimento.

5 CRIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA VISANDO O CUIDADO RESOLUTIVO

5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os resultados obtidos na aplicação das técnicas de grupo focal com os profissionais da equipe de saúde e os da entrevista semiestruturada com os acompanhantes das crianças hospitalizadas, analisados à luz da teoria, e em consonância com o conhecimento adquirido pela pesquisadora em sua vida acadêmica e profissional, resultaram em estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica, visando o cuidado resolutivo. As estratégias foram distribuídas por três áreas temáticas: identificação dos profissionais da equipe de saúde; busca de informações; e compartilhamento do conhecimento.

5.2 CRIAÇÃO E ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS

Nesta seção, estão apresentadas as estratégias e suas análises em cada uma das áreas temáticas.

5.2.1 Área temática 1: Identificação dos profissionais da equipe de saúde

Com o objetivo de identificar o conhecimento do grupo focal e dos acompanhantes sobre quais profissionais compõem a equipe de saúde, sendo que ao grupo focal também foi inquirido sobre identidade da equipe, as atribuições de cada um dos profissionais e com quais categorias profissionais se relacionavam em maior frequência. Foram realizados questionamentos para que os sujeitos explanassem suas opiniões.

Para os dois grupos, a tarefa foi difícil, observa-se a fragilidade da cultura de colaboração entre os profissionais da equipe de saúde preconizada pela PNH (BRASIL, 2003). Observou-se, também, uma maior facilidade em um dos grupos, que elencou as principais características de cada um dos profissionais envolvidos, enquanto o outro concluiu que os profissionais que compõem a equipe de saúde daquela instituição não conhecem as atribuições e particularidades de

cada profissão, até o momento em que estiverem desenvolvendo alguma atividade comum.

Para os acompanhantes, os profissionais que fazem parte da equipe de saúde estão representados pela equipe de enfermagem, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e os médicos, incluindo os residentes da medicina. Os demais membros da equipe citados em ordem decrescente foram: nutricionista, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, recreacionista, pedagoga e dentista. Com relação ao pessoal de apoio, foram: as cozeiras e o pessoal da limpeza, que também foram citados pela maioria das acompanhantes em um dos hospitais.

O reconhecimento fragmentado das acompanhantes sobre a equipe de saúde pode estar refletindo a fragilidade dessas equipes. Fato positivo é que o grupo reconhece a importância do trabalho interdisciplinar, ao mesmo tempo em que constata ser necessário estabelecer mecanismos para desvelar o trabalho de cada um, e consequentemente, facilitar a comunicação entre os profissionais e desses com as famílias e acompanhantes das crianças hospitalizadas.

Tal posicionamento encontra reforço teórico em alguns dos autores pesquisados como Macías et al. (2015) que reforçam essa necessidade intrínseca aos profissionais de trabalhar em equipe e estabelecer uma unidade e continuidade no processo de cuidados que implicará em um melhor atendimento à criança e familiares, desde a admissão até sua alta. Vicente et al. (2016) comentam que para a enfermagem uma das situações de aconchego ao paciente, o que poderá influenciar no compartilhamento das decisões, é a tranquilidade com que seus profissionais desenvolvem seu trabalho e a união da equipe.

O trabalho em equipe busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional (BRASIL, 2009).

Para avaliar o cuidado da equipe multiprofissional em pediatria, Salmani et al. (2015) referendam que a aplicação de um questionário de satisfação do usuário, a ser respondido pelos acompanhantes das crianças hospitalizadas, por serem estes os responsáveis legais, tornam-se também, avaliadores da qualidade dos cuidados recebidos pelas crianças, refletindo a própria satisfação das crianças, um *feedback* para auxiliar o fortalecimento da equipe.

Assim, para proporcionar maior clareza das profissões que compõem a equipe de saúde para os(as) acompanhantes e para fortalecer a equipe multiprofissional, foram criadas as estratégias:

- Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas;
- Disponibilizar o banner criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas as unidades hospitalares, a partir da emergência;
- Desenvolver um vídeo institucional, - em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por exemplo, por meio dos cursos correlatos que nela existem que apresente de forma lúdica, educativa e de fácil compreensão, a equipe de saúde, seus componentes e respectivas atribuições. Vídeo para ser apresentado nos televisores das salas de espera, emergências e ambulatórios hospitalares;
- Criar um folder ilustrado apresentando, de forma lúdica e de fácil compreensão, a equipe de saúde do hospital e suas atribuições específicas, para ser entregue aos acompanhantes no momento da hospitalização.

Verificou-se, também, a importância de fortalecer a equipe de saúde como um todo. Dessa forma, traçou-se a seguinte estratégia:

- Promover *feedback* dos usuários sobre o atendimento recebido da equipe de saúde durante a hospitalização de sua criança, por intermédio de um questionário a ser respondido no dia em que a criança for receber a alta.

A proposta da criação de *banners*, vídeos institucionais e folders para apresentar os profissionais, que compõem a equipe de saúde aos acompanhantes das crianças em processo de hospitalização objetiva aumentar a visibilidade da equipe de saúde e fortalecer a autoimagem dessa equipe. Ao viabilizar uma parceria com as Universidades, por meio dos cursos correlatos, contempla ainda, o conceito de interdisciplinaridade, quebrando barreiras, estreitando relações, em uma atitude de busca, de inclusão, de acordo e de sintonia diante do conhecimento, em torno de objetivo comum, de formação de indivíduos sociais. E, finalizando esse tema, o *feedback* advindo do questionário de satisfação do usuário pode fornecer à equipe respostas, questionamentos e ajustes às suas ações.

5.2.2 Área temática 2: Busca de informações

Para desenvolver o tema da busca de informações com o objetivo de identificar o uso da TI na equipe de saúde e junto às acompanhantes das crianças hospitalizadas, foram lançadas algumas perguntas sobre o uso das tecnologias de informação na assistência à saúde, o uso das redes sociais para a troca de informações e quais costumam buscar nas redes sociais. Na coleta de dados no grupo focal foi acrescentado o questionamento sobre o que representa essa busca das acompanhantes por informações na internet.

O grupo focal reconhece a importância da TI na assistência à saúde, os profissionais utilizam para pesquisas e atualizações, registram também o apoio que representa na rotina profissional, o sistema de prontuário informatizado e a possibilidade de visualizar e avaliar exames de imagens à distância. O *WhatsApp* surge como meio de comunicação entre os profissionais e, muitas vezes, desses com seus pacientes, diminuindo distâncias ou estreitando laços do conhecimento. Ressalta-se que a comunicação por *e-mail* também faz parte desse novo contexto entre a equipe de saúde.

Stewart et al. (2012) apontam a TI como uma importante ferramenta para aproximar, disseminar e promover a discussão e troca de opiniões de um grupo de pessoas envolvidas no mesmo projeto em um espaço virtual, o *Fórum* de discussão. O que Bullock (2014) define ser um elemento facilitador para o compartilhamento do conhecimento, ao aproximar os profissionais da saúde, independentemente de suas localizações geográficas.

Com relação à importância da TI, também se evidenciou que nem todos os recursos são usados em suas totais possibilidades, podendo aprimorar, por exemplo, no atendimento com o paciente, que ajudaria quando fosse submetido a algum procedimento. Dessa forma, novidades como o uso de óculos de Realidade Virtual para crianças assistirem a um filme durante procedimentos invasivos foram sugeridas. Nas duas instituições, porém, sinalizaram-se fragilidades, o grupo reconhece os benefícios advindos do avanço tecnológico, mas percebe que a técnica não pode se sobrepor às relações interpessoais.

Sobre essa percepção, Oliveira, Collet e Vieira (2006, p. 284) comentam que “com a suposta objetividade da ciência, pode-se perceber a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida à mera informação”, como pode ocorrer em uma situação em que ao profissional cabe realizar um histórico clínico do paciente, ele vai

coletar as informações que necessita, em detrimento das palavras proferidas pela pessoa/família à sua frente.

Outra fragilidade apontada pelo grupo reside na falta de um treinamento técnico eficiente dos profissionais da saúde, para que estes possam utilizar o sistema informatizado disponível nas instituições, com maior segurança e domínio.

Para as acompanhantes das crianças hospitalizadas nos dois hospitais pesquisados, o uso da TI, como o celular e a internet, também é uma realidade e costumam usar para realizar pesquisas em torno de diagnósticos e/ou tratamentos das doenças e, ainda, para confrontar a opinião que receberam do médico. É o uso da internet, de acordo com Stewart et al. (2012), facilitando a interação social e a interpretação do conhecimento, uma área que vem sendo amplamente estudada.

As fragilidades que emergiram de suas falas estão relacionadas ao uso da internet, como, por exemplo, não saber por onde iniciar uma busca, ou saber o nome da doença, mas não conseguir entender o conteúdo oferecido, inclusive diante da abrangência com que as doenças são abordadas, pois existiram situações em que a realidade virtual desencadeou um desconforto desnecessário.

Em paralelo, o grupo focal, em ambas as instituições, também contextualizou o tema da busca de informações pelas famílias e acompanhantes das crianças hospitalizadas, em relação aos problemas de saúde/doença e tratamentos na internet. As opiniões emergiram em relação à própria performance profissional como: preocupação com seu conhecimento, para transmitir maior segurança aos pacientes; estímulo para o aperfeiçoamento; necessidade de buscar mais informações e aprofundar os estudos, mantendo-se atualizado.

Em relação aos benefícios que a internet traz aos acompanhantes, o grupo destacou o empoderamento, que representa para a família estar bem informada de seus direitos e benefícios sociais, incluindo nesse escopo, as famílias com pacientes crônicos ou com doenças raras, que além dos benefícios materiais, têm a possibilidade do encontro virtual com outras famílias em situação semelhante à sua, o quê pode trazer conforto e fortalecimento.

Apesar dessas vantagens visualizadas, o grupo também demonstrou preocupação com a qualidade dos *sites* que os acompanhantes estão utilizando, destacando a falta de confiabilidade de alguns *sites* de busca, o quê, muitas vezes, leva os acompanhantes a reterem informações distorcidas, que não condizem com a realidade vivenciada. Principalmente pela particularidade de se tratar de uma criança, Lerwick (2016) alerta sobre a necessidade de conhecer o estado

de desenvolvimento neuropsicomotor da criança, muito mais do que sua idade cronológica para adequar a sua avaliação e atendimento de acordo com suas reais necessidades, informações de extrema importância que, provavelmente, não estarão disponíveis nos *sites* de busca.

Com a preocupação que converge com a percepção dos acompanhantes sobre a dificuldade relatada em lidar com a busca de informações na internet e ciente de que a informação não está mais restrita ao meio acadêmico, o grupo conclui que passa a ser papel do profissional da saúde direcionar e ajudar os acompanhantes na interpretação dos resultados de suas buscas, esclarecendo, elucidando questões, estimulando o pensamento crítico. Além de indicar boas fontes, *sites* confiáveis, compartilhando informação e conhecimento qualificados.

A educação em saúde perpassa as barreiras do hospital, Berry et al. (2011) chamam atenção para o trabalho em conjunto do hospital pediátrico com as unidades de atenção básica em saúde e serviços ambulatoriais que fazem a puericultura das crianças. Essa relação que se estabelece pode controlar as internações recorrentes da criança e ampliar a compreensão dos profissionais sobre a realidade social dela. Lehmann (2015) contextualiza que esses dados ambulatoriais precisos e apropriados serão disponibilizados em um processo de hospitalização, garantindo uma continuidade no atendimento da criança no espaço hospitalar. A comunicação fluindo nessas redes profissionais ao entorno de cuidados de saúde, possui uma orientação colaborativa, mesmo diante das vulnerabilidades estruturais da rede, refletem Cunningham et al. (2012).

Destarte, o papel de educador em saúde poderá emergir nos profissionais da saúde, durante suas orientações às famílias, em todas as instâncias de atuação, agregando informações sobre o bom uso da TI aos acompanhantes. A partir dessas constatações, foram criadas estratégias para facilitar a busca de informações, procurando minimizar as fragilidades detectadas pelos acompanhantes e estimulando a formação de uma rede entre a comunidade e o hospital. Assim, criaram-se as seguintes estratégias voltadas à comunidade junto às unidades de saúde:

- Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades e a comunidade, sobre o uso adequado da internet;

- Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde, para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso adequado da internet.

Com relação ao processo de formação dos alunos da área de saúde, criou-se a seguinte estratégia:

- Realizar junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação às famílias sobre o uso adequado da internet.

Já durante o processo de hospitalização, a seguinte estratégia foi criada:

- Promover rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecimento e orientação sobre o uso adequado da internet.

Também visando o aprimoramento do atendimento com o paciente e promovendo entretenimento às crianças hospitalizadas, criou-se a seguinte estratégia:

- Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados pelas crianças, durante procedimentos invasivos.

Visando a área de gestão de pessoas nos hospitais, ainda em relação à busca e à troca de informações, criaram-se as seguintes estratégias:

- Sugerir aos gestores dos hospitais, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições;
- Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação entre os hospitais e as unidades básicas de saúde, voltados para a descentralização das informações e dados dos pacientes.

Ao tema busca de informações, emergiram propostas que envolvem os profissionais em redes de atenção à saúde, uma proposta educativa na comunidade junto às unidades de saúde, objetivando aproximar seus usuários aos preceitos da TI, para que se familiarizem com a parte técnica e de conteúdo em suas buscas por informações em saúde. Para tal, pretende-se delegar o treinamento desses usuários aos estudantes da TI e áreas afins e aos estudantes das áreas da saúde, respectivamente, das Universidades, beneficiando a todos. Aos estudantes imbuídos no processo educativo, trata-se de uma oportunidade a mais de aproximação com a realidade, e de exercício da cidadania, dessa forma, as discussões em seminários com seus pares, nas salas de aula, representam um aporte teórico.

Durante o processo de hospitalização, a promoção de rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet, além do aspecto informativo, representa uma oportunidade de aproximação dos sujeitos envolvidos no processo de hospitalização da criança.

A criança, por sua particularidade, um ser em crescimento e desenvolvimento, torna-se um paciente diferenciado, que requer uma atenção especial e a experiência com a hospitalização, se não for bem conduzida pela família e pela equipe, poderá resultar em traumas emocionais. Várias situações difíceis que ela vai enfrentar, como, por exemplo, uma punção venosa que é um procedimento invasivo, o grupo trouxe o relato de experiências exitosas com o uso de óculos de Realidade Virtual pela criança, durante a realização do procedimento. O problema desse acessório é o alto valor no comércio, destarte a doação seria uma solução imediata.

A falta de treinamento e aperfeiçoamento para os profissionais da saúde utilizarem o sistema informatizado em ambas as instituições pesquisadas, vem acarretando problemas como a subutilização da ferramenta. Dessa forma, surgiu a proposta da realização de cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, sobre o uso do sistema informatizado disponível nas instituições.

E, para finalizar o tema, a sugestão da criação de uma rede única de atenção à saúde, promovendo o compartilhamento das informações e dados dos pacientes entre as comunidades e os hospitais.

5.2.3 Área temática 3: Compartilhamento do conhecimento

Para desenvolver o tema compartilhamento do conhecimento junto ao grupo de profissionais, foram estabelecidos três objetivos, verificar a troca de informações da equipe com familiares e acompanhantes no momento da hospitalização; o envolvimento da equipe com a realidade das famílias e verificar a disponibilidade da equipe para mudanças.

Já o tema do compartilhamento do conhecimento com os acompanhantes das crianças hospitalizadas foi subdividido em seis objetivos: verificar as informações recebidas no momento da chegada ao hospital até a internação; o conhecimento do acompanhante sobre a equipe de saúde e se o conhecimento do acompanhante está sendo valorizado pelos profissionais da saúde. Além de identificar a compreensão do acompanhante com relação às informações recebidas pelos profissionais; a satisfação do acompanhante durante as visitas da equipe e se existe interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança.

O direito do paciente de receber uma informação clara e respeitosa durante todas as etapas que envolvem o processo de hospitalização é um consenso entre o grupo. A equipe deve manter a unicidade da linguagem, para aproximar as pessoas e como definem Oliveira, Collet e Vieira (2006, p. 281) ao afirmarem que é uma: “forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco”.

Nesse coletivo, o grupo reconhece que o acompanhante da criança hospitalizada deveria ser considerado um membro da equipe, o quê, muitas vezes, não ocorre. O grupo reflete sobre pequenas atitudes a serem tomadas por todos os profissionais, que poderiam facilitar a comunicação com a família/acompanhante, como referendado por Lerwick (2016), ao chamar a pessoa pelo nome e não por seu parentesco com a criança (mãe, pai), apresentar-se logo no início da intervenção, explicar cada passo do que está realizando, manter contato visual e lembrar-se de agradecer ao final, demonstrando um reforço positivo. A colaboração de Ramos, Rodrigues e Pereira (2016), nesse escopo, é a reflexão sobre a adesão dos acompanhantes ao processo de hospitalização, o que pode acarretar melhores resultados no tratamento e diminuição do estresse da hospitalização para a criança.

Assim, o envolvimento da equipe de saúde com a realidade das famílias foi considerado fundamental pelo grupo, aproxima e muda a maneira de interpretar o comportamento da criança e da família, a partir

do momento em que se conhece a dinâmica e a configuração familiar. Conhecer o contexto cultural do outro, tanto o acompanhante quanto entre os profissionais da equipe, para Tjoflåt e Karlesen (2012), é reconhecer a importância da pluralidade cultural, sendo esse um facilitador ao compartilhamento do conhecimento.

Ao discutir sobre a tomada de decisão compartilhada, o grupo admite como uma possibilidade a ser conquistada, reconhece que sua concretização demanda tempo, esforço e vontade coletiva para a mudança. Surge o exemplo da criança portadora de doença crônica e para essa situação o grupo reconhece que já é uma realidade, pois na avaliação de Gionfriddo et al. (2014), a família traz boas contribuições para melhorar o atendimento para esses pacientes em suas casas.

Os acompanhantes, por sua vez, trouxeram que as informações recebidas ao chegar ao hospital envolviam a triagem, a coleta de dados para realizar a internação, exames físicos, laboratoriais e radiológicos, o diagnóstico da doença e, em algumas situações, uma previsão do período de tratamento. Já na unidade de internação, as famílias são recebidas pela equipe de enfermagem que apresenta o novo espaço de convivência e são repassadas as normas de funcionamento e horários.

Geralmente é o primeiro contato da família com o universo hospitalar, ao que Macías et al. (2015) refletem sobre a fragilidade que representa e os sentimentos despertados nessa família sobre os profissionais que vão tratar sua criança. Sendo assim, a percepção dos acompanhantes converge com a do grupo Focal sobre a qualidade das informações que devem repassar para facilitar a adesão ao tratamento e diminuir sentimentos de apreensão, desespero e impotência nos familiares (MENDES et al., 2013).

Em relação às informações que recebem dos profissionais durante o período da hospitalização, os acompanhantes relataram que são claras e de fácil compreensão, porém em outro momento, também registraram que gostariam de maior clareza nas informações recebidas. Igual situação revelou-se diante do questionamento se o conhecimento do acompanhante estava sendo valorizado pelos profissionais da saúde, a maioria das acompanhantes disse que sim, que suas opiniões são bem aceitas, porém durante o desenvolvimento de seus pensamentos é possível observar em algumas falas um toque de resignação.

A categoria profissional mais solicitada pelos acompanhantes para sanar suas dúvidas foi a equipe de enfermagem, a proximidade foi a causa principal, além da confiança que sentem. Surgiu o relato de um quadro branco para anotações colocado estrategicamente na entrada do posto de enfermagem, com visibilidade a todos que circulam na

unidade. Neste quadro constam os nomes das crianças hospitalizadas e os nomes dos profissionais da equipe de enfermagem que estarão prestando cuidado naquele turno de trabalho. Este quadro representou um elemento facilitador para os acompanhantes, em consonância com Justice et al. (2016), sobre a visibilidade das metas diárias junto ao paciente.

Diante desse encontro de informações trazidas pelo grupo de profissionais, acompanhantes e a literatura pesquisada, criamos estratégias buscando favorecer o relacionamento entre os membros da equipe de saúde:

- Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências e das atividades desenvolvidas;
- Promover *workshops* entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma rotativa, garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, podendo assim, a cada quinze dias, uma categoria profissional assumir a coordenação dos trabalhos;
- Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes;
- Demonstrar por meio de conversas, caso alguma categoria profissional não compareça à reunião interdisciplinar agendada, que a equipe sentiu a ausência, que a equipe multiprofissional não estava completa na reunião;
- Realizar o registro e a divulgação da ata de reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes;
- Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde por meio de ferramentas, como e-mail, *WhatsApp* para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade dos processos e mais velocidade nas ações;
- Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as

diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente.

Visando aproximar a família da equipe de saúde nos hospitais, criamos as seguintes estratégias:

- Oferecer um banho e roupas limpas à criança, no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante;
- Providenciar alimentação e brinquedo à criança, de acordo com sua idade e desenvolvimento, no momento da chegada ao setor de internação;
- Apresentar o espaço físico, deixando o familiar/acompanhante e a criança–familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia;
- Chamar o familiar/acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da criança;
- Entrar no quarto da criança se apresentando, antes de iniciar qualquer procedimento, dizendo seu nome e função, explicando o que irá realizar;
- Incluir o familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulando sua autonomia, oferecendo apoio, supervisão técnica;
- Oferecer alguma forma de entretenimento à criança e familiar/acompanhante, convidando-os para a sala de recreação, estimulando momentos de descontração;
- Oferecer escuta ativa ao familiar/acompanhante, mantendo uma postura solidária junto à família;
- Questionar o familiar/acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento sobre o assunto, solicitando, ao final, que reproduza a informação certificando-se que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo;
- Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde perante a família da criança.

Ao tema compartilhamento do conhecimento foram criadas estratégias para estimular e fortalecer o relacionamento entre os membros da equipe de saúde, e para aproximar a família da equipe.

Dessa forma, estimular o encontro e compartilhamento de experiências e das atividades desenvolvidas entre a equipe de forma regular; criar e/ou revitalizar grupos interdisciplinares da saúde, presenciais e *on-line*; e a promoção de *workshops* entre elas, com apresentação de estudos de caso, objetivam o fortalecimento e a criação da identidade da equipe, alguns cuidados como: frequência das reuniões, garantir a presença de todos os profissionais, o planejamento e divulgação da pauta antecipadamente podem auxiliar.

Ainda sobre fortalecimento, fazer rodízios para a condução das reuniões, garantindo o envolvimento de todas as categorias, pode facilitar a complementariedade dos saberes entre os membros da equipe. O registro e divulgação da ata da reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião, dá visibilidade ao encontro.

A comunicação imediata entre os profissionais da equipe de saúde por e-mail ou pelo *WhatsApp*, bem como a criação de um ambiente virtual para discussão diminui a distância geográfica aproximando as pessoas, também representam ações de fortalecimento para a equipe.

Para aproximar a família da equipe, foram desenvolvidas estratégias que contemplassem: a postura profissional solidária junto à família; a manutenção de um ambiente confortável e seguro; o contato visual; chamar o familiar/acompanhante pelo nome; identificar-se e explicar o procedimento que será realizado; a escuta ativa; a não exclusão do familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança; enfim, atitudes que demonstram respeito ao outro; bem como, a observação da dinâmica na relação acompanhante/familiar e a criança pode trazer ao profissional questões não verbalizadas.

Manter uma relação fluída também perpassa pela forma como a equipe está repassando informações aos acompanhantes, questioná-los sobre sua compreensão, solicitando que reproduza a informação é uma forma de garantir que houve comunicação. Outro fator importante é manter a unicidade das informações da equipe de saúde, pois a disputa de saberes perante a família da criança, gera desconfiança na equipe como um todo.

Finalizando, ao oferecer alguma forma de entretenimento ao familiar/acompanhante como por exemplo, convidá-los para a sala de

recreação estimulando momentos de descontração, a equipe estará solidificando seu vínculo com essa família.

5.3 SÍNTESE DO CAPÍTULO

O Capítulo apresentou a criação de 29 estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Para contemplar a sua amplitude, o tema foi subdividido em três áreas temáticas: identificação dos profissionais da equipe de saúde; busca de informações; e compartilhamento do conhecimento, conforme mostra o Quadro 8.

Quadro 8 - Criação das estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo

ÁREA TEMÁTICA	ESTRATÉGIAS CRIADAS
Identificação dos profissionais da equipe de saúde	<p>1. Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas.</p> <p>A proposta da criação de <i>banners</i> busca apresentar os profissionais que compõem a equipe de saúde aos acompanhantes das crianças em processo de hospitalização.</p>
	<p>2. Disponibilizar o <i>banner</i> criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas os setores hospitalares, a partir da emergência.</p> <p>A proposta de disponibilizar o banner criado tem o objetivo de apresentar os profissionais que compõem a equipe de saúde, dar visibilidade, fortalecendo a autoimagem dessa equipe.</p>
	<p>3. Desenvolver um vídeo institucional, - em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por exemplo, por meio dos cursos correlatos que nela existem -, que apresente de forma lúdica, educativa e de fácil compreensão, a equipe de saúde, seus componentes e respectivas atribuições. Vídeo para ser apresentado nos televisores das (continua)</p>

	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>salas de espera, emergências e ambulatórios hospitalares.</p> <p>Ao viabilizar uma parceria com as Universidades, por meio dos cursos correlatos, contempla ainda, o conceito de interdisciplinaridade, quebrando barreiras, estreitando relações, em uma atitude de busca, de inclusão, de acordo e de sintonia diante do conhecimento, em torno de objetivo comum, de formação de indivíduos sociais. E, ainda apresentar os profissionais que compõem a equipe de saúde, objetivando uma maior visibilidade, fortalecendo a autoimagem dessa equipe.</p> <p>4. Criar um folder ilustrado apresentando de forma lúdica e de fácil compreensão a equipe de saúde do hospital, com suas atribuições específicas, para ser entregue aos acompanhantes, no momento da hospitalização.</p> <p>A proposta da criação de folders busca apresentar os profissionais que compõem a equipe de saúde aos acompanhantes das crianças em processo de hospitalização, aumentando a visibilidade da equipe e o fortalecimento da autoimagem dessa equipe.</p> <p>5. Promover <i>feedback</i> dos usuários sobre o atendimento recebido pela equipe de saúde durante a hospitalização de sua criança, por intermédio de um questionário a ser respondido no dia em que a criança for receber a alta.</p> <p>O <i>feedback</i> advindo do questionário de satisfação do usuário pode fornecer à equipe respostas, questionamentos e ajustes às suas ações.</p>
<p style="text-align: center;">Busca de informação</p>	<p>6. Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, a comunidade, sobre o uso adequado da internet.</p> <p>A proposta de estabelecer uma rede de apoio busca envolver os profissionais em redes de atenção à saúde, de forma educativa na comunidade junto as unidades de saúde objetivando aproximar (continua)</p>

	<p>seus usuários aos preceitos da TI, (continuação) para que se familiarizem com a parte técnica e com o conteúdo em suas buscas por informações em saúde.</p>
	<p>7. Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso adequado da internet.</p> <p>Com esta proposta, pretende-se delegar o treinamento desses usuários aos estudantes da TI e áreas afins e, aos estudantes das áreas da saúde das Universidades, respectivamente, beneficiando a todos.</p>
	<p>8. Realizar junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação às famílias sobre o uso adequado da internet.</p> <p>Essa estratégia busca que os estudantes imbuídos no processo educativo, tenham a oportunidade de aproximação com a realidade, e de exercício da cidadania, dessa forma as discussões em seminários com seus pares, nas salas de aula, representam um aporte teórico, beneficiando a todos.</p>
	<p>9. Promover rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecimento e orientação sobre o uso adequado da internet.</p> <p>Esta proposta almeja que, durante o processo de hospitalização, promova-se rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet. Além do aspecto informativo, representa uma oportunidade de aproximação dos sujeitos envolvidos no processo de hospitalização da criança.</p>
	<p>10. Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados nas crianças durante procedimentos invasivos.</p> <p>Esta proposta visa o aprimoramento do (continua)</p>

	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>atendimento com o paciente, promovendo entretenimento às crianças hospitalizadas.</p> <p>11. Sugerir aos gestores dos hospitais, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições. A falta de treinamento e aperfeiçoamento para profissionais da saúde utilizarem o sistema informatizado, em ambas as instituições pesquisadas, vem acarretando problemas como a subutilização da ferramenta. Dessa forma, surgiu a proposta da realização de cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, sobre o uso do sistema informatizado disponíveis nas instituições.</p> <p>12. Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação entre os hospitais e as unidades básicas de saúde e a descentralização das informações e dados dos pacientes. A sugestão da criação de uma rede única de atenção à saúde, promovendo o compartilhamento das informações e dados dos pacientes entre as comunidades e os hospitais.</p>
Compartilhamento do conhecimento	<p>13. Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências e das atividades desenvolvidas. Foi criada esta estratégia para estimular e fortalecer o relacionamento entre os membros da equipe de saúde e para aproximar a família da equipe, estimulando o encontro e compartilhamento de experiências e das atividades desenvolvidas entre a equipe de forma regular.</p> <p>14. Promover <i>workshops</i> entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma rotativa, garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, podendo assim, a cada quinze dias uma (continua)</p>

	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>categoria profissional assumir a coordenação dos trabalhos categoria profissional assumir a coordenação dos trabalhos.</p> <p>Esta estratégia foi criada para estimular e fortalecer o relacionamento entre os membros da equipe estimulando o encontro e compartilhamento de experiências e das atividades desenvolvidas entre a equipe de forma regular, revitalizando grupos interdisciplinares da saúde, presenciais e <i>on-line</i>, e a promoção de workshops entre elas, com apresentação de estudos de caso, objetivam o fortalecimento e a criação da identidade da equipe.</p> <hr/> <p>15. Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes.</p> <p>Esta estratégia foi criada objetivando o fortalecimento e a criação da identidade da equipe, por meio de alguns cuidados como a frequência das reuniões, garantindo a presença de todos os profissionais.</p> <hr/> <p>16. Demonstrar por meio de conversas, caso alguma categoria profissional não compareça à reunião interdisciplinar agendada, que a equipe sentiu a ausência, que a equipe multiprofissional não estava completa na reunião.</p> <p>Foi criada esta estratégia para estimular a presença de todos, valorizando a importância da interdisciplinaridade na troca de informações, garantindo o envolvimento de todas as categorias na complementariedade dos saberes.</p> <hr/> <p>17. Realizar o registro e a divulgação da ata de reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes.</p> <p>Esta estratégia foi criada para a condução das reuniões, garantindo o envolvimento de todas as categorias, pois pode facilitar a complementariedade dos saberes entre os membros da equipe (continua)</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>O registro e divulgação da ata divulgação da ata da reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião dá visibilidade ao encontro.</p> <p>18. Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde como e-mail, <i>WhatsApp</i> para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade dos processos e mais velocidade nas ações.</p> <p>Esta estratégia foi criada para a comunicação imediata entre os profissionais da equipe de saúde por e-mail ou pelo <i>WhatsApp</i> para discussão diminui a distância geográfica aproximando as pessoas, também representam ações de fortalecimento para a equipe.</p> <p>19. Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente.</p> <p>Esta estratégia foi criada para a comunicação imediata entre os profissionais da equipe de saúde por meio de um ambiente virtual para discussão, diminuindo a distância geográfica, aproximando as pessoas, e ainda, promovendo ações de fortalecimento da equipe.</p> <p>20. Oferecer um banho e roupas limpas à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante.</p> <p>Visando aproximar a família da equipe de saúde nos hospitais, criou-se essa estratégia, contemplando a postura profissional solidária.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>21. Providenciar alimentação, brinquedo à criança, de acordo com sua idade e desenvolvimento no momento da chegada ao setor de internação. Esta estratégia, também busca aproximar a família da equipe de saúde nos hospitais, contemplando a postura profissional solidária.</p> <p>22. Apresentar o espaço físico deixando o familiar/acompanhante e a criança familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia. Esta estratégia busca a familiaridade com o ambiente, uma relação de empatia aproxima a família da equipe de saúde no mundo hospitalar em que estão inseridos família da equipe de saúde no mundo hospitalar em que estão inseridos</p> <p>23. Chamar o(a) acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da criança. Para aproximar a família da equipe, esta estratégia foi criada para estreitar os laços entre o(a) acompanhante e a equipe.</p> <p>24. Entrar no quarto da criança se apresentando, antes de iniciar qualquer procedimento dizendo seu nome e função, explicando o que irá realizar. Esta estratégia busca aproximar a família da equipe ao explicar o procedimento que será realizado, demonstrando respeito.</p> <p>25. Incluir o(a) acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulando sua autonomia, oferecendo apoio, supervisão técnica. Para aproximar a família da equipe, demonstrando respeito, esta estratégia foi criada para estreitar os laços entre o(a) acompanhante e a equipe de saúde, com a não exclusão do(a) acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança.</p> <p>26. Oferecer alguma forma de entretenimento à criança e acompanhantes, convidando-os para a sala de recreação, estimulando momentos (continua)</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>de descontração. Esta estratégia busca oferecer alguma forma de entretenimento aos acompanhantes, ao convidá-los para a sala de recreação, estimulam-se momentos de descontração, podendo, assim, a equipe estar solidificando seu vínculo com essa família.</p> <p>27. Oferecer escuta ativa aos acompanhantes, mantendo uma postura solidária junto à família. Esta estratégia foi criada para aproximar a família da equipe, mantendo um ambiente confortável e seguro com a escuta ativa, não excluindo o(a) acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, demonstrando respeito ao outro.</p> <p>28. Questionar o acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento sobre o assunto, solicitando, ao final, que reproduza a informação, certificando-se de que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo. Esta estratégia busca manter uma relação fluída, perpassada pela forma como a equipe está repassando informações aos acompanhantes, questionando-o sobre sua compreensão, solicitando que reproduza a informação como forma de garantir que houve comunicação de forma adequada e clara.</p> <p>29. Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde perante a família da criança. Foi criada esta estratégia para manter a unicidade das informações da equipe de saúde, pois a disputa de saberes perante a família da criança, gera desconfiança na equipe como um todo.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pela autora.

6 VALIDAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS CRIADAS

6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Para a validação das estratégias criadas, foi utilizado o Método Delphi. Nesta tese, o método Delphi está apresentado no Capítulo 3, item 3.2.5.

Para a aplicação do método, escolheram-se especialistas, tendo por base seus conhecimentos a respeito do tema abordado e, ainda, a sua formação acadêmica. Foram convidados 15 especialistas para participarem, no entanto, devido ao fator disponibilidade de tempo, consolidou-se a participação de 12 especialistas. Estes manifestaram interesse em participar da pesquisa, e cada participação foi materializada com a assinatura do documento Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TCLE-especialistas), conforme modelo apresentado no Apêndice E.

O anonimato dos especialistas foi respeitado e todas as interações deles com a pesquisadora foram realizadas individualmente.

As estratégias foram analisadas pelos especialistas a partir da variável, Importância, sendo distribuída em quatro opções: sem importância, pouca importância, importante e muito importante. Essas opções foram pontuadas com base na Escala Likert (1, 2, 3 e 4) e, para a apuração dos dados, foram agrupadas em dois grupos (G1 - sem importância e pouca importância; G2 – importante e muito importante).

Para identificar o consenso entre os especialistas com relação a cada estratégia, foram utilizadas a Média (M) e o Desvio Padrão (DP), (Figura 3).

Figura 3 - Média e Desvio Padrão

$$\bar{X} = \frac{\sum X_i \cdot f}{n} \quad \text{e} \quad S = \sqrt{\frac{\sum X^2 \cdot f - n \cdot \bar{X}^2}{n - 1}}$$

Fonte: Barbetta (2006).

Dessa forma, para a caracterização de consenso entre os especialistas, utilizaram-se as funções estatísticas, facilitando a visualização das concentrações de suas opiniões.

6.2 MÉTODO DELPHI: 1ª RODADA

Foram enviados aos 12 especialistas as estratégias criadas e suas especificações (Apêndice F) e o questionário da primeira rodada do método Delphi e instruções para preenchimento (Apêndice G).

Após a coleta dos dados da primeira rodada do método, a Tabela 2 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 2 - Resultados da 1ª rodada de aplicação do Método Delphi

Estratégias	IMPORTÂNCIA										Média	DP
	Sem importância	Pouca importância	Importante	Muito importante	Total participantes	(G1) % Total Sem e Pouca importância	(G2) % Total Importante e Muito importante					
1	0	0	1	11	12	0,00%	100,00%	3,9167	0,2764			
2	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727			
3	1	1	2	8	12	16,67%	83,33%	3,4167	0,9538			
4	1	0	1	10	12	8,33%	91,67%	3,6667	0,8498			
5	0	0	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330			
6	0	2	3	7	12	16,67%	83,33%	3,4167	0,7592			
7	2	1	3	6	12	25,00%	75,00%	3,0833	1,1149			
8	1	2	2	7	12	25,00%	75,00%	3,2500	1,0104			
9	0	2	2	8	12	16,67%	83,33%	3,5000	0,7638			
10	1	0	5	6	12	8,33%	91,67%	3,3333	0,8498			
11	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727			
12	0	1	3	8	12	8,33%	91,67%	3,5833	0,6401			
13	0	0	4	8	12	0,00%	100,00%	3,6667	0,4714			
14	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727			
15	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727			
16	1	0	6	5	12	8,33%	91,67%	3,2500	0,8292			
17	1	0	3	8	12	8,33%	91,67%	3,5000	0,8660			

(continua)

(continuação)

18	0	2	4	6	12	16,67%	83,33%	3,3333	0,7454
19	0	1	2	9	12	8,33%	91,67%	3,6667	0,6236
20	1	2	1	8	12	25,00%	75,00%	3,3333	1,0274
21	0	1	3	8	12	8,33%	91,67%	3,5833	0,6401
22	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727
23	0	0	1	11	12	0,00%	100,00%	3,9167	0,2764
24	0	0	1	11	12	0,00%	100,00%	3,9167	0,2764
25	0	0	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330
26	0	1	2	9	12	8,33%	91,67%	3,6667	0,6236
27	0	1	1	10	12	8,33%	91,67%	3,7500	0,5951
28	0	0	1	11	12	0,00%	100,00%	3,9167	0,2764
29	0	0	0	12	12	0,00%	100,00%	4,0000	0,0000

Fonte: Elaborada pela autora.

Tendo como base a Tabela 2, pode-se afirmar que, em relação ao aspecto importância das estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo, há tendência de consenso entre os especialistas, tendo em vista que as discrepâncias existentes são pequenas. Mas, o método Delphi pede consenso, então se partiu para a segunda rodada, pois entre as 29 estratégias criadas, foram consideradas importantes por unanimidade, as estratégias 1; 2; 5; 11; 13; 14; 15; 22; 23; 24; 25; 28 e 29.

Dos 12 especialistas, dois deles deram sugestões e estas foram acatadas para a segunda rodada do método Delphi.

Na estratégia 6, foi modificado o texto para: Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde possam realizar atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, sobre o uso adequado da internet, bem como trabalhos educativos para a promoção de conhecimentos e orientações de políticas públicas na área da saúde.

Houve também a sugestão de retirada da estratégia 16, tendo em vista que, a mesma está implícita na estratégia 17. Ainda, a de aglutinar as estratégias 20 e 21, ficando: Oferecer banho, roupas limpas, alimentação e brinquedo à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante. E por último, houve a sugestão de uma nova estratégia: Aplicar um questionário de avaliação quanto à percepção dos familiares/acompanhantes sobre os cuidados dispensados à criança e a familiares/acompanhantes.

O especialista 2 considerou as estratégias 3, 7, 8, 16, 17, 26 e 27 sem importância ou com pouca importância. O especialista 7 considerou as estratégias 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 18, 19 e 20 sem importância ou com pouca importância. Já o especialista 9 considerou a estratégia 4 sem importância. E o especialista 11 considerou as estratégias 6, 7, 8, 9, 18, 20 e 21 sem importância ou com pouca importância.

Atendidas as sugestões dos especialistas, a primeira rodada terminou com 28 estratégias.

6.3 MÉTODO DELPHI: 2ª RODADA

A segunda rodada do Método Delphi teve seu início com a apresentação dos resultados tabulados na primeira rodada aos especialistas (Tabela 2) e também das estratégias redefinidas (Quadro 9)

a partir das sugestões. Assim, foi encaminhado um e-mail contendo as instruções de procedimento e objetivos da nova rodada (Apêndice H).

Quadro 9 – Estratégias redefinidas na 1ª rodada do Método Delphi

Estratégia
1. Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas;
2. Disponibilizar o banner criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas os setores hospitalares, a partir da emergência;
3. Desenvolver um vídeo institucional, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por exemplo, por meio dos cursos correlatos que nela existem, que apresente de forma lúdica, educativa e de fácil compreensão, a equipe de saúde, seus componentes e respectivas atribuições. Vídeo para ser apresentado nos televisores das salas de espera, emergências e ambulatórios hospitalares;
4. Criar um folder ilustrado apresentando, de forma lúdica e de fácil compreensão, a equipe de saúde do hospital, com suas atribuições específicas, para ser entregue aos acompanhantes no momento da hospitalização.
5. Promover <i>feedback</i> dos usuários sobre o atendimento recebido pela equipe de saúde durante a hospitalização de sua criança, por intermédio de um questionário a ser respondido no dia em que a criança for receber a alta.
6. Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, sobre o uso adequado da internet, bem como, trabalhos educativos para a promoção de conhecimentos e orientações de políticas públicas na área da saúde.
7. Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso adequado da internet.

(continua)

	(continuação)
8.	Realizar, junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde, seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação as famílias sobre o uso adequado da internet;
9.	Promover rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet;
10.	Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados nas crianças durante procedimentos invasivos;
11.	Sugerir aos gestores dos hospitais pesquisados, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições;
12.	Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação entre os hospitais e as unidades básicas de saúde, a descentralização das informações e dados dos pacientes;
13.	Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas;
14.	Promover <i>workshops</i> entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma rotativa, garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, assim, a cada quinze dias uma categoria profissional assume a coordenação dos trabalhos;
15.	Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes;
16.	Registrar e divulgar a ata da reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião;
17.	Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde por meio de ferramentas, como e-mail, <i>WhatsApp</i> para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade (rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade dos processos e mais velocidade nas ações;
	(continua)

18.	(continuação) Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente;
19.	Oferecer banho, roupas limpas, alimentação e brinquedo à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando-o menos traumático para a criança e familiar/acompanhante.
20.	Apresentar o espaço físico deixando o familiar/acompanhante e a criança-familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia;
21.	Chamar o familiar/acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da criança;
22.	Entrar no quarto da criança se apresentando antes de iniciar qualquer procedimento dizendo seu nome e função, explicando o que irá realizar;
23.	Incluir o familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulando sua autonomia, oferecendo apoio e supervisão técnica;
24.	Oferecer alguma forma de entretenimento a criança e familiar/acompanhante, convidando-os para a sala de recreação estimulando momentos de descontração;
25.	Oferecer escuta ativa ao familiar/acompanhante, mantendo uma postura solidária junto à família;
26.	Questionar o familiar/acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento sobre o assunto, solicitando, ao final, que reproduza a informação, certificando-se que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo;
27.	Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde perante a família da criança.
28.	Aplicar um questionário de avaliação quanto a percepção dos familiares/acompanhantes sobre os cuidados dispensados a criança e a familiares/acompanhantes.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na segunda rodada, os especialistas receberam o material com o resultado da primeira rodada (Apêndice H), mas foi revelado para cada um o seu posicionamento, sendo destacadas as estratégias que se

encontravam em posição discrepante (Apêndice I). Dessa forma, foi solicitada uma nova análise, levando em consideração o reposicionamento ou confirmação em relação as suas opções na rodada anterior. A Tabela 3 apresenta os resultados da segunda rodada.

Tabela 3 - Resultados da 2ª rodada de aplicação do Método Delphi

Estratégias	IMPORTÂNCIA										DP
	Sem importância	Pouca importância	Importante	Muito importante	Total participantes	(G1) % Total Sem e Pouca importância	(G2) % Total Importante e Muito importante	Média			
1	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727		
2	0	0	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330		
3	1	1	2	8	12	16,67%	83,33%	3,4167	0,9538		
4	0	1	2	9	12	8,33%	91,67%	3,6667	0,6236		
5	0	0	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330		
6	0	1	4	7	12	8,33%	91,67%	3,5000	0,6455		
7	0	2	6	4	12	16,67%	83,33%	3,1667	0,6872		
8	0	0	6	6	12	0,00%	100,00%	3,5000	0,5000		
9	0	2	2	8	12	16,67%	83,33%	3,5000	0,7638		
10	0	1	5	6	12	8,33%	91,67%	3,4167	0,6401		
11	0	0	4	8	12	0,00%	100,00%	3,6667	0,4714		
12	0	1	0	11	12	8,33%	91,67%	3,8333	0,5528		
13	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727		
14	0	0	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330		
15	0	0	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330		
16	1	0	3	8	12	8,33%	91,67%	3,5000	0,8660		
17	1	1	3	7	12	16,67%	83,33%	3,3333	0,9428		

(continua)

(continuação)

18	0	0	0	7	5	12	0,00%	100,00%	3,4167	0,4930
19	1	0	5	5	6	12	8,33%	91,67%	3,3333	0,8498
20	0	0	2	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727
21	0	1	0	0	11	12	8,33%	91,67%	3,8333	0,5528
22	0	1	0	0	11	12	8,33%	91,67%	3,8333	0,5528
23	0	0	2	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727
24	0	1	0	0	11	12	8,33%	91,67%	3,8333	0,5528
25	0	0	2	2	10	10	0,00%	120,00%	4,6000	0,9338
26	0	0	0	0	12	12	0,00%	100,00%	4,0000	0,0000
27	0	0	0	0	12	12	0,00%	100,00%	4,0000	0,0000
28	0	0	3	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330

Fonte: Elaborado pela autora.

O especialista 2 se reposicionou nas estratégias 8 e 25 (estratégia 27 da primeira rodada), mantendo sua resposta nas estratégias 3, 7, 16 (mesmo sendo aglutinada com a 17) e 24 (estratégia 26 da primeira rodada). O especialista 7 se reposicionou na estratégia 7, 8, 9, 18 (estratégia 19 da primeira rodada), mantendo seu posicionamento nas estratégias 3, 6, 10, 12 e 17 (estratégia 18 da primeira rodada). O especialista 9 manteve seu posicionamento em relação à estratégia 4. O especialista 11 se reposicionou nas estratégias 6, 8, 9, 17 (estratégia 18 da primeira rodada) e 19 (estratégias 20 e 21 da primeira rodada), mantendo seu posicionamento em relação à estratégia 7.

Quanto à sugestão, o especialista 10 sugeriu a aglutinação das estratégias 5 e 28, ficando: Aplicar um questionário de avaliação quanto à percepção dos familiares/acompanhantes sobre os cuidados dispensados à criança e a familiares/acompanhantes.

O nível de discrepância foi discreto nas demais estratégias, portanto, consideram-se como importantes, e partiu-se para a terceira rodada do método.

6.4 MÉTODO DELPHI: 3ª RODADA

A terceira rodada do Método Delphi teve seu início com a apresentação aos especialistas dos resultados tabulados na segunda rodada (Tabela 3) e também das estratégias redefinidas, ficando em 27, a partir das sugestões (Quadro 10). Assim, foi encaminhado um e-mail contendo as instruções de procedimento e objetivos da nova rodada (Apêndice I).

Quadro 10 – Estratégias redefinidas na 2ª rodada do Método Delphi

Estratégia
1. Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas;
2. Disponibilizar o banner criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas os setores hospitalares, a partir da emergência;
3. Desenvolver um vídeo institucional, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por (continua)

<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>exemplo, por meio dos cursos correlatos que nela existem, que apresente de forma lúdica, educativa e de fácil compreensão, a equipe de saúde, seus componentes e respectivas atribuições. Vídeo para ser apresentado nos televisores das salas de espera, emergências e ambulatórios hospitalares;</p>
<p>4. Criar um folder ilustrado apresentando, de forma lúdica e de fácil compreensão, a equipe de saúde do hospital, com suas atribuições específicas, para ser entregue aos acompanhantes no momento da hospitalização;</p>
<p>5. Aplicar um questionário de avaliação quanto à percepção dos familiares/acompanhantes sobre os cuidados dispensados à criança e a familiares/acompanhantes;</p>
<p>6. Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, sobre o uso adequado da internet, bem como, trabalhos educativos para a promoção de conhecimentos e orientações de políticas públicas na área da saúde;</p>
<p>7. Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso adequado da internet;</p>
<p>8. Realizar junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação as famílias sobre o uso adequado da internet;</p>
<p>9. Promover rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet;</p>
<p>10. Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados nas crianças durante procedimentos invasivos;</p>
<p>11. Sugerir aos gestores dos hospitais pesquisados, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições;</p>
<p>12. Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação (continua)</p>

(continuação)
entre os hospitais e as unidades básicas de saúde, a descentralização das informações e dados dos pacientes;
13. Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas;
14. Promover <i>workshops</i> entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma rotativa, garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, assim, a cada quinze dias uma categoria profissional assume a coordenação dos trabalhos;
15. Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes;
16. Registrar e divulgar a ata da reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião;
17. Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde por meio de ferramentas, como e-mail, WhatsApp para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade dos processos e mais velocidade nas ações;
18. Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente;
19. Oferecer banho, roupas limpas, alimentação e brinquedo à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante;
20. Apresentar o espaço físico deixando o familiar/acompanhante, e a criança—familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia;
21. Chamar o familiar/acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da criança; incluir o familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulado sua autonomia (continua)

(continuação)
oferecendo apoio.
22. Oferecer alguma forma de entretenimento a criança e familiar/acompanhante, convidando-os para a sala de recreação estimulando momentos de descontração;
23. Oferecer escuta ativa ao familiar/acompanhante, mantendo uma postura solidária junto à família;
24. Questionar o acompanhante familiar/acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento sobre o assunto, solicitando ao final, que reproduza a informação certificando-se que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo;
25. Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde perante a família da criança.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na terceira rodada, os especialistas receberam o material com o resultado da segunda rodada, sendo revelado a cada um, o seu posicionamento, destacando as estratégias que se encontravam em posição discrepante (Apêndice J). Dessa forma, foi solicitada uma nova análise levando em consideração o reposicionamento ou confirmação em relação as suas opções na rodada anterior (Apêndice K).

O especialista 2 se reposicionou nas estratégias 16 e 24, mantendo sua resposta no nas estratégicas 3 e 7. Já o especialista 7 manteve seu posicionamento nas estratégias 3, 6, 10, 12 e 17. O especialista 9 manteve seu posicionamento em relação à estratégia 4. O especialista 11 se reposicionou em relação à estratégia 7. A Tabela 4 apresenta os resultados da terceira rodada.

Tabela 4 - Resultados da 3ª rodada de aplicação do Método Delphi

Estratégias	IMPORTÂNCIA										DP
	Sem importância	Pouca importância	Importante	Muito importante	Total participantes	(G1) % Total Sem e Pouca importância	(G2) % Total Importante e Muito importante	Média			
1	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727		
2	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727		
3	0	2	1	9	12	16,67%	83,33%	3,5833	0,7592		
4	1	0	2	9	12	8,33%	91,67%	3,5833	0,8620		
5	0	0	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330		
6	0	1	4	7	12	8,33%	91,67%	3,5000	0,6455		
7	0	1	2	9	12	8,33%	91,67%	3,6667	0,6236		
8	0	0	5	7	12	0,00%	100,00%	3,5833	0,4930		
9	0	0	4	8	12	0,00%	100,00%	3,6667	0,4714		
10	0	1	5	6	12	8,33%	91,67%	3,4167	0,6401		
11	0	0	4	8	12	0,00%	100,00%	3,6667	0,4714		
12	0	1	1	10	12	8,33%	91,67%	3,7500	0,5951		
13	0	0	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330		
14	0	0	4	8	12	0,00%	100,00%	3,6667	0,4714		
15	0	0	4	8	12	0,00%	100,00%	3,6667	0,4714		
16	0	0	3	9	12	0,00%	100,00%	3,7500	0,4330		
17	1	0	4	7	12	8,33%	91,67%	3,4167	0,8620		

(continua)

(continuação)

18	0	0	0	6	6	12	0,00%	100,00%	3,5000	0,5000
19	1	0	0	4	7	12	8,33%	91,67%	3,4167	0,8620
20	0	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727
21	0	0	0	0	12	12	0,00%	100,00%	4,0000	0,0000
22	0	0	0	0	12	12	0,00%	100,00%	4,0000	0,0000
23	0	0	0	2	10	12	0,00%	100,00%	3,8333	0,3727
24	0	0	0	0	12	12	0,00%	100,00%	4,0000	0,0000
25	0	0	0	1	11	12	0,00%	100,00%	3,9167	0,2764
26	0	0	0	1	11	12	0,00%	100,00%	3,9167	0,2764
27	0	0	0	0	12	12	0,00%	100,00%	4,0000	0,0000

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, após a terceira rodada do método Delphi e sua respectiva análise, obtiveram-se resultados discrepantes nas estratégias 3, 4, 6, 7, 10, 12 e 17. Segundo Silva (2004), essa discrepância apresentada em pesquisas é chamada de *outliers*, um componente que desvia de um padrão em relação ao grupo de respondentes na coleta de dados, ocorrem em pequenas proporções. O autor ressalta, que se vários componentes fossem *outliers*, seria inviável caracterizar um padrão. Silva (2004) corrobora com Figueira (1998) ao considerarem os *outliers* como erros de medição; erros de execução e variabilidade própria dos elementos da população.

Dessa forma, as discrepâncias nas estratégias decorreram pela falta de consenso entre os especialistas sobre a importância das estratégias 3, 4, 6, 7, 10, 12 e 17, não acontecendo a variação de reposicionamento dos especialistas em relação à segunda rodada.

Assim, diante da perspectiva de Silva (2004) e Figueira (1998), decidiu-se diante da falta de consenso dos especialistas, direcionar a pesquisadora à tomada de decisão sobre a exclusão da estratégia 3, em que dois especialistas não classificaram como importante, deixando as estratégias 4, 6, 7, 10, 12 e 17, por considerar uma possível variabilidade própria do componente.

6.5 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO MÉTODO DELPHI

Primeiramente, criaram-se 29 estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica, visando o cuidado resolutivo. Após a criação das estratégias, partiu-se para a validação das mesmas, por meio da aplicação do Método Delphi.

Com a aplicação da primeira rodada do método, houve sugestões de aglutinação exclusão e inserção de novas estratégias, tendo como resultado desta etapa, 28 estratégias para a aplicação da segunda rodada do método.

Na 2ª rodada, todos os especialistas receberam os resultados e alterações da rodada anterior, sendo relatado de forma individual o posicionamento de cada especialista em relação aos que se encontravam em posição discrepante.

Com a aplicação da segunda rodada, em que os especialistas se reposicionaram ou confirmaram sua posição em relação às estratégias, houve a sugestão de um dos especialistas em aglutinar duas estratégias, por uma estar implícita na outra e, ainda, a retirada de uma estratégia, totalizando, assim, 27.

A terceira rodada de validação das estratégias iniciou com o envio de e-mail para todos os especialistas com os resultados da rodada anterior (segunda rodada), bem como, com as alterações da rodada anterior, sendo relatado de forma individual o posicionamento de cada especialista em relação aos que se encontravam ainda em posição discrepante.

Após esta aplicação, houve discrepância nas estratégias por falta de consenso entre os especialistas sobre a importância das estratégias 3, 4, 6, 7, 10, 12 e 17, não acontecendo a variação de reposicionamento dos especialistas em relação à segunda rodada.

Dessa forma, foi decidido pela pesquisadora, em conjunto com sua orientadora e coorientadoras, manter as estratégias 4, 6, 7, 10, 12 e 17, excluindo apenas a estratégia 3, por entenderem que houve uma variabilidade própria do componente, conforme Silva (2004) e Figueira (1998).

Por fim, enviaram-se por e-mail aos especialistas, os resultados da rodada anterior, juntamente com uma mensagem de agradecimento pela participação na pesquisa (Apêndice L). Ressalta-se que não se obteve retorno dos especialistas com relação aos resultados apresentados.

Nesse contexto, apresenta-se no ítem 6.6, o quadro com as estratégias estabelecidas.

6.6 ESTRATÉGIAS ESTABELECIDAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA VISANDO O CUIDADO RESOLUTIVO

O Quadro 11 apresenta as estratégias consideradas importantes para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo, consolidando-se as 26 estratégias estabelecidas.

Quadro 11 – Estratégias estabelecidas

Estratégia
1. Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas;
2. Disponibilizar o banner criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas os setores hospitalares, a partir da emergência;
3. Criar um folder ilustrado apresentando de forma lúdica e de fácil compreensão a equipe de saúde do hospital, com suas atribuições específicas, para ser entregue aos acompanhantes no momento da hospitalização;
4. Aplicar um questionário de avaliação quanto à percepção dos familiares/acompanhantes sobre os cuidados dispensados à criança e a familiares/acompanhantes;
5. Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, sobre o uso adequado da internet, bem como, trabalhos educativos para a promoção de conhecimentos e orientações de políticas públicas na área da saúde;
6. Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso adequado da internet;
7. Realizar junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação as famílias sobre o uso adequado da internet;
8. Promover rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet;
9. Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados nas crianças durante procedimentos invasivos;
10. Sugerir aos gestores dos hospitais pesquisados, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os (continua)

<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições;</p>
<p>11. Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação entre os hospitais e as unidades básicas de saúde, a descentralização das informações e dados dos pacientes;</p>
<p>12. Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas;</p>
<p>13. Promover workshops entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma rotativa, garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, assim, a cada quinze dias uma categoria profissional assume a coordenação dos trabalhos:</p>
<p>14. Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes;</p>
<p>15. Registrar e divulgar a ata da reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião;</p>
<p>16. Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde por meio de ferramentas, como e-mail, <i>WhatsApp</i> para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade dos processos e mais velocidade nas ações;</p>
<p>17. Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente;</p>
<p>18. Oferecer banho, roupas limpas, alimentação e brinquedo à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante;</p>
<p>19. Apresentar o espaço físico deixando o (continua)</p>

(continuação)
familiar/acompanhante e a criança—familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia;
20. Chamar o familiar/acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da criança;
21. Entrar no quarto da criança se apresentando antes de iniciar qualquer procedimento dizendo seu nome e função, explicando o que irá realizar;
22. Incluir o familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulando sua autonomia, oferecendo apoio, supervisão técnica;
23. Oferecer alguma forma de entretenimento a criança e familiar/acompanhante, convidando-os para a sala de recreação estimulando momentos de descontração;
24. Oferecer escuta ativa ao familiar/acompanhante, mantendo uma postura solidária junto à família;
25. Questionar o familiar/acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento sobre o assunto, solicitando ao final, que reproduza a informação certificando-se que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo;
26. Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde perante a família da criança.

Fonte: Elaborado pela autora.

6.7 TAXONOMIA DAS ESTRATÉGIAS ESTABELECIDAS

Durante a elaboração e validação das estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo, as três temáticas definidas para a coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa: identificação dos profissionais da equipe de saúde; busca de informações e compartilhamento do conhecimento, permaneceram como fio condutor para agrupar as estratégias contemplando as referidas áreas.

A próxima etapa foi a otimização destas propositivas para sua aplicabilidade prática, desta forma para a reorganização do campo teórico buscou-se respaldo na taxonomia. Sendo a taxonomia a ciência da categorização e classificação (DIAZ, 2002), as estratégias validadas

foram categorizadas em sete dimensões estratégicas a saber: acolhimento; ambiência; avaliação; informação e comunicação; intersectorialidade; interprofissionalidade e educação permanente.

ACOLHIMENTO - O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p.18) define que o acolhimento como parte da política de humanização à saúde:

Deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilidade e resolutividade nos serviços

Acolher a criança e familiar/acompanhante requer da equipe de saúde uma postura profissional solidária calcada no respeito ao outro, em que a escuta ativa e inclusão nos cuidados à criança traga segurança e conforto, que o repasse de informações aconteça de forma fluída adequada e de fácil compreensão. Assim das 26 estratégias estabelecidas, oito contemplam essa dimensão, sendo elas: 9, 18, 20, 21, 22, 23, 24 e 25.

AMBIÊNCIA - A ambiência num hospital ultrapassa os limites do espaço físico, definem Ribeiro, Gomes e Thofehrn (2014, p.530), ela refere-se também ao “social, profissional e de relações interpessoais, diretamente envolvida com a assistência à saúde, devendo, portanto, proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”. A estratégia que propõe a familiaridade do ambiente físico com a relação de empatia junto à criança e familiar/acompanhante favoráveis ao cuidado resolutivo é a 19.

AVALIAÇÃO – O ajuste das ações da equipe de saúde, passa pelo resultado das avaliações advindas dos usuários e demais profissionais envolvidos na atenção à saúde, para um *feedback* interativo e consequentemente proativo, faz-se necessário um aperfeiçoamento dos profissionais, usuários e gestores para que transformem a avaliação em uma “das principais ferramentas de trabalho” como sinalizam Oliveira, Reis (2016, p.14). O *feedback* advindo do questionário de satisfação do usuário proposto na estratégia de número 4 pode fornecer à equipe respostas, questionamentos e ajustes às suas ações

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - A informação e comunicação na atenção à saúde sob a influência do avanço tecnológico vêm revolucionando o cotidiano das ações técnicas e também das relações entre os sujeitos envolvidos (SCHMEIL, 2013). As estratégias de número 1, 2, 3; 11, 16 e 26, contemplam essa dimensão ao proporem ações diversas como: fortalecer e aumentar a visibilidade da equipe de saúde; estabelecer parcerias com cursos correlatos às ciências da saúde nas universidades em prol da formação de indivíduos sociais; criação de uma rede única de atenção à saúde para facilitar o compartilhamento das informações e diminuir a distância geográfica aproximando as pessoas, além de manter a unicidade das informações da equipe de saúde perante a família da criança, na totalidade representam ações de fortalecimento para a equipe.

INTERSETORIALIDADE - A construção da intersetorialidade para Silvia e Rodrigues (2010, p. 766) requer que os profissionais da saúde conheçam as limitações e possibilidades das ações de integração, pois por meio desse domínio ocorre “a busca por parcerias que, por sua vez, permitem dar respostas mais efetivas e inovadoras aos complexos problemas sociais”. A estratégia de número 5 contempla essa construção ao propor o estabelecimento de redes de apoio envolvendo os profissionais de atenção à saúde com ações educativa junto à comunidade nas unidades de saúde objetivando aproximar seus usuários aos preceitos da TI, para que se familiarizem com a parte técnica e com o conteúdo em suas buscas por informações em saúde.

INTERPROFISSIONALIDADE - Diante da complexidade que envolve o setor de saúde, o trabalho interprofissional representa uma facilidade para o enfrentamento dos desafios impostos (FARIAS et. al., 2018). As estratégias de número 6, 7, 8 e 10 abordam esse tema, a proposta de envolver os estudantes (TI/áreas afins e da saúde) das Universidades, no processo educativo junto às comunidades os aproxima da realidade, representa uma oportunidade do exercício da cidadania e da complementariedade advinda do trabalho em equipe interprofissional.

EDUCAÇÃO PERMANENTE - Trata do processo de aprendizagem no cotidiano laboral em que o revisitar a praxis requer dos trabalhadores a tomada de consciência das reais necessidades de saúde das pessoas e que “tenham como objetivos a transformação das práticas

profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 8)”. As estratégias 12, 13, 14, 15 e 17 compactuam com essas propositivas.

O Quadro 12 apresenta a relação das estratégias que formam cada uma das dimensões estratégicas.

Quadro 12 Taxonomia das dimensões estratégicas

NÚMERO	DIMENSÃO ESTRATÉGICA	ESTRATÉGIAS RELACIONADAS
01	Acolhimento-	9; 18; 20; 21; 22; 23; 24 e 25
02	Ambiência –	19
03	Avaliação	4
04	Informação e Comunicação-	1; 2; 3; 11; 16 e 26
05	Intersectorialidade	5
06	Interprofissionalidade	6; 7; 8 e 10
07	Educação Permanente	12; 13; 14; 15 e 17

Fonte: Elaborado pela autora.

A reorganização do campo teórico proposta pela taxonomia ao evidenciar e direcionar as ações que envolvem cada uma das sete dimensões estratégicas, representa uma ferramenta de apoio para a elaboração do plano de assistência à criança e familiar/acompanhante em processo de hospitalização.

7 CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA FUTUROS TRABALHOS

O presente capítulo conclui a pesquisa e registra sugestões para futuros trabalhos acadêmicos.

7.1 CONCLUSÕES

As etapas delineadas para a condução metodológica desta tese foram alcançadas, e as conclusões que emergiram desse processo são apresentadas nesse momento.

A pesquisa procurou uma aproximação junto aos sujeitos envolvidos em um processo de hospitalização pediátrica.

Dessa forma, definiu como proposta de tese o estabelecimento de estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

O início do percurso metodológico desta tese, a coleta de dados, foi a revisão bibliográfica da literatura, sequencialmente, a pesquisa documental, grupo focal e entrevista semiestruturada.

A revisão bibliográfica compreendeu duas instâncias, a saber: a revisão sistemática da literatura (RSL), nas bases de dados *Web of Science*, *Scopus* e na *Medline*, para estabelecer uma ligação do tema de pesquisa delineado para esta tese e o arcabouço teórico existente na literatura atual, ampliando o escopo dessa pesquisa, e a pesquisa bibliográfica em outras fontes, que contribuíram significativamente para a construção das evidências do tema proposto e para localizar a lacuna de conhecimento existente.

Sequencialmente à fundamentação teórica, procedeu-se a pesquisa documental junto às unidades hospitalares escolhidas, para caracterizá-las, e aplicou-se a técnica de grupos focais com os profissionais da equipe de saúde, visando identificar como ocorre o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica, e entrevistas semiestruturadas com os acompanhantes das crianças hospitalizadas, para dar voz a todos os envolvidos diretamente no escopo da pesquisa.

7.1.1 Quanto aos objetivos

Os objetivos desta tese convergiram para a busca de respostas à pergunta de pesquisa: **Quais estratégias para o compartilhamento do**

conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica podem contribuir para o cuidado resolutivo?

Dessa forma, foi definido como objetivo geral, estabelecer estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo e, para conduzir tal objetivo, foram definidos quatro objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico foi identificar, na prática de organizações hospitalares, como ocorre o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica, sendo alcançado no desenvolvimento do quarto capítulo desta tese. Capítulo este que apresentou: a caracterização das organizações participantes; seleção dos sujeitos da pesquisa; resultados obtidos com a aplicação da técnica de grupo focal; e os resultados obtidos com a aplicação da técnica de entrevista semiestruturada; e, ao final, identificou e analisou as estratégias.

A criação das estratégias, de acordo com a proposta metodológica desta tese, emergiu da congruência entre o aporte teórico advindo da revisão bibliográfica e os dados levantados junto aos sujeitos de pesquisa nas sessões de grupo focal e nas entrevistas.

A revisão sistemática da literatura (RSL) parte da revisão bibliográfica, ao buscar respostas à questão de pesquisa, considera três etapas, a definição do objetivo da revisão, a identificação da literatura e, por fim, a seleção dos estudos possíveis de serem incluídos.

Destarte, a RSL teve início junto à definição do tema e da pergunta norteadora da pesquisa, sequencialmente, foram escolhidas as palavras-chave que conduziram a busca de evidências junto às bases de dados: Hospitalização Pediátrica; Processo de Hospitalização e Compartilhamento do Conhecimento, como estratégia de busca, foi realizada uma tradução idiomática em inglês das palavras-chave para se obter as possíveis variações, assim como todas as cruzamentos entre as palavras. A busca compilou dados em três bases: *Web of Science*, *Scopus* e *Medline*. Os dados reunidos serviram de base para a criação dos instrumentos de pesquisa que foram utilizados nas técnicas de grupo focal e entrevista semiestruturada, subdivididos em três áreas temáticas: identificação dos profissionais, busca de informações e compartilhamento do conhecimento.

O segundo objetivo específico, analisar o compartilhamento de conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica nas organizações pesquisadas, à luz da teoria, foi desenvolvido a partir dos dados coletados junto aos sujeitos de pesquisa no desenrolar das

técnicas de grupo focal e da entrevista semiestruturada. A análise desses dados foi realizada no capítulo cinco que ao final culminou com a conclusão do terceiro objetivo.

O terceiro objetivo específico foi criar estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica, foi contemplado no capítulo cinco com a criação de vinte e nove estratégias.

E por fim, o quarto objetivo específico, que aponta para validar as estratégias criadas, foi desenvolvido no capítulo seis com a aplicação do método Delphi junto a doze especialistas, tendo como resultado final a validação de 26 estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo, alcançando o objetivo geral da tese e respondendo à pergunta de pesquisa.

7.1.2 Quanto à contribuição para a ciência

Esta tese contribui para a ciência, na medida em que apresenta um instrumento capaz de diminuir o hiato existente nas relações interpessoais da equipe multiprofissional e dessa equipe com os acompanhantes das crianças em processo de hospitalização, visando amenizar falhas na atenção direta ao paciente, por meio das estratégias criadas e validadas por especialistas.

Destarte, considera-se a importância desta tese pelo fato de estabelecer estratégias para o compartilhamento do conhecimento, o que representa uma significativa contribuição para a implantação da Gestão do Conhecimento nas organizações hospitalares, tornando as ações mais humanizadas.

7.1.3 Quanto à contribuição para os profissionais da área

Ficou evidente, na realização dos grupos focais, que existe fragilidade na formação das equipes multiprofissionais, havendo desconhecimento de quais profissionais devem participar da equipe multiprofissional e quais as atribuições de cada categoria. A totalidade dos participantes, porém, destacou a importância do trabalho interdisciplinar, ao mesmo tempo em que se constatou ser necessário estabelecer mecanismos para desvelar o trabalho de cada um e, conseqüentemente, facilitar a comunicação entre os profissionais. Cenário também observado nas falas dos familiares/acompanhantes das crianças hospitalizadas e nas entrevistas semiestruturadas.

A contribuição desta tese sob esse viés residiu em desvelar as fragilidades na identificação da equipe multiprofissional, pois esta representa uma barreira na comunicação entre os sujeitos envolvidos em um processo de hospitalização pediátrica, tanto internamente, quanto nas relações da equipe com as crianças e seus acompanhantes. Residiu, ainda, em apresentar estratégias voltadas para o fortalecimento da identidade da equipe, dando visibilidade às categorias que a compõem, estimulando a interdisciplinaridade, além de facilitar, para os acompanhantes, o conhecimento da equipe que o está atendendo.

7.1.4 Quanto à contribuição para a busca de informações

Para os profissionais, é consenso o uso da internet para a busca de informações, aprimoramento dos conhecimentos e troca entre os pares, também se evidenciou, em **ambas as** instituições, as fragilidades apresentadas pelos sistemas de informatização existentes, gerando necessidade de aprimoramento técnico para os profissionais. O grupo destacou, ainda, que a presença da TI como o celular e a internet entre os acompanhantes das crianças hospitalizadas nos hospitais é uma realidade.

A fala dos acompanhantes revelou que a busca por informações nas mídias vem se tornando a primeira opção para os acompanhantes, diante de situações de doença.

Esta área temática desenvolvida junto aos sujeitos da pesquisa permitiu que a tese contribuísse com estratégias para potencializar o uso das mídias de comunicação entre os profissionais da equipe e auxiliar os acompanhantes em relação ao uso desses instrumentos.

7.1.5 Quanto à contribuição para o compartilhamento do conhecimento

A tese evidenciou que para o grupo de profissionais conhecer a pluralidade cultural e a realidade das famílias em processo de hospitalização aproxima os sujeitos envolvidos, facilita a comunicação e a troca de informações. Dessa forma, o compartilhamento do conhecimento é favorecido entre os profissionais, na medida em que mudam a maneira de olhar para essa criança, passando a observar a dinâmica familiar na qual ela está inserida. A realidade socioeconômica, cultural, crenças, valores são princípios básicos dessa criança, e são

importantes para garantir uma boa assistência, sendo reconhecida pelas equipes multiprofissionais.

A contribuição desta tese emerge da discussão sobre o assunto entre os sujeitos da pesquisa, que diante da explanação de outras experiências exitosas refletiram a própria realidade, formularam críticas e projetaram a necessidade de mudanças. Por fim, desse movimento surgiram estratégias com potencial resolutivo.

7.1.6 Quanto às recomendações para as organizações pesquisadas

No desenvolvimento das técnicas de grupo focal e da entrevista semiestruturada nas instituições hospitalares pesquisadas, das três áreas temáticas que foram abordadas: identificação dos profissionais; busca de informações; e compartilhamento do conhecimento emergiram reflexões que suscitaram a criação de estratégias que, para se concretizarem, necessitam do aval dos gestores hospitalares.

Recomenda-se, nesse sentido, que os gestores de posse dos resultados dessa pesquisa possam facilitar a implementação dessas propositivas.

7.2 RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS

Diante da sociedade globalizada que articula o conhecimento em redes, as instituições hospitalares seguem o curso que o avanço tecnológico origina. A presente tese definiu como seu escopo de pesquisa essas instituições em movimento e seus atores: os profissionais e os acompanhantes das crianças hospitalizadas. Desvelou como a contrapartida desse desenvolvimento revela fragilidades na atenção direta aos pacientes no que concerne às questões relacionais entre os sujeitos envolvidos.

A presente tese trabalhou essas questões buscando compreender os processos e as interações entre os profissionais e os familiares envolvidos, estabeleceu soluções com a criação de estratégias para aproximar as pessoas e melhorar o relacionamento existente, viabilizando uma cultura de atendimento favorável à relação interpessoal e interprofissional nos processos de atendimento à saúde e um ambiente de hospitalização pediátrica e, também, a relação deste ambiente com a comunidade para garantir a continuidade do cuidado.

Um tema de pesquisa não se esgota em seu propósito inicial, no transcorrer de seu desenvolvimento surgem novas possibilidades, qual um leque que se abre infinitas vezes, o que leva a um exercício conjunto

entre pesquisador, orientador e coorientadores para permanecer no trajeto delineado no início.

Dessa forma, alguns tópicos merecem ser apresentados como sugestões para futuras pesquisas, como:

- Observou-se que dos vinte e quatro acompanhantes das crianças hospitalizadas entrevistados, foram vinte e duas mães e duas avós maternas nos dois hospitais selecionados, uma totalidade feminina que nos permite questionar como a responsabilidade pelos cuidados de uma criança ainda recai sobre a figura materna. Desvendar esse universo, em que as mulheres somam suas diversas facetas para manter a presença junto a sua criança;
- Mesmo sendo utilizado o prontuário eletrônico para o registro diário do plano de atividades dos pacientes, o prontuário físico, de papel, ainda persiste. O atendimento é digitalizado e depois impresso para ser armazenado. Qual a maior dificuldade em manter esse prontuário informatizado? É humana? Tecnológica? Envolve recursos materiais dispendiosos? Enfim, um assunto a ser desenvolvido;
- A tomada de decisão compartilhada que prevê a participação das crianças e seus familiares nas escolhas, tomando decisões sobre seu tratamento e cuidados de saúde requer não apenas a disponibilidade da equipe, mas, sobretudo uma mudança na cultura de atenção. Um tema a ser ciosamente desenvolvido;
- Recomenda-se, ainda, para futuros trabalhos que sejam aplicadas as estratégias validadas nesta tese.
- Que o substrato teórico dessa tese possa ser utilizado para a elaboração de outras mídias educacionais sobre a comunicação na assistência à saúde como: aplicativos; games; procedimento operacional padrão -POP e jogos.

Finalizando, mais que uma recomendação, um apelo para futuros pesquisadores, profissionais da saúde e usuários, que prossigam na luta pela manutenção do Sistema Único de Saúde, como um bem comum, gratuito e de excelência em assistência à saúde para a população.

REFERÊNCIAS

AGARWAL, A. et al. Improving knowledge, technical skills, and confidence among pediatric health care providers in the management of chronic tracheostomy using a simulation model. **Pediatric pulmonology**, v. 51, n.7, p. 696-704, 2016.

ANDREATTA, P. et al. Simulation-based mock codes significantly correlate with improved pediatric patient cardiopulmonary arrest survival rates. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 12, n. 1, p. 33-38, 2011.

ANGEL S.; FREDERIKSEN K. N.. Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. **Int J Nurs Stud**, v.52, n. 9, p. 1525-1538, Sep. 2015.

ANVISA. Resolução. **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf> Acesso: 10 mar. 2017.

ARAÚJO, C. A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 11-32, jan/jun. 2006.

BARBETTA, P.A. Estatística Aplicada às Ciências Sociais. 6 ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

BARBOSA, D. F.; LEMOS P. C. P. A medicina na Grécia antiga. **Revista de medicina**, São Paulo, v. 86, n. 2, p.117-119, abr./jun., 2007. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59183/0>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de L. de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002. (Obra original publicada em 1977).

BARROS, J. A. Pensando o processo saúde/doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Doença**, v. 11, n. 1, p. 67- 84, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_arttext> Acesso em: 09 jun. 2015

BEIER, M.; IANNOTTI, G. C. O paternalismo e o juramento hipocrático. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, Supl. 2, p. 5383- 5389, dez., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600017>. Acesso em: 10 jun. 2015

BEIRÃO FILHO, J. A. **Criação e compartilhamento do conhecimento da área de moda em um sistema virtual integrado de informações**. 2011. 166 f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2011.

BERRY, J. G. et al. Hospital utilization and characteristics of patients experiencing recurrent readmissions Within Children's Hospitals. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 305, n. 7, p. 682-690, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L80069>. Acesso em: 09 set. 2016.

_____. **O que é humaniza SUS**. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde . **PORTARIA Nº 198/GM** Em 13 de fevereiro de 2004. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf> > Acesso em 18 de março de 2018.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília-DF, 2008. 2. Ed, 2. reimpressão, 44 p. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf > Acesso em 18 de março de 2018.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. il. color- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. **RESOLUÇÃO Nº 466/2012**. Publicada resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196.

Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html> Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. **Portaria nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em: 10 mar. 2016.

BOLAND, L.; Mc ISAAC, D. I.; LAWSON, M. L. Barriers to and facilitators of implementing shared decision making and decision support in a paediatric hospital: a descriptive study. **Paediatrics and Child Health Canada**, v. 21, n. 3, p. e17-e21, 2016.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology.

Qualitative Research in Psychology, v.3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRESCIANI, H. R. et al. (org.). **Legislação comentada: Lei do exercício profissional e código de ética**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Florianópolis: Letra Editorial, 2016.137 p. – (Cadernos Enfermagem; v.3)

BULLOCK, A. Does technology help doctor to access, use and share knowledge? **Medical education**, v. 48, n. 1, p. 28-33, 2014.

BU-UFSC. Biblioteca Universitária. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de capacitação. **Revisão de literatura**, maio de 2011. Disponível em:

<<http://www.bu.ufsc.br/design/ModuloAvancadoPesquisaIntegrativa2011oficial.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2016

CAETANO, N.; CORTEZ, P.; LAUREANO, R. M. Using data mining for prediction of hospital length of stay: an application of the CRISP-DM Methodology. **Lecture Notes in Business Information Processing**, v. 227, p.149-166, 2015.

CAMPOS, E. de S. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, 1965.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAPRA, F. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. São Paulo: Cultrix, 2002.

CAPRA, F.; LUISI, P. L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. Tradução Mayra Teruya Eichenberg e Newton R. Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 2014.

CARPES, C. E. P. **Avaliação do compartilhamento do conhecimento em entidades de saúde do executivo estadual de Santa Catarina**. 2012. 170f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2012.

CASTRO, F. S.; FERNANDEZ, J. L. Alma, corpo e a antiga civilização Grega: as primeiras observações do funcionamento cerebral e das atividades mentais. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 798-809, 2011. Disponível em: www.scielo.br/prv . Acesso em: 20 jun. 2015.

CECILIO, L. C. O.. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 20 out. 2009, Disponível em: <http://www.cepsc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-ompleto.pdf#page=117> . Acesso em: 19 fev. 2015.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. **Enfermagem pediátrica**. Goiânia: AB, 2002. (Coleção Curso de Enfermagem v. I).

COOK, D. J.; MULROW C. D.; HAYNES R. B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Ann Intern Med**, v. 126, n. 1, p. 376-380, March 1997.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n. 4, p. 661-669, out-dez 2009.

COSTEIRA, E. M. A. **Arquitetura hospitalar**: história, evolução e novas visões. PROARQ/FAU/UFRJ. Disponível em: <www.epublicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/download/14127/10717>. Acesso em: 27 jul. 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: método qualitativo, quantitativo e misto. Tradução: Magda França Lopes. Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNNINGHAM, F. C. et al. Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 3, p. 239-249, 2012.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. 15 ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

DE MASI, D.. **O futuro do trabalho**: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial. Tradução de Yadyr A. Figueiredo. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

OLIVEIRA, B. R. G. D.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, março-abril 2006.

DE SOUSA CAMPOS, G. W.; DO AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

DIAS, A. Jr. **Relações entre a Estrutura Organizacional, a Gestão do Conhecimento e a Inovação, em empresas de base tecnológica.** 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2012.

DÍAZ, R., P.A Faceted Approach to Building Ontologies. 21st **International Conference on Conceptual Modeling-ER2002**, Tampere, Finland, October 7-11, 2002.

DOMHOLDT E. **Rehabilitation research: principles and applications.** Missouri: Elsevier Saunders, 2005.

DOS SANTOS, A.; VIDOTTO, L. S.; GIUBLIN, C. R. A utilização do método Delphi em pesquisas na área da gestão da construção. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 51-59, abr./jun. 2005.

Disponível em:

<http://www.seer.ufrgs.br/ambienteconstruido/article/viewFile/3618/2000>
. Acesso em: 05 jan. 2016.

EGC/UFSC. **Engenharia e Gestão do Conhecimento/Universidade Federal de Santa Catarina** – Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento. Disponível em: <<http://www.egc.ufsc.br/>> Acesso em janeiro de 2018.

FARIAS, D. N. D., et.al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00098.pdf>> Acesso em 18 de março de 2018.

FERNÁNDEZ, C. A.; VÍLCHEZ, L. M. J.; LÓPEZ, N. I. Parental stress and satisfaction during children's hospitalization: differences between immigrant and autochthonous population. **Stress and Health**, v. 29, n. 1, p. 22-30, 2013.

FINKELSTEIN J. et al. Enabling patient-centered care through health information technology. **Evid Rep Technol Assess (Full Rep)**, v. 206, p.1-1531, Jun. 2012.

FIGUEIRA, M. M. C. **Identificação de outliers**. Millenium n. 12, out., 1998. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/arq12.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOSSARI, Ivana Maria. **Oficina com jogos teatrais: instrumento auxiliar na ressignificação das relações interpessoais do profissional da saúde**. 1999. 156 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Florianópolis, 1999.

FRANTZ, M. B. F. **Criação e compartilhamento de conhecimento artístico e cultural em ambiente virtual interativo**. 2011. 205f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2011.

FRIAS, I. **Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica**. Rio de Janeiro: Ed. PUC- Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio-jun., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed., 9. Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2007.

GIONFRIDDO M. R. et al. A systematic review of shared decision-making interventions in chronic conditions: a review protocol. **Syst Rev.**, v. 15, n. 3, p. 38, Apr. 2014.

HOLDEN, R. J. et al. SEIPS 2.0: a human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. **Ergonomia**, v. 56, n. 11, p. 1669-1686, 2013.

HU/UFSC. **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

HUNG, S.Y. et al. The influence of intrinsic and extrinsic motivation on individuals' knowledge sharing behavior. **International journal of human-computer studies**, v. 69, n. 6, p. 415-427, 2011.

JUSTICE, L. B. et al. Improving communication during cardiac ICU multidisciplinary rounds through visual display of patient daily goals. **Pediatric critical care medicine**, v. 17, n. 7, p. 677-683, 2016.

KISLOV, R.; WALSHE, K.; HARVEY, G. Managing boundaries in primary care service improvement: a developmental approach to communities of practice. **Implementation science**, v. 7, Número do artigo: 97, 2012.

LAKATOS, E. V.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LANNON C. M.; PETERSON L. E.. Pediatric collaborative improvement networks: background and overview. **Pediatrics**, v. 131, Suppl 4, p.189-195, Jun. 2013.

LASSO, A. L. **Método para o compartilhamento do conhecimento do especialista usado no processo de tomada de decisão**. 2016. 146f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2016.

LAPOLLI, J. **Conexão FCEE (físico, cognitivo, emocional e espiritual) como Processo de Autoconhecimento para o desenvolvimento de líderes**. 2015. 265 f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2015.

LAURA J. MIRKINSON, M.D. Guiding principles for pediatric hospital medicine programs. **Section on Hospital MEDICINE. Pediatrics**, v.132, n. 4, p. 782-786, Oct. 2013.

LEHMANN C.U. Pediatric aspects of inpatient health information technology systems. Council on Clinical Information Technology. **Pediatrics**, v. 135, n. 3, p. e756-768, Mar. 2015.

LERWICK J. L. Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. **World J Clin Pediatr**, v. 5, n. 2, p. 143-150, May.8, 2016.

LEVY, Y.; ELLIS, T. A systems approach to conduct an effective literature review in support of information systems research. **Informing Science Journal**, Florida, USA, v. 9, 2006.

LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais: da antiguidade à idade contemporânea. **Revista Notícias Hospitalares**, n. 37, jun./jul. 2002.
LOPREIATO J.O.; SAWYER T. Simulation-based medical education in pediatrics. **Acad Pediatr**, v.15, n. 2, p. 134-142. Mar.-Apr. 2015.

MACEDO T. R. et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 756-762, Sep.-Oct. 2016.

MACÍAS M. et al. Impact of Hospital Admission Care At a Pediatric Unit: A Qualitative Study. **Pediatr Nurs.**, v. 41, n. 6, p. 285-294, Nov.-Dec. 2015.

MARCON, C.; VILLARI, C. L. B.; FOSSARI, I. M. Práticas interdisciplinares em saúde: Fortalecendo a equipe de saúde e o processo de formação profissional. In: Semana de Ensino Pesquisa e Extensão, 5. 2005. Florianópolis. **Anais**. Universidade Federal de Santa Catarina Disponível em:<
http://anais.sepex.ufsc.br/anais_5/index_fixo800600.html>
Acesso em: 12 jan. 2018.

MARQUES, F. R.; SCHWARTZ, E.; MARCON, S. S. Experience of mothers on having a child diagnosed and hospitalized by the virus Influenza A (H1N1) [Experiência de mães em ter um filho diagnosticado e hospitalizado pelo vírus Influenza A (H1N1)]. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 220-226, 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6. ed., 7. Reimpressão, São Paulo: Atlas 2009.

MARSHALL, J. et al. Parent recognition and responses to developmental concerns in young children. **Infants & young children**, v. 29, n. 2, p. 102-115. 2016.

MARTINS, J. C. et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 4, p. 619-25, 2012.

MATOS, E.; PIRES, D. E. de P.; CAMPOS, G. W. de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, nov.-dez. 2009.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil:** conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. 03 mar. 2008. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

MENDES, V. J. et al. Feelings of family companions of adults regarding hospitalization process. **Revista Cubana de Enfermeria**, v. 29, n. 1, 2013.

MINAYO, M. C. de S. Indicadores de Avaliação para Mudança. **Revista brasileira de educação médica**, v. 33, 1 Supl. 1, p. 83-91, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a09v33s1.pdf>> Acesso em: julho de 2016.

MIRKINSON. Section on Hospital. Medicine.Guiding principles or pediatric hospital medicine programs. **Pediatrics.**, v. 132, n. 4, p.782-786, 2013 Oct

MORAWSKI, M. The conditions, motives and methods of sharing knowledge with the participation of key personnel in enterprises. Proceedings of the EUROPEAN CONFERENCE ON KNOWLEDGE MANAGEMENT; CONFERENCE PROCEEDING. **Anais 13th European conference on knowledge management (ECKM)**, v. 1, p. 802, 2012.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. Tradução Cecília Whitaker Bergamini, Roberto Coda. 1. ed., 12. reimpresão. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Ed. Revista e modificada pelo autor. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria: diagnóstico + tratamento**. 6. Ed. Ver. e atualizada. São Paulo: SARVIER, 2006.

MURRAY, K. et al. Journey of Excellence: implementing a Shared Decision-Making Model. **American journal of nursing**, v. 116, n. 4, p. 50-56, 2016.

NÓIA T. C. et al. Coping with the diagnosis and hospitalization of a child with childhood cancer. **Investigación y Educacion en Enfermeria**, v. 33, n. 3, p. 465-472, 2015.

NONAKA, I; TAKEUCHI, H. **Criação do conhecimento na empresa**. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues e Priscila Martins Celeste. 2. ed., Rio de Janeiro: Campus:1997.

_____. **Gestão do Conhecimento**. Tradução de Ana Thorell. Porto Alegre: Bookman, 2008.

OLIVEIRA, A. E. F. D., REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: Os desafios da avaliação em saúde**. Universidade Federal do Maranhão. UMA-SUS/UFMA. – São Luiz, 2016. 57f.: il. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIV). Disponível em: <www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp14.pdf> Acesso em 18 de março de 2018.

PACHECO, R. EGC/UFSC: Passado, Presente e Futuro. Mesa redonda 3:

Los desafios de la Ingeniería y la Gestión del Conocimiento. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN- CIKI/ Gestión del Conocimiento y Capital Intelectual como fuente de ventaja competitiva. **Anais**, 2014, Centro de Convenciones UTPL. Ecuador.

PAIM, T. D. **O Telefone como mídia para disseminação do conhecimento em um programa de prevenção contra o câncer de próstata**. 2015. 105f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2015.

PEREIRA, A. L.; BACHION, M. M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-498, dez. 2006.

RABELO, R.A. **Análise da relação entre intimidade e compartilhamento de conhecimento em grupos nos processos de desenvolvimento organizacional**. 2013. 190f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2013.

RAMOS, M. M. G.; RODRIGUES, A. B.; PEREIRA, M.M. Teamwork and negotiation with family in pediatrics. **Enferm. Clin.**, v. 26, n. 4, p. 234-237. 2016, Jul-Aug.

RANMUTHUGALA, G. et al. How and why are communities of practice established in the Health care sector? A systematic review of the literature. **BMC Health Services Research**, v.11, 2011.

RIBEIRO, J.P.; GOMES, G.C., THOFEHRN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Ver. Esc. Enferm. USP**. 2014; 48(3): 530-9
Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf>
Acesso em 25 de março de 2018.

SAAR, S. R. da C.; TREVISAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, v. 15, n. 1, jan.-fev., 2007. Disponível em:
<www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 04 abr. 2017.

SALMANI, N.; ABBASADEH, A.; RASOULI, M. The process of satisfaction with nursing care in parents of Hospitalized Children: a grounded theory study. **International journal of pediatrics Mashhad**, v. 3, n. 6, p. 1021-1032, 2015.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n.1, p. 83-89, jan. /fev. 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2016.

SCHMEIL, M. A. Saúde e tecnologia da informação e comunicação.

Fisioter. Mov. 2013 jul/set; 26(3): 477-8. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000300001>> Acesso em 25 de março de 2018.

SES/HIJG. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/ HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO.

Disponível em: <

<http://www.hijg.saude.sc.gov.br/index.php/institucional>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

SIECK, C. J.; JOHANSEN, M.; STEWART, J. **Inter-professional shared decision making**: increasing the in shared decision making, 2015. Disponível em:

<www.sciedupress.com/journal/index.php/ijh/.../4654>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SILVA, F. R. **Uma abordagem para detecção de outliers em dados categóricos**. 2004. 67f. Dissertação (Mestrado em Computação).

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Instituto de Computação. Campinas, SP, 2004.

SILVA, K. L., RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. bras. enferm.** Brasília 2010 set/out; 63(5): 762-9. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>> Acesso em 18 de março de 2018.

SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. **Rev. Bioética** 2000, Capa, v. 8, n. 1, 2009. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/261/261> Acesso em: 15 jun. 2015.

SNAUWAERT E et al. Building on evidence to improve patient care. **Pediatric Nephrology** , Dec. 9. 2016.

SOARES, E. L. **Marketing de relacionamento na área hospitalar sob a ótica da gestão do conhecimento**. 2010. 102f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2010.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitativ e research: techniques and procedures for developing grounded theory**. 2 ed. London: SAGE Publications, 1998.

STEWART, S. A. et al. Applying social network analysis to understand the knowledge sharing behaviour of practitioners in a clinical online discussion fórum. **Journal of Medical Internet Research**, v. 14, n. 6, 4 dec. 2012.

TJOFLÅT, I.; KARLSEN, B. Challenges in sharing knowledge: reflections from the perspective of an expatriate nurse working in a South Sudanese hospital. **International Nursing Review**, v. 59, n. 4, p. 489-493, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2002.

URIARTE JR.; FILEMON A. **Introduction to Knowledge Management**. Jakarta, Indonesia: ASEAN Foundation, 2008.

VAN DEN BOSSCHE, P. et al. Team learning: building shared mental models. **Instructional science**. v. 39, n. 3, p. 283-301, 2011.

VAN SCHAİK, S. M. et al. Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis. **Med Educ.**, v.48, n. 6, p. 583-592, jun. 2014.

VICENTE, A. D. A. et al. Experienced pediatric nurses' perceptions of work-related stressors on general medical and surgical units: a qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 60, p. 216-224. 2016.

VÍCTORA, C. Ética de pesquisa em equipe multidisciplinar. *In*: VÍCTORA, C. et al. (org.). **Antropologia e Ética. O debate atual no Brasil**. Niterói: Ed. UFF, 2004. p. 83-88.

VIEIRA, P. V. M.; WAINER, J. Correlações entre a contagem de citações de pesquisadores brasileiros, usando o Web of Science, Scopus e Scholar. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v.18, n.3, July/Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362013000300004>. Acesso em: 20 jan. 2017.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Vilela+%26+Mendes&btnG=&lr=>>>. Acesso em: 18 jun.2014.

WEINZIERL, G. **Comissão de Humanização: dificuldades e barreiras quanto à adequação à política nacional de humanização do SUS**. 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2009.

WHALLEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais a intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

WILLERDING, I. A.V. **Arquétipo para o compartilhamento do conhecimento à luz da estética organizacional e da gestão empreendedora**. 2015. 328 f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2015.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, 2º trim. 2000.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

APÊNDICE A - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA PARA SÍNTESE DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Uma revisão sistemática de literatura é realizada para estabelecer pontes de ligação entre o tema escolhido e a literatura existente sobre ele, de uma forma metódica, a pesquisa e o trajeto percorrido são relatados à minúcia, desta forma, torna-se possível o compartilhamento dos resultados para novas pesquisas (SAMPAIO; MANCINI, 2007; CRESWELL, 2010).

Diferente de outros métodos, a revisão sistemática busca responder a uma pergunta de pesquisa previamente elaborada, tornando-se “[...] um recurso importante da prática, baseada em evidências, que consiste em uma forma de síntese dos resultados de pesquisa relacionados com um problema específico” (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004, p. 549).

Ao relatar, com detalhes, o trajeto percorrido, essa modalidade de revisão para Sampaio e Mancini (2007, p. 83) afirmam “[...] serve para nortear o desenvolvimento de projetos, indicando novos rumos para futuras investigações e identificando quais métodos de pesquisa foram utilizados em uma área”.

Na medida em que evidencia resultados, ela amplia as possibilidades para o pesquisador, fato corroborado por Creswell (2010, p. 51):

Compartilha com o leitor os resultados de outros estudos que estão intimamente relacionados àquele que está sendo realizado. [...] proporciona uma estrutura para estabelecer a importância do estudo e também uma referência para comparar os resultados com outros resultados.

Já para Galvão, Sawada e Trevizan (2004, p. 555) ela “[...] possibilita a síntese das pesquisas disponíveis, relativas a um determinado problema, com a finalidade de direcionar a prática fundamentada em conhecimento científico”. Além de localizar a lacuna existente no conhecimento.

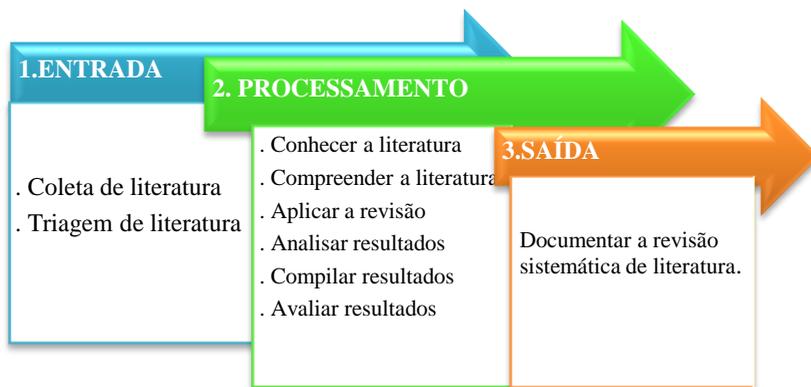
Os passos para elaboração da revisão sistemática diferem entre os autores, as variações seguem o estilo de cada pesquisador, como, por exemplo, Galvão, Sawada e Trevizan (2004) utilizam sete etapas: construção do protocolo; definição da pergunta; busca dos estudos;

seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; coleta dos dados e a síntese dos dados; enquanto que, para Sampaio e Mancini (2007), são cinco as etapas: definindo a pergunta; buscando a evidência; revisando e selecionando os estudos; analisando a qualidade metodológica dos estudos e apresentando os resultados.

As duas propostas metodológicas exemplificadas seguem a mesma logicidade, como em um artigo científico em que cada autor imprimiu sua originalidade, mas todos contemplam os passos exigidos. Diante do exposto, pode-se afirmar que a revisão sistemática é uma metodologia de pesquisa que possibilita encontrar evidências científicas por meio de uma busca orientada na literatura existente e de acordo com uma sequência lógica.

Em uma abordagem sistemática, se o início estiver incorreto, de baixa qualidade, ou irrelevante, o resultado vai ser ineficaz, independente da qualidade de processamento dos dados coletados (LEVY; ELLIS, 2006). É muito importante manter o rigor científico em todas as etapas (Veja Figura 1A).

Figura 1A - As três fases de uma revisão eficaz de literatura

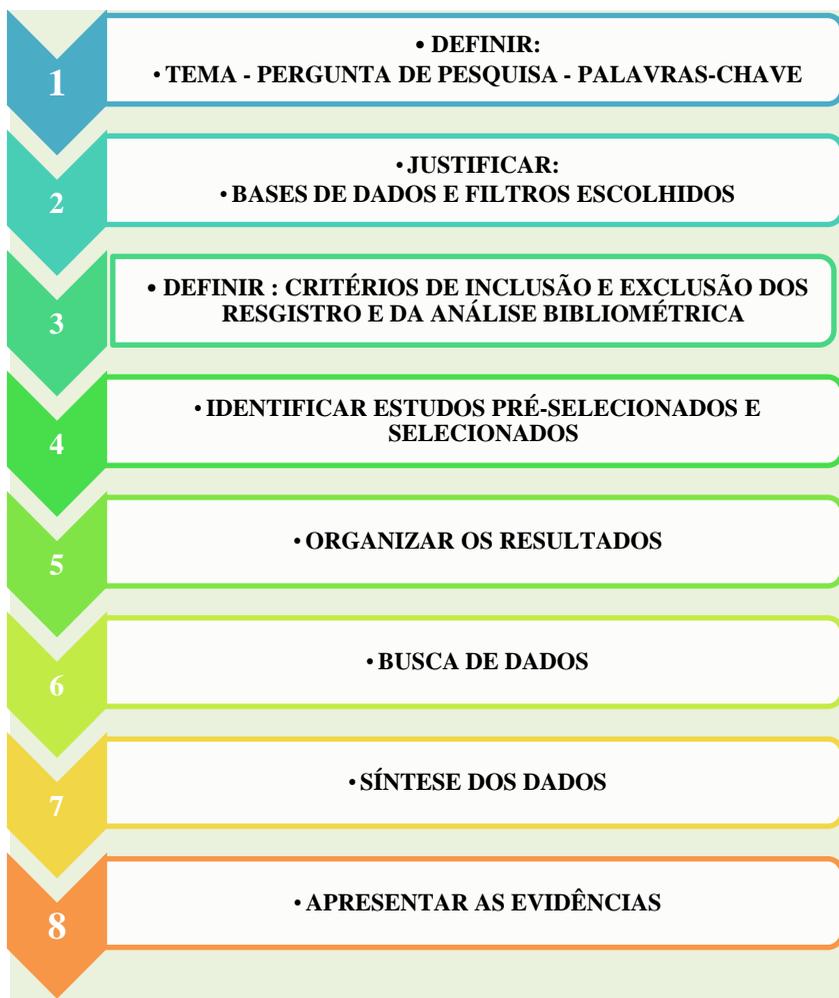


Fonte: Adaptado de Levy e Ellis (2006, p. 182)

Para iniciar uma revisão sistemática em busca de respostas à questão de pesquisa, é preciso considerar três etapas: definir o objetivo da revisão, identificar a literatura e selecionar os estudos possíveis de serem incluídos (DOMHOLDT, 2005).

Diante do exposto e, em conversa com a orientadora, concluiu-se que para responder ao questionamento inicial desta pesquisa: Como compartilhar o conhecimento dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional e das mães e/ou acompanhantes das crianças em um processo de hospitalização pediátrica? o melhor caminho a percorrer para evidenciar o estado da arte do presente tema seria uma revisão sistemática da literatura.

A concepção do mapa de estudo com o detalhamento das etapas sequenciais para essa revisão sistemática da literatura foi elaborada a partir da concepção original de Willerding (2015) e Dias (2012) (Figura 2A).

Figura 2A - Cadência para a revisão sistemática de literatura

Fonte: Adaptado de Willerding (2015) e Dias (2012).

Apresentado o mapa da literatura da pesquisa que ilustrou sua estrutura, segue-se o detalhamento das etapas vivenciadas, a partir da definição do título funcional que, para Creswell (2010, p. 49), “[...] torna-se um sinalizador importante na pesquisa, uma ideia tangível que o pesquisador pode continuar reenforcando e alterar à medida que o projeto prossegue”. Título esse definido em conjunto com a orientadora:

Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

1.2 CADÊNCIA DE CONDUÇÃO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

1.2.1 Elaboração da primeira fase da revisão – Definir o tema, a pergunta de pesquisa e as palavras-chave

O tema norteador dessa pesquisa foi definido como o Compartilhamento do Conhecimento na Hospitalização Pediátrica e a pergunta de pesquisa: Quais estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica podem contribuir para o cuidado resolutivo?

Definidos o tema e a pergunta de pesquisa, foram escolhidas as palavras-chave que, em conjunto com os outros itens, assumem uma extrema importância na busca da evidência junto às bases de dados. As palavras: “Hospitalização Pediátrica”, “Processo de Hospitalização” e “Compartilhamento do Conhecimento”.

Como estratégia de busca, foi realizada uma tradução idiomática em inglês das palavras-chave para se obter as variações, o uso de aspas para delimitar a busca, os operadores booleanos OR e o símbolo de truncagem - asterisco para que todas as variações existentes fossem contempladas, o Quadro 1A apresenta os resultados.

Quadro 1A – Palavras-chave e estratégias de busca

PALAVRA-CHAVE	VARIAÇÃO IDIOMÁTICA	BUSCA
Hospitalização Pediátrica	<i>Pediatric hospitalization</i> <i>Paediatric hospitalization</i> <i>Pediatric hospitalization</i> <i>Paediatric hospital</i> <i>Pediatric stay</i> <i>Paediatric stay</i> <i>Pediatric hospitalizations</i> <i>Paediatric hospitalizations</i> <i>Pediatric hospital stays</i> <i>Paediatric hospital stays</i>	“Pediatric hospital*” OR “Paediatric hospital*” OR “Pediatric stay*” OR “Paediatric stay*” OR “Pediatric hospital stay*” OR “Paediatric hospital stay*”
Processo de Hospitalização	<i>Process of Hospitalization</i> <i>Process Hospitalization</i>	“Process of Hospitalization” OR “Process spitalization” (continua)

Compartilhamento do Conhecimento	<i>Sharing knowledge</i> <i>Share knowledge</i> <i>Shared knowledge</i>	(continuação) “Knowledge shar*”
Compartilhamento do Conhecimento e Processo de Hospitalização	<i>Sharing knowledge</i> <i>Share knowledge</i> <i>Shared knowledge AND</i> <i>Process of Hospitalization</i> <i>Process Hospitalization</i>	“Knowledge shar*” AND “Process of Hospitalization” OR “Process Hospitalization”
Compartilhamento do Conhecimento e Hospitalização Pediátrica	<i>Sharing knowledge</i> <i>Share knowledge</i> <i>Shared knowledge AND</i> <i>Pediatric hospitalization</i> <i>Paediatric hospitalization</i> <i>Pediatric hospitalization</i> <i>Paediatric hospital</i> <i>Pediatric stay</i> <i>Paediatric stay</i> <i>Pediatric hospitalizations</i> <i>Paediatric hospitalizations</i> <i>Pediatric hospital stays</i> <i>Paediatric hospital stays</i>	“Knowledge shar*” AND “Pediatric hospital*” OR “Paediatric hospital*” OR “Pediatric stay*” OR “Paediatric stay*” OR “Pediatric hospital stay*” OR “Paediatric hospital stay*”
Hospitalização Pediátrica e Processo de Hospitalização	<i>Pediatric hospitalization</i> <i>Paediatric hospitalization</i> <i>Pediatric hospitalization</i> <i>Paediatric hospital</i> <i>Pediatric stay</i> <i>Paediatric stay</i> <i>Pediatric hospitalizations</i> <i>Paediatric hospitalizations</i> <i>Pediatric hospital stays</i> <i>Paediatric hospital stays</i> AND <i>Process of</i> <i>Hospitalization</i> <i>Process Hospitalization</i>	“Pediatric hospital*” OR “Paediatric hospital*” OR “Pediatric stay*” OR “Paediatric stay*” OR “Pediatric hospital stay*” OR “Paediatric hospital stay*” AND “Process of Hospitalization” OR “Process Hospitalization”
Compartilhamento do Conhecimento e Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	<i>Sharing knowledge</i> <i>Share knowledge</i> <i>Shared knowledge AND</i> <i>Process of Hospitalization</i> <i>Process Hospitalization</i> AND <i>Pediatric</i> <i>hospitalization</i> <i>Paediatric hospitalization</i> <i>Pediatric hospitalization</i>	“Knowledge shar*” AND “Process of Hospitalization” OR “Process Hospitalization” AND “Pediatric hospital*” OR “Paediatric hospital*” OR (continua)

	<i>Paediatric hospital</i> <i>Pediatric stay</i> <i>Paediatric stay</i> <i>Pediatric hospitalizations</i> <i>Paediatric hospitalizations</i> <i>Pediatric hospital stays</i> <i>Paediatric hospital stays</i>	(continuação) “Pediatric stay*” OR “Paediatric stay*” OR “Pediatric hospital stay*” OR “Paediatric hospital stay*”
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pela autora.

1.2.2 Elaboração da segunda fase da revisão - Justificar as bases de dados escolhidas e os filtros utilizados

Após definição do tema e pergunta de pesquisa e das palavras-chave, o próximo passo foi a escolha das bases de dados. Em conversa com a orientadora e em consonância com os critérios estabelecidos no PPGEGC relativos à multidisciplinaridade, uma das opções foi a *Web of Science*, por apresentar ferramentas de análise, melhor conteúdo multidisciplinar com conteúdos específicos por áreas, estar indexada na Base de dados de resumo disponível no Portal Capes por meio do Portal ISI Web of Knowledge, com atualização semanal e, aproximadamente, 9.700 revistas ou periódicos. Outra escolha foi a base de dados *Scopus* por ser a maior base bibliográfica internacional, com, aproximadamente, 18.000 títulos periódicos revisados por pares, revistas de acesso livre e anais de conferências. Ela é considerada a base internacional de maior representação da produção científica latino-americana e possui funcionalidades de apoio à bibliometria como ferramenta para identificar autores e de análise de citações (BU-UFSC, 2011). E, a terceira escolha, por se tratar de uma pesquisa voltada para a saúde foi a base de dados *Medline*, que é um sistema de busca da literatura médica, concentra artigos da biomedicina, enfermagem, odontologia, farmacologia entre outros, sendo que o acesso às publicações para o público é disponibilizado na Internet pela PubMed que compreende mais de 26 milhões de citações para a literatura biomédica.

A primeira definição de filtros para iniciar a pesquisa foi um recorte relativo ao tempo das publicações: de cinco anos, de 2011 a 2016 e a busca conduzida para todas as formas na *Scopus* (título, resumo e palavras-chave) e para *Web of Science* o tópico (similar). Na base de dados *Medline* utilizou-se o mesmo recorte temporal, mas a estratégia de busca foi diferenciada, de acordo com o padrão próprio dessa base.

Antes de traçar o primeiro filtro, que se refere a um recorte temporal, realizou-se uma busca nas bases de dados *Scopus*, *Web of*

Science e *Medline*, verificando um panorama geral com relação às quantidades de registros referentes a cada palavra-chave indicada para o estudo, conforme descrito na Tabela 1A.

Tabela 1A – Registros nas bases de dados *Scopus*, *Web of Science* e *Medline* e respectivas palavras-chave

BASE DE DADOS	SCOPUS		WEB OF SCIENCE		MEDLINE	
	SEM FILTRO	COM FILTRO	SEM FILTRO	COM FILTRO	SEM FILTRO	COM FILTRO
Hospitalização Pediátrica	12.026	4.139	4.179	982	27.1416	12.7567
Processo de Hospitalização	34	10	9	02	1.734	569
Compartilhamento do conhecimento	10.544	1.109	6.378	387	396	224
Compartilhamento do conhecimento e Processo de Hospitalização	00	00	1.635	117	-	-
Compartilhamento do conhecimento e Hospitalização Pediátrica	02	01	01	01	-	-
Hospitalização Pediátrica e Processo de Hospitalização	01	01	01	01	272.681	128.078
Compartilhamento do Conhecimento e Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	00	00	00	00	234	161

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao traçar o filtro temporal, observou-se que a palavra-chave “Processo de Hospitalização” para as bases de dados *Scopus* e *Web of Science* possui um menor número de publicações, tornando-se, desta forma, uma referência para a delimitação das áreas afins dessa revisão.

Foram encontrados na base de dados *Scopus* registros nas subáreas: *Medicine; Nursing; Business; Management and Accounting; Computer Science; Decision sciences; Arts and Humanities; Biochemistry; Genetics and Molecular Biology; Engineering; Immunology and Microbiology; Mathematics; Psychology; Social Sciences*. E na base de dados *Web of Science*, foram encontrados registros nas subáreas: *Nursing; Health care Science; General internation; Social work*.

Estabelecendo uma relação entre os registros apresentados nas subáreas e o tema dessa pesquisa, foram delimitadas as seguintes subáreas na base de dados *Scopus*: *Medicine; Nursing; Decision Sciences; Psychology; Social Sciences; Undefined; Multidisciplinary*. E na base de dados *Web of Science*: *Nursing; Health care Science; General internation; Pediatrics; Social work; General internation; Medical informatics; Psychology*. A *Medline* por ser uma base de dados específica da área da saúde, já tem contempladas todas as subáreas pertinentes ao tema da pesquisa como medicina, enfermagem, psicologia, farmácia, odontologia.

1.2.3 Elaboração da terceira fase – Definir os critérios de inclusão e exclusão de registros e análise bibliométrica.

Com as subáreas definidas, a próxima fase a desenvolver é estabelecer alguns tópicos para prosseguir a busca dos artigos, que devem responder às regras estabelecidas, ou seja, os critérios de inclusão e exclusão tendo como base a pergunta de pesquisa da revisão (SAMPAIO; MANCINI, 2006).

Pereira e Bachion (2006, p. 493) comentam sobre a utilização de testes de relevância para escolha de artigos:

Deve ser composto de uma lista clara de perguntas, que devem ser respondidas pelo avaliador mediante a afirmação ou negação, tais como: o estudo aborda o tema de interesse para a investigação? [...] foi publicado no período selecionado para a investigação proposta? [...]

quando qualquer pergunta tiver como resposta uma negação, o estudo deve ser excluído da revisão.

A colaboração de Levy e Ellis (2006) envolve o critério da qualidade das publicações, alertam para o cuidado nas escolhas, como boa opção artigos revisados e publicados, jornais e revistas reconhecidos no mundo acadêmico, como de alta qualidade científica.

De acordo com Araújo (2006, p.12) a bibliometria é uma “[...] técnica quantitativa e estatística de medição dos índices de produção e disseminação do conhecimento científico”. Desta forma, compreende-se que a bibliometria é uma ferramenta estatística que admite o mapeamento de diferentes indicadores de tratamento e gestão da informação e do conhecimento, sendo portanto, adequada a essa pesquisa. Sendo assim, contribui para tomadas de decisão na gestão da informação e do conhecimento, pois ajuda na organização e sistematização de informações científicas e tecnológicas.

Utilizaram-se como critério de validação das publicações que nortearam a busca, as mais citadas e as mais relevantes nas bases de dados. Para a *Web of Science* a contagem das citações é definida pelos artigos publicados dentro de um grupo seletivo de revistas científicas, que são monitoradas de forma que apenas os artigos publicados nestas revistas sejam computados. Já a *Scopus* inclui não apenas as revistas científicas, mas as conferências, estabelecendo uma prioridade para as ciências exatas (VIEIRA; WAINER, 2013). A *Medline* utiliza a frequência com que os descritores, que representam indicadores das temáticas dos estudos aparecem nas publicações.

A base de dados *PubMed - Medline* é desenvolvida e mantida pela *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*National Library of Medicine - NLM*), localizado no *National Institutes of Health* (NIH) e compreende mais de 26 milhões de citações de literatura biomédica de *MEDLINE*, periódicos de ciências da vida, e os livros on-line. Para indexar artigos para o PubMed é utilizado o sistema *Medical Subject Headings* (MeSH), que é o dicionário do vocabulário adotado pela NLM e consiste em conjuntos de termos nomeados descritores dentro de uma estrutura hierárquica, que permite pesquisar em vários níveis de especificidade. Para cada busca, o descritor MeSH deve ser considerado com o uma classe especial para delimitar sua abrangência (espécies, sexo, faixa etária, períodos históricos, e outros), no caso dessa pesquisa, foi definido pela faixa etária: “child”.

1.2.4 Elaboração da quarta fase da revisão – Identificar os estudos pré-selecionados e selecionados

Nessa fase, a pré-seleção ocorre pela leitura do título e do *abstract* e, na sequência, os critérios de inclusão e exclusão elaborados anteriormente serão utilizados para conduzir a leitura completa das publicações e selecioná-las ou não.

1.2.4.1 Estratégia de busca na base Scopus

A primeira busca ocorreu com a palavra-chave “compartilhamento do conhecimento” (*sharing knowledge*) no título, no resumo e nas palavras-chave, teve-se como resultado 10.544 registros. Ao traçar o primeiro filtro (recorte temporal) foram encontrados 5.367 registros.

Delimitando novamente a pesquisa com relação às subáreas de interesse ao tema: *Medicine; Nursing; Psychology; Social Sciences; Decision Sciences; Multidisciplinary; Undefined*, ainda para a mesma palavra, o número de publicações passou para 1.109.

Na sequência, foi realizada uma análise bibliométrica das publicações e, como critério de inclusão e exclusão, os 10 artigos mais relevantes segundo essa base de pesquisa com a palavra-chave “*sharing knowledge*”. O Quadro 2A apresenta as publicações selecionadas nessa análise.

Quadro 2A – Resultado dos 10 registros mais relevantes na base *Scopus* para a palavra-chave “compartilhamento do conhecimento”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Knowledge sharing</i>	Stewart, T.	2012	Behaviour and Information Technology, v. 31, n. 11, p. 1055-1056.
<i>Weak links hamper knowledge sharing in agriculture</i>	Addom, B. K.	2015	Appropriate Technology, v. 42, n. 4, p. 48-49.
<i>Knowledge sharing [Kennisdeling] Exploring the contributions of professional-</i>	De Leeuw, M.	2013	Pharmaceutische Weekblad Wetenschappelijk latform, v. 148, n.36. A Socio-Cultural (continua)

<i>practice networks to knowledge sharing, problem-solving and patient safety</i>	Bishop, S.; Waring, J.	2012	(continuação) Perspective on Patient Safety, p.151-168.
<i>Knowledge Sharing in Teams: Social Capital, Extrinsic Incentives, and Team Innovation</i>	Hu, L.; Randel, A.E.	2014	Group and Organization Management, v. 39, n. 2, p. 213-243.
<i>Spurt of scientific journal publishing in India - business or knowledge sharing?</i>	Janodia, M. D. et al.	2013	Current Science, v. 105, n. 4, p. 433-434.
<i>Celebrating 50 years: 50 years of knowledge sharing: Learning from a field moving forward</i>	Hayton, J.C., Piperopoulos, P., Welbourne, T.M.	2011	Human Resource Management, v. 50, n. 6, p. 697-714.
<i>Mastering familial genetic knowledge: Shared or secret? Issues of decision-making in predictive genetic testing</i>	Brüninghaus, A.; Porz, R.	2012	Knowing One's Medical Fate in Advance: Challenges for Diagnosis and Treatment, Philosophy, Ethics and Religion, p. 38-49.
<i>A pragmatic review of organisational culture and knowledge sharing</i>	Brunet-Thornton, R. et al.	2015	Proceedings of the 26 th International Business Information Management Association Conference – Innovation Management and Sustainable Economic Competitive Advantage: From Regional Development to Global Growth, (continua)

			(continuação) IBIMA 2015, p. 2449-2456.
<i>Achieving supply chain agility through inter-organization knowledge sharing: A research-in-progress</i>	Cai, S.; Zhu, W.; Miao, Z.	2012	2012 9th International Conference on Service Systems and Service Management - Proceedings of ICSSSM'12, art. n. 6252355, p. 829-834.

Fonte: Scopus, 22 ag. 2016.

Para a mesma palavra-chave “compartilhamento do conhecimento” foi realizada a análise bibliométrica das publicações como critério de inclusão e exclusão os 10 artigos mais citados para essa base de pesquisa. O Quadro 3A apresenta as publicações selecionadas nessa análise.

Quadro 3A – Resultado dos 10 registros mais citados na base Scopus para a palavra-chave “compartilhamento do conhecimento”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Social capital and individual motivations on knowledge sharing: Participant involvement as a moderator</i>	Chang, H. H.; Chuang, S. S.	2011	Information and Management, v. 48, n.1, p. 9-18. Cited 132 times.
<i>Compliance with institutional imperatives on environmental sustainability: Building theory on the role of Green IS</i>	Butler, T.	2011	Journal of Strategic Information Systems, v. 20, n. 1, p. 6-26. Cited 72 times.
<i>Group buying: A new mechanism for selling through social interactions</i>	Jing, X.; Xie, J.	2011	Management Science, v. 57, n.8, p. 1354-1372. Cited 71 times.
<i>Factors affecting bloggers' knowledge sharing: An investigation across gender</i>	Chai, S.; Das, S.; Rao, H.	2011	Journal of Management Information Systems, v. 28, n. (continua)

			(continuação) 3, p. 309-341. Cited 71 times.
<i>Understanding sustained participation in transactional virtual communities</i>	Sun, Y.; Fang, Y.; Lim, K. H.	2012	Decision Support Systems, v. 53, n.1, p. 12-22. Cited 63 times.
<i>Knowledge hiding in organizations</i>	Connelly, C. E. et al.	2012	Journal of Organizational Behavior, v.33, n. 1, p. 64-88. Cited 48 times.
<i>Culture effects on the knowledge sharing in multi-national virtual classes: A mixed method</i>	Zhang, X.; De Pablos, P. O.; Xu, Q.	2014	Computers in Human Behavior, v.31, n. 1, p. 491-498. Cited 47 times.
<i>Team learning: Building shared mental models</i>	Van Den Bossche, P. et al.	2011	Instructional Science, v. 39, n. 3, p. 283-301. Cited 45 times.
<i>Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: A systematic review</i>	Cunningham, F. C. et al.	2012	BMJ Quality and Safety, v. 21, n. 3, p. 239-249. Cited 43 times
<i>Knowledge sharing in dynamic virtual enterprises: a socio-technological perspective</i>	Liu, P.; Raahemi, B.; Benyoucef, M.	2011	Knowledge-Based Systems, v. 24, n. 3, p. 427-443. Cited 41 times.

Fonte: Scopus, 22 de agosto 2016.

A segunda busca foi com a palavra “hospitalização pediátrica” (*pediatric hospitalization*) no título, no resumo e nas palavras-chave, que apresentou sem a utilização de filtros, 12.026 registros. Ao traçar o primeiro filtro (recorte temporal de 2011 a 2016), foram encontrados 4.227 registros. Utilizando o filtro da delimitação as subáreas do conhecimento de interesse ao tema, obteve-se um total de 4.139 registros.

Na sequência, foi realizada a análise da bibliometria como critério de inclusão e exclusão dos 10 artigos mais relevantes para essa base de pesquisa com a palavra “hospitalização pediátrica” (*pediatric*

hospitalization). O Quadro 4A apresenta as publicações selecionadas nessa análise.

Quadro 4A - Resultado dos 10 registros mais relevantes na base Scopus para a palavra-chave “hospitalização pediátrica”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>In reply [En respuesta: Sr. Editor]</i>	Dackiewicz, N.; Marciano, B.	2014	Archivos Argentinos de Pediatría, v.112, n. 3, p. 140-141.
<i>Pediatric emergencies [Urgences pédiatriques]</i>	Ray, P.	2012	Annales Francaises de Medecine d'Urgence, v. 2, n. 2, p. 152.
<i>A Pediatric Hospital Library Outpatient Outreach: Promoting Library Services to Outpatient Visitors and Evaluating Effectiveness</i>	Owusu, E.	2016	Journal of Hospital Librarianship, v. 16, n. 2, p. 160-166.
<i>Reply: Paediatric hospitalacquired bacteraemia in developing countries</i>	Wolkewitz, M. et al.	2012	The Lancet, v. 379, n. 9825, p. 148.
<i>The pediatric hospital: The future from our history [La pediatría hospitalaria: Futuro desde nuestra historia]</i>	Oswaldo Artaza, B.	2012	Revista Chilena de Pediatría, v. 83, n.3, p. 213-216.
<i>Paediatric hospitalacquired bacteraemia in developing countries</i>	Das, R. R.	2012	The Lancet, v. 379, n. 9825, p. 1483-1484.
<i>From the emeritus founding editors</i>	Anderson, R. H.; Henry, G. W.	2013	Cardiology in the Young, v. 23, n. 6, p. 800-801.

(continua)

Second-look surgery	Massimino, M.	2012	(continuação) Journal of Neurosurgery: Pediatrics, v. 9, n. 1, p. 108.
<i>Hospital del niño jesús</i>	Villarejo, F. J.	2013	Child's Nervous System, v. 29, n. 4, p. 521-524.
<i>Dilating distractions that work</i>	Donahue, S. P.; Grissim, L. C.	2015	Journal of AAPOS, v. 19, n. 5, p. 488, art. n. 2228.

Fonte: Scopus, 22 de agosto 2016.

Continuando, foi realizada a análise da bibliometria como critério de inclusão e exclusão referente aos 10 artigos mais citados para essa base de pesquisa com a palavra “hospitalização pediátrica” (*pediatric hospitalization*). O Quadro 5A apresenta as publicações selecionadas nessa análise.

Quadro 5A: Resultado dos 10 registros mais citados na base Scopus para a palavra-chave “hospitalização pediátrica”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Carrier testing for severe childhood recessive diseases by next-generation sequencing</i>	Bell, C. J. et al.	2011	Science Translational Medicine, v. 3, n. 65, art. n. 65ra4, Cited 225 times.
<i>Hospital Utilization and Characteristics of Patients Experiencing Recurrent Readmissions Within Children's Hospitals</i>	Berry, J. G. et al.	2011	JAMA - Journal of the American Medical Association, v.305, n. 7, p. 682-690. Cited 135 times.
<i>Reduction in rotavirus-associated acute gastroenteritis following introduction of rotavirus vaccine into australia's national childhood vaccine schedule</i>	Buttery, J. P.; Lambert, S. B.; Grimwood, K.	2011	Pediatric Infectious Disease Journal, v. 30 (SUPPL. 1), Cited 125 times.

(continua)

			(continuação)
<i>Early trends for invasive pneumococcal infections in children after the introduction of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine</i>	Kaplan, S. L. et al.	2013	Pediatric Infectious Disease Journal, v. 32, n. 3, p. 203-207. Cited 117 times.
<i>Clinical, environmental, and genetic determinants of multiple sclerosis in children with acute demyelination: A prospective national cohort study</i>	Banwell, B. et al.	2011	The Lancet Neurology, v.10, n. 5, p. 436-445. Cited 107 times.
<i>Simulation-based mock codes significantly correlate with improved pediatric patient cardiopulmonary arrest survival rates</i>	Andreatta, P. et al.	2011	Pediatric Critical Care Medicine, v. 12, n.1, p. 33-38. Cited 100 times.
<i>The co-morbidity burden of children and young adults with autism spectrum disorders.</i>	Kohane, I. S. et al.	2012	PLoS one, v. 7, n. 4, art. n. e33224. Cited 94 times.
<i>Characteristics of adolescents and youth with recent-onset type 2 diabetes: The today cohort at baseline</i>	Copeland, K. C. et al.	2011	Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, v. 96, n. 1, p. 159-167. Cited 94 times.
<i>Trends in the epidemiology of pediatric severe sepsis</i>	Hartman, M. E. et al.	2013	Pediatric Critical Care Medicine, v. 14, n. 7, p. 686-693. Cited 83 times.
<i>Pediatric readmission prevalence and variability across hospitals</i>	Berry, J.G. et al.	2013	JAMA - Journal of the American Medical Association, v. 309, n. 4, p. 372-380. Cited 81 times.

Fonte: Scopus, 22 ago. 2016.

A terceira busca foi com a palavra-chave “processo de hospitalização” (*process of hospitalization*) no título, no resumo e nas palavras-chave, que apresentou, sem a utilização de filtros, 34 registros. Ao traçar o primeiro filtro (recorte temporal), foram encontrados 12 registros. Utilizando o filtro da delimitação as subáreas do conhecimento de interesse ao tema, obteve-se um total de 10 registros.

Na sequência, foi realizada a análise da bibliometria como critério de inclusão e exclusão referente aos 10 artigos mais relevantes para essa base de pesquisa. O Quadro 6A apresenta o resultado da análise bibliométrica.

Quadro 6A - Relação dos 10 artigos mais relevantes na base de dados Scopus para a palavra-chave “processo de hospitalização”.

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Experience of mothers on having a child diagnosed and hospitalized by the virus Influenza A (H1N1)</i> [<i>Experiência de mães em ter um filho diagnosticado e hospitalizado pelo vírus Influenza A (H1N1)</i>]	Marques, F. R.; Schwartz, E.; Marcon, S. S.	2014	Revista brasileira de enfermagem, v. 67, n. 2, p. 220-226.
<i>Parental stress and satisfaction during children's hospitalization: Differences between immigrant and autochthonous population</i>	Fernández-Castillo, A.; Vílchez-Lara, M. J.; López-Naranjo, I.	2013	Stress and Health, v. 29, n. 1, (continua) (continuação) p.22-30
<i>Experience of a nurse in transpersonal caring for families of neonates discharged from the intensive care unit</i> [Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia int.]	Favero, L.; De Azevedo Mazza, V.; Lacerda, M. R.	2012	ACTA Paulista de Enfermagem, v.25, n. 4, p.490-496.
<i>Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-disciplinary professionals</i>	McLaughlin, J.	2016	Journal of Social Work, v. (continua)

			(continuação) 16, n. 2, p. 135-154.
<i>Dietary analysis of caregivers of pediatric cancer patients at the hospital infantil de México Federico Gómez [Análisis de la alimentación de los cuidadores de pacientes pediátricos con cáncer en el Hospital Infantil de México Federico Gómez]</i>	Ávila-Montiel, D. et al.	2013	Boletín Médico del Hospital Infantil de México, v. 70, n. 2, p. 159-165.
<i>Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors</i>	Zisberg, A. et al.	2015	Journal of the American Geriatrics Society, v. 63, n. 1, p. 55-62. Cited 18 times
<i>Psychological stress and 30-day all-cause hospital readmission in acute coronary syndrome patients: An observational cohort study</i>	Edmondson, D. et al.	2014	PLoS ONE, v. 9, n. 3, art. n. e 91477.
<i>Utilization of an emergency department by elderly people in a university hospital in Santiago de Chile [Utilización del servicio de urgencia de un hospital universitario por los adultos mayores en Santiago de Chile]</i>	Marín, P. P. et al.	2011	Revista Española de Geriatria y Gerontología, v. 46, n. 1, p. 27-29.
<i>Educational intervention in breastfeeding in the first six months of life [Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida]</i>	Gorrita Pérez, R. R.; Brito Linares, D.; Ruiz Hernández, E.	2016	Revista Cubana de Pediatría, v. 88, n. 2, p. 130-143.
<i>Medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol-evaluation of success rate, complications</i>	Frank, K. et al.	2015	Ceska Gynekologie, v. 80, n. (continua)

<i>and satisfaction of patients [Farmakologické ukončení gravidity mifepristonem a misoprostolem-zhodnocení úspěšnosti, komplikací a spokojenosti pacientek]</i>			continuação) 6, p. 451-455.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------

Fonte: Scopus, 22 de agosto 2016.

Realizada a análise da bibliometria como critério de inclusão e exclusão referente aos 10 artigos mais citados para essa base de pesquisa com a palavra “processo de hospitalização” (*process of hospitalization*). O Quadro 7A apresenta o resultado da análise bibliométrica.

Quadro 7A - Relação dos 10 artigos mais citados na base de dados Scopus para a palavra-chave “processo de hospitalização”.

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors</i>	Zisberg, A. et al.	2015	Journal of the American Geriatrics Society, v. 63, n. 1, p. 55-62. Cited 18 times.
<i>Psychological stress and 30-day all-cause hospital readmission in acute coronary syndrome patients: An observational cohort study</i>	Edmondson, D. et al.	2014	PLoS ONE, v. 9, n. 3, art. n. e91477, Cited 5 times.
<i>Parental stress and satisfaction during children's hospitalization: Differences between immigrant and autochthonous population</i>	Fernández-Castillo, A.; Vílchez-Lara, M. J.; López-Naranjo, I.	2013	Stress and Health, v. 29, n. 1, p. 22-30. Cited 4 times.
			(continua)

<i>e hospitalizado pelo vírus Influenza A (H1N1)]</i>			(continuação) v. 67, n. 2, p. 220-226.
<i>Dietary analysis of caregivers of pediatric cancer patients at the hospital infantil de México Federico Gómez [Análisis de la alimentación de los cuidadores de pacientes pediátricos con cáncer en el Hospital Infantil de México Federico Gómez]</i>	Ávila-Montiel, D. et al.	2013	Boletín Médico del Hospital Infantil de México, v. 70, n. 2, p. 159-165.
<i>Utilization of an emergency department by elderly people in a university hospital in Santiago de Chile [Utilización del servicio de urgencia de un hospital universitario por los adultos mayores en Santiago de Chile]</i>	Marín, P. P. et al.	2011	Revista Española de Geriatria y Gerontología, v. 46, n. 1, p. 27-29.

Fonte: Scopus, 22 ago. 2016.

O próximo passo da pesquisa refere-se à busca a partir do cruzamento entre as palavras-chaves “compartilhamento do conhecimento” e “processo de hospitalização” (*sharing knowledge and hospitalization process*) que sem a utilização dos filtros, não foi encontrado nenhum registro.

Novo cruzamento entre as palavras-chaves “compartilhamento do conhecimento” e “hospitalização pediátrica” (*sharing knowledge and pediatric hospitalization*), sem a utilização dos filtros, foram encontradas duas publicações. Após traçar o filtro temporal, obteve-se um registro (Quadro 8A).

Quadro 8A – Resultado do registro conforme a base de dados *Scopus* com o cruzamento dos constructos “compartilhamento do conhecimento” e “hospitalização pediátrica”.

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Applying social network analysis to understand the knowledge sharing behaviour of practitioners in a clinical online discussion fórum.</i>	Stewart, S. A.; Abidi, S. S. R.	2012	Journal of Medical Internet Research

Fonte: *Scopus*, 22 ago. 2016.

Novo cruzamento entre as palavras-chaves “hospitalização pediátrica” e “processo de hospitalização” (*pediatric hospitalization and process of hospitalization*), sem a utilização dos filtros, foi encontrada uma publicação, que se manteve após os filtros traçados (Quadro 9A).

Quadro 9A – Resultado do registro conforme a base de dados *Scopus* com o cruzamento dos constructos “hospitalização pediátrica” e “processo de hospitalização”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Parental stress and satisfaction during children's hospitalization: Differences between immigrant and autochthonous population</i>	Fernández-Castillo, A.; Vélchez-Lara, M. J.; López-Naranjo, I.	2013	Stress and Health, v. 29, n. 1, p. 22-30.

Fonte: *Scopus*, 22 ago. 2016.

Em uma última tentativa de cruzamento entre as três palavras-chaves “compartilhamento do conhecimento” e “processo de hospitalização” e “hospitalização pediátrica” (*sharing knowledge and process of hospitalization and pediatric hospitalization*), sem a utilização dos filtros, não se obteve registros.

Ao final da pré-seleção dos artigos com as palavras-chave “compartilhamento do conhecimento” e “processo de hospitalização” e “hospitalização pediátrica” (*sharing knowledge and process of hospitalization and pediatric hospitalization*) na base de dados *Scopus*, e tendo como filtros a temporalidade (01/01/2011 a 31/12/2016) e a análise bibliométrica que destacou os 10 artigos com maior número de

citações e os 10 mais relevantes de cada uma das palavras-chave, limitados pelas subáreas do conhecimento de interesse ao tema, chegou-se ao total de 60 artigos, que, acrescidos dos dois registros encontrados no cruzamento das palavras-chave, totalizaram 62 artigos.

O próximo passo foi a leitura de seus *abstracts* tendo como foco de atenção a sua aderência ou não à pesquisa em curso, o que resultou em 23 publicações.

Portanto, o total de registros selecionados após a análise compõe 62 publicações, analisadas após leitura de seus *abstracts* tendo como foco a aderência à pesquisa, resultando assim, em 23 registros selecionados, conforme a Tabela 2A.

Tabela 2A – Distribuição do número de publicações selecionadas por palavra-chave, conforme sua aderência à pesquisa na base de dados *Scopus* após análise do *abstract*

PALAVRAS-CHAVE	Nº DE REGISTROS SCOPUS	Nº DE ARTIGOS ANALISADOS	Nº DE ARTIGOS SELECIONADOS
Hospitalização Pediátrica	12.026	20	07
Processo de Hospitalização	34	20	08
Compartilhamento do conhecimento	10.544	20	06
Compartilhamento do conhecimento e Processo de Hospitalização	00	00	00
Compartilhamento do Conhecimento e Hospitalização Pediátrica	02	01	01
Hospitalização Pediátrica e Processo de Hospitalização	01	01	01
Compartilhamento do Conhecimento e Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	00	00	00
TOTAL	22.607	62	23

Fonte: Elaborada pela autora.

As 23 publicações selecionadas na Tabela 2 foram lidas na íntegra para confirmar ou não sua aderência à pesquisa em desenvolvimento. Dessa forma, a Tabela 3A apresenta o número de publicações a compor a pesquisa.

Tabela 3A- Relação do número de publicações selecionadas por palavra-chave após a leitura na íntegra para compor a pesquisa após análise do conteúdo e enfoque da pesquisa

PALAVRAS-CHAVE	Nº DE REGISTROS SCOPUS	Nº DE ARTIGOS ANALISADOS	Nº DE ARTIGOS SELECIONADOS
Hospitalização Pediátrica	12.026	07	02
Processo de Hospitalização	34	08	04
Compartilhamento do conhecimento	10.544	06	02
Compartilhamento do conhecimento e Processo de Hospitalização	00	00	00
Compartilhamento do Conhecimento e Hospitalização Pediátrica	02	01	01
Hospitalização Pediátrica e Processo de Hospitalização	01	01	01
Compartilhamento do Conhecimento e Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	00	00	00
TOTAL	22.607	62	10

Fonte: Elaborada pela autora.

1.2.4.2 Estratégia de busca na base de dados Web of Science

A primeira busca ocorreu com a palavra-chave “compartilhamento do conhecimento” (*sharing Knowledge*) no título, no resumo e nas palavras-chave, incluindo sua tradução idiomática,

encontrando-se 6.378 registros. Utilizando o primeiro filtro relacionado ao recorte temporal, obteve-se 3.155 registros. Com relação ao segundo filtro, relacionado às subáreas relevantes à pesquisa e excluindo as demais foram encontrados 387 registros.

Na sequência, foi realizada a análise da bibliometria como critério de inclusão e exclusão referente aos 10 artigos mais relevantes para essa base de dados, o Quadro 10A apresenta o resultado da análise bibliométrica.

Quadro 10A - Relação dos 10 artigos mais relevantes na base de dados *Web of Science* para a palavra-chave “compartilhamento do conhecimento”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Knowledge sharing mechanisms and techniques in project teams: Literature review, classification, and current trends</i>	Navimipour, N. J.; Charband, Y.	2016	Computers in human behavior v.62, p. 730-742.
<i>A SKOS-based framework for Subject Ontologies to improve learning experience</i>	Miranda, S; Orciuoli, F; Sampson, D. G.		Computers in human behavior v. 61, p. 609-621
<i>Too individualistic for safety culture? Non-traffic related work safety among heavy goods vehicle drivers</i>	Grytnes, R. et al.	2016	Transportation research part f-traffic psychology and behaviour, v. 40, p. 145-155
<i>Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation</i>	Tobiano, G. et al.	2016	Journal of nursing scholarship, v. 48, n. 4, p. 362-370.
<i>Clicking vs. sharing: The relationship between online news behaviors and political knowledge</i>	Beam, M. A.; Hutchens, M. J.; Hmielowski, J. D	2016	Computers in human behavior, v. 59, p. 215-220.
<i>Effects of serious games on perceived team cohesiveness in a multi-user virtual environment</i>	Bozanta, A. et al.	2016	Computers in human behavior, v. 59, p. 380-388.
<i>Quality improvement in pediatric surgery</i>	Cameron, D. B.; Rangel, S. J	2016	Current opinion in pediatrics, v. 28. n. 3, p. 348-355. (continua)

<i>Measuring the impact of technological scaffolding interventions on micro-level processes of self-regulated workplace learning</i>	Siadaty, M.; Gasevic, D.; Hatala, M.	2016	(continuação) Computers in human behavior, v. 59, p. 469-482.
<i>Implementing a national health research for development platform in a low-income country - a review of Malawi's Health Research Capacity Strengthening Initiative</i>	Cole, D. C. et al.	2016	Health research policy and systems, v. 14, n. 24.
<i>Cyber-volunteering: Social media affordances in fulfilling NGO social missions</i>	Raja-Yusof, R. et al.	2016	Computers in human behavior, v. 57, p. 388-397.

Fonte: Web of Science, 22 ago. 2016.

Realizada a análise da bibliometria como critério de inclusão e exclusão referente aos 10 artigos mais citados para essa base de pesquisa com a palavra “Sharing knowledge”. O Quadro 11A apresenta o resultado da análise bibliométrica.

Quadro 11A - Relação dos 10 artigos mais citados na base de dados *Web of Science* para a palavra-chave “Sharing knowledge”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Culture effects on the knowledge sharing in multi-national virtual classes: a mixed method</i>	Zhang, X.; Ordonez de Pablos, P.; Xu, Q.	2014	Computers in human behavior, v. 31, p.491-498. Número de citações: 44
<i>Knowledge hiding in organizations</i>	Connely, C. E. et al.	2012	Journal of organizational behavior, v. 33, n. 1, p. 64-88. Número de citações: 41
<i>Team learning: building shared mental models</i>	Van den Bossche, P. et al.	2011	Instructional science, v. 39, n. 3, p. 283-301. Número de citações: 38.
<i>The influence of intrinsic and extrinsic motivation on individuals' knowledge sharing behavior</i>	Hung, Shin-Yuan et al.	2011	International journal of human-computer studies, v. 69, n. 6, p. 415-427. Número de citações: 37.
<i>Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review</i>	Cunningham, F. C. et al	2012	BMJ quality & safety, v. 21, n. 3, p. 239-249. Número de citações: 35
<i>Effect of knowledge sharing visibility on incentive-based relation ship in Electronic Knowledge Management Systems: An empirical investigation</i>	Zhang, X.; Ordonez de Pablos, P.; Zhou, Z.	2011	Computers in human behavior, v. 29, Edição especial: SI, p. 307-313 Número de citações: 29.
<i>Why would online gamers share their innovation-conducive knowledge in the online game user community?</i>	Hau, Y. S.; Kim, Y.	2011	Computers in human behavior, v.: 27, n. 2, p. 956-970. Número de citações: 25. (continua)

<i>Integrating individual motivations and social capital perspectives</i>			(continuação)
<i>Leadership behaviors and group creativity in Chinese organizations: The role of group processes</i>	Zhang, A. Y.; Tsui, A. S.; Wang, D. X.	2011	LEADERSHIP QUARTERLY, v. 22, n. 5, p. 851-862. Número de citações: 24
<i>Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care: lessons from the theory of communities of practice</i>	Kislov, R.; Harvey, G.; Walshe, K.	2011	IMPLEMENTATION SCIENCE, v. 6, n. 64. Número de citações: 24
<i>More Is Better: Students Describe Successful and Unsuccessful Experiences With Teachers Differently in Brief and Longitudinal Relationships</i>	Hauer, K. E. et al.	2012	ACADEMIC MEDICINE, v. 87, n. 10, p. 1389-1396. Número de citações: 23

Fonte: Web of Science, 22 ago. 2016.

A segunda busca na base de dados *Web of Science* ocorreu com a palavra-chave “hospitalização pediátrica” (*pediatric hospitalization*) no título, no resumo e nas palavras-chave, incluindo sua tradução idiomática, encontrando-se 4.179 registros. Utilizando o primeiro filtro relacionado ao recorte temporal, obteve-se 1.892 registros. Com relação ao segundo filtro, relacionado às subáreas relevantes à pesquisa e excluindo as demais foram encontrados 982 registros.

Na sequência, foi realizada a análise da bibliometria como critério de inclusão e exclusão referente aos 10 artigos mais relevantes para essa base de pesquisa. O Quadro 12A apresenta o resultado da análise bibliométrica.

Quadro 12A - Relação dos 10 artigos mais relevantes na base de dados *Web of Science* para a palavra-chave “hospitalização pediátrica”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Predictors of Intention to Refer to Pediatric Palliative or Hospice Care</i>	Conner, N. E.; Uddin, N.	2016	American journal of hospice & palliative medicine , v. 33, n. 7, p. 617-624.
<i>Experienced pediatric nurses' perceptions of work-related stressors on general medical and surgical units: A qualitative study</i>	Vicente, A. de A. et al.	2016	International journal of nursing studies, v. 60, p. 216-224.
<i>Improving knowledge, technical skills, and confidence among pediatric health care providers in the management of chronic tracheostomy using a simulation model</i>	Agarwal, A. et al.	2016	Pediatric pulmonology, v. 51, n. 7, p. 696-704.
<i>Race and 30-Day Morbidity in Pediatric Urologic Surgery</i>	Chu, D. I.; Canning, D. A.; Tasian, G. E.	2016	Pediatrics v.138, n. 1 - N°do artigo: e20154574

(continua)

<i>Pharmacogenetics for Safe Codeine Use in Sickle Cell Disease</i>	Gammal, R. S. et al.	2016	(continuação) Pediatrics v.138, n. 1, N° do artigo: e20153479.
<i>Assessment of Weight Bias Among Pediatric Nurses and Clinical Support Staff Toward Obese Patients and Their Caregivers</i>	Garcia, J. T.; Amankwah, E. K.; Hernandez, R. G.	2016	Journal of pediatric nursing-nursing care of children & families v. 31, n. 4, p.: E244-E251.
<i>Improving Communication During Cardiac ICU Multidisciplinary Rounds Through Visual Display of Patient Daily Goals</i>	Justice, L. B. et al.	2016	Pediatric critical care medicine v. 17, n. 7, p. 677-683
<i>Reduction of Insulin Related Preventable Severe Hypoglycemic Events in Hospitalized Children</i>	Poppy, A. et al.	2016	PEDIATRICS , v. 138, n.1, Número do artigo: e20151404.
<i>Communication Challenges: A Qualitative Look at the Relationship Between Pediatric Hospitalists and Primary Care Providers</i>	Solan, L. G. et al.	2016	ACADEMIC PEDIATRICS, v. 16, n. 5, p. 453-459.
<i>Population-based Surveillance for Medically Attended Human Parainfluenza Viruses from the Influenza Incidence Surveillance Project 2010-2014</i>	Steffens, A. et al.	2016	PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE JOURNAL v. 35, n. 7, p. 717-722.

Fonte: Web of Science, 22 ago. 2016.

Realizada a análise da bibliometria como critério de inclusão e exclusão referente aos 10 artigos mais citados para essa base de pesquisa com a palavra “hospitalização pediátrica” (*pediatric hospitalization*). O Quadro 13A apresenta o resultado da análise bibliométrica.

Quadro 13A - Relação dos 10 artigos mais citados na base de dados *Web of Science* para a palavra-chave “hospitalização pediátrica”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Hospital Utilization and Characteristics of Patients Experiencing Recurrent Readmissions Within Children's Hospitals</i>	Berry, J. G. et al.	2011	JAMA-journal of the american medical association, v. 305, n. 7, p. 682-690. Número de citações: 127.
<i>Reduction in Rotavirus-associated Acute Gastroenteritis Following Introduction of Rotavirus Vaccine into Australia's National Childhood Vaccine Schedule</i>	Buttery, J. P. et al.	2011	Pediatric Infectious Disease Journal, v. 30, n. 1, Suplemento: S, p.: S25-S29. Número de citações:105.
<i>Pediatric Readmission Prevalence and Variability Across Hospitals</i>	Berry, J. G. et al.	2013	JAMA-Journal of the American Medical Association v. 309, n. 4, p. 372-380. Número de citações: 76.
<i>Trends in the Epidemiology of Pediatric Severe Sepsis</i>	Hartman, M. E. et al.	2013	Pediatric critical care medicine v. 14, n. 7, p.: 686-693. Número de citações: 71.
<i>Reduction in Pediatric Rotavirus-related Hospitalizations After Universal Rotavirus</i>	Raes, Marc et al.	2011	Pediatric Infectious Disease Journal 30, n. 7, p. E120-E125.

(continua)

<i>Vaccination in Belgium</i>			(continuação)
<i>Hospital-Level Compliance With Asthma Care Quality Measures at Children's Hospitals and Subsequent Asthma-Related Outcomes</i>	Morse, R. B. et al.	2011	JAMA-Journal of the American Medical Association, v. 306, n., 13, p.1454-1460 . Número de citações: 49.
<i>Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals</i>	Stevens, B. J et al. Autor (es) grupo: CIH R Team Childrens Pain	2011	Canadian medical association journal v. 183, n. 7, p. E403-E410 Número de citações: 48.
<i>Diarrhea -Associated Hospitalizations Among US Children Over 2 Rotavirus Seasons After Vaccine Introduction</i>	Yen, Catherine et al.	2011	Pediatrics v. 127, n. 1, p. E9-E15 Número de citações: 46.
<i>Blood transfusion is associated with prolonged duration of mechanical ventilation in infants undergoing reparative cardiac surgery</i>	Kipps, A. K. et al.	2011	Pediatric critical care medicine v. 12, n. 1, p. 52-56 Número de citações: 45.
<i>Ambulatory Visit Rates and Antibiotic Prescribing for Children with Pneumonia, 1994-2007</i>	Kronman, M. P. et al.	2011	Pediatrics v.127, n. 3, p. 411-418 Número de citações: 43.

Fonte: *Web of Science*, 22 ago. 2016.

A terceira busca na base de dados *Web of Science* ocorreu com a palavra-chave “processo de hospitalização” (*process of hospitalization*) no título, no resumo e nas palavras-chave, incluindo sua tradução idiomática, encontrando-se nove registros. Utilizando o primeiro filtro relacionado ao recorte temporal, obtiveram-se dois registros. Com relação ao segundo filtro, relacionado às subáreas

relevantes à pesquisa e excluindo, permaneceram os dois registros (Quadro 14A).

Quadro 14A – Resultado do registro conforme a base de dados *Web of Science* para a palavra-chave “processo de hospitalização”

ARTIGO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Parental Stress and Satisfaction during Children's Hospitalization: Differences between Immigrant and Autochthonous Population</i>	Fernandez-C. A.; Vilchez-Lara, M. J.; Lopez-N., I.	2013	Stress and Health, v. 29, n. 1, p. 22-30.
<i>Experience of a nurse in transpersonal caring for families of neonates discharged from the intensive care unit</i>	Favero, L.; Mazza, V. de A.; Lacerda, M. R.	2012	ACTA Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 4, p. 490-496.

Fonte: *Web of Science*, 22 ago. 2016.

A próxima busca foi com o cruzamento das palavras-chave “processo de hospitalização” e “compartilhamento do conhecimento” (*process of hospitalization and sharing knowledge*), que possui 1.635 registros. Com o filtro temporal, obtiveram-se 179 registros. E após o filtro nas subáreas, obtiveram-se 117 registros.

Na sequência, foi realizada a análise da bibliometria com os critérios de inclusão e exclusão para os 10 artigos mais relevantes para essa base de pesquisa. O Quadro 15A apresenta os resultados.

Quadro15A - Relação dos 10 artigos mais relevantes na base de dados *Web of Science* para o cruzamento das palavras-chave “Hospitalization Process” e “Sharing Knowledge”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Stigmergic coordination in FLOSS development teams: Integrating explicit and implicit mechanisms</i>	Bolici, F.; Howison, J.;Crowston, K.	2016	Cognitive systems research v. 38, Edição especial: SI p.14-22.

(continua)

<i>Parent Recognition and Responses to Developmental Concerns in Young Children</i>	Marshall, J. et al.	2016	(continuação) Infants & young children v. 29, n.: 2, p. 102-115.
<i>Shared cultural knowledge: Effects of music on young children's social preferenc</i>	Soley, Gaye; Spelke, Elizabeth S.	2016	Cognition. v. 148, p.106-116.
<i>Do You Know What I Know? The Impact of Participant Role in Children's Referential Communication</i>	Branigan, H. P.; Bell, J.; McLean, J. F.	2016	Frontiers in psychology, v. 7, n. artigo: 213.
<i>Unsettled teamwork: communication and learning in the operating theatres of an urban hospital</i>	Bezemer, J. et al.	2016	Journal of advanced nursing. V. 72, n. 2, p. 361-372.
<i>Can KnowledgeIntensive Teamwork Be Managed? Examining the Roles of HRM Systems, Leadership, and Tacit Knowledge</i>	Chuang, C.; Jackson, S. E.; Jiang, Y.	2016	Journal of management v. 42, n. 2, p. 524-554.
<i>Reconsidering teachers' habits and experiences of ubiquitous learning to open knowledge</i>	Wen, S. M. L.; Liu, T.	2016	Computers in human behavior. V. 55, p.1194-1200. Parte: B
<i>Research and the young child in India: shifting from alienation to adaptability using an expanded framework</i>	Chaudhary, N.; Pillai, P.	2016	European journal of psychology of Education. V. 31, n. 1, p. 29-42.
			(continua)

<i>The art of common ground: emergence of a complex pragmatic language skill in adolescents with autism spectrum disorders</i>	De Marchena, A.; Eigsti, I.	2016	(continuação) Journal of child language v. 43, n.1, p. 43-80.
<i>Supporting sustained willingness to share knowledge with visual feedback</i>	Heo, M.; Toomey, N.	2016	Computers in human behavior, v. 54, p.388-396.

Fonte: *Web of Science*, 23 maio 2016.

O próximo critério de inclusão e exclusão na análise da bibliometria para o mesmo construto “processo de hospitalização” e “compartilhamento do conhecimento” (*process of hospitalization and sharing knowledge*) foram os 10 artigos mais citados nessa base de pesquisa. O Quadro 16A apresenta os resultados.

Quadro 16A - Relação dos 10 artigos mais citados na base de dados *Web of Science* para o cruzamento das palavras-chave “Hospitalization Process” e “Sharing Knowledge”

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>The influence of intrinsic and extrinsic motivation on individuals' knowledge sharing behavior</i>	Hung, S.Y. et al.	2011	International journal of humancomputer Studies, v. 69, n. 6, p. 415-427.
<i>On the Knowledge of Politics and the Politics of Knowledge: How a Social Representations Approach Helps Us Rethink the Subject of Political Psychology</i>	Elcheroth, G.; Doise, W.; Reicher, S.	2011	Political psychology, v. 32, n. 5, p. 729-758.
<i>Team learning: building shared mental models</i>	Van den Bossche, P. et al.	2011	Instructional Science, v. 39, n. 3, p. 283-301.
<i>Communicating Shared Knowledge in Infancy</i>	Egyed, K.; Kiraly, I.; Gergely, G.	2013	Psychological science, v. 24, n. 7, p. 1348-1353. (continua)

<i>To Name or to Describe: Shared Knowledge Affects Referential Form</i>	Heller, D. G.; Kristen S.; Tanenhaus, M. K.	2012	(continuação) Topics in cognitive science. v. 4, n. 2, p. 290-305.
<i>Women's experiences of group antenatal care in Australia the CenteringPregnancy Pilot Study</i>	Teate, A. et al.	2011	Midwifery, v. 27, n. 2, p. 138-145.
<i>Creative SelfEfficacy and Individual Creativity in Team Contexts: CrossLevel Interactions with Team Informational Resources</i>	Richter, A. W. et al.	2012	Journal of applied psychology, v. 97, n. 6, p. 1282-1290.
<i>Towards a Theory of Collective Emotions</i>	Von Scheve, C.; Ismer, S.	2013	Emotion review, v. 5, n. 4, p. 406-413.
<i>What's Learned Together Stays Together: Speakers' Choice of Referring Expression Reflects Shared Experience</i>	Gorman, K. S. et al.	2013	Journal of experimental psychologylearning Memory and cognition, v. 39, n. 3, p. 843-853.
<i>From the individual to the group: The enhancement of linguistic bias</i>	Menegatti, M.; Rubini, M.	2012	European journal of social psychology, v. 42, n. 1, p. 36-40.

Fonte: Web of Science, 23 maio 2016.

Realizada nova busca com o cruzamento das palavras-chave “hospitalização pediátrica” e “compartilhamento do conhecimento” (*pediatric hospitalization sharing knowledge*), a qual possui um registro. Com o filtro temporal definido e das subáreas, esse registro permaneceu (Quadro 17A).

Quadro 17A – Resultado do registro conforme a base de dados *Web of Science* com o cruzamento dos construtos "pediatric hospitalization" and "sharing knowledge "

ARTIGO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Applying Social Network Analysis to Understand the Knowledge Sharing Behaviour of Practitioners in a Clinical Online Discussion Forum</i>	Stewart, S. A.; Abidi, S. S. R.	2012	Journal of Medical Internet Research, v. 14, n. 6, p. 245-264.

Fonte: *Web of Science*, 22 ago. 2016.

A busca com o cruzamento das palavras-chave “processo de hospitalização” e “hospitalização pediátrica” (*process of hospitalization and pediatric hospitalization*), resultou em um registro. Com o filtro temporal e das subáreas, esse registro permaneceu (Quadro 18A).

Quadro 18A – Resultado do registro conforme a base de dados *Web of Science* com o cruzamento dos construtos "pediatric hospitalization" and “processo of hospitalization”

ARTIGO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Parental Stress and Satisfaction during Children's Hospitalization: Differences between Immigrant and Autochthonous Population</i>	Fernandez-Castillo, A.; Vilchez-Lara, M. J.; Lopez-Naranjo, I.	2013	<i>Stress and Health</i> , v. 29, n. 1, p. 22-30.

Fonte: *Web of Science*, 22 ago. 2016.

Uma última tentativa de cruzamento entre as três palavras-chaves “compartilhamento do conhecimento” e “processo de hospitalização” e “hospitalização pediátrica” (*sharing knowledge and process hospitalization and pediatric hospitalization*) sem a utilização dos filtros, não se obteve registros.

Ao final da pré-seleção dos artigos com as palavras-chave “compartilhamento do conhecimento” e “processo de hospitalização” e “hospitalização pediátrica” (*sharing knowledge and process of hospitalization and pediatric hospitalization*) na base de dados *Web of Science* e, tendo como filtros a temporalidade (01/01/2011 - 31/12/2016)

e a análise bibliométrica que destacou os 10 artigos com maior número de citações e os 10 mais relevantes de cada uma das palavras-chave, excessão à palavra-chave “processo de hospitalização” com apenas dois registros, limitados pelas subáreas do conhecimento de interesse ao tema, chegou-se ao total de 42 artigos que, acrescidos dos 22 registros encontrados no cruzamento das palavras-chave, totalizaram 64 artigos.

O próximo passo foi a leitura de seus *abstracts* tendo como foco de atenção a sua aderência ou não à pesquisa em curso, que resultou em vinte e seis publicações.

Portanto, o total de registros selecionados após a análise compõe 64 publicações, analisadas após leitura de seus *abstracts*, tendo como foco a aderência da pesquisa, resultando, assim, em 26 registros selecionados, conforme a Tabela 4A.

Tabela 4A – Distribuição do número de publicações selecionadas por palavra-chave conforme sua aderência à pesquisa na base de dados *Web of Science* após análise do *abstract*

PALAVRAS-CHAVE	Nº DE REGISTROS REGISTROS WEB OF SCIENCE	Nº DE ARTIGOS ANALISADOS	Nº DE ARTIGOS SELECIONADOS
Hospitalização Pediátrica	4.179	20	09
Processo de Hospitalização	9	02	02
Compartilhamento do conhecimento	6.378	20	09
Processo de Hospitalização e Compartilhamento do conhecimento	117	20	04
Compartilhamento do Conhecimento e Hospitalização Pediátrica	01	01	01
Hospitalização Pediátrica e Processo de Hospitalização	01	01	01
Compartilhamento do Conhecimento e Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	00	00	00
TOTAL	10.568	64	26

Fonte: Elaborada pela autora.

As 26 publicações selecionadas na Tabela 4A foram lidas na íntegra para confirmar ou não sua aderência à pesquisa em desenvolvimento. Dessa forma, a Tabela 5A apresenta o número de publicações que irão compor a pesquisa.

Tabela 5A - Relação do número de publicações selecionadas por palavra-chave após a leitura na íntegra para compor a pesquisa após análise do conteúdo e enfoque da pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE	Nº DE REGISTROS REGISTROS WEB OF SCIENCE	Nº DE ARTIGOS ANALISADOS	Nº DE ARTIGOS SELECIONADOS
Hospitalização Pediátrica	4.179	09	04
Processo de Hospitalização	9	02	01
Compartilhamento do conhecimento	6.378	09	03
Processo de Hospitalização e Compartilhamento do conhecimento	117	04	03
Compartilhamento do Conhecimento e Hospitalização Pediátrica	01	01	01
Hospitalização Pediátrica e Processo de Hospitalização	01	01	01
Compartilhamento do Conhecimento e Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	00	00	00
TOTAL	10.568	26	13

Fonte: Elaborada pela autora.

1.2.4.3 Estratégia de busca na base de dados Medline

Foram realizadas cinco buscas nessa base de dados estando distribuídas como: Pesquisa 1 OR Pesquisa 2 = Pesquisa 3, e Pesquisa 3 AND pesquisa 4 = Pesquisa 5. O Quadro 19A apresenta a estratégia realizada para cada uma dessas pesquisas.

Quadro 19A – Relação das estratégias de busca para essa base de dados

PESQUISA	ESTRATÉGIA DE BUSCA
Pesquisa 1= Hospitalização Pediátrica	"Child, Hospitalized"[Mesh] OR ((Pediatric OR Paediatric) AND (hospital* OR stay*))
Pesquisa 2= Processo de Hospitalização;	(Continuação) Process AND Hospitalization AND (Pediatric* OR Paediatric* OR child*)
Pesquisa 3= Hospitalização Pediátrica ou Processo de Hospitalização	((("Child, Hospitalized"[Mesh] OR ((Pediatric OR Paediatric) AND (hospital* OR stay*)))) OR (Process AND Hospitalization AND (Pediatric* OR Paediatric* OR child*))
Pesquisa 4= Compartilhamento do Conhecimento	Knowledge AND shar*
Pesquisa 5= Hospitalização Pediátrica ou Processo de Hospitalização ou Compartilhamento do Conhecimento	(((((("Child, Hospitalized"[Mesh] OR ((Pediatric OR Paediatric) AND (hospital* OR stay*)))) OR (Process AND Hospitalization AND (Pediatric* OR Paediatric* OR child*)))) AND (Knowledge AND shar*))

Fonte: Elaborada pela autora.

Para a primeira busca com a palavra-chave “hospitalização pediátrica” a estratégia foi a utilização do símbolo de truncagem asterisco para as primeiras variações das palavras 'hospital *', 'child*' (criança) e 'shar *' (compartilhar): "Child, Hospitalized"[Mesh] OR ((Pediatric OR Paediatric) AND (hospital* OR stay*)). No título, no resumo e nas palavras-chave encontrando-se 27.1416 registros,

classificados por relevância. Utilizando o filtro relacionado ao recorte temporal de 01/01/2011 até 31/12/2016, obteve-se 12.7567 registros. O Quadro 20A apresenta os resultados.

Quadro 20A – Relação dos 20 artigos mais relevantes na base de dados *Medline* para a palavra-chave “hospitalização pediátrica”

ARTIGO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Successful implementation of a referral-based academic pediatric hospitalist service.</i>	Hrach CM.; Smith CA.; Shah PP.; et al.	2013	Hosp Pediatr., v. 3, n. 1, p. 52-58, 2013 Jan.
<i>Parents' and healthcare providers perspectives about hospitalised children being visited by other children in Nairobi, Kenya.</i>	Makworo DG; Bwibo N; Omoni G.	2013	East Afr Med J. v. 90, n. 4, p. 108-116, 2013, Apr.
<i>Blueprint for Action: Visioning Summit on the Future of the Workforce in Pediatrics.</i>	Hay WW Jr.; Mahan JD.; Mendoza FS.; et al.	2015	Federation of Pediatric Organizations' Visioning Summit Working Groups and Planning Committee. Pediatrics v.136, n. 1, p.161-169, 2015, Jul.
<i>Development of performance tracking for a pediatric hospitalist division.</i>	Paciorowski N; Pruitt C; Lashly D; et al.	2013	Hosp Pediatr. v.3, n. 2.p. 118-128, 2013, Apr.
<i>Association between practice setting and pediatric hospitalist career satisfaction.</i>	Pane LA.; Davis AB; Ottolini MC.	2013	Hosp Pediatr. v. 3, n. 3, p.285-291, 2013, Jul.
<i>Pediatric hospitalist perceptions of the impact of duty hour changes on education and patient care.</i>	O'Toole JK; Solan LG; Yau C; et al.	2013	Hosp Pediatr. v. 3, n. 2, p.162-166, 2013 Apr.
<i>Pediatric palliative care and inpatient hospital costs: a longitudinal cohort study.</i>	Smith AG; Andrews S; Bratton SL; et al.	2015	Pediatrics. v.135, n.4, p. 694-700, 2015 Apr. (continua)

<i>The impact of telemedicine intensivist support and a pediatric hospitalist program on a community hospital.</i>	Labarbera JM.; Ellenby MS.; Bouressa P.; et al.	2013	Telemed J E Health. v. 19, n. 10, p. 760-766, 2013 Oct. (continuação)
<i>Study on developmental-behavioural pediatrics training experiences of pediatricians and pediatric trainees working in Nepal.</i>	Rimal HS.; Pokharel A.; Saha V.	2013	Kathmandu Univ Med J (KUMJ), v.11, n. 43, p.191-205, 2013 Jul-Sep.
<i>Pediatric palliative care: a conceptual analysis for pediatric nursing practice.</i>	Stayer D.	2012	J Pediatr Nurs, v .27, n. 4, p. 350-356, 2012, Aug.
<i>Guiding principles for pediatric hospital medicine programs.</i>	Section on Hospital Medicine.	2013	Pediatrics, v. 132, n. 4, p.782-786, 2013, Oct.
<i>Pediatric hospitalist systems versus traditional models of care: effect on quality and cost outcomes.</i>	Mussman GM.; Conway PH.	2012	J Hosp Med. V. 7, n. 4, p. 350-357, 2012, Apr.
<i>[Pediatrics at an academic medical center: organization of university pediatric services].</i>	Clariss O.	2013	Bull Acad Natl Med., v. 197, n. 6, p. 1123-1126, 2013, Jun. French.
<i>Socioeconomic status influences the toll paediatric hospitalisation take on families: a qualitative study.</i>	Beck AF.; Solan LG.; Brunswick AS.; et al. H2O Study Group.	2016	BMJ Qual Saf., v. 28. Pii: bmjqs-2016-00542, 2016, Jul.
<i>Simulation-based medical education in pediatrics.</i>	Lopreiato JO.; Sawyer T.	2015	Acad Pediatr., v. 15, n. 2, p. :134-142, 2015, Mar-Apr. (continua)

<i>Factors affecting length of stay in the pediatric emergency department.</i>	Li ST.; Chiu NC.; Kung WC.; et al.	2013	Pediatr Neonatol, v. 54, n. 3, p. 179-187, 2013 Jun. (continuação)
<i>Pediatric integrative medicine: pediatrics' newest subspecialty?</i>	Vohra S.; Surette S.; Mittra D.; et al.	2012	BMC Pediatr., v. 15, n. 12, p. 12, 2012 Aug.
<i>Quality of reporting and evidence in American Academy of Pediatrics guidelines.</i>	Isaac A.; Saginur M.; Hartling L.; et al.	2013	Pediatrics., v. 131, n. 4, p. 732-738, 2013 Apr.
<i>Pediatric training and career intentions, 2003-2009.</i>	Frintner MP.; Cull WL.	2012	Pediatrics., v. 129, n. 3, p. 522-528, 2012, Mar.
<i>Pediatric aspects of inpatient health information technology systems.</i>	Lehmann C.U.; Council on Clinical Information Technology.	2015	Pediatrics., v.135, n. 3, p. e 756-68, 2015 Mar.

Fonte: Medline, 15 dez. 2016.

A segunda busca ocorreu com a palavra-chave “processo de hospitalização” com a estratégia de busca: *Process AND Hospitalization AND (Pediatric* OR Paediatric* OR child*)*. No título, no resumo e nas palavras-chave encontrando-se 1.734 registros classificados por relevância. Utilizando o primeiro filtro relacionado ao recorte temporal, obteve-se 569 registros. O Quadro 21A apresenta os resultados.

Quadro 21A - Relação dos 20 artigos mais relevantes na base de dados *Medline* para a palavra-chave “processo de hospitalização”

ARTIGO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Improving the Efficiency of Care for Pediatric Patients Hospitalized With Asthma.</i>	Bartlett KW. et al.	2016	Hosp Pediatr. 2016 Dec 8. pii: hpeds.2016-0108.
<i>Hospitalization anxiety in children: conceptual analysis.</i>	Gomes GL.; Fernandes MD.; Nóbrega MM.	2016	Rev Bras Enferm. v. 69, n. 5p. 940-945, 2016, Set.-Oct.
<i>Closing the Gap: Supporting Patients' Transition to Self-Management after Hospitalization.</i>	Pollack AH. et al.	2016	Proc SIGCHI Conf Hum Factor Comput Syst., v. 2016, p. 5324-5336, 2016 May.
<i>Parents' experiences of managing their child's postoperative pain at home: an exploratory qualitative study.</i>	Longard J. et al.	2016	J Clin Nurs., v. 25, n. 17-18, p. 2619-2628, 2016, Set.
<i>[Teamwork and negotiation with family in pediatrics].</i>	Ramos-Mendes MG.; Rodrigues Araújo B.; Pereira Martins M.	2016	Enferm Clin., v.26, n. 4, p. 234-237, 2016, Jul.-Aug.
<i>OC40 - Family participation in caring for hospitalized children - nurses' perspectives.</i>	Santos MR.; Lopes NQ.; Sousa P.	2016	Nurs Child Young People, v. 28, n. 4, p. 82.2016, May, 9.
<i>The Validity of the Pediatric Assessment</i>	Fernández A. et al.	2016	(continua)

<i>Triangle as the First Step in the Triage Process in a Pediatric Emergency Department.</i>			(continuação) Pediatr Emerg Care. 2016 May 12.
<i>Minimizing pediatric health care-induced anxiety and trauma.</i>	Lerwick JL.	2016	World J Clin Pediatr., v. 5, n. 2, p.143-150. 2016 May 8,
<i>'Don't put the parent out': parents' perspectives of being present during an inter-hospital transfer.</i>	Masterson K.; Brenner M.	2016	J Clin Nurs. v. 25, n. 9-10, p. 1301-1307, 2016, May.
<i>Impact of Hospital Admission Care At a Pediatric Unit: A Qualitative Study.</i>	Macías M. et al.	2015	Pediatr Nurs., v. 41, n. 6, p. 285-294, 2015 Nov-Dec.
<i>Rapid Response Team Calls and Unplanned Transfers to the Pediatric Intensive Care Unit in a Pediatric Hospital.</i>	Humphreys S.; Totapally BR.	2016	Am J Crit Care., v. 25, n. 1, p. e9-13, 2016 Jan.
<i>The Patient Passport Program: An Intervention to Improve Patient-Provider Communication for Hospitalized Minority Children and Their Families.</i>	Lee L. K. et al.	2016	Acad Pediatr., v. 16, n. 5, p. 460-467. 2016 Jul.
<i>Anxiety in children following hospitalization: a proposal for a nursing diagnosis.</i>	Gomes GL.; Da Nóbrega MM.	2015	Rev Lat Am Enfermagem., v. 23, n. 5, p. 963-970, 2015 Sep-Oct.
<i>The effect of medical clowning on reducing pain, crying, and anxiety in children aged 2-10 years old undergoing venous blood drawing--a randomized controlled study.</i>	Meiri N. et al.	2016	Eur J Pediatr., v. 175, n. 3, p. 373-9. 2016 Mar.
			(continua)

<i>The family living the child recovery process after hospital discharge.</i>	Pinto JP.; Mandetta MA.; Ribeiro CA.	2015	(continuação) Rev Bras Enferm., v. 68, n. 4, p. 510-517, 594-602. 2015 Jul-Aug.
<i>Is researching adverse events in hospital deaths a good way to describe patient safety in hospitals: a retrospective patient record review study.</i>	Baines R. J. et al.	2015	BMJ Open., v. 5, n. 7, p. e007380.2015, Jul., 9.
<i>Improving the reliability of verbal communication between primary care physicians and pediatric hospitalists at hospital discharge.</i>	Mussman GM. et al.	2015	J Hosp Med., v. 10, n. 9, p. 574-580, 2015, Sep.
<i>Parental satisfaction with inpatient care of children with cerebral palsy.</i>	Iannelli M. et al.	2015	J Paediatr Child Health., v. 51, n. 11, p. 1089-1096. 2015 Nov.
<i>Continuity of care in children with special healthcare needs: a qualitative study of family's perspectives.</i>	Zanello E. et al.	2015	Ital J Pediatr., v. 8; n. 41, p. 7, 2015 Feb.
<i>Improving process quality for pediatric emergency department.</i>	Kim B. B.; Delbridge TR.; Kendrick DB.	2014	Int J Health Care Qual Assur., v.27, n. 4, p. 336-346, 2014.

Fonte: Medline, 17 dez. 2016.

A terceira busca ocorreu com o cruzamento da primeira e segunda buscas, as palavras-chave “hospitalização pediátrica e processo de hospitalização” com a estratégia de busca: ((*Child, Hospitalized*)[Mesh] OR ((*Pediatric OR Paediatric*) AND (*hospital* OR stay**)))) OR (*Process AND Hospitalization AND (Pediatric* OR Paediatric* OR child*)*), no título, no resumo e nas palavras-chave encontrando-se 27.2681 registros. Utilizando o primeiro filtro

relacionado ao recorte temporal, obteve-se 12.8079 registros. O Quadro 22A apresenta os resultados

Quadro 22A - Relação dos 20 artigos mais relevantes na base de dados *Medline* para as palavras-chave “hospitalização pediátrica e processo de hospitalização”

ARTIGO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Pediatric Whole Exome Sequencing: an Assessment of Parents' Perceived and Actual Understanding.</i>	Tolusso LK. et al.	2016	J Genet acons. 2016 dezembro 16.
<i>Integrating teaching into everyday clinical practice.</i>	King, D.; West N.; Elder C.	2016	Arch Dis Criança Educ Pract Ed. 2016 dezembro 16. Pii: edpract-2016-311416.
<i>Does increased duration of consultant presence affect length of hospitalstay for unplanned admissions in acute paediatrics? an observational before-and-after analysis using administrative healthcare data.</i>	Cromb D. et al.	2016	Arch Dis Criança. 2016 dezembro 16. Pii: archdischild-2016-311.318.
<i>Development of an Online Learning Module to Improve Pediatric Residents' Confidence and Knowledge of the Pubertal Examination.</i>	Ens A.; Janzen K.; Palmert MR.	2016	J Adolesc Saúde. 2016 dezembro 13. Pii: S1054-139X (16) 30402-5.
<i>Creatively Improving Care Delivery.</i>	Boyle BM.; Hill I.	2016	J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016 dezembro 15.

(continua)

<i>Health-related Quality of Life in Children and Adolescents with Psoriasis: A Systematic Review and Meta-analysis.</i>	Randa H. et al.	2016	(continuação) Acta Derm Venereol. 2016 dezembro 16.
<i>Stress system dysregulation in pediatric generalized anxiety disorder associated with comorbid depression.</i>	Funke R. et al.	2016	Stress Health. 2016 Dec 16.
<i>The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team.</i>	Macedo T. R. et al.	2016	Rev Esc Enferm USP., v. 50, n. 5, p. 756-762. 2016 Sep-Oct.
<i>The Association Between Hospital Capacity Strain and Inpatient Outcomes in Highly Developed Countries: A Systematic Review.</i>	Eriksson C. O. et al.	2016	J Gen Intern Med. 2016 Dec 15.
<i>Multivariate Dynamical Modelling of Structural Change during Development.</i>	Ziegler G. et al.	2016	Neuroimage. 2016 Dec 12. pii: S1053-8119(16)30739-X ⁴ .
<i>Evidence-based Practice in Action: Ensuring Quality of Pediatric Assessment Frequency.</i>	McDonald K.; Eckhardt AL.	2016	J Pediatr Nurs. 2016 Dec 12. pii: S0882-5963(16)30452-3.]
<i>A Survey Assessment of Perceived Importance and Methods of Maintenance of Critical Procedural Skills in Pediatric Emergency Medicine.</i>	Mittiga MR.; FitzGerald MR.; Kerrey BT.	2016	Pediatr Emerg Care. 2016 Dec 12. (continua)

<i>Paediatric parenting stress in fathers and mothers of young children with Type 1 diabetes: a longitudinal study.</i>	Nieuwesteeg A. et al.	2016	(continuação) Diabet Med. 2016 Dec 14.
<i>Photodermatoses: Kids are not just little people.</i>	Naka F.; Shwayder TA.; Santoro FA.	2016	Clin Dermatol., v. 34, n. 6, p. 724-735. 2016 Nov – Dec.
<i>A multidisciplinary team care approach improves outcomes in high-risk pediatric neuroblastoma patients.</i>	Chang H. H. et al.	2016	Oncotarget. 2016 Dec 10.
<i>Unstructured play for anxiety in pediatric inpatient care.</i>	Al-Yateem N.; Rossiter RC.	2016	J Spec Pediatr Nurs. 2016 Dec 14.
<i>Fear of clowns in hospitalized children: prospective experience.</i>	Meiri N. et al.	2016	Eur J Pediatr. 2016 Dec 14. [Epub ahead of print]
<i>An Educational Intervention to Improve Nurses' Understanding of Pain in Children in Western India.</i>	Dongara A. R et al.	2016	Pain Manag Nurs. 2016 Dec 10. pii: S1524-9042(16)30148-5.
<i>Building on evidence to improve patient care.</i>	Snauwaert E. et al.	2016	Pediatr Nephrol. 2016 Dec 9.
<i>Parents reported higher satisfaction rates when children recognised hospital staff from photographs placed in prominent locations.</i>	Bretler S. et al.		Acta Paediatr. 2016 Dec 9.

Fonte: Medline, 17 dez. 2016.

A quarta busca ocorreu com a palavra-chave “compartilhamento do conhecimento” com a estratégia de busca: Knowledge AND shar*. No título, no resumo e nas palavras-chave encontrando-se 396 registros. Utilizando o primeiro filtro relacionado ao recorte temporal, obteve-se 224 registros. O Quadro 23A apresenta os resultados.

Quadro 23A - Relação dos 20 artigos mais relevantes na base de dados *Medline* para a palavra-chave “compartilhamento do conhecimento”

ARTIGO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings.</i>	Truglio-Londrigan M.; Slyer JT.; Singleton JK., Worrall P.	2012	JBI Libr Syst Rev., v. 10, n. 58, p. 4633-4646, 2012.
<i>Indicators and measurement tools for health system integration: a knowledge synthesis protocol.</i>	Oelke N. D et al.	2015	Syst Rev., v. 4, p. 99, 2015, Jul, 29.
<i>Shared decision-making in orthopaedic surgery.</i>	Slover J.; Shue J.; Koenig K.	2012	Clin Orthop Relat Res., v. 470, n. 4, p. 1046-1053, 2012 Apr.
<i>A systematic review of shared decision making interventions in chronic conditions: a review protocol.</i>	Gionfriddo MR et al.	2014	Syst Rev., v. 3 p. 38, 2014 Apr 15.
<i>In a maternity shared-care environment, what do we know about the paper hand-held and electronic health record: a systematic</i>	Hawley G. et al.	2014	BMC Pregnancy Childbirth, v. 14, p. 52, 2014, Jan 30.

(continua)

<i>literature review.</i>			(continuação)
<i>Study protocol: a systematic review of pediatric shared decision making.</i>	Wyatt K. D. . al.	2013	Syst Rev., v. 2, p. 48, 2013 Jul 1; Doi: 10.1186/2046- 4053-2-48.
<i>Shared decision-making in the People's Republic of China: current status and future directions.</i>	Huang R. et al.	2015	Patient Prefer Adherence, v. 9, p. 1129-1141, 2015 Aug, 6.
<i>The effectiveness of group visits for patients with heart failure on knowledge, quality of life, self-care, and readmissions: a systematic review protocol.</i>	Slyer JT.; Ferrara LR.	2012	JBI Libr Syst Rev., v. 10, n. 58, p. 4647- 4658, 2012.
<i>Methods of a multi-faceted rapid knowledge synthesis project to inform the implementation of a new health service model: Collaborative Emergency Centres.</i>	Hayden J. A. et al.	2015	Syst Rev., v. 4, p.7, 2015, Jan, 14.
<i>How Health Care Professionals Use Social Media to Create Virtual Communities: An Integrative Review.</i>	Rolls K. et al.	2016	J Med Internet Res., v. 18, n. 6, p. e166, 2016 Jun 16.
<i>[New technologies: support opportunities for network research].</i>	Rodríguez- Martín A. et al.	2012	Nutr Hosp. 27 Suppl, v. 2, p. 49-53, 2012 Nov.
<i>[Medical history in the information age; new impetus for the section</i>	Bolt TC	2016	Ned Tijdschr Geneesk. v. (continua)

<i>'Historical perspective' in the Dutch Journal of Medicine].</i>			(continuação) 160, p. D54.2016 [Article in Dutch].
<i>A scoping review of online repositories of quality improvement projects, interventions and initiatives in healthcare.</i>	Bytautas JP.;Gheihman G.; Dobrow MJ.	2016	BMJ Qual Saf. 2016 Apr 20. pii: bmjqs-2015-005092.
<i>Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies.</i>	Angel S.; Frederiksen K. N.	2015	Int J Nurs Stud., v. 52, n. 9, p.1525-1538, 2015, Sep.
<i>Personalization and Patient Involvement in Decision Support Systems: Current Trends.</i>	Quaglioni S.;Sacchi L.; Lanzola G.; et al.	2015	Yearb Med Inform, v. 10, n. 1, p 106-118, 2015 Aug, 13.
<i>Information technology for clinical, translational and comparative effectiveness research. Findings from the section clinical research informatics.</i>	Daniel C.; Choquet R.	2014	Yearb Med Inform., v. 9, p. 224-227, 2014 Aug, 15.
<i>Mapping the organization: a bibliometric analysis of nurses' contributions to the literature.</i>	Goode C. J. et al.	2013	J Nurs Adm., v. 43, n. 9, p.481-487, 2013, Sep.
<i>Enabling patient-centered care through health information technology.</i>	Finkelstein J. et al.	2012	Evid Rep Technol Assess (Full Rep)., n. (continua)

			(continuação) 206, p. 1-1531, 2012 Jun.
<i>Applying social network analysis to understand the knowledge sharing behaviour of practitioners in a clinical online discussion forum.</i>	Stewart AS.; Abidi SS.	2012	J Med Internet Res. 2012 Dec, v. 14, n. 6, p. e170, 2012, Dec, 4.
<i>Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument.</i>	Couët N. et al.	2015	Health Expect., v. 18, n. 4, p. 542-561, 2015, Aug.

Fonte: Medline, 19 dez. 2016.

A quinta busca ocorreu com o cruzamento das três palavras-chave “hospitalização pediátrica e processo de hospitalização e compartilhamento do conhecimento” com a estratégia de busca: (((("Child, Hospitalized"[Mesh] OR ((Pediatric OR Paediatric) AND (hospital* OR stay*)))) OR (Process AND Hospitalization AND (Pediatric* OR Paediatric* OR child*))) AND (Knowledge AND shar*)), no título, no resumo e nas palavras-chave, encontrando-se 234 registros. Utilizando o primeiro filtro relacionado ao recorte temporal, obteve-se 161 registros. O Quadro 24A apresenta os resultados.

Quadro 24A - Relação dos 20 artigos mais relevantes na base de dados Medline para a palavra-chave

TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO
<i>Shared Decision Making in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis.</i>	Wyatt K. D. et al.	2015	Acad Pediatr., v. 15, n. 6, p. 573-583, 2015, Nov-Dec. (continua)

<i>Barriers to and facilitators of implementing shared decision making and decision support in a paediatric hospital: A descriptive study.</i>	Boland L.;McIsaac DI.; Lawson ML.	2016	(continuação) Paediatr Child Health., v. 21, n. 3, p. e17-21, 2016 Apr.
<i>Pediatric collaborative improvement networks: background and overview.</i>	Lannon CM.;Peterson LE.	2013	Pediatrics. , v. 131, Suppl 4, p. S189-195, 2013, Jun.
<i>Shared learning for chronic conditions: a methodology for developing the Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) care pathways for children with allergies.</i>	Warner JO.; Lloyd K. Science and Research Department, Royal College of Paediatrics and Child Health.	2011	Arch Dis Child., v. 96, Suppl 2, p. i1-5, 2011, Nov.
<i>Shared decision-making in pediatric intensive care units: a qualitative study with physicians, nurses and parents.</i>	Kahveci R. et al.	2014	Indian J Pediatr., v. 81, n. 12, p. 1287-1292, 2014, Dec.
<i>Evaluating the effectiveness of pediatric pain management guidelines.</i>	Habich M. et al.	2012	J Pediatr Nurs., v. 27, n. 4, p. 336-345, 2012 Aug.
<i>The theory of shared communication: how parents of technology-dependent children communicate with nurses on the inpatient unit.</i>	Giambra B. K. et al.	2014	J Pediatr Nurs., v. 29, n. 1, p. 14-22, 2014, Jan-Feb.
			(continua)

<i>Family initiated escalation of care for the deteriorating patient in hospital: Family centred care or just "box ticking".</i>	Gill FJ.;Leslie GD.; Marshall AP.	2016	(continuação) Aust Crit Care, v. 29, n. 4, p. 195-200, 2016, Nov.
<i>Shared Decision Making in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis.</i>	Wyatt KD. et al.	2015	Acad Pediatr., v. 15, n. 6, p. 573-583, 2015, Nov.-Dec.
<i>Training clinicians in how to use patient-reported outcome measures in routine clinical practice.</i>	Santana MJ. et al.	2015	Qual Life Res, v. 24, n. 7, p. 1707-1718, 2015, jul.
<i>Using design methods to provide the care that people want and need.</i>	Erwin K.; Krishnan J.A.	2016	J Comp Eff Res,v. 5, n. 1, p. 13-15, 2016, Jan.
<i>High-reliability emergency response teams in the hospital: improving quality and safety using in situ simulation training.</i>	Wheeler DS. et al.		BMJ Qual Saf, v. 22, n. 6, p. 507-514, 2013, Jun.
<i>Insight into the sharing of medical images: physician, other health care providers, and staff experience in a variety of medical settings.</i>	Sandberg JC. et al.	2012	Appl Clin Inform, v. 3, n. 4, p.475-487, 2012, Dec.12.
<i>Saving a life after discharge: CPR training for parents of high-risk children.</i>	Knight L. J. et al.	2013	J Healthc Qual, v. 35, n. 1, p. 9-16; quiz17, 2013 Jan-Feb.
<i>Perceptions of interprofessional</i>	Van Schaik SM. et al.	2014	Med Educ.,v. (continua)

<i>teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis.</i>			(continuação) 48, n. 6, p. 583-592, 2014, Jun.
<i>Characteristics of nursing studies in diabetes research published over three decades in Sweden, Norway, Denmark and Iceland: a narrative review of the literature.</i>	Iversen MM. et al.	2016	Scand J Caring Sci.v. 30, n. 2, p. 241-249, 2016, Jun.
<i>Adolescents' preferences for treatment decisional involvement during their cancer.</i>	Weaver MS. et al.	2015	Cancer, v. 121, n. 24, p. 4416-4424, 2015, Dec, 15.
<i>Conclusions and future directions for the REiNS International Collaboration.</i>	Widemann BC. et al.	2013	Neurology, v. 81, n. 21, Suppl 1, p. S41-44, 2013 Nov, 19.
<i>Translating rare-disease therapies into improved care for patients and families: what are the right outcomes, designs, and engagement approaches in health-systems research?</i>	Potter BK. et al.	2016	Genet Med, v. 18, n. 2, p. 117-123, 2016, Feb.
<i>Milestones of critical thinking: a developmental model for medicine and nursing.</i>	Papp KK. et al.	2014	Acad Med, v. 89, n. 5, p. 715-720, 2014, May.

Fonte: Medline, 19 dez. 2016.

Ao final da pré-seleção dos artigos com as palavras-chave “compartilhamento do conhecimento” e “processo de hospitalização” e “hospitalização pediátrica” na base de dados *Medline* e, tendo como filtros a temporalidade (2011-2016), foram destacados 20 artigos de maior relevância para o tema proposto pelo título, para cada uma das palavras-chave e cruzamentos em cinco buscas, totalizando 100 artigos, sendo realizada a leitura de seus *abstracts* e tendo como foco de atenção a sua aderência ou não à pesquisa em curso, que resultou em 43 publicações conforme a Tabela 6A.

Tabela 6A – Distribuição do número de publicações selecionadas por palavra-chave conforme sua aderência à pesquisa na base de dados *Medline* após análise do *abstract*

PALAVRAS-CHAVE	Nº DE REGISTROS MEDLINE	Nº DE ARTIGOS ANALISADOS	Nº DE ARTIGOS PARA LEITURA (<i>abstract</i>, palavra-chave e título)
Hospitalização Pediátrica	127.567	20	11
Processo de Hospitalização	569	20	09
Hospitalização Pediátrica e Processo de Hospitalização	128.078	20	08
Compartilhamento do conhecimento	224	20	08
Compartilhamento do Conhecimento e Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	161	20	07
TOTAL	640.645	100	43

Fonte: Elaborada pela autora.

As 43 publicações selecionadas na Tabela 6A foram lidas na íntegra para confirmar ou não sua aderência à pesquisa em desenvolvimento. Dessa forma, a Tabela 7A apresenta o número de publicações que irão compor a pesquisa.

Tabela 7A - Relação do número de publicações selecionadas por palavra-chave após a leitura na íntegra para compor a pesquisa após análise do conteúdo e enfoque da pesquisa

PALAVRAS-CHAVE	Nº DE ARTIGOS PARA LEITURA (<i>abstract</i>, palavra-chave e título)	Nº DE ARTIGOS SELECIONADOS APÓS LEITURA EM SUA TOTALIDADE
Hospitalização Pediátrica	11	03
Processo de Hospitalização	09	03
Hospitalização Pediátrica e Processo de Hospitalização	08	02
Compartilhamento do conhecimento	08	04
Compartilhamento do Conhecimento e Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	07	03
TOTAL	43	15

Fonte: Elaborada pela autora.

1.2.5 Quinta fase – Organizando os resultados

Após a busca realizada nas bases de dados *Scopus*, *Web of Science* e *Medline* com a pré-seleção e a seleção pela leitura respectiva de seus *abstracts*, e na sua totalidade, a próxima fase é a organização desses resultados.

Os resultados obtidos de cada uma das publicações são avaliados à luz de suas trajetórias com o intuito de obter dados significativos para a pesquisa em desenvolvimento. As 38 publicações selecionadas nas três bases de dados são apresentadas na Tabela 8A.

Tabela 8A – Total de artigos selecionados após análise de dados nas bases de dados

PALAVRAS-CHAVE	N° ARTIGOS SELECIONADOS SCOPUS	N° ARTIGOS SELECIONADOS WEB OF SCIENCE	N° ARTIGOS SELECIONADOS MEDLINE	TOTAL
Compartilhamento do Conhecimento	02	03	04	09
Hospitalização Pediátrica	02	04	03	09
Processo de Hospitalização	04	01	03	8
Processo de Hospitalização e Compartilhamento do Conhecimento	00	03	-	03
Hospitalização Pediátrica e Compartilhamento do Conhecimento	01	01	-	02
Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	01	01	02	04
Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica e Compartilhamento do Conhecimento	00	00	03	03
TOTAL	10	13	15	38

Fonte: Elaborada pela autora.

1.2.6 Sexta fase – Busca dos dados

Realizada a análise dos resultados, a próxima fase da revisão sistemática é compilar os dados obtidos de cada uma das publicações selecionadas, com relevância à pesquisa em desenvolvimento.

A pergunta de pesquisa apresentada no início representou o fio condutor de todo o processo de revisão sistemática desenvolvido, conferindo aproximação ao tema proposto.

1.2.7 Sétima fase – Síntese dos dados

A síntese dos dados, nesse momento da pesquisa, permite contrapor os resultados encontrados nas buscas realizadas nas três bases de dados, *Scopus*, *Web of Science* e *Medline*, para desvelar possíveis duplicidades, que foram constatadas além das triplicidades e até mesmo a quadruplicidade nos 38 registros selecionados após análise de dados nas bases. A Tabela 9A mostra os resultados da síntese realizada.

Tabela 9A - Total de artigos selecionados após análise das duplicidades, triplicidades e quadruplicidades nas bases de dados.

Palavras-chave	N ° artigos selecionados Scopus	N ° artigos selecionados Web of Science	N ° artigos selecionados Medline	N ° artigos analisados para a coleta de dados	N ° artigos selecionados para a coleta de dados
Compartilhamento do Conhecimento	02	03	04	09	06
Hospitalização Pediátrica	02	04	03	09	08
Processo de Hospitalização	04	01	03	08	05
Processo de Hospitalização e Compartilhamento do Conhecimento	00	03	-	03	00
Hospitalização Pediátrica e Compartilhamento do Conhecimento	00	00	03	02	01
Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica	01	01	02	04	02
Processo de Hospitalização e Hospitalização Pediátrica e Compartilhamento do Conhecimento	00	00	03	03	03
TOTAL				38	25

Fonte: Elaborada pela autora.

1.2.8 Oitava fase - Apresentação das evidências

A busca por evidências esteve presente em todas as leituras realizadas, tendo como foco a pergunta de pesquisa, as publicações foram analisadas e na fase final da revisão sistemática é compilado o conjunto de informações que corroboram com o questionamento inicial.

As considerações providas dos estudos semelhantes ao tema e diversos em suas especificidades representam as evidências do tema pesquisado que, por meio da revisão sistemática da literatura têm-se como resultado 25 registros quanto à aderência à pesquisa.

1.3 ANÁLISE E SELEÇÃO DOS REGISTROS QUANTO A ADERÊNCIA À PESQUISA

Após a realização da leitura na íntegra dos 38 artigos destacados para a coleta de dados, sendo excluídas as duplicidades, triplicidades e quadruplicidades, foi realizada a análise dos 25 registros selecionados quanto ao conteúdo proposto e sua aderência à pesquisa em desenvolvimento. A sequência, do Quadro 25A ao Quadro 29A, a seguir, apresentam os artigos que foram utilizados para compor o referencial teórico da pesquisa conforme a palavra-chave.

Quadro 25A – Artigos selecionados com a palavra chave “compartilhamento do conhecimento” com respectivas evidências destacadas

ARTIGO/AUTOR/ANO	EVIDÊNCIAS
<p><i>Team learning: building shared mental models.</i> VAN DEN BOSSCHE <i>et al.</i> 2011</p>	<p>Conhecer os tipos de comportamentos de aprendizado em equipe que podem levar à construção de um modelo mental compartilhado e, como o desenvolvimento de modelos mentais compartilhados, atua na mediação entre o comportamento de aprendizagem e a eficácia da equipe. As equipes estão sendo cada vez mais utilizadas para discutir e gerenciar problemas complexos. Para alcançar isso, as equipes terão que observar com (continua)</p>

	(continuação) atenção explícita os seus processos sócio-cognitivos a fim de promover o aprendizado em equipe como para desenvolver modelos mentais compartilhados.
<i>The influence of intrinsic and extrinsic motivation on individuals' knowledge sharing behavior.</i> <i>HUNG, S. et al.</i> 2011	A motivação para que ocorra o compartilhamento do conhecimento, os autores estabelecem um elo entre os desafios da Gestão do Conhecimento em face da motivação intrínseca, como o altruísmo, e a motivação extrínseca: o sistema de recompensa por incentivo econômico, <i>feedback</i> , reputação e reciprocidade.
<i>Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review.</i> <i>CUNNINGHAM, F. C. et al.</i> 2012	Conhecer as relações estruturais em redes, tanto internamente quanto entre outras redes que envolvem profissionais de saúde e seu contexto social, colaboradores de saúde e demais parcerias que compõem o compartilhamento de conhecimento. Observou-se aspectos-chave das redes envolvendo trocas administrativas e discussão de casos clínicos, e que o desempenho da rede promovia integração, estabilidade e influências sobre a qualidade dos cuidados de saúde.
<i>A systematic review of shared decision making interventions in chronic conditions: a review protocol.</i> <i>GIONFRIDDO; LEPPIN; BRITO, et al.</i> 2014	Uma revisão sistemática com o objetivo de determinar a eficácia da tomada de decisão compartilhada em intervenções para as pessoas diagnosticadas com doenças crônicas é uma maneira de melhorar o atendimento para esses pacientes que representam uma importante fonte de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Porém, apesar de amplamente (continua)

	(continuação) estudado, o efeito de tomada de decisão partilhada diante dessas situações específicas ainda é desconhecido.
<i>Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies.</i> ANGEL e FREDERIKSEN 2015	Em relação à participação dos pacientes nas intervenções, estudos apontam para o desafio em relação à natureza da relação entre leigos e profissionais, e a diferença de conhecimentos incorporados, diferença que poderá ser reduzida pelo tempo e pela adoção de uma atitude mutuamente positiva. Sendo assim, o nível ideal de participação só poderá ser alcançado em uma estrutura que forneça para ambos: pacientes e profissionais de saúde, o tempo suficiente para a construção de um relacionamento favorável ao compartilhamento do conhecimento.
<i>Enabling patient-centered care through health information technology.</i> FINDELSTEIN et al. 2012	A evidência aponta para áreas clínicas em que a Tecnologia da Informação (TI) de saúde é mais provável para promover Cuidado Centrado no Paciente (PCC) e produzir benefícios clínicos mas a evidência não é forte o suficiente para fornecer orientações claras para os sistemas de saúde sobre a melhor forma de usar TI de saúde na promoção PCC sistema.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 26A - Artigos selecionados com a palavra chave “hospitalização pediátrica” com respectivas evidências destacadas

ARTIGO/AUTOR/ANO	EVIDÊNCIAS
<i>Hospital Utilization and Characteristics of Patients Experiencing Recurrent Readmissions Within Children's Hospitals.</i>	Conhecer como ocorre a continuidade da atenção às crianças após a alta hospitalar, principalmente para aquelas portadoras de doenças crônicas e/ou terminais. (continua)

<p>BERRY et al. 2011</p>	<p>(continua)</p> <p>Concluíram que a comunicação fluída entre o hospital e as unidades básicas de saúde para o repasse de informações da hospitalização e instruções de cuidados pós-alta pode ser um importante fator atenuante para minimizar a frequência das readmissões em curto prazo de tempo. O apoio recebido pela criança e sua família, no âmbito comunitário faz-se, cada dia mais, uma necessidade.</p>
<p><i>Simulation-based mock codes significantly correlate with improved pediatric patient cardiopulmonary arrest survival rates.</i> ANDREATTA et al. 2011</p>	<p>A simulação como ferramenta educativa para um grupo de residentes em medicina desenvolverem habilidades necessárias ao atendimento de uma parada cardiorrespiratória (PCR) em crianças internadas</p>
<p><i>Experienced pediatric nurses' perceptions of work-related stressors on general medical and surgical units: A qualitative study.</i> VICENTE et al. 2016</p>	<p>Conhecer os fatores de <i>stress</i> vivenciados pelos enfermeiros em unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital pediátrico de cuidados especializados em Montreal (Canadá), como critério de inclusão dos sujeitos, o tempo mínimo de três anos de experiência comprovada no cargo de chefia dessas unidades. Observou-se: aumento da complexidade das doenças e a dificuldade em garantir uma excelente assistência ao paciente e a uma população cada vez mais vulnerável; o sentimento de impotência para prestar cuidados de qualidade; e a luta com demandas concorrentes em que o enfermeiro precisa lidar com múltiplas e diversas responsabilidades com recursos limitados e sem apoio foram os</p> <p>(continua)</p>

	<p>(continuação)</p> <p>principais estressores que surgiram. A recomendação do estudo pontua a educação continuada direcionada aos enfermeiros relativa às funções adicionais e a construção de ambientes de apoio no trabalho que incentivem a colaboração e a capacitação de outros enfermeiros.</p>
<p><i>Improving knowledge, technical skills, and confidence among pediatric health care providers in the management of chronic tracheostomy using a simulation model</i> AGARWAL et al. 2016</p>	<p>O processo de formação continuada em um ambiente de simulação da realidade permite pela mimese a aquisição de habilidades, sem comprometer a segurança do paciente. A pesquisa em um hospital pediátrico surgiu diante da constatação de complicações catastróficas em crianças traqueostomizadas. A maioria dos eventos ocorreu devido a déficits potencialmente corrigíveis na educação do cuidador. Os alunos foram observados durante as sessões de simulação e as deficiências específicas observadas e corrigidas. A incorporação de simuladores humanos é uma prática bastante comum no ensino teórico-prático e mostra-se eficaz como programa de educação continuada nas organizações hospitalares para revisar os primeiros ensinamentos e aprofundá-los, uma técnica com potencial para melhorar os conhecimentos e aumentar a confiança e refinar habilidades.</p>
<p><i>Improving Communication During Cardiac ICU Multidisciplinary Rounds Through Visual Display of Patient Daily Goals.</i> JUSTICE et al.</p>	<p>A ferramenta “<i>write-down and read-back</i>”, um quadro com o plano de metas diárias de cada paciente foi disponibilizado com livre acesso a toda população da unidade: equipe multidisciplinar, pais (continua)</p>

2016	<p>(continuação)</p> <p>acompanhantes das crianças internadas na unidade, e para as crianças maiores já alfabetizadas e em condições de compreensão das mensagens escritas. Concluiu-se que o quadro de metas diárias do paciente, através da ferramenta “<i>write-down and read-back</i>” melhora a compreensão das metas por todos os membros da equipe e melhora a satisfação dos pais. O quadro facilita o desenvolvimento consistente de um plano abrangente de cuidados para cada paciente, promove cuidados direcionados e fornece uma lista de verificação para os prestadores e os pais avaliarem ao longo do dia.</p>
<p><i>Guiding principles for pediatric hospital medicine programs.</i> <i>Section on Hospital</i> MIRKINSON 2013</p>	<p>A Academia Americana de Pediatria cunhou o termo hospitalista para designar o médico cujo foco profissional é o cuidado geral de pacientes hospitalizados, incluindo a assistência, ensino, pesquisa e liderança relacionada à medicina hospitalar. O objetivo da declaração dos princípios orientadores foi abordar os papéis e responsabilidades específicas dos hospitalistas pediátricos, estando implícita em todas as recomendações a excelência do cuidado prestado, assim como a proteção para manter a segurança das crianças no hospital.</p>
<p><i>Simulation-based medical education in pediatrics.</i> LOPREIATO e SAWYER 2015</p>	<p>Educação médica em pediatria baseada em simulações (SBME) refere-se a uma visão geral de alguns aspectos importantes da SBME, são revistos e discutidos os tipos de simuladores: simuladores de pacientes humanos; treinadores de tarefas; (continua)</p>

	(continuação) pacientes padronizados; e simulação de realidade virtual utilizada. Mantém o foco nos vários princípios de aprendizagem eficaz em SBME além da segurança do paciente.
<i>Pediatric aspects of inpatient health information technology systems.</i> LEHMANN 2015	Tecnologia de informação de saúde (HIT) adaptada às necessidades dos prestadores de cuidados de saúde em pediatria como apoio para melhorar os cuidados e reduzir a probabilidade de erros. A funcionalidade da HIT pediátrica é a disponibilidade de dados específicos, precisos e apropriados, com enfoque nos dados ambulatoriais, do desenvolvimento e puericultura para serem utilizados num processo de hospitalização pediátrica.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 27A – Artigos selecionados com a palavra chave “processo de hospitalização” com respectivas evidências destacadas

ARTIGO/AUTOR/ANO	EVIDÊNCIAS
<i>Experience of mothers on having a child diagnosed and hospitalized by the virus Influenza A (H1N1)</i> MARQUES e SCHWARTZ 2014	O estresse desencadeado pela internação do filho sendo potencializado pela falta de informação sobre o estado da criança internada e diante da necessidade de isolamento (H1N1).
<i>Parental stress and satisfaction during children's hospitalization: Differences between immigrant and autochthonous population.</i> FERNÁNDEZ- CASTILLO; VÍLCHEZ- LARA e LÓPEZ-	A Escala de Estresse foi utilizada para avaliar a relação que se estabelece entre o estresse e a satisfação dos pais durante a hospitalização infantil, as possíveis diferenças entre imigrantes e população autóctone, como também em função do gênero, em uma amostra de pais de crianças hospitalizadas em Andaluzia, Espanha. Os (continua)

<p>NARANJO 2013</p>	<p>(continuação) resultados mostram que o estresse foi associado com as manifestações da doença da criança, a alteração da vida familiar ou de papéis parentais durante o processo e alguns aspectos do trabalho do pessoal clínico. A satisfação geral nos pais imigrantes foi maior do que na população autóctone e os níveis de satisfação foram maiores nos homens do que nas mulheres. Pequenas mudanças e iniciativas em relação aos cuidados podem melhorar substancialmente a satisfação dos pacientes e seus familiares durante o processo de hospitalização.</p>
<p><i>Team work and negotiation with family in pediatrics.</i> RAMOS-MENDES; RODRIGUES e PEREIRA 2016</p>	<p>A enfermagem a partir da perspectiva de trabalho em equipe e o processo de negociação e interação com as mães de crianças internadas em unidade pediátrica. A necessidade de manter um trabalho colaborativo com mães de crianças internadas para reduzir as dificuldades de comunicação; prover esclarecimentos dos papéis e tarefas das mães como componentes básicos para alcançar maior participação materna nos cuidados diminuindo o impacto da hospitalização nas crianças.</p>
<p><i>Minimizing pediatric health care-induced anxiety and trauma.</i> LERWICK 2016</p>	<p>Reduzir o estresse induzido por cuidados de saúde em pacientes pediátricos a partir do processo CARE que está embasado em quatro princípios: escolha, agenda, resiliência e emoção. Sendo que (1) Escolhas: Fornecer poder em um ambiente sem poder; (2) Agenda: Deixar o paciente e a família saber o que esperar e o que se espera deles; (3) Resiliência: (continua)</p>

	(continuação) Comece com pontos fortes e reframe negativos; E (4) Emoções: Reconhecer e normalizar medos e respostas comuns. Através do processo de implementação do CARE, a angústia induzida por cuidados de saúde de uma criança pode ser minimizada.
<i>Impact of Hospital Admission Care At a Pediatric Unit: A Qualitative Study.</i> MACÍAS et al. 2015	O processo de hospitalização de uma criança, principalmente quando não planejado é muito estressante para toda a família, os pais consideram que o momento da admissão na unidade é de grandes incertezas, uma mistura de sentimentos relacionados à doença da criança; à percepção sobre o desempenho dos profissionais e sobre qual o seu papel nesse processo. Para os profissionais surgiu a necessidade de trabalhar a equipe para estabelecer uma unidade e continuidade no processo de cuidados que implicará em um melhor atendimento à criança e familiares desde a admissão até sua alta.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 28A - Artigos selecionados com o cruzamento das palavras-chave “processo de hospitalização” e “hospitalização pediátrica com respectivas evidências destacadas”

ARTIGO/AUTOR/ANO	EVIDÊNCIAS
<i>Applying social network analysis to understand the knowledge sharing behaviour of practitioners in a clinical online discussion forum.</i> STEWART e ABIDI 2012	Ferramentas da Web 2.0 como a <i>Knowledge Translation (KT)</i> assume uma importância vital aos cuidados de saúde, facilitando a incorporação de novas provas em prática, estabelecendo um ambiente para a interpretação do conhecimento (KT) <i>on-line</i> . Investigar a dinâmica do (continua)

	<p>(continuação)</p> <p>compartilhamento de conhecimentos de uma comunidade de prática através de um fórum de discussão <i>on-line</i>, identificando os membros mais ativos da comunidade, estabelecendo um panorama da saúde geral da rede, quais os membros mais potenciais do núcleo dessa rede social e as relações que existem entre as instituições e profissões em todo o intergrupo para ajudar a melhorar a gestão da dor pediátrica nos hospitais.</p>
<p><i>The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team.</i> <i>MACEDO et al.</i> 2016</p>	<p>O distanciamento entre a cultura de segurança e os serviços de emergência pediátrica. Apontam para a necessidade de fortalecer e estimular o registro dos erros e eventos adversos nas unidades, proporcionando um ambiente de trabalho que valorize e estimule a segurança do paciente. Estimular o diálogo entre os gestores e os profissionais envolvidos com o processo assistencial para potencializar a reflexão sobre o assunto e sobre as particularidades que envolvem o paciente pediátrico, especialmente no contexto emergencial.</p>
<p><i>Building on evidence to improve patient care.</i> <i>SNAUWAERT et al.</i> 2016</p>	<p>Com o objetivo de melhorar o atendimento em saúde pediátrica, discute-se o fortalecimento da Medicina Baseada em Evidências (EBM). Um movimento que requer que todos os envolvidos compreendam o que é EBM, realmente, por que e como a EBM deve ou não ser praticada e ter as habilidades necessárias para distinguir documentos metodologicamente sólidos (continua)</p>

	(continuação) de papéis de opinião tendenciosos e entender como e por que essas diretrizes são diferentes das revisões sistemáticas utilizadas até então. Requer atenção à alta qualidade das provas e compreensão dos processos de tomada de decisão médica que também deverá apoiar o envolvimento do paciente em um processo de tomada de decisão compartilhada.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 29A - Artigos selecionados com o cruzamento das palavras-chave “processo de hospitalização” e “hospitalização pediátrica e “compartilhamento do conhecimento” com respectivas evidências destacadas

ARTIGO/AUTOR/ANO	EVIDÊNCIAS
<p><i>Barriers to and facilitators of implementing shared decision making and decision support in a paediatric hospital: A descriptive study.</i> BOLAND; MC ISAAC e LAWSON 2016</p>	<p>A pesquisa realizada sobre a implementação da tomada de decisão compartilhada em uma unidade de hospitalização pediátrica encontrou como Barreiras: lacunas entre as partes interessadas; atitudes dos jovens profissionais em relação à necessidade e utilidade de um programa de apoio à decisão; incerteza relacionada à escolha das situações clínicas para adequar a tomada de decisão compartilhada. E como Facilitadores: compatibilidade entre a tomada de decisão compartilhada e a internação; cultura; percepção positiva do paciente; atitude positiva e apoio da família à tomada de decisão compartilhada.</p>
<p><i>Pediatric collaborative improvement networks: background and overview</i></p>	<p>As redes de melhoria colaborativa pediátrica podem servir para atenuar a lacuna de qualidade, (continua)</p>

<p><i>LANNON e PETERSON</i> 2013.</p>	<p>(continuação) envolver os pacientes e os cuidadores no aprendizado compartilhado e atuar como laboratórios para a tradução acelerada da pesquisa para a prática e a descoberta de novos conhecimentos, resultando em melhores cuidados e resultados para as crianças.</p>
<p><i>Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis.</i> <i>VAN SCHAIK et al.</i> 2014</p>	<p>A comprovação de uma grande escassez de equipes verdadeiramente interprofissionais nas instituições pesquisadas, levou os autores a estabelecerem um elo com um estudo recente em que a maioria das equipes de saúde é formada por grupos de indivíduos que trabalham em paralelo ao invés de equipes de indivíduos que trabalham juntos de forma interdependente. Concluem que o presente estudo acrescenta literatura atual sobre trabalho em equipe interprofissional em cuidados de saúde, a necessidade de um maior delineamento dos elementos essenciais de trabalho em equipe, incluindo atributos desejáveis de cada membro da equipe em ambientes de cuidado mínimo de saúde, revela algumas barreiras potenciais para o trabalho de equipe interprofissional eficaz como as tensões em relação à hierarquia, segurança e liderança.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

1.4 SELEÇÃO DAS FONTES DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Uma revisão sistemática estabelece um elo com outros estudos relevantes ao conduzir o pesquisador e suas buscas com estratégias

definidas cientificamente de forma a limitar vieses, congregar ideias, avaliar criticamente e elaborar a síntese dos estudos analisados que respondem parcial ou totalmente à questão de pesquisa do tema proposto, além de promover uma atualização do conhecimento (COOK; MULROW; HAYNES; 1997).

Os achados na revisão sistemática, mesmo aqueles que não foram selecionados, mas que ofereceram subsídios para compor referenciais de busca em outras fontes bibliográficas contribuíram significativamente para a construção das evidências do tema proposto e para localizar a lacuna de conhecimento existente.

Ao término da revisão sistemática da literatura com a seleção das fontes de produção científica, a autora realizou novas buscas em base eletrônica com as sugestões advindas dessa revisão, em livros que fizeram parte de sua trajetória acadêmica na área das ciências da saúde e aqueles de sua vivência multidisciplinar no PPGEGC/UFSC junto às disciplinas, coletânea de livros e referências indicadas pelo corpo docente, durante o seu período de doutoramento.

As coletâneas consolidadas em livros, que contribuíram, são apresentadas no Quadro 30A e, por se tratarem de obras de maior complexidade, será elencado de cada uma apenas a temática envolvida nesse processo de doutoramento.

Quadro 30A – Livros pertinentes ao tema proposto

OBRA/ AUTOR/ANO	TEMA EM DESTAQUE
<p>A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. CAPRA; LUISI 2014</p>	<p>A nova concepção científica da complexidade da origem da vida, a integração das dimensões biológica, cognitiva, social e do meio ambiente com suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. Uma discussão que conduz o olhar à sustentabilidade.</p>
<p>As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO; MATTOS (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no</p>	<p>Ações em prol da integralidade e equidade na assistência a saúde preconizados pelo SUS.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

cuidado à saúde. CECILIO 2001	(continuação)
Enfermagem pediátrica. COLLET; OLIVEIRA 2002	Assistência de enfermagem à criança e familiares.
Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. CRESWELL 2010	Metodologia científica e elaboração de projetos de pesquisa.
Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. DAVENPORT; PRUSAK 2003	O conhecimento como principal ativo das organizações e como chave da vantagem competitiva e sustentável.
Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. MELLO 2008	As ações em prol da Humanização da assistência hospitalar.
Ciência com consciência MORIN 2005	Os problemas éticos e morais da ciência contemporânea, uma discussão sobre os fundamentos do novo paradigma das ciências físicas, biológicas e sociais ampliando horizontes.
Criação do conhecimento na empresa. NONAKA; TAKEUCHI 1997	A capacidade de uma empresa criar novo conhecimento, difundir-lo na organização e incorporá-lo a novos produtos, serviços e sistemas. Os conhecimentos tácito e explícito.
Gestão do Conhecimento. NONAKA; TAKEUCHI 2008	O conhecimento tácito e o explícito como entidades complementares. As interações entre conhecimento tácito e explícito, o modelo SECI - quatro (continua)

	(continuação) modos diferentes de conversão do conhecimento: Socialização, Externalização, Combinação e Internalização.
Introduction to Knowledge Management. URIARTE 2008	Gestão do Conhecimento.
Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais a Intervenção Efetiva. WHALLEY; WONG 1997	Assistência de enfermagem à criança e familiares.

Fonte: Elaborado pela autora.

Coletâneas escolhidas consolidadas em trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses:

- **BEIRÃO FILHO. Criação e compartilhamento do conhecimento da área de moda em um sistema virtual integrado de informações.** 2011. 166 f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2011.
- **CARPES. Avaliação do compartilhamento do conhecimento em entidades de saúde do executivo estadual de Santa Catarina.** 2012. 170f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2012.
- **FRANTZ. Criação e compartilhamento de conhecimento artístico d cultural em ambiente virtual interativo.** 2011. 205f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2011.
- **LAPOLLI. Conexão FCEE (físico, cognitivo, emocional e espiritual) como Processo de Autoconhecimento para o desenvolvimento de líderes.** 2015. 265 f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2015.
- **LASSO. Método para o compartilhamento do conhecimento do especialista usado no processo de tomada de decisão.**

2016. 146f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2016.
- PAIM. **O Telefone como mídia para disseminação do conhecimento em um programa de prevenção contra o câncer de próstata.** 2015. 105f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2015.
 - RABELO. **Análise da relação entre intimidade e compartilhamento de conhecimento em grupos nos processos de desenvolvimento organizacional.** 2013. 190f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2013.
 - SOARES. **Marketing de relacionamento na área hospitalar sob a ótica da gestão do conhecimento.** 2010. 102f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2010.
 - WEINZIERL. **Comissão de Humanização: dificuldades e barreiras quanto a adequação à política nacional de humanização do SUS.** 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2009.
 - WILLERDING. **Arquétipo para o compartilhamento do conhecimento à luz da estética organizacional e da gestão empreendedora.** 2015. 328 f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2015.

Além das fontes citadas, há os artigos selecionados na revisão sistemática, entre outros relevantes ao estudo presente:

- BULLOCK. Does technology help doctor to access, use and share knowledge? **Medical education**, v. 48, n. 1, p. 28-33, 2014.

- SIECK; JOHANSEN e STEWART. **Inter-professional shared decision making**: increasing the in shared decision making, 2015.
- KISLOV; WALSH; HARVEY. Managing boundaries in primary care service improvement: A developmental approach to communities of practice. **Implementation science**, v. 7, 2012. Número do artigo: 97.
- LISBOA. Breve história dos hospitais: da antiguidade à idade contemporânea. **Revista Notícias Hospitalares**, n. 37, junho/julho 2002.
- MARTINS et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 4, p. 619-625, 2012.
- MENDES VIEIRA et al. Feelings of family companions of adults regarding hospitalization process. **Revista Cubana de Enfermeria**, v. 29, n. 1, 2013.
- MORAWSKI. The conditions, motives and methods of sharing knowledge with the participation of key personnel in enterprises. Proceedings of the European Conference on Knowledge Management, **Anais**. v. 1, p. 802, 2012. Conference Proceeding.
- NÓIA et al. Coping with the diagnosis and hospitalization of a child with childhood cancer. **Investigación y Educacion en Enfermeria**, v. 33, n. 3, p. 465-472, 2015.
- STRAUSS; CORBIN. **Basics of qualitativ e research**: techniques and procedures for developing grounded theory. 2 ed. London: SAGE Publications, 1998.
- TJOFLÁT; KARLSEN. Challenges in sharing knowledge: reflections from the perspective of an expatriate nurse working in a South Sudanese hospital. **International Nursing Review**, v. 59, n. 4, p. 489-493, 2012.
- MIRKINSON. Guiding principles for pediatric hospital medicine programs. **Section on Hospital MEDICINE. Pediatrics**, v. 132, n. 4, p. 782-786. 2013 Oct.
- LOPREIATO; SAWYER. Simulation-based medical education in pediatrics. **Acad Pediatr**, v. 15, n. 2, p. 134-142, 2015 Mar.-Apr.

- LEHMANN. Pediatric aspects of inpatient health information technology systems. Council on Clinical Information Technology. **Pediatrics**, v. 135, n. 3, p. e756-68. 2015 mar.
- RAMOS-MENDES; RODRIGUES; PEREIRA. [Teamwork and negotiation with family in pediatrics]. **Enferm Clin**, v. 26, n. 4, p. 234-237, 2016 Jul-Aug.
- LERWICK. Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. **World J Clin Pediatr**, v. 5, n. 2, p. 143-150, 2016 May 8.
- MACÍAS; ZORNOZA; RODRIGUEZ et al. Impact of Hospital Admission Care At a Pediatric Unit: A Qualitative Study. **Pediatr Nurs**, v. 41, n. 6, p. 285-294. 2015 Nov-Dec.
- MACEDO et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 756-762. 2016 Sep-Oct.
- SNAUWAERT et al. Building on evidence to improve patient care. **Pediatr Nephrol**. Dec 9. 2016.
- GIONFRIDDO et al. A systematic review of shared decision-making interventions in chronic conditions: a review protocol. **Syst Rev.**, v. 3, p. 38. 2014 Apr.15.
- ANGEL; FREDERIKSEN. Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. **Int J Nurs Stud.**, v. 52, n. 9, p.1525-1538, 2015 Sep.
- FINKELSTEIN et al. Enabling patient-centered care through health information technology. **Evid Rep Technol Assess (Full Rep)** , n. 206, p. 1-1531, 2012 Jun..
- BOLAND; MC ISAAC; LAWSON. Barriers to and facilitators of implementing shared decision making and decision support in a paediatric hospital: A descriptive study. **Paediatr Child Health.**, v. 21, n. 3, p. e17-21. 2016 Apr.
- LANNON; PETERSON. Pediatric collaborative improvement networks: background and overview. **Pediatrics**. , v.131, Suppl 4, p. S189-195. 2013 Jun.
- VAN SCHAİK et al. Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis. **Med Educ.**, v. 48, n. 6, p. 583-592. 2014 Jun.

- STEWART; ABIDI. Applying social network analysis to understand the knowledge sharing behaviour of practitioners in a clinical online discussion forum. **J Med Internet Res.**, v. 14, n. 6, p. e170, 2012 Dec 4.

A realização da pesquisa bibliográfica evidenciou publicações que não foram selecionadas na revisão bibliográfica, mas surgiram durante o seu processo de construção e auxiliaram efetivamente a composição da pesquisa em andamento, o Quadro 31A apresenta as referidas publicações com as evidências encontradas.

Quadro 31A – Artigos não selecionados na revisão sistemática da literatura, mas advindos desse processo que auxiliaram a composição da pesquisa bibliográfica

ARTIGO/AUTOR/ANO	EVIDÊNCIAS
<p><i>Does technology help doctor to access, use and share knowledge?</i> BULLOCK 2014</p>	<p>As novas tecnologias conectam os médicos nos seus consultórios aos seus pares, ferramentas da Web 2.0 instrumentalizam recursos que podem corroborar a comunicação, transformando a mídia social em elemento facilitador da partilha do conhecimento, neste caso, tanto teórico quanto prático, entre médicos, independente de suas localizações geográficas.</p>
<p><i>Inter-professional shared decision making: increasing the in shared decision making.</i> SIECK; JOHANSEN; STEWART 2015.</p>	<p>Tomada de decisão compartilhada Interprofissional (IP-SDM) na atenção primária de saúde, um modelo que distribui as tarefas da SDM para todos os diferentes profissionais envolvidos no cuidado do paciente. Observou-se que os pacientes que estão mais envolvidos no seu tratamento tendem a estar mais satisfeitos e com melhores resultados de saúde.</p>
<p><i>Managing boundaries in primary care service improvement: A</i></p>	<p>Barreiras existentes na divisão de trabalho resultantes do processo histórico, revelando aspectos (continua)</p>

<p><i>developmental approach to communities of practice.</i> KISLOV; WALSH; HARVEY 2012</p>	<p>(continuação) sociais hierarquizados na área da saúde. Tal cenário, contribui para a ausência de diálogo entre a equipe multidisciplinar de uma Comunidade de Prática (CoP) Multiprofissional de atenção primária de saúde,</p>
<p>Breve história dos hospitais: da antiguidade à idade contemporânea. LISBOA 2002</p>	<p>Relato histórico do surgimento dos hospitais, do início com sua trajetória vinculada à origem da palavra que vem do Latim <i>hospitalis</i> e significa “ser hospitaleiro” e era utilizado para abrigar pobres, órfãos e peregrinos, passando por todas as mudanças consequentes à evolução da humanidade e ao avanço tecnológico.</p>
<p>A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. MARTINS et al. 2012</p>	<p>A trajetória dos métodos de ensino na enfermagem e demais profissões da saúde, do treinamento de técnicas realizado entre os próprios estudantes aos dias atuais, na era da sociedade do conhecimento e da tecnologia em que o avanço tecnológico tornou-se um grande aliado no processo educativo por meio dos materiais e modelos realistas, além de simuladores que não só são anatomicamente semelhantes a uma pessoa humana, como conseguem ter respostas fisiológicas às intervenções.</p>
<p><i>Feelings of family companions of adults regarding hospitalization process.</i> MENDES VIEIRA. et al. 2013</p>	<p>Os sentimentos dos familiares acompanhantes durante a hospitalização de um membro da família, buscando identificar as estratégias adotadas pela equipe de enfermagem para auxiliar o familiar acompanhante no enfrentamento da hospitalização do doente.</p> <p>(continua)</p>

<p><i>The conditions, motives and methods of sharing knowledge with the participation of key personnel in enterprises. Proceedings of the European Conference on Knowledge Management.</i> MORAWSKI 2012</p>	<p>(continuação) Como os funcionários-chave (gerentes, executivos e os líderes especialistas) das empresas estudadas compartilham seus conhecimentos de elevada complexidade como fatores pontuais dentro das organizações.</p>
<p><i>Coping with the diagnosis and hospitalization of a child with childhood cancer.</i> NÓIA et al. 2015</p>	<p>O sofrimento que os membros da família enfrentam diante do diagnóstico de câncer. O estresse emocional tem impacto cumulativo nos longos períodos de internação ocorrem simultaneamente com tristeza, ansiedade, sofrimento pelos procedimentos invasivos realizados nas crianças, medo e incertezas relacionadas com o prognóstico.</p>
<p><i>Challenges in sharing knowledge: reflections from the perspective of an expatriate nurse working in a South Sudanese hospital.</i> TJOFLÅT; KARLSEN. 2012</p>	<p>Um grande desafio da Gestão do Conhecimento na atenção à saúde dentro dos hospitais é reconhecer a importância da pluralidade cultural. A importância do debate entre os profissionais sobre a interculturalidade, a necessidade de conhecer e compreender o contexto cultural do outro como um facilitador do compartilhamento do conhecimento.</p>
<p><i>Using data mining for prediction of hospital length of stay: an application of the CRISP-DM Methodology.</i> CAETANO; CORTEZ; LAUREANO 2015</p>	<p>O gerenciamento das vagas hospitalares viabilizado pela metodologia CRISP-DM (Processo Padrão Cross-Indústria de Mineração de Dados) que visa a extração do conhecimento útil a partir de dados brutos, uma ferramenta para a previsão do tempo de hospitalização (continua)</p>

	(continuação) dos pacientes.
<i>SEIPS 2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients.</i> Holden et al. 2013	O modelo <i>Systems Engineering Initiative for Patient Safety</i> (SEIPS), que trabalha com a segurança do paciente, foi expandido para SEIPS 2.0 ao incorporar, no modelo original, três novos conceitos: configuração, engajamento e adaptação, traz a discussão dos cuidados de saúde centrado no paciente, promovendo o engajamento deste e da sua família no cuidado, além da preocupação com a ergonomia do trabalho.
<i>The process of satisfaction with Nursing Care in Parents of hospitalized children: a grounded theory study.</i> SALMANI et al. 2015	A opinião dos usuários, o processo de satisfação dos pais de crianças hospitalizadas com os cuidados de enfermagem recebidos. A análise dos dados deu-se pela Teoria Fundamentada nos Dados.
<i>Journey of Excellence: implementing a shared decision-making model.</i> MURRAY et al. 2016	Um grupo de enfermeiras de uma clínica pediátrica em Kansas City, descrevem a implementação de uma estrutura para tomada de decisão compartilhada (SDM) em um hospital pediátrico.
<i>Parent recognition and responses to developmental concerns in young children.</i> MARSHALL et al. 2016	Pais de crianças com problemas de desenvolvimento são os primeiros a reconhecer diferenças de desenvolvimento em seus filhos logo nos primeiros anos de vida, e iniciam um processo de tomada de decisões sobre quando procurar um serviço de avaliação ou de intervenção. Nesse contexto o <i>Health Belief Model</i> (HBM) é um modelo que traduz o nível de ameaça percebida sobre a
	(continua)

	(continuação) gravidade e a suscetibilidade a atrasos no desenvolvimento das crianças e, portanto, contribui para a percepção dos pais sobre o atraso como um problema e subseqüente motivação para procurar serviços de apoio.
<i>Hospital utilization and characteristics of patients experiencing recurrent readmissions within children's hospitals.</i> BERRY et al. 2011	A comunicação fluída entre o hospital e as unidades básicas de saúde para o repasse de informações da hospitalização e instruções de cuidados pós-alta pode ser um importante fator atenuante para minimizar a frequência das readmissões em curto prazo de tempo. Essa relação contribuir para a compreensão das verdadeiras razões porque muitas destas crianças são recorrentemente readmitidas.
<i>How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature.</i> RANMUTHUGALA et al. 2011	Uma revisão sistemática da literatura sobre as CoPs, como foram estabelecidas e se elas realmente acrescentaram melhorias à saúde. As CoPs apresentam variações consideráveis na forma e função, o que requer uma estrutura flexível para se adaptarem às organizações

Fonte: Elaborado pela autora.

1.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão sistemática da literatura é uma diretriz que não esgota o tema, é necessário que o pesquisador aprofunde os tópicos abordados nas leituras realizadas (COOK; MULROW; HAYNES; 1997).

Faz-se importante destacar que, no processo de busca da revisão sistemática por evidências científicas, o número de achados foi reduzido, o que comprova não apenas a escassez de literatura relacionada ao tema, como também a necessidade de buscar em outras fontes de pesquisa uma complementaridade, e ainda, desenvolver novos estudos.

A pesquisa contribuiu para consolidar evidências em estudos relevantes ao tema, e identificar o hiato existente na literatura sobre compartilhamento do conhecimento em um processo de internação pediátrica nas organizações hospitalares.

A busca realizada evidenciou poucos artigos pertinentes ao tema e, parte desses, em duplicidade, triplicidade e quadriplicidade. O construto resultante do cruzamento das palavras-chave hospitalização pediátrica, processo de internação e compartilhamento do conhecimento não apresentou resultados nas três bases de dados escolhidas.

Com relação às palavras-chave processo de internação e compartilhamento do conhecimento, os três artigos escolhidos foram eliminados pela duplicidade, a mesma situação com o cruzamento das palavras-chave processo de internação e hospitalização pediátrica e os dois artigos escolhidos.

Na busca realizada com as palavras individualmente, os resultados foram poucos e estavam em duplicidade, triplicidade e quadriplicidade, em relação à palavra-chave “processo de hospitalização”, na base de dados da *Web of Science*, foram encontrados nove artigos e com o filtro da temporalidade (de 01/01/2011 a 31/12/2016), apenas dois pré-selecionados, e destes, apenas um artigo é pertinente ao tema.

O afunilamento na quantidade dos artigos selecionados evidencia o *gap* encontrado nessa busca, pois em nenhum dos artigos relevantes ao tema da pesquisa foi totalmente satisfatória. Porém, experiências vividas em outras realidades identificadas na revisão sistemática concluída, incentivam a continuidade deste estudo, trazendo contribuições para novas ideias e soluções para instigar mudanças.

A pergunta de pesquisa que deu início e norteou a revisão sistemática não foi alterada, as leituras adicionais confirmaram a inquietação motivadora de que a sociedade do conhecimento perpassa ao avanço tecnológico e a informação aproxima as pessoas, conectando-as em redes, enquanto os saberes num processo de internação pediátrica são fragmentados.

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A DINÂMICA DO GRUPO FOCAL

AÇÃO	DESENVOLVIMENTO	TEMPO
Apresentação do grupo	Boas vindas ao Grupo	5'
	Dinâmica de apresentação dos participantes: dividir o grupo em duplas, cada um se apresenta ao outro.	
	Sentados em roda, cada participante apresenta sua “dupla” e vice-versa.	10'
Apresentação do Projeto	Contextualização do tema do Encontro.	10'
	Estabelecer o contrato com o grupo: tempo, dinâmica do trabalho.	
Discussão	Fazer perguntas ao grupo relacionadas ao tema, incentivando que todos os participantes emitam sua opinião.	60'
Conclusão	Resumir as informações contidas nas discussões, responder aos questionamentos do grupo, agradecimentos finais.	10'

APÊNDICE C - ROTEIRO DO TRABALHO NO GRUPO FOCAL

TEMAS	OBJETIVOS	PERGUNTA ABERTA (NORTEADORA)
IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	Identificação dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação do (a) profissional (Codinome), qual sua profissão? ✓ Tempo de exercício profissional? ✓ Tempo de exercício profissional nesse Hospital? ✓ Possui outra profissão fora dessa instituição?
	Identificar o conhecimento do grupo sobre a equipe de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais profissionais fazem parte de uma equipe de saúde? ✓ Nesse Hospital quais categorias estão presentes? ✓ Das atribuições de cada uma dessas profissões (exceto a sua), quais você conhece? ✓ Com quais as categorias profissionais você se relaciona com maior frequência na sua rotina profissional?
USCA DE INFORMAÇÃO	Identificar o uso da TI na equipe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qual sua opinião sobre o uso das tecnologias de comunicação na assistência à saúde? ✓ Costuma fazer uso das redes sociais para a troca de informações? ✓ Quais você utiliza com maior frequência? ✓ Que tipos de informação você costuma buscar nas redes sociais? ✓ É comum, na atualidade, que as famílias busquem informações sobre as questões de saúde/doença e tratamento na internet? Comente sobre o assunto. <p style="text-align: right;">(continua)</p>

COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO	Verificar a troca de informações da equipe com familiares acompanhantes no momento da hospitalização.	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais as informações que você considera importante repassar às mães/acompanhantes das crianças hospitalizadas no momento em que eles dão entrada no Hospital? ✓ Ao receber uma família para hospitalização no setor quais as informações são mais importantes para repassar aos acompanhantes?
	Verificar o envolvimento da equipe com a realidade das famílias.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quando você passa visita nos quartos das crianças quais são as principais solicitações dos acompanhantes? ✓ Qual sua opinião sobre cuidado centrado na família? ✓ Conhecer a realidade em que vive essa criança auxilia no manejo e tratamento dispensados a ela e sua família? (Se sim) por quê?
	Verificar a disponibilidade da equipe para mudanças.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qual sua opinião sobre tomada de decisão compartilhada? ✓ A participação das crianças e seus familiares nas escolhas, tomando decisões sobre seu tratamento e cuidados de saúde é uma possibilidade em todas as situações?

**APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA COM ACOMPANHANTES DE
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

TEMAS	OBJETIVOS	PERGUNTA NORTEADORA
IDENTIFICAÇÃO DOS ACOMPANHANTES	Identificação dos Respondentes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação (Codinome) do (a) acompanhante. ✓ Faixa etária está entre: 20 a 35 anos; 35 a 45 anos; mais de 45 anos. ✓ Grau de parentesco com a criança. ✓ Dados da criança: idade, sexo, posição na família. Quantos dias a criança está hospitalizada? ✓ É a primeira internação da criança? (Se não) Quantas vezes ela já foi hospitalizada? ✓ Qual o motivo da internação? ✓ A criança possui alguma doença crônica? (Se sim) qual?
BUSCA DE INFORMAÇÕES	Averiguar se o acompanhante da criança antes de procurar ajuda profissional busca outras fontes de informações e conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quando a criança ficou doente, antes de vir ao hospital você procurou informações? Como? Com quem? ✓ Você utiliza a internet para buscar informações sobre problemas de saúde? Por quê? ✓ Que tipo de informações você busca nas redes sociais? Diagnósticos? Tratamentos?

(continua)

COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO	<p>Verificar quais as informações que o acompanhante da criança recebe no momento da chegada até a internação</p>	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quando você chegou com a criança no hospital como foi seu atendimento? ✓ Desde a sua chegada ao hospital, até ser encaminhado ao setor de internação, quanto tempo demorou? ✓ Durante esse período de espera quais as informações que você recebeu? ✓ Com relação à situação da criança quais as informações que foram passadas? ✓ Ao chegar ao setor de internação quem recebeu vocês? Quais as informações passaram para vocês?
	<p>Verificar o entendimento do (a) acompanhante sobre a equipe de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Você sabe quais são os profissionais que trabalham na equipe de saúde no setor de internação? ✓ Quando você tem alguma dúvida para qual profissional da equipe de saúde você pergunta? ✓ Porque você procura esse profissional?
	<p>Identificar o entendimento do acompanhante com relação às informações que os profissionais passam</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quando o (a) médico (a) vem conversar com você, as informações dadas ficam claras? O (A) enfermeiro (a)? O (A) psicólogo (a)? O (A) assistente social? O (A) nutricionista)? O (A) Técnico de enfermagem?
	<p>Verificar se o conhecimento do acompanhante está sendo valorizado pelos profissionais da saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Como os profissionais que atenderam você reberam sua opinião com relação ao tratamento da criança? <p style="text-align: right;">(continua)</p>

	<p>Identificar a satisfação do acompanhante durante as visitas da equipe.</p>	<p>(continuação)</p> <p>✓ Quando os profissionais da equipe (médico (a), enfermeiro (a), assistente social, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem) chegam ao quarto para examinar ou fazer algum procedimento com a criança, como você se sente? Fale sobre seu sentimento sobre cada um deles.</p>
	<p>Identificar interesse em compartilhar decisões sobre o cuidado a dispensar à criança.</p>	<p>✓ Existem locais em que os profissionais da saúde costumam conversar com as famílias sobre o tratamento da criança para, juntos, tomarem decisões. Você acha importante essa conduta? Por quê?</p>

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) *Especialistas*

Eu, _____,
consinto em participar voluntariamente da pesquisa realizada pela pesquisadora Ivana Maria Fossari, para fins de pesquisa científica, com o título, **ESTRATÉGIAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA VISANDO O CUIDADO RESOLUTIVO.**

Concordo que o material e as informações obtidas possam ser publicados, de forma anônima, para a pesquisa científica de Doutorado e posteriormente tomem a forma de material didático, apresentações para congressos, eventos científicos, palestras ou publicações em periódicos científicos.

Estou ciente de que minha participação na pesquisa poderá ocorrer mais de uma vez, conforme previsto na abordagem metodológica a mim exposta pela pesquisadora. Sendo assim, reafirmo meu compromisso de atuar voluntariamente.

A pesquisadora se compromete em prestar todos os esclarecimentos, quando necessário. Deixo claro que poderei, em qualquer momento, desistir da participação na pesquisa, sem sofrer prejuízo, desde que informe à pesquisadora que não darei prosseguimento a mesma. Estou ciente de que poderei solicitar informações durante qualquer fase da pesquisa, inclusive após a sua publicação, mantendo contato com a própria pesquisadora (doutoranda), pelos canais, telefones: (48) 99961-5346, e ainda por meio eletrônico através do e-mail: ivanafossari@hotmail.com.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto. Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de retaliação por isso.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

TCLE aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina em reunião ocorrida em 19 de dezembro de 2017. Parecer nº 2.448.649.

**APÊNDICE F - ESTRATÉGIAS E SUAS ESPECIFICAÇÕES
APRESENTADAS NA PRIMEIRA RODADA DO MÉTODO
DELPHI**

DESCRIÇÕES DAS ESTRATÉGIAS
<p>Área temática 1: Identificação dos profissionais da equipe de saúde</p>
<p>1 Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas.</p> <p>A proposta da criação de <i>banners</i> busca apresentar os profissionais que compõem a equipe de saúde aos acompanhantes das crianças em processo de hospitalização.</p>
<p>2 Disponibilizar o banner criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas os setores hospitalares, a partir da emergência.</p> <p>A proposta de disponibilizar o banner criado tem o objetivo de apresentar os profissionais que compõem a equipe de saúde dar visibilidade, fortalecendo a autoimagem dessa equipe.</p>
<p>3 Desenvolver um vídeo institucional, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por exemplo, por meio dos cursos correlatos que nela existem, que apresente de forma lúdica, educativa e de fácil compreensão, a equipe de saúde, seus componentes e respectivas atribuições. Vídeo para ser apresentado nos televisores das salas de espera, emergências e ambulatórios hospitalares.</p> <p>Ao viabilizar uma parceria com as Universidades, por meio dos cursos correlatos, contempla ainda, o conceito de interdisciplinaridade, quebrando barreiras, estreitando relações, em uma atitude de busca, de inclusão, de acordo e de sintonia diante do conhecimento, em torno de objetivo comum, de formação de indivíduos sociais. E ainda apresentar os profissionais que compõem a equipe de saúde, objetivando uma maior visibilidade, fortalecendo a autoimagem dessa equipe.</p>
<p>4 Criar um folder ilustrado apresentando de forma lúdica e de fácil compreensão a equipe de saúde, suas atribuições específicas, do hospital para ser entregue aos acompanhantes no momento da hospitalização.</p> <p>A proposta da criação de folders busca apresentar os profissionais que compõem a equipe de saúde aos acompanhantes das crianças em</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>processo de hospitalização, aumentando a visibilidade equipe e o fortalecimento da autoimagem dessa equipe.</p>
<p>5 Promover feedback dos usuários sobre o atendimento recebido pela equipe de saúde durante a hospitalização de sua criança, por intermédio de um questionário a ser respondido no dia em que a criança for receber a alta.</p> <p>O <i>feedback</i> advindo do questionário de satisfação do usuário, pode fornecer à equipe respostas, questionamentos e ajustes às suas ações.</p>
<p>Área temática 2: Busca de informações</p>
<p>6 Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, a comunidade, sobre o uso adequado da internet.</p> <p>A proposta de estabelecer uma rede de apoio busca envolver os profissionais em redes de atenção à saúde, de forma educativa na comunidade junto às unidades de saúde objetivando aproximar seus usuários aos preceitos da TI, para que se familiarizem com a parte técnica e com o conteúdo em suas buscas por informações em saúde.</p>
<p>7 Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso adequado da internet.</p> <p>Com esta proposta, pretende-se delegar o treinamento desses usuários aos estudantes da TI e áreas afins e, aos estudantes das áreas da saúde respectivamente, das Universidades, beneficiando a todos.</p>
<p>8 Realizar junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação as famílias sobre o uso adequado da internet.</p> <p>Essa estratégia busca que os estudantes imbuídos no processo educativo, tenham a oportunidade de aproximação com a realidade, e, de exercício da cidadania, dessa forma as discussões em seminários com seus pares, nas salas de aula, representam um aporte teórico, beneficiando a todos.</p>
<p>9 Promover rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecimento e orientação sobre o uso adequado da internet.</p> <p>Esta proposta almeja que, durante o processo de hospitalização, a promoção de rodas de conversa entre os acompanhantes (continua)</p>

(continuação)

e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet. Além do aspecto informativo, representa uma oportunidade de aproximação dos sujeitos envolvidos no processo de hospitalização da criança.

10 Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados nas crianças durante procedimentos invasivos.

Esta proposta visa o aprimoramento do atendimento com o paciente, promovendo entretenimento às crianças hospitalizadas.

11 Sugerir aos gestores dos hospitais, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições.

A falta de treinamento e aperfeiçoamento para os profissionais da saúde utilizarem o sistema informatizado em ambas as instituições pesquisadas, vem acarretando problemas como a subutilização da ferramenta. Dessa forma, surgiu a proposta da realização de cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, sobre o uso do sistema informatizado disponíveis nas instituições.

12 Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação entre os hospitais e as unidades básicas de saúde e a descentralização das informações e dados dos pacientes.

A sugestão da criação de uma rede única de atenção à saúde, promovendo o compartilhamento das informações e dados dos pacientes entre as comunidades e os hospitais.

Área temática 3: Compartilhamento do conhecimento

13 Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas.

Foi criada esta estratégia para estimular e fortalecer o relacionamento entre os membros da equipe de saúde, e, para aproximar a família da equipe, estimulando o encontro e compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas entre a equipe de forma regular.

14 Promover *workshops* entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma rotativa, (continua)

(continuação)

garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, podendo assim, a cada quinze dias uma categoria profissional assumir a coordenação dos trabalhos.

Esta estratégia foi criada para estimular e fortalecer o relacionamento entre os membros da equipe de saúde, estimulando o encontro e compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas entre a equipe de forma regular, revitalizando grupos interdisciplinares da saúde, presenciais e *on-line*, e a promoção de workshops entre elas, com apresentação de estudos de caso, objetivam o fortalecimento e a criação da identidade da equipe.

15 Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes.

Esta estratégia foi criada objetivam o fortalecimento e a criação da identidade da equipe, por meio de alguns cuidados como a frequência das reuniões, garantindo a presença de todos os profissionais.

16 Demonstrar por meio de conversas, caso alguma categoria profissional não compareça à reunião interdisciplinar agendada, que a equipe sentiu a ausência, que a equipe multiprofissional não estava completa na reunião.

Foi criada esta estratégia para estimular a presença de todos, valorizando a importância da interdisciplinaridade na troca de informações, garantindo o envolvimento de todas as categorias na complementariedade dos saberes.

17 Realizar o registro e a divulgação da ata de reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes.

Esta estratégia foi criada para a condução das reuniões, garantindo o envolvimento de todas as categorias, pode facilitar a complementariedade dos saberes entre os membros da equipe. O registro e divulgação da ata da reunião da equipe multiprofissional é para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião, dá visibilidade ao encontro.

18 Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde por meio de ferramentas, como e-mail, *WhatsApp* para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade (continua)

<p>dos processos e mais velocidade nas ações. (continuação)</p>
<p>19 Esta estratégia foi criada para a comunicação imediata entre os profissionais da equipe de saúde por e-mail ou pelo <i>WhatsApp</i> para discussão diminui a distância geográfica aproximando as pessoas, também representam ações de fortalecimento para a equipe.</p>
<p>20 Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente.</p>
<p>Esta estratégia foi criada para a comunicação imediata entre os profissionais da equipe de saúde por meio de um ambiente virtual para discussão, diminuindo a distância geográfica, aproximando as pessoas, e ainda, promovendo ações de fortalecimento da equipe.</p>
<p>21 Oferecer um banho e roupas limpas à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante.</p>
<p>Visando aproximar a família da equipe de saúde nos hospitais, criou-se essa estratégia, contemplando a postura profissional solidária.</p>
<p>22 Providenciar alimentação, brinquedo à criança, de acordo com sua idade e desenvolvimento no momento da chegada ao setor de internação.</p>
<p>Esta estratégia, também busca aproximar a família da equipe de saúde nos hospitais, contemplando a postura profissional solidária.</p>
<p>23 Apresentar o espaço físico deixando o familiar/acompanhante, e a criança familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia.</p>
<p>Esta estratégia busca a familiaridade com o ambiente, uma relação de empatia aproximando a família da equipe de saúde no mundo hospitalar em que estão inseridos.</p>
<p>24 Chamar o familiar/acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da criança.</p>
<p>Para aproximar a família da equipe, esta estratégia foi criada para estreitar os laços entre o(a) acompanhante.</p>
<p>25 Entrar no quarto da criança se apresentando antes de iniciar (continua)</p>

<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>qualquer procedimento dizendo seu nome e função, explicando o que irá realizar.</p> <p>Esta estratégia busca aproximar a família da equipe ao explicar o procedimento que será realizado, demonstrando respeito.</p>
<p>26 Incluir o familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulando sua autonomia, oferecendo apoio, supervisão técnica.</p> <p>Para aproximar a família da equipe, demonstrando respeito, esta estratégia foi criada para estreitar os laços entre o(a) acompanhante e a equipe de saúde, com a não exclusão do(a) acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança.</p>
<p>27 Oferecer alguma forma de entretenimento a criança e ao familiar/acompanhante, convidando-os para a sala de recreação estimulando momentos de descontração.</p> <p>Esta estratégia busca ao oferecer alguma forma de entretenimento aos acompanhantes, convidá-los para a sala de recreação estimulando momentos de descontração, podendo assim, a equipe estar solidificando seu vínculo com essa família.</p>
<p>28 Oferecer escuta ativa aos acompanhantes, mantendo uma postura solidária junto à família.</p> <p>Para aproximar a família da equipe, mantendo um ambiente confortável e seguro com a escuta ativa, não excluindo o(a) acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, demonstrando respeito ao outro, esta estratégia foi criada.</p>
<p>29 Questionar o acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento sobre o assunto, solicitando ao final, que reproduza a informação certificando-se que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo.</p> <p>Esta estratégia busca manter uma relação fluída, perpassada pela forma como a equipe está repassando informações aos acompanhantes, questionando-o sobre sua compreensão, solicitando que reproduza a informação como forma de garantir que houve comunicação de forma adequada e clara.</p>
<p>30 Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde perante a família da criança.</p> <p>Foi criada esta estratégia para manter a unicidade das informações da equipe de saúde, pois a disputa de saberes perante a família da criança, gera desconfiança na equipe como um todo.</p>

APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO PRIMEIRA RODADA MÉTODO DELPHI E INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Este questionário faz parte de uma pesquisa para elaboração de Tese de Doutorado intitulada **ESTRATÉGIAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA VISANDO O CUIDADO RESOLUTIVO**, do Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).

É garantido o sigilo absoluto em relação às respostas!

Muito obrigada por sua participação!

Ivana Maria Fossari
Doutoranda em Engenharia e Gestão do Conhecimento

A tese tem como objetivo estabelecer estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo. A proposta desta pesquisa é de conhecer como ocorre o compartilhamento do conhecimento num processo de hospitalização em pediatria, pois o espaço destinado à hospitalização pediátrica requer uma diferenciação não apenas física, mas principalmente na fluidez das relações entre os profissionais da equipe interdisciplinar.

Em pediatria, geralmente o acompanhante da criança é o intermediário das relações desta com o profissional, é a sua voz, e, a expressão dos seus sentimentos, destarte, suas opiniões e percepções acerca da situação da criança devem receber a devida atenção para que se estabeleça uma relação de empatia entre profissionais da equipe e familiar acompanhante/criança.

Dessa forma, partindo da análise dos resultados obtidos na aplicação das técnicas de grupo focal com os profissionais da equipe de saúde, e da entrevista semiestruturada com os acompanhantes das crianças hospitalizadas, analisados à luz da teoria, esses em consonância com o conhecimento adquirido pela pesquisadora em sua vida acadêmica e profissional, que resultaram em estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Objetivo do questionário:

Analisar a importância das Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Escalas de Análise - Importância

- ✓ 1 = sem importância
- ✓ 2 = possui pouca importância
- ✓ 3 = possui importância
- ✓ 4 = possui muita importância

Grupos por Temas das Estratégias:

G1 – Identificação dos profissionais da equipe de saúde: 1, 2, 3, 4 e 5.

G2 - Busca de informações: 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12.

G3 – Compartilhamento do conhecimento: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29.

Questionário – Primeira Rodada – Método Delphi

Estratégia	Importância			
	1	2	3	4
1. Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas;				
2. Disponibilizar o banner criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas os setores hospitalares, a partir da emergência;				
3. Desenvolver um vídeo institucional, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por exemplo, por meio dos cursos correlatos que nela existem, que apresente de forma lúdica, educativa e de fácil compreensão, a equipe de saúde, seus componentes e respectivas atribuições. Vídeo para ser apresentado nos televisores das salas de espera, emergências e ambulatórios hospitalares;				
4. Criar um folder ilustrado apresentando de forma lúdica e de fácil compreensão a equipe de saúde, suas atribuições específicas, do hospital para ser entregue aos acompanhantes no momento da hospitalização.				
5. Promover <i>feedback</i> dos usuários sobre o atendimento recebido pela equipe de saúde durante a hospitalização de sua criança, por intermédio de um questionário a ser respondido no dia em que a criança for receber a alta.				
6. Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduaçãodas áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, a comunidade, sobre o uso adequado da internet;				
7. Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso (continua)				

(continuação) adequado da internet.				
8. Realizar junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação as famílias sobre o uso adequado da internet;				
9. Promover rodas de conversa entre os familiares/acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet;				
10. Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados nas crianças durante procedimentos invasivos;				
11. Sugerir aos gestores dos hospitais pesquisados, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições;				
12. Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação entre os hospitais e as unidades básicas de saúde, a descentralização das informações e dados dos pacientes;				
13. Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas;				
14. Promover <i>workshops</i> entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma rotativa, garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, assim, a cada quinze dias uma categoria profissional assume a coordenação dos trabalhos;				
15. Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes; (continua)				

(continuação) Demonstrar por meio de conversas, caso alguma categoria profissional não compareça à reunião interdisciplinar agendada, que a equipe sentiu a ausência, que a equipe multiprofissional não estava completa na reunião				
16. Registrar e divulgar a ata da reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião;				
17. Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde por meio de ferramentas, como e-mail, <i>WhatsApp</i> para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade dos processos e mais velocidade nas ações;				
18. Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente;				
19. Oferecer um banho e roupas limpas à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante;				
20. Providenciar alimentação, brinquedo à criança, de acordo com sua idade e desenvolvimento no momento da chegada ao setor de internação;				
21. Apresentar o espaço físico deixando o familiar/acompanhante, e a criança-familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia;				
22. Chamar o familiar/acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da (continua)				

23. criança;	(continuação)			
24. Entrar no quarto da criança se apresentando antes de iniciar qualquer procedimento dizendo seu nome e função, explicando o que irá realizar;				
25. Incluir o familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulando sua autonomia, oferecendo apoio, supervisão técnica;				
26. Oferecer alguma forma de entretenimento a criança e familiar/acompanhante, convidando-os para a sala de recreação estimulando momentos de descontração;				
27. Oferecer escuta ativa aos acompanhantes, mantendo uma postura solidária junto à família;				
28. Questionar o familiar/acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento sobre o assunto, solicitando ao final, que reproduza a informação certificando-se que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo;				
29. Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde perante a família da criança.				

APÊNDICE H - TEXTO ENCAMINHADO NA SEGUNDA RODADA DO MÉTODO DELPHI

Segunda Rodada de Aplicação do Método Delphi

Prezado(a) XXXXXXXX

Essa mensagem inicia a segunda rodada de aplicação do Método Delphi.

Encaminho, em anexo, o arquivo que apresenta os resultados da primeira rodada, que servem de base para a segunda rodada.

O objetivo, nessa nova rodada, consiste em apresentar os resultados e solicitar que você confirme seu posicionamento ou se repositicione, quanto às estratégias que foram sugeridas modificações:

- Na estratégia 6, foi modificado o texto incluindo: trabalhos educativos para a promoção de conhecimentos e orientações de políticas públicas na área da saúde.
- Retirada da estratégia 16, tendo em vista que a mesma está implícita na estratégia 17.
- Aglutinação das estratégias 20 e 21.
- Inserção de uma nova estratégia, sendo esta a estratégia 28.

As estratégias em que você se encontra distante dos demais membros do grupo são as seguintes:

- X, X, X, X (estratégias classificadas por você com Y, Y, Y e Y)

Como necessitamos do consenso entre os especialistas e nos baseamos nos resultados estatísticos, adotamos o agrupamento entre as variáveis como mais uma forma de facilitar sua análise.

Nesse sentido, temos os seguintes agrupamentos:

- Grupo 1 (G1) – variáveis agrupadas = sem importância, pouco importante;
- Grupo 2 (G2) – variáveis agrupadas = importante, muito importante;

Ressalto que o relacionamento entre pesquisador e especialista é individual e mantém-se resguardado pelos termos de confidencialidade definidos no documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ao final da segunda rodada, enviarei os resultados.

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DA SEGUNDA RODADA DO MÉTODO DELPHI E INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Prezado(a)

Este questionário faz parte de uma pesquisa para elaboração de Tese de Doutorado intitulada **ESTRATÉGIAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA VISANDO O CUIDADO RESOLUTIVO**, do Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).

É garantido o sigilo absoluto em relação às respostas!

Muito obrigada por sua participação!

Ivana Maria Fossari
Doutoranda em Engenharia e Gestão do Conhecimento

A tese tem como objetivo estabelecer estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo. A proposta desta pesquisa é de conhecer como ocorre o compartilhamento do conhecimento num processo de hospitalização em pediatria, pois o espaço destinado à hospitalização pediátrica requer uma diferenciação não apenas física, mas principalmente na fluidez das relações entre os profissionais da equipe interdisciplinar.

Em pediatria, geralmente o acompanhante da criança é o intermediário das relações desta com o profissional, e a sua voz e a expressão dos seus sentimentos, destarte, suas opiniões e percepções acerca da situação da criança devem receber a devida atenção para que se estabeleça uma relação de empatia entre profissionais da equipe e familiar acompanhante/criança.

Dessa forma, partindo da análise dos resultados obtidos na aplicação das técnicas de grupo focal com os profissionais da equipe de saúde, e da entrevista semiestruturada com os acompanhantes das crianças hospitalizadas, analisados à luz da teoria, esses em consonância com o conhecimento adquirido pela pesquisadora em sua vida acadêmica e profissional, que resultaram em estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Objetivo do questionário:

Analisar a importância das Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Escalas de Análise - Importância

- ✓ 1 = sem importância
- ✓ 2 = possui pouca importância
- ✓ 3 = possui importância
- ✓ 4 = possui muita importância

Questionário – Segunda Rodada – Método Delphi

Estratégia	Importância			
	1	2	3	4
1. Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas;				
2. Disponibilizar o banner criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas os setores hospitalares, a partir da emergência;				
3. Desenvolver um vídeo institucional, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por exemplo, por meio dos cursos correlatos que nela existem, que apresente de forma lúdica, educativa e de fácil compreensão, a equipe de saúde, seus componentes e respectivas atribuições. Vídeo para ser apresentado nos televisores das salas de espera, (continua)				

(continuação) emergências e ambulatórios hospitalares;				
4. Criar um folder ilustrado apresentando de forma lúdica e de fácil compreensão a equipe de saúde, suas atribuições específicas, do hospital para ser entregue aos acompanhantes no momento da hospitalização.				
5. Promover <i>feedback</i> dos usuários sobre o atendimento recebido pela equipe de saúde durante a hospitalização de sua criança, por intermédio de um questionário a ser respondido no dia em que a criança for receber a alta.				
6. Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, sobre o uso adequado da internet, bem como, trabalhos educativos para a promoção de conhecimentos e orientações de políticas públicas na área da saúde.				
7. Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso adequado da internet.				
8. Realizar junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação as famílias sobre o uso adequado da internet;				
9. Promover rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet;				
10. Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados nas crianças (continua)				

(continuação)				
durante procedimentos invasivos;				
11. Sugerir aos gestores dos hospitais pesquisados, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições;				
12. Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação entre os hospitais e as unidades básicas de saúde, a descentralização das informações e dados dos pacientes;				
13. Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas;				
14. Promover <i>workshops</i> entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma rotativa, garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, assim, a cada quinze dias uma categoria profissional assume a coordenação dos trabalhos;				
15. Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes;				
16. Registrar e divulgar a ata da reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião;				
17. Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde por meio de ferramentas, como e-mail, <i>WhatsApp</i> para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade dos processos e mais velocidade nas ações;				
18. Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do (continua)				

<p>(continuação)</p> <p>conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente;</p>				
19. Oferecer banho, roupas limpas, alimentação e brinquedo à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante.				
20. Apresentar o espaço físico deixando o familiar/acompanhante; e a criança–familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia;				
21. Chamar o familiar/acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da criança;				
22. Entrar no quarto da criança se apresentando antes de iniciar qualquer procedimento, dizendo seu nome e função, explicando o que irá realizar;				
23. Incluir o familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulando sua autonomia, oferecendo apoio, supervisão técnica;				
24. Oferecer alguma forma de entretenimento a criança e familiar/acompanhante, convidando-os para a sala de recreação estimulando momentos de descontração;				
25. Oferecer escuta ativa aos acompanhantes, mantendo uma postura solidária junto à família;				
26. Questionar o familiar/acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento sobre o solicitando ao final, que reproduza a informação certificando-se que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo;				
27. Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde				
(continua)				

(continuação) perante a família da criança.				
28. Aplicar um questionário de avaliação quanto a percepção dos familiares/acompanhantes sobre os cuidados dispensados a criança e a familiares/acompanhantes.				

APÊNDICE J - TEXTO ENCAMINHADO NA TERCEIRA RODADA DO MÉTODO DELPHI

Terceira Rodada de Aplicação do Método Delphi

Prezado(a) XXXXXXXX

Essa mensagem inicia a terceira rodada de aplicação do Método Delphi.

Encaminho, em anexo, o arquivo que apresenta os resultados da segunda rodada, que servem de base para a terceira rodada.

O objetivo nessa nova rodada consiste na apresentação dos resultados, solicitando que você confirme seu posicionamento ou se repositicione, quanto às estratégias que foram modificadas e quanto às que você se posicionou distante dos demais membros do grupo de especialistas.

Quanto à estratégia que foi sugerida modificação: Aglutinação das estratégias 5 e 28.

As estratégias em que você se encontra distante dos demais membros do grupo são as seguintes:

- X, X, X, X (estratégias classificadas por você com Y, Y, Y e Y)

Como necessitamos do consenso entre os especialistas e nos baseamos nos resultados estatísticos, adotamos o agrupamento entre as variáveis como mais uma forma de facilitar sua análise.

Nesse sentido, temos os seguintes agrupamentos:

– Grupo 1 (G1) – variáveis agrupadas = sem importância, pouco importante;

– Grupo 2 (G2) – variáveis agrupadas = importante, muito importante;

Ressalto que o relacionamento entre pesquisador e especialista é individual e mantém-se resguardado pelos termos de confidencialidade

definidos no documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ao final da terceira rodada, enviarei os resultados.

APÊNDICE K - QUESTIONÁRIO DA TERCEIRA RODADA DO MÉTODO DELPHI E INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Prezado(a)

Este questionário faz parte de uma pesquisa para elaboração de Tese de Doutorado intitulada **ESTRATÉGIAS PARA O COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO NOS PROCESSOS DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA VISANDO O CUIDADO RESOLUTIVO**, do Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).

É garantido o sigilo absoluto em relação às respostas!

Muito obrigada por sua participação!

Ivana Maria Fossari
Doutoranda em Engenharia e Gestão do Conhecimento

A tese tem como objetivo estabelecer estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo. A proposta desta pesquisa é de conhecer como ocorre o compartilhamento do conhecimento num processo de hospitalização em pediatria, pois o espaço destinado à hospitalização pediátrica requer uma diferenciação não apenas física, mas principalmente na fluidez das relações entre os profissionais da equipe interdisciplinar.

Em pediatria, geralmente o acompanhante da criança é o intermediário das relações desta com o profissional, é a sua voz, e, a expressão dos seus sentimentos, destarte, suas opiniões e percepções acerca da situação da criança devem receber a devida atenção para que

se estabeleça uma relação de empatia entre profissionais da equipe e familiar acompanhante/criança.

Dessa forma, partindo da análise dos resultados obtidos na aplicação das técnicas de grupo focal com os profissionais da equipe de saúde, e da entrevista semiestruturada com os acompanhantes das crianças hospitalizadas, analisados à luz da teoria, esses em consonância com o conhecimento adquirido pela pesquisadora em sua vida acadêmica e profissional, que resultaram em estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Objetivo do questionário:

Analisar a importância das Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Escalas de Análise - Importância

- ✓ 1 = sem importância
- ✓ 2 = possui pouca importância
- ✓ 3 = possui importância
- ✓ 4 = possui muita importância

Questionário – Terceira Rodada – Método Delphi

Estratégia	Importância			
	1	2	3	4
1. Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas;				
2. Disponibilizar o banner criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas os setores hospitalares, a partir da emergência;				
3. Desenvolver um vídeo institucional, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por exemplo, por meio dos cursos correlatos que nela existe, que apresente de forma lúdica, educativa e de fácil compreensão, a equipe de saúde, seus componentes e respectivas (continua)				

(continuação) atribuições. Vídeo para ser apresentado nos televisores das salas de espera, emergências e ambulatórios hospitalares;				
4. Criar um folder ilustrado apresentando de forma lúdica e de fácil compreensão a equipe de saúde, suas atribuições específicas, do hospital para ser entregue aos acompanhantes no momento da hospitalização.				
5. Promover <i>feedback</i> dos usuários sobre o atendimento recebido pela equipe de saúde durante a hospitalização de sua criança, por intermédio de um questionário a ser respondido no dia em que a criança for receber a alta.				
6. Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, sobre o uso adequado da internet, bem como, trabalhos educativos para a promoção de conhecimentos e orientações de políticas públicas na área da saúde.				
7. Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso adequado da internet.				
8. Realizar junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação as famílias sobre o uso adequado da internet;				
9. Promover rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet;				
10. Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade (continua)				

(continuação) virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados nas crianças durante procedimentos invasivos;				
11. Sugerir aos gestores dos hospitais pesquisados, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições;				
12. Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação entre os hospitais e as unidades básicas de saúde, a descentralização das informações e dados dos pacientes;				
13. Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas;				
14. Promover <i>workshops</i> entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma rotativa, garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, assim, a cada quinze dias uma categoria profissional assume a coordenação dos trabalhos;				
15. Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes;				
16. Registrar e divulgar a ata da reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião;				
17. Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde por meio de ferramentas, como e-mail, <i>WhatsApp</i> para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade dos processos e mais velocidade nas ações; (continua)				

(continuação)				
18. Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente;				
19. Oferecer banho, roupas limpas, alimentação e brinquedo à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante.				
20. Apresentar o espaço físico deixando o familiar/acompanhante, e a criança-familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia;				
21. Chamar o familiar/acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da criança;				
22. Entrar no quarto da criança se apresentando antes de iniciar qualquer procedimento dizendo seu nome e função, explicando o que irá realizar;				
23. Incluir o familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulando sua autonomia, oferecendo apoio, supervisão técnica;				
24. Oferecer alguma forma de entretenimento a criança e ao familiar/acompanhante, convidando-os para a sala de recreação estimulando momentos de descontração;				
25. Oferecer escuta ativa aos acompanhantes, mantendo uma postura solidária junto à família;				
26. Questionar o familiar/acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento solicitando ao final, que reproduza a informação certificando-se que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo;				
(continua)				

<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>27. Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde perante a família da criança.</p>				
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

APÊNDICE L – TEXTO DE AGRADECIMENTO E APRESENTAÇÃO DO RESULTADO FINAL DO MÉTODO DELPHI

Prezado(a)

Agradecemos sua participação e contribuições relativas à definição das estratégias estabelecidas para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Resultado final do Método Delphi com as 26 estratégias estabelecidas:

Estratégia	Importância			
	1	2	3	4
1. Criar um banner, de fácil acesso e visibilidade a todos, apresentando as profissões que compõem a equipe de saúde com suas atribuições específicas;				
2. Disponibilizar o banner criado sobre a equipe de saúde, com suas atribuições específicas, em todas os setores hospitalares, a partir da emergência;				
3. Criar um folder ilustrado apresentando, de forma lúdica e de fácil compreensão, a equipe de saúde do hospital, suas atribuições específicas, para ser entregue aos acompanhantes no momento da hospitalização.				
4. Promover <i>feedback</i> dos usuários sobre o atendimento recebido pela equipe de saúde durante a hospitalização de sua criança, por intermédio de um questionário a ser respondido no dia em que a criança for receber a alta.				
5. Estabelecer uma rede de apoio entre as universidades e os postos de atenção básica de saúde para que os alunos dos cursos de graduação das áreas da saúde realizem atividades educativas junto aos usuários dessas unidades, (continua)				

(continuação) sobre o uso adequado da internet, bem como, trabalhos educativos para a promoção de conhecimentos e orientações de políticas públicas na área da saúde.				
6. Abrir espaço para estágio curricular aos alunos da TI nos postos de atenção básica de saúde para que possam prestar apoio logístico aos usuários daquelas instituições sobre o uso adequado da internet.				
7. Realizar, junto aos coordenadores dos cursos da área de saúde, seminários ou rodas de debate sobre a necessidade de orientação as famílias sobre o uso adequado da internet;				
8. Promover rodas de conversa entre os acompanhantes e os profissionais de saúde para esclarecer e orientar sobre o uso adequado da internet;				
9. Realizar uma campanha junto à sociedade, grupos de voluntários, para a doação de óculos de realidade virtual a serem distribuídos nas unidades hospitalares para serem utilizados nas crianças durante procedimentos invasivos;				
10. Sugerir aos gestores dos hospitais pesquisados, que sejam realizados cursos de aperfeiçoamento para todos os profissionais que trabalham nas equipes de saúde, em relação ao uso do sistema informatizado disponibilizado nas instituições;				
11. Sugerir aos gestores dos hospitais a aquisição de sistemas informatizados que formassem redes de comunicação entre os hospitais e as unidades básicas de saúde, a descentralização das informações e dados dos pacientes;				
12. Proporcionar encontros semanais regulares, entre a equipe de saúde para o compartilhamento de experiências, e, das atividades desenvolvidas;				
13. Promover <i>workshops</i> entre a equipe de saúde, com apresentação de estudos de casos de forma				
(continua)				

<p>(continuação) rotativa, garantindo que todos os profissionais estejam à frente no comando das reuniões, assim, a cada quinze dias uma categoria profissional assume a coordenação dos trabalhos;</p>				
14. Estimular a criação de grupos interdisciplinares presenciais, fortalecendo a participação de todos os profissionais nas reuniões, em um ambiente agradável, valorizando a presença de todos os participantes;				
15. Registrar e divulgar a ata da reunião da equipe multiprofissional para os demais membros da equipe que não estiveram presentes à reunião;				
16. Criar grupos de comunicação e informação entre os profissionais das equipes de saúde por meio de ferramentas, como e-mail, <i>WhatsApp</i> para o gerenciamento da informação de forma rápida e eficiente, facilitando a tomada de decisão, a agilidade dos processos e mais velocidade nas ações;				
17. Estimular a criação de um ambiente virtual (portal da instituição) para o compartilhamento do conhecimento entre os membros da equipe multiprofissional, onde as diferenças de formação, localização e de experiências profissionais possam somar opiniões sobre assuntos polêmicos como: tomada de decisão compartilhada e cuidado de saúde centrado no paciente;				
18. Oferecer banho, roupas limpas, alimentação e brinquedo à criança no momento da chegada ao setor de internação, tornando menos traumático para a criança e familiar/acompanhante.				
19. Apresentar o espaço físico deixando o familiar/acompanhante, e a criança–familiarizados com o ambiente em uma relação de empatia;				
20. Chamar o familiar/acompanhante pelo seu nome, que geralmente está registrado em uma ficha de identificação onde constam os nomes da criança e do seu responsável, junto ao leito da criança;(continua)				

(continuação)			
21. Entrar no quarto da criança se apresentando antes de iniciar qualquer procedimento, dizendo seu nome e função, explicando o que irá realizar;			
22. Incluir o familiar/acompanhante nos cuidados dispensados à sua criança, estimulando sua autonomia, oferecendo apoio e supervisão técnica;			
23. Oferecer alguma forma de entretenimento à criança e ao familiar/acompanhante, convidando-os para a sala de recreação estimulando momentos de descontração;			
24. Oferecer escuta ativa aos acompanhantes, mantendo uma postura solidária junto à família;			
25. Questionar o familiar/acompanhante sobre as informações que está repassando para ele, qual o seu entendimento sobre o assunto, solicitando ao final, que reproduza a informação certificando-se que não ficaram dúvidas e nem distorções do conteúdo;			
26. Manter a unicidade das informações emitidas pelos demais membros da equipe de saúde perante a família da criança.			

Mais uma vez agradecemos sua participação.

Ivana Maria Fossari
Doutoranda em Engenharia e Gestão do Conhecimento

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo

Pesquisador: Édis Mafrá Lapolli

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 70143817.7.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.448.649

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento/PPEGC, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), intitulado 'Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo'.

Desenho:

A pesquisa se enquadra na modalidade qualitativa, e, em relação a sua classificação é do tipo exploratória e também descritiva. Como estratégia de pesquisa, serão realizados grupos focais para os profissionais da saúde e entrevistas semiestruturadas com as mães/acompanhantes de criança hospitalizadas

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estabelecer estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Objetivo Secundário:

Identificar na prática de organizações hospitalares como ocorre o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica; Analisar o compartilhamento

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401			
Bairro: Trindade		CEP: 88.040-400	
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS		
Telefone: (48)3721-6094		E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br	

Continuação do Parecer: 2.448.649

deconhecimento nos processos de hospitalização pediátrica nas organizações pesquisadas, a luz da teoria; Criar as estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica; Validar as estratégias criadas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Sabe-se que durante o desenvolvimento de um grupo de discussão cada participante corre o risco de possíveis danos à sua dimensão moral, cultural ou espiritual diante da diversidade de opiniões que emergem do encontro entre pessoas, as diferentes experiências de vida, de enfrentamento e formação profissional entre outras características individuais podem gerar conflitos Antecipar riscos na presente pesquisa envolve o cuidado com a diversidade cultural e de formação existente entre os sujeitos envolvidos em um processo de internação pediátrica. Desvelar a maneira como o conhecimento é compartilhado, requer do consentimento informado, mais que uma mera formalidade prevista pelas normativas da ética para pesquisas com seres humanos. Assim, faz-se necessário que esse contrato entre as partes ofereça a cada participante a segurança da confidencialidade de sua fala e que será de extrema importância na construção de um produto que, no futuro, poderá ser útil para ambos.

Benefícios:

Ampliar as possibilidades de êxito num processo de internação hospitalar pediátrica, através do estabelecimento de diretrizes favoráveis ao compartilhamento do conhecimento nesse ambiente, além de contribuir para a implantação da Gestão do Conhecimento nas organizações hospitalares tornando as ações mais humanizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto ainda apresentado de forma inicial com aprofundamento teórico e metodológico a ser aprimorado.

Apresenta condições de ser desenvolvido na prática.

Comentários e

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto ainda apresentado de forma inicial com aprofundamento teórico e metodológico a ser aprimorado.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.448.648

Apresenta condições de ser desenvolvido na prática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou a documentação exigida para submissão e avaliação do CEP/SH/UFSC tais como: Relatório, Projeto, Folha de Rosto, Declaração Instituição (HIJG e HU/UFSC), Cronograma, Orçamento e TCLEs.

Recomendações:

continue a leitura da Resolução 466/2012. Recomendo que retire do texto do TCLE a parte que refere-se ao lanche ofertado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

concluiu indicando aprovação pelo atendimento das pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_942003.pdf	24/11/2017 03:41:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGRUPOS.pdf	24/11/2017 03:30:53	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEENTREVISTAS.pdf	24/11/2017 03:30:36	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
Outros	CARTARESPPOSTACEPSHUFSC.pdf	24/11/2017 03:28:21	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAATUAL.pdf	24/11/2017 03:27:37	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISA.pdf	23/06/2017 00:50:06	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HIJG.pdf	23/06/2017 00:48:22	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HU.pdf	23/06/2017 00:47:43	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	23/06/2017	IVANA MARIA	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.448.649

Folha de Rosto	folha.pdf	00:42:21	FOSSARI	Aceito
----------------	-----------	----------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

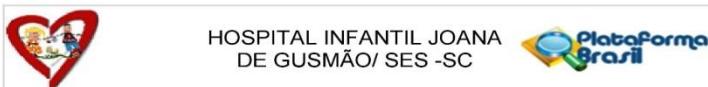
Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO



HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo

Pesquisador: Édis Mafrá Lapolli

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70143817.7.3001.5361

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.497.322

Apresentação do Projeto:

A pesquisa pretende analisar como ocorre o compartilhamento do conhecimento entre os profissionais da saúde na equipe multiprofissional e com os acompanhantes das crianças em processo de hospitalização. Um projeto de pesquisa tem início na elaboração de um tema que, geralmente, nasce da inquietação do pesquisador diante de um fato de seu cotidiano que o instigue a buscar respostas e elaborar o pensamento crítico junto com teóricos e especialistas do tema escolhido. A natureza do problema a ser estudado define o tipo de pesquisa a ser abordada

e, dessa forma, a presente pesquisa tem início na contextualização do tema proposto, momento em que são relatadas ao público as principais inquietações advindas do universo profissional da pesquisadora e da sua percepção diante da exposição dos fatos. Durante o planejamento da pesquisa, a escolha da modalidade estabeleceu uma relação com o objetivo a ser alcançado, contribuindo, dessa forma para a delimitação de estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo, definindo a abordagem qualitativa para delinear seus passos.

A escolha recaiu sobre a característica da modalidade qualitativa de estabelecer variáveis, mantendo o compromisso de compreender e classificar processos dinâmicos vivenciados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança no comportamento ou atitudes dos indivíduos (MARCONI; LAKATOS, 2001). Em relação a sua classificação, com base no objetivo

Endereço: Rui Barbosa, nº 152	CEP: 88.025-301
Bairro: Agronômica	
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3251-9092	Fax: (48)3251-9092 E-mail: cephij@saude.sc.gov.br



HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 2.497.322

geral, é do tipo exploratória e também descritiva. É exploratória ao propor, segundo Gil (2007, p. 41), "maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito", afinal não existe clareza sobre a forma como o compartilhamento do conhecimento ocorre nas organizações hospitalares. E do tipo descritiva, pois possui "como objetivo primordial, a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis", ainda conforme Gil (2007, p. 42), ou seja, tem pretensões de desvelar os atores que coabitam as organizações hospitalares. Como estratégia de pesquisa, serão realizados grupos focais para os profissionais da saúde, escolha definida pela característica dessa técnica investigativa que consiste em reuniões com de seis a doze interlocutores em torno de um tema pré-estabelecido em um ambiente acolhedor e favorável à discussão conduzida por um animador, no caso a pesquisadora e de um ou dois auxiliares para o registro integral das reuniões por meio de filmagem, com o consentimento prévio de cada interlocutor para uso de imagem e de voz, e apoio logístico (MINAYO, 2000). A amostra será de dois grupos focais, formados por profissionais da equipe de saúde que prestam assistência à criança hospitalizada um no Hospital Universitário Professor Emami Polydoro de São Thiago e outro no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Os participantes do grupo focal multiprofissional serão selecionados pela sua heterogeneidade em relação ao assunto a ser discutido, assim objetiva-se que ao menos um representante de cada categoria profissional da equipe de saúde da instituição esteja presente no grupo de profissionais. Em relação às mães/acompanhantes das crianças hospitalizadas, a estratégia escolhida foram às entrevistas semiestruturadas. Escolha definida pelo tempo destinado à participação de um Grupo Focal, duas horas afastada de sua criança hospitalizada traduz-se em não adesão ao grupo, e, as entrevistas semiestruturadas possuem a característica de possibilitar ao sujeito maior liberdade de emitir sua opinião em uma entrevista com um planejamento relativamente aberto (FLICK, 2004).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Estabelecer estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.

Objetivos específicos:

-Identificar na prática de organizações hospitalares como ocorre o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica;

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica **CEP:** 88.025-301
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephig@saude.sc.gov.br



HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 2.497.322

- Analisar o compartilhamento de conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica nas organizações pesquisadas, a luz da teoria;
- Criar as estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica;
- Validar as estratégias criada

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A relevância social da presente pesquisa reside em seu potencial de gerar conhecimento e dar alicerce à análise organizacional deste conhecimento.

A busca por conexões nas redes sociais para a captura, armazenamento, seleção, sistematização, produção e distribuição de conhecimento que facilitem o diálogo e o compartilhamento dos saberes dos profissionais da saúde e das mães e/ou acompanhantes das crianças num processo de hospitalização pediátrica pode representar um avanço nas relações entre os atores envolvidos.

Cita que a minimização dos riscos far-se-á pela obediência da confidencialidade com os dados coletados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante do ponto de vista social pelo conhecimento a ser gerado. O pesquisador apresentou informações que o credencia tecnicamente a executar o protocolo de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente entregues presencialmente

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de AGOSTO/2018) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 2.497.322

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGRUPOS.pdf	24/11/2017 03:30:53	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEENTREVISTAS.pdf	24/11/2017 03:30:36	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
Outros	CARTAREPOSTACEPSHUFSC.pdf	24/11/2017 03:28:21	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISA.pdf	23/06/2017 00:50:06	IVANA MARIA FOSSARI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 16 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Vanessa Borges Platt
(Coordenador)

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

ANEXO C - ACEITE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

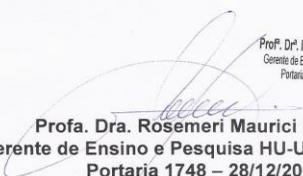


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 -
FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9164 - FAX +55 (48) 3721-8354

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo", e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 22/5/2016


Prof.^a Dr.^a Rosemeri Maurici da Silva
Gerente de Ensino e Pesquisa do HU-UFSC
Portaria n.º 1748/2016/EBSERH

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva
Gerente de Ensino e Pesquisa HU-UFSC-EBSERH
Portaria 1748 – 28/12/2016

ANEXO D - ACEITE HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Renata Celidônio Machado Santos, Gerente de Enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão, CPF Nº 026.644.249-80, AUTORIZO a pesquisadora Ivana Maria Fossari, RG: 559801/0, CPF: 29841038900, aluna do curso de pós-graduação em nível de Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), matrícula201401424 a realizar entrevistas com colaboradores desta organização, desde que com seus consentimentos, para a conclusão do Projeto de Pesquisa intitulada: **Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo.**

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

1. Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
2. Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
3. Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas

pessoas e/ou da instituição, respeitando, deste modo, as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Florianópolis, 02 de maio de 2017.

Renata Celidônio Machado dos Santos
RENATA CELIDÔNIO MACHADO
GERENTE DE ENFERMAGEM / HUG
Renata C. Machado
Gerente de Enfermagem
COREN-SC 97430
Mat. 36509191.01.0

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que se intitula “Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo”, a qual consiste na Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento/PPEGC, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo como objetivo geral “Criar estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo”, realizada pela doutoranda Ivana Maria Fossari, sob orientação da Prof^a. Dra. Édis Mafra Lapolli. Ou seja, essa pesquisa pretende conhecer como ocorre a disseminação das informações em saúde entre a equipe de saúde e as crianças e seus familiares durante o período de internação no Hospital Universitário ou no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Sua participação no grupo focal durará aproximadamente duas horas, onde serão discutidos aspectos referentes às estratégias utilizadas para o compartilhamento do conhecimento no processo de hospitalização pediátrica. As discussões nos grupos focais serão gravadas e posteriormente transcritas. Não é esperado que ocorram riscos físicos decorrentes de sua participação nessa pesquisa. Entretanto, poderá ocorrer desconforto emocional e / ou constrangimentos durante a realização das discussões em grupo.

Para evitar ou diminuir os riscos emocionais possíveis você tem toda a liberdade para comunicar os desconfortos para a pesquisadora que poderá suspender temporariamente as atividades da pesquisa com a sua participação. A pesquisadora se compromete a prestar esclarecimento, quando necessário, a qualquer momento durante o desenvolvimento do grupo. Também, se você julgar mais apropriado desistir da participação no grupo focal isso não acarretará em prejuízo ou represália pessoal ou profissional.

Você não receberá gratificação ou pagamento pela sua participação. O Grupo Focal está planejado para ocorrer nas dependências do hospital que você trabalha e em um horário que não atrapalhe ou comprometa o seu trabalho. Dessa forma, acredita-se que não haverá necessidade de ressarcimento. Entretanto, caso você tenha

gastos gerados pela participação na pesquisa, você será reembolsado pela pesquisadora.

A pesquisa poderá ser utilizada como base para publicação, mas os dados de sua identificação serão mantidos em sigilo. Você poderá solicitar informações sobre a pesquisa durante qualquer fase da pesquisa, inclusive após a sua publicação.

Se tiver qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Ivana Maria Fossari pelos canais: telefone (48) 99961-5346, e ainda por meio eletrônico através do e-mail: ivanafossari@hotmail.com.

Se você tiver qualquer dúvida ou problema de ordem ética por sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone: (48) 3721-6094

Eu, _____
_____, RG nº _____, telefone nº. _____ -,
consinto em participar voluntariamente da pesquisa realizada pela
doutoranda Ivana Maria Fossari.

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que se intitula “Estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo”, a qual consiste na Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento/PPEGC, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo como objetivo geral “Criar estratégias para o compartilhamento do conhecimento nos processos de hospitalização pediátrica visando o cuidado resolutivo”, realizada pela doutoranda Ivana Maria Fossari, sob orientação da Prof^a. Dra. Édis Mafra Lapolli. Ou seja, essa pesquisa pretende conhecer como ocorre a disseminação das informações em saúde entre a equipe de saúde e as crianças e seus familiares durante o período de internação no Hospital Universitário ou no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Sua participação na entrevista semiestruturada durará aproximadamente uma hora, onde serão realizadas perguntas referentes às estratégias utilizadas para o compartilhamento do conhecimento no processo de hospitalização pediátrica. A entrevista será gravada e posteriormente transcritas. Não é esperado que ocorram riscos físicos decorrentes de sua participação nessa pesquisa. Entretanto, poderá ocorrer desconforto emocional e / ou constrangimentos durante a realização das entrevistas.

Para evitar ou diminuir os riscos emocionais possíveis você tem toda a liberdade para comunicar os desconfortos para a pesquisadora que poderá suspender temporariamente as atividades da pesquisa com a sua participação. A pesquisadora se compromete a prestar esclarecimento, quando necessário, a qualquer momento durante o desenvolvimento da entrevista. Também, se você julgar mais apropriado desistir da participação durante o desenvolvimento da entrevista isso não acarretará em prejuízo ou represália pessoal ou profissional.

Você não receberá gratificação ou pagamento pela sua participação. A Entrevista Semiestruturada está planejada para ocorrer nas dependências do hospital que você trabalha e em um horário que não atrapalhe ou comprometa o seu trabalho. Dessa forma, acredita-se que não haverá necessidade de ressarcimento. Entretanto, caso você tenha

gastos gerados pela participação na pesquisa, você será reembolsado pela pesquisadora.

A pesquisa poderá ser utilizada como base para publicação, mas os dados de sua identificação serão mantidos em sigilo. Você poderá solicitar informações sobre a pesquisa durante qualquer fase da pesquisa, inclusive após a sua publicação.

Se tiver qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Ivana Maria Fossari pelos canais: telefone (48) 99961-5346, e ainda por meio eletrônico através do e-mail: ivanafossari@hotmail.com.

Se você tiver qualquer dúvida ou problema de ordem ética por sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone: (48) 3721-6094

Eu, _____,
RG nº _____, telefone nº. _____ - _____,
consinto em participar voluntariamente da pesquisa realizada pela
doutoranda Ivana Maria Fossari.

ANEXO G - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.

Declaro ainda que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de retaliação por isso.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

ANEXO H - CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Eu _____
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Equipe de pesquisadores:

Doutoranda Ivana Maria Fossari

Profa. Dra. Édis Mafra Lapolli

Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do
Conhecimento/PPEGC da Universidade Federal de Santa
Catarina/UFSC

Data e Local onde será realizado o projeto: _____