

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA HUMANIZAÇÃO EM PEDIATRIA HOSPITALAR ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Camila Batista Nobrega Paiva^{1 2}, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4689-3938>
Sibelle Maria Martins de Barros^{1 3}, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0933-5475>

RESUMO. A humanização visa a transformação do modelo institucional de saúde por meio da valorização dos aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos processos de saúde e doença. Entretanto, por carregar múltiplos sentidos, sua implementação tem sido um desafio em diversos serviços públicos de saúde. Diante disso, este trabalho teve como objetivo apreender as representações sociais sobre humanização na pediatria entre profissionais de saúde que atuam neste contexto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada em um hospital universitário do Nordeste, que contou com a participação de 12 profissionais de saúde de oito categorias. Para apreensão dos dados recorreu-se à entrevista semiestruturada, cujos dados foram analisados por meio da análise categorial temática. Os dados permitiram a construção de três categorias temáticas: o contexto da pediatria, práticas assistenciais e humanização. Constatou-se que embora seja gratificante trabalhar na pediatria, existem dificuldades nas relações entre os próprios profissionais e entre os profissionais e as cuidadoras das crianças. As práticas assistenciais respaldam-se principalmente em valores humanísticos expressos nas vinculações afetivas e no uso eficaz do raciocínio clínico e dos materiais. A humanização, por sua vez, foi representada predominantemente por valores humanísticos, embora existam alguns elementos representacionais que referenciem aspectos da Política Nacional de Humanização. Constatou-se a ausência de argumentos pautados no direito do usuário a uma assistência de qualidade. Fazem-se necessárias, portanto, ações que possam promover reflexões e estratégias em humanização, no sentido de favorecer ressignificações no modo de pensar e concretizar a proposta da humanização em saúde.

Palavras-chave: Humanização da assistência; representação social; pediatria.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF HUMANIZATION IN HOSPITAL PEDIATRICS AMONG HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT. Humanization aims at transforming the institutional model of health by valuing the subjective, historical and socio-cultural aspects of health and disease processes. However, because it carries multiple meanings, its implementation has been a challenge in several public health services. Therefore, this study aimed to apprehend the social representations about humanization in pediatrics among health professionals who work in this context. It is a qualitative research, carried out in a university hospital in the northeast, with the participation of twelve health professionals from eight categories. To apprehend the data, a semi-structured interview was used, whose data were analyzed through thematic

¹ Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande-PB, Brasil.

² E-mail: camilanobrega_@hotmail.com

³ E-mail: barros.sibelle@gmail.com



categorical analysis. The data allowed the construction of three thematic categories: the context of pediatrics, care practices and humanization. It was found that although it is gratifying to work in pediatrics, there are difficulties in the relationships between the professionals themselves and between the professionals and the caregivers of the children. Care practices are mainly supported by humanistic values expressed in affective ties and in the effective use of clinical reasoning and materials. Humanization, in turn, was represented predominantly by humanistic values, although there are some representational elements that refer to aspects of the National Humanization Policy. The absence of arguments based on the user's right to quality assistance was found. Therefore, it is necessary to take actions that can promote reflections and strategies in humanization, in order to promote new meanings in the way of thinking and concretizing the proposal of humanization in health.

Keywords: Humanization of assistance; social representation; pediatrics.

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA HUMANIZACIÓN EN PEDIATRÍA HOSPITALARIA ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD

RESUMEN. La humanización tiene como objetivo transformar el modelo institucional de salud mediante la valoración de los aspectos subjetivos, históricos y socioculturales de los procesos de salud y enfermedad. Sin embargo, debido a que tiene múltiples significados, su implementación ha sido un desafío en varios servicios de salud pública. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo aprehender las representaciones sociales de la humanización en pediatría entre los profesionales de la salud que trabajan en este contexto. Es una investigación cualitativa, realizada en un hospital universitario del noreste, con la participación de doce profesionales de la salud de ocho categorías. Para aprehender los datos, se utilizó una entrevista semiestructurada, cuyos datos se analizaron mediante análisis categórico temático. Los datos permitieron la construcción de tres categorías temáticas: el contexto de la pediatría, las prácticas de atención y la humanización. Se descubrió que, aunque es gratificante trabajar en pediatría, existen dificultades en las relaciones entre los propios profesionales y entre los profesionales y los cuidadores de los niños. Las prácticas de atención se basan principalmente en valores humanísticos expresados en lazos afectivos y en el uso efectivo del razonamiento clínico y los materiales. La humanización, a su vez, estuvo representada predominantemente por valores humanistas, aunque hay algunos elementos de representación que se refieren a aspectos de la Política Nacional de Humanización. Se encontró la ausencia de argumentos basados en el derecho del usuario a una asistencia de calidad. Por lo tanto, es necesario tomar acciones que puedan promover reflexiones y estrategias en humanización, a fin de promover nuevos significados en la forma de pensar y concretar la propuesta de humanización en salud.

Palabras clave: Humanización de la atención; representación social; pediatría.

Introdução

A implementação da humanização na assistência à saúde é um processo complexo e multidimensional, que carrega em si múltiplos discursos e práticas. Ela configura-se como

um processo de transformação do modelo institucional de saúde na medida em que se propõe a reconhecer e valorizar os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de todos os envolvidos (Adorno, Martins, Mattos, Tyrrell, & Almeida, 2017).

Os aspectos históricos da saúde retratam a construção de uma cultura institucional que se impôs na organização das práticas de saúde, caracterizada pela racionalidade científica e com ênfase na técnica. Por conseguinte, a ação em saúde perde sua perspectiva cuidadora e, mesmo com avanços tecnológicos, perde sua potência e eficácia, já que também deslegitima os outros saberes em saúde (Merhy & Feuerwerker, 2016).

As atitudes de desinteresse pelo usuário e de falta de engajamento com o próprio serviço, juntamente com as dificuldades impostas pelas limitações do sistema, fizeram surgir o interesse pelo estudo e esquematização do tema sobre humanização. A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, visa oferecer atendimento de qualidade, com articulação entre avanços tecnológicos, acolhimento e valorização da intersubjetividade, além da melhoria dos ambientes e das condições de trabalho. Para alcançar seu objetivo, faz-se necessário o aumento da corresponsabilidade dos diferentes atores, assim como uma mudança da cultura de atenção aos usuários e de gestão dos processos de trabalho (Brasil, 2004).

A humanização adquire importância no contexto hospitalar, já que este ambiente faz emergir uma carga de sofrimento tanto para o paciente, quanto para seus familiares, principalmente quando o paciente é uma criança. Para tanto, a atenção à saúde desse grupo deve ser compreendida como um campo prioritário para as ações da assistência humanizada em saúde. Apesar das mudanças em relação à internação de crianças em ambientes hospitalares, como a permanência de um acompanhante durante a hospitalização e o reconhecimento de seu direito de brincar, ainda há dificuldades no dia a dia da assistência (Bergan, Bursztyl, Santos, & Tura, 2009).

Estudos e investimentos em contextos para reflexões e reordenamentos das ações em saúde são necessários, no intuito de romper com a abordagem biologicista e medicalizante da assistência à saúde, dando lugar a processos educativos que possibilitem e promovam práticas horizontais e dialéticas. Nesse bojo, as ações em saúde podem ser estudadas por meio das representações sociais, pois elas explicam os fenômenos a partir de uma perspectiva psicossocial. Assim, ao se abordar a humanização articulando elementos afetivos, cognitivos e sociais, evidenciam-se as relações sociais e observa-se como ela está presente na realidade estudada, mostrando as lacunas a serem fortalecidas para a efetiva implementação da PNH (Moscovici, 2010; Chernicharo, Freitas, & Ferreira, 2013).

Destarte, a psicologia social, por meio da Teoria das Representações Sociais (TRS) pode contribuir para essa discussão na medida em que permite conhecer os aspectos psicossociais no campo da saúde. Ela possibilita apreender os sentidos que os sujeitos conferem às práticas realizadas em saúde, como também compreender as ações desses sujeitos e a justificativa da escolha delas frente às realidades que lhes apresentam (Moscovici, 2010; Ferreira, 2016).

Deste feito, por se tratar de estudos de fenômenos psicossociais que retratam a feição singular de cada grupo e de cada contexto, o estudo das representações sociais no campo da saúde permite a compreensão dos processos de saúde e doença, considerando diferentes níveis de análise. Acredita-se que, por meio da interlocução entre ciências humanas e saúde, a análise dos fenômenos em saúde resgata a articulação entre aspectos individuais, grupais, institucionais e sociais, contemplando a complexidade inerente aos objetos investigados.

A TRS foi formulada por Moscovici com o objetivo de compreender, inicialmente, como um saber científico era apreendido pelos indivíduos e grupos sociais. Tal proposta teórica enfatiza as trocas simbólicas existentes nas relações pessoais, seus contextos sociais e seus produtos: as teorias do senso comum (Moscovici, 2010). Assim, torna-se legítimo afirmar que as relações interpessoais possibilitam a construção de um conhecimento compartilhado, que sofre constantes transformações, adaptando-se às mudanças de seu grupo gerador.

Ademais, considera-se que as representações guiam as práticas sociais, embora elas também possam ser produtos das práticas sociais, quando novas práticas são instituídas em um grupo social (Wolter & Sá, 2013). Tendo isto em vista, pode-se dizer que o processo de representar objetos torna-se importante na formação de práticas e de orientações das comunicações sociais.

Em saúde, as representações sociais são fruto da criação de subjetividades construídas coletivamente, a partir das interações e práticas do cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) (Bergan et al., 2009). Portanto, as representações sociais revelam quem o sujeito é, o que ele sabe, qual tipo de atendimento oferece e como constrói o significado deste atendimento. Em outras palavras, as representações revelam as relações estabelecidas entre a humanização e os sujeitos (Barbosa, Teixeira, & Oliveira, 2016).

No Brasil, poucos estudos têm abordado a humanização a partir da TRS. Freitas e Ferreira (2016), objetivando apreender os sentidos e práticas representativas de humanização na formação do enfermeiro, constataram uma ênfase na questão do aprendizado prático e do processo acadêmico do ensino e aprendizado sobre a humanização. Outros estudos (Chernicharo et al., 2013; Araújo & Ferreira, 2011; Andrade, Artmann, & Trindade, 2011; Silva et al., 2014; Silva, Oliveira, & Pereira, 2015) demonstram como a teoria pode ser profícua, na medida em que revelam universos consensuais dos grupos estudados e, conseqüentemente, as respectivas realidades institucionais.

Pode ser constatada a existência de pesquisas que abordam o tema humanização, mas não utilizam a TRS como aporte teórico (Ferreira & Artmann, 2018; Machado & Soares, 2016) embora versem sobre os discursos construídos em torno de tal objeto. Em relação ao universo da pediatria no hospital, têm-se abordado representações sociais relacionadas a outros objetos (Oliveira & Borges, 2017; Bergan et al., 2009).

Nesta proposta de pesquisa, o intuito foi o de identificar a rede de significações em torno do objeto social 'humanização' em um grupo de profissionais do setor de pediatria. Parte-se do pressuposto que as ações dos profissionais que atuam em pediatria estão embasadas no conhecimento técnico, mas também em representações sociais sobre a própria humanização. Dessa forma, este trabalho teve como objetivo apreender as representações sociais sobre humanização na pediatria entre profissionais de saúde que atuam nesse setor.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, uma vez que a pesquisa qualitativa visa apresentar as perspectivas das pessoas, abrangendo as condições contextuais onde estão inseridas, explicando tais acontecimentos por meio de conceitos existentes (Yin, 2016).

A amostra de trabalhadores foi escolhida por quota, de modo a contemplar as diversas profissões pertencentes ao quadro permanente de profissionais da pediatria, contemplando um total de 12 participantes, sendo eles: um técnico de enfermagem, um auxiliar em enfermagem, dois enfermeiros, dois fisioterapeutas, uma assistente social, uma

nutricionista, dois médicos, uma fonoaudióloga e uma brinquedista. Os critérios de inclusão dos trabalhadores foram: tempo de trabalho superior a seis meses no setor de pediatria, por constituir um período mínimo para atuação e engajamento; profissionais de ensino médio e superior.

Como instrumento de apreensão dos dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico e laboral, assim como uma entrevista individual com roteiro semiestruturado, contendo perguntas que contemplam: a caracterização do trabalho em pediatria, o trabalho em equipe, o perfil do público atendido (pacientes e familiares) e como ocorre a humanização neste contexto. No intuito de apreender dados sobre o contexto dos participantes e ter subsídios para melhor compreensão das representações sociais da humanização, como também de suas condições de produção, optou-se por incluir questões relacionadas ao cotidiano de trabalho na pediatria.

O projeto desta pesquisa foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Universitário Lauro Wanderley, por meio do CAAE: 07741119.6.0000.5183 e parecer 3.202.432. Após a referida autorização, deu-se início à coleta de dados.

Os profissionais foram convidados a participarem da pesquisa durante seu expediente de trabalho. Marcava-se um horário conveniente e a entrevista era realizada, de forma individual, em salas ou enfermarias que estavam disponíveis. Após esclarecimentos sobre a pesquisa, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitava-se a assinatura do participante bem como seu consentimento para a gravação de voz.

Os dados sociodemográficos e laborais foram analisados por meio da estatística descritiva e utilizados para caracterização dos sujeitos. As entrevistas foram analisadas a partir da Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2011), que se caracteriza por um conjunto de instrumentos de cunho metodológico para análise das comunicações visando à descrição objetiva, sistemática e quantitativa de seus conteúdos e consequente construção de significados. Desse modo, a análise temática incluiu leitura flutuante, a escolha do *corpus* de análise e codificação das unidades de registro para a formação de categorias e subcategorias.

Resultados e discussão

Dados sociolaborais

Entre os profissionais entrevistados, a maioria (n=11) era do sexo feminino. A experiência profissional variou entre seis e 30 anos. Quanto ao tempo de atuação nesta unidade pediátrica, a atuação mínima foi de sete meses, chegando à atuação máxima de 23 anos, com uma média de 7,54 anos trabalhando neste serviço. A maioria (n=7) possuía como forma de contrato o regime celetista e estava vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Em geral, a carga horária de trabalho semanal mais citada foi de 30 horas (n= 5), as outras foram 36, 40 e 60 horas, todos trabalhando em turno diurno na pediatria. Apenas três afirmaram ter uma carga horária cansativa e cinco admitiram haver sobrecarga de trabalho.

Tabela 1. Caracterização sociolaboral dos profissionais

Variável	Categorias	Frequência
Sexo	Masculino	01
	Feminino	11
Idade	20 a 30	01
	31 a 40	06
	41 a 50	04
	>= 51	01
Formação	Técnico	01
	Graduação	01
	Especialista	07
	Mestre	03
Cursos que abordam a humanização	SIM	08
	NÃO	04
Anos de atuação	6-10	03
	11-15	04
	16-20	03
	26-30	02
Anos na pediatria estudada	0-5 anos	07
	6-10 anos	01
	11-15	02
	16-20	01
	21-25	01
Carga horária cansativa?	SIM	03
	NÃO	09
Sobrecarga de trabalho?	SIM	05
	NÃO	07

Fonte: As autoras.

Categorias temáticas

A análise das entrevistas permitiu a construção de três categorias temáticas: O contexto da pediatria; as práticas assistenciais na pediatria; e humanização.

O contexto da pediatria

Esta categoria aborda o contexto específico da pediatria na visão dos profissionais e foi dividida em três subcategorias, de acordo com o conteúdo das entrevistas, a saber: avaliação da dinâmica de trabalho; especificidades do trabalho em pediatria e valorização profissional.

Na subcategoria avaliação da dinâmica de trabalho, surgiram questões cotidianas como a descrição do trabalho na pediatria. No que tange aos pontos positivos, destaca-se

a satisfação com o trabalho, a compreensão deste como algo gratificante, especial, divertido e prazeroso, além de ser uma realização pessoal, a exemplo: “[...] é prazeroso do ponto de vista de que a gente está trabalhando com criança. Você está sempre se divertindo” (P4, médica, 12 anos de atuação). Outro ponto positivo destacado diz respeito ao vínculo com a criança e ao seu próprio jeito de ser: “[...] o vínculo com a criança é sincero, se ela gosta de você, ela gosta [...] se não gosta, ela mostra que não gosta” (P1, fisioterapeuta, 6 anos de atuação).

Em relação aos pontos negativos ou dificuldades do trabalho, apesar de a maioria dos profissionais ter afirmado não haver nenhuma dificuldade, algumas questões emergiram em relação à falta de recurso/estrutura no trabalho, à dificuldade na comunicação com as crianças pequenas, ao sofrimento na hora de procedimentos invasivos e ao óbito de um paciente.

No que concerne às especificidades do trabalho em pediatria, os profissionais mencionaram algumas peculiaridades, haja vista que, segundo eles, o envolvimento com as crianças é maior do que com adultos. As crianças são mais sinceras e possuem um grau de compreensão do problema de saúde diferente, o que exige maior habilidade do profissional, no sentido de saber lidar com tais usuários.

Mediante especificidades da pediatria, o profissional necessita ter como características: paciência, dedicação, atenção e gostar de criança, como traz P5 (nutricionista, 15 anos de atuação): “[...] é gostar, é ter a empatia com a criança, gostar de criança”. Para eles, as pessoas esperam que um profissional que atua em pediatria saiba lidar com crianças, ter atenção, competência e habilidade, paciência e sensibilidade. Esses requisitos respaldados pela visão de fragilidade do público infantojuvenil acabam reforçando a importância da dimensão afetiva na relação médico-paciente, justificando o envolvimento emocional de alguns profissionais.

Assim como acontece com o contexto da pediatria, também há a relação com os acompanhantes, sendo que os profissionais opinaram sobre os perfis de familiares. Nove profissionais atribuíram aos acompanhantes algumas características, tanto positivas quanto negativas, tais como dedicadas, responsáveis, pacientes, maravilhosas, negligentes, grosseiras, desrespeitosas com os profissionais, mal educadas, impacientes e estressadas. Um trabalhador frisou a descrição dos acompanhantes, considerando-os pessoas simples, do interior, com baixa renda e escolaridade. E outro focou no lado emocional das acompanhantes: “[...] chegam mais bravas, outras com medo, com o tempo vão adquirindo mais confiança na equipe” (C11, auxiliar de enfermagem, 30 anos de atuação).

Cabe ressaltar que a maioria dos acompanhantes são mães e as características atribuídas a elas denotam, por vezes, um tom culpabilizante, que parece dividir as cuidadoras em dois grupos, boas e más. E aparecem numa lógica implícita da patologização da pobreza, como incluída na fala de P12 (médico, 15 anos de atuação): “[...] mães extremamente ignorantes, tanto ignorante no sentido de não saber, de desconhecer [...] como ignorantes de falta de um comportamento mais adequado”. Essa afirmação remete a uma associação entre pobreza e falta de educação, o que permite que se atualize o preconceito, sem ferir os princípios de deseabilidade social (Belfort, Barros, Gouveia, & Santos, 2015).

Os dados sugerem, portanto, dificuldades nas relações entre equipe e cuidadoras, reforçadas por percepções negativas dos acompanhantes, visto que a percepção que se tem das pessoas, influencia as interações sociais. Indica, desse modo, que a assistência também se vincula às representações sociais sobre usuários e suas famílias, elaboradas por profissionais. Isso posto, defende-se que a prática humanizada requer a transformação

de algumas dessas representações, principalmente aquelas que incluem percepções preconceituosas. Em vista disso, o estudo sobre representações sociais da humanização deve reconhecer a existência de uma rede de representações sociais sobre diferentes objetos sociais, mesmo quando se realiza um recorte, escolhendo apenas um.

Ainda sobre o contexto do trabalho em pediatria, a maioria (n=8) afirmou existir valorização profissional por parte dos próprios colegas ou dos usuários, porém, sem o reconhecimento da gestão, como exemplifica a seguinte fala: “[...] dos colegas mesmo. E não da questão da direção do hospital [...] que eu acho que não tem valorização nenhuma” (P11, auxiliar de enfermagem, 30 anos de atuação).

Quatro profissionais reconheceram que esta valorização ocorre às vezes; duas enfatizaram o não reconhecimento de seus trabalhos pela equipe médica e uma profissional alegou que os pacientes e os acompanhantes não valorizam o trabalho dos profissionais. Essa percepção remete a um problema persistente no SUS, que é a desvalorização dos trabalhadores e a precarização das relações de trabalho, como aponta o Ministério da Saúde (Brasil, 2008). Este é um dos grandes desafios da política: garantir as condições de trabalho e superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações, além de fomentar estratégias de valorização dos trabalhadores. Cabe salientar que a desvalorização do trabalho demonstra fragilidades nas relações interpessoais construídas nesse contexto.

A categorização hierárquica que os participantes afirmam existir entre a equipe multiprofissional e a equipe médica retrata demais aspectos dos entraves relacionais: “[...] tem coisas que a gente fala, que elas vão novamente perguntar ao médico ou a outro profissional, porque acha que a gente não tem o nível de profissionalidade que eles” (P3, técnico de enfermagem, 19 anos de atuação). “Vejo uma divisão: a equipe médica é uma e a multiprofissional é outra, quando na verdade o Multi deveria ser todos” (P7, fisioterapeuta, 09 anos de atuação). O médico ainda é considerado ator principal do cuidado e possuidor do saber legítimo. Essa visão pauta-se na construção sócio-histórica da medicina, em que o saber máximo é o do médico, o que acaba gerando conflitos com os demais membros da equipe, que acabam perdendo sua autonomia sobre as decisões no seu trabalho (Moreda et al., 2019).

No que concerne à comunicação entre a equipe, a maioria dos participantes admitiu que a comunicação sobre os casos clínicos não existia ou estava fragilizada, ocorrendo apenas em algumas situações que demandavam maior envolvimento da equipe. Na maior parte das vezes, o que ocorria era uma comunicação isolada e individual entre categorias profissionais. Relativo aos pontos a serem melhorados no trabalho em equipe, foi unânime a colocação da necessidade de haver maior interação e discussão de casos multiprofissionais.

Embora haja dificuldades na comunicação interprofissional, na avaliação da equipe, também foram citados aspectos positivos dos profissionais, afirmando existir uma relação muito boa (n=6), com respeito ao trabalho do outro (n=3). Os dados permitem dizer que, apesar de haver respeito entre os trabalhadores, ainda se evidencia uma relação verticalizada entre equipe-usuários e entre médicos-demais profissionais. Esta situação contrapõe-se à proposta da PNH, uma vez que retrata a falta de respeito e fomento à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos, de modo a permitir decisões em conjunto.

A equipe interprofissional é a base para um cuidado humanizado. A ausência de uma comunicação dialógica prejudica a qualidade da assistência, tendo em vista que reforça ações compartimentadas e verticalizadas. Além disso, quando não há compreensão do trabalho enquanto processo, cria-se um cenário que favorece a existência de conflitos, que

podem ser velados ou explícitos, “[...] envolvendo hierarquias de saberes e de remuneração da força de trabalho dos profissionais” (Silveira & Silva, 2018, p. 104).

Práticas assistenciais

Essa categoria diz respeito à forma como se organiza o cuidado prestado, tanto aos pacientes, quanto aos seus acompanhantes, englobando duas subcategorias: práticas voltadas às crianças/adolescentes e práticas voltadas às cuidadoras.

No que concerne à prática profissional voltada aos pacientes infantojuvenis, os participantes citaram algumas ações, como conversar (n=6), respeitar o momento (n=4), brincar (n=4), distrair (n=1) e explicar os procedimentos (n=3), como exemplo, “[...] eu recuo, dou um tempo, e no momento em que ela quiser a gente faz” (P9, fonoaudióloga, 15 anos de atuação). Em contrapartida, ainda foram apontadas outras atitudes, como a contenção (n=2) para a realização de procedimento e a imposição e falar firme com crianças mais velhas (n=1), que pode ser exemplificado na fala: “O firme que eu digo é isso, não é gritar com a criança, não é tratar mal: ‘não, tem que colocar o soro’, ‘não, mas eu não quero’, ‘mas não tem que querer não, é para o seu bem e acabou” (P8, auxiliar de enfermagem, 17 anos de atuação).

Esses dados indicam que, apesar de apontarem atitudes condizentes com uma boa prática diante do público infantojuvenil, algumas vezes os profissionais acabam não sabendo lidar com estes pacientes, assumindo posicionamentos autoritários. Posturas como essas podem contribuir para o aumento do estresse e de atitudes não colaborativas por parte das crianças, que já se encontram em situação de vulnerabilidade diante do adoecimento e hospitalização. Compreender como cada criança e adolescente percebe e sente sua situação de adoecimento e hospitalização é essencial para um cuidado humanizado. Assim, recomenda-se, portanto, que os profissionais ofereçam suporte emocional ao paciente, fomentando a ressignificação da situação e potencialização das estratégias de *coping* (Roças, 2018).

Os profissionais também reconhecem a necessidade de práticas voltadas aos familiares acompanhantes das crianças e adolescentes por meio de ações, como conversar (n=3), dar apoio (n=2), acalmar (n=1), orientar (n=4), ter uma postura empática (n=3), colocando-se no lugar deles neste momento de sofrimento, como relata P12 (médico, 15 anos de atuação): “[...] empatia [...] se você entender que aquela mãe está no sofrimento pela doença do filho e [...] desconhecimento do potencial da doença, então assim, ela tem, entre aspas, o direito de reagir de várias formas”.

Essas ações refletem facetas do cuidado humanizado, embasadas na compreensão e na valorização familiar. Contudo, ainda que algumas práticas sinalizem a preocupação com a acompanhante que sofre, não houve consenso entre os profissionais sobre os trabalhos de assistência às famílias, desenvolvidos pela equipe.

Alguns não identificaram uma assistência consolidada voltada aos acompanhantes, enquanto outros apontaram um cuidado precário, sendo uma escolha individual do profissional de prestar ou não este serviço, como traz P7 (fisioterapeuta, 9 anos de atuação): “[...] muito frágil ainda, que eu conheça, não é ofertado assim uma coisa específica para o acompanhante”. Isto denuncia que a assistência ainda está focalizada no paciente, centralizada nas técnicas, enquanto que o apoio familiar fica em segundo plano, a depender de cada profissional.

Sabe-se que a permanência do cuidador da criança/adolescente em regime de internação é uma questão legal e de direito, além deste ser fundamental para dar apoio ao enfrentamento desta situação pela criança/adolescente e minimizar seus sentimentos

negativos. Portanto, torna-se urgente reordenar a modalidade assistencial, ampliando o foco para além do paciente e sua patologia, considerando a família e suas demandas. Diante disto, defende-se que o cuidado se deve reorganizar e voltar-se para ações de integralidade, preocupado com a singularidade da criança/família, que se tornaram agora um só cliente (Quirino, Collet, & Neves, 2010).

Os participantes também relatam a existência de expectativas e cobranças, por parte das acompanhantes, direcionadas a eles: “[...] que nós sejamos responsáveis pelo paciente [...] que nós temos que ir lá e forrar o leito pela manhã, orientar com relação à alimentação [...] porque o acompanhante já vem para diminuir eu acho que talvez até o excesso de trabalho que tínhamos” (P3, técnica de enfermagem, 19 anos de atuação).

Os sujeitos do estudo demonstram compreender que o acompanhante deve, além de cumprir a questão legal de direito da criança/adolescente e de ser seu suporte emocional, ser um recurso humano e agente facilitador do trabalho dos profissionais (Lima et al., 2019). Embora seja desejável uma relação de cooperação e parceria entre os profissionais e os cuidadores, parece que qualquer comportamento destes últimos, que não corresponda a este modelo de agente de trabalho, acaba gerando conflito e distanciamento da equipe.

Há o reconhecimento de que a família pode participar ativamente dos cuidados ao paciente, mas, para que ela se sinta fortalecida neste cuidado, também deve ser amparada pelos profissionais, estabelecendo vínculos, confiança e responsabilização, por meio de interações intersubjetivas ricas e dinâmicas. Assim, haverá o resgate de um cuidado integral com o olhar ampliado para a família, tornando-a parte do processo e respeitando a singularidade do binômio filho-família (Quirino et al, 2010).

Humanização

A categoria de humanização apresenta e discute os sentidos que os profissionais dão à humanização em saúde na pediatria. No que tange à definição do objeto humanização, os elementos representacionais englobaram três aspectos: a questão ética e moral (n=6); prática de cuidado (n=5), os aspectos da PNH (n=4).

A questão ética e moral abarcou elementos como empatia, ser humano, solidariedade e amor, como retratado nesta fala: “[...] você se colocar no lugar do outro [...]” (P10, enfermeira, 10 anos de atuação). E, igualmente, nesta: “[...] tentar fazer com que os cuidados prevaleçam, o respeito, né, a solidariedade, o amor ao próximo” (P2, assistente social, 18 anos de atuação).

A prática de cuidado diz respeito a elementos, tais como conversar, dar conforto ao paciente, não agir mecanicamente, utilizar a brinquedoteca e promover bem-estar. Os aspectos da PNH destacados foram: cuidado integral, enxergar o paciente como um todo, acolhimento e ter boa comunicação. A partir de uma postura empática, alguns profissionais conseguem enxergar a necessidade de um atendimento integral, pois, ao se colocarem no lugar do outro, ampliam sua visão para além da doença e percebem o contexto onde estes pacientes estão inseridos.

Ao falarem sobre humanização, os participantes recorreram às práticas realizadas reconhecidas como humanizadas, apontando para a questão do próprio cuidado, tanto na dimensão técnica quanto relacional (n=11). Mencionaram práticas como dar atenção, seguir protocolos, conversar, cuidar do emocional, preocupar-se com o bem-estar, recorrer à brinquedoteca e celebrar datas comemorativas. Fizeram referência à questão ética e moral (n=3) ao citarem o trabalho com amor, dedicação, flexibilidade, empatia, respeito. Apenas

três relataram elementos da própria PNH como o cuidado integral, acolhimento e ambiência.

Vale destacar que, ao buscarem conceituar a expressão humanização, os sujeitos trouxeram mais elementos vinculados à ética. Ao falarem sobre suas práticas, os participantes enfatizaram aspectos práticos da própria assistência que propiciam o bem-estar psicológico do paciente. A assistência humanizada, portanto, parece ser compreendida como uma atuação que deve estar respaldada por valores éticos e morais e pelo reconhecimento da dimensão subjetiva dos pacientes, o que aponta para o princípio da integralidade.

Apesar de três profissionais trazerem elementos que são considerados na política, como as questões referentes à relação horizontal e à integralidade, ainda há pouca referência direta aos elementos da PNH nas falas dos profissionais. A discussão em torno do direito do usuário à assistência de qualidade também não foi destacada nos relatos dos profissionais, o que contribui para a ideia de que a humanização se caracteriza mais como uma postura e prática individual, em detrimento da dimensão coletiva.

No contexto estudado, adotar postura e práticas humanizadas ainda é desafiador, na medida em que existem entraves como resistência de alguns profissionais, busca de afastamento emocional, ausência de atitudes coletivas e de ações intersetoriais, como relatado por sete profissionais. A resistência de profissionais pode, inclusive, acarretar atitudes de repressão por parte de alguns colegas àqueles que fazem humanização: “[...] a gente se sente até um pouco reprimido de fazer algo com relação à humanização, porque enquanto a gente está tentando fazer, vem alguém e não apoia” (P3, técnica de enfermagem, 19 anos de atuação).

Muitas vezes, estas repressões são explicadas pelo fato da atitude humanizada de uma, acabar desvelando a superficialidade e a indiferença de muitos, o que acaba retratando uma divisão entre profissionais que praticam cuidado humanizado e outros que não o fazem, situação também encontrada no estudo de Araújo e Ferreira (2011).

O afastamento emocional foi mencionado com um entrave por duas participantes, uma vez que se caracteriza como uma estratégia para não se apegar e sofrer frente aos processos de adoecimento dos usuários. A falta de engajamento coletivo da equipe, segundo três trabalhadoras, acaba dificultando a efetivação do cuidado humanizado, pois as ações partem por iniciativas individuais, ficando restritas e fragilizadas.

A ausência de ações intersetoriais também foi retratada (n=1) como um obstáculo para a assistência humanizada: “[...] essa parte do olhar amplo [...] eu identifico que aquele paciente tem uma determinada fragilidade em algum outro aspecto que não só da Saúde [...] eu não sei se a gente consegue dá conta de suprir aquilo ali, de tentar humanizar aquela questão [...] a gente depende de outras coisas que estão fora [...]” (P7, fisioterapeuta, 9 anos de atuação).

Os entraves para a humanização retratam o enaltecimento do tecnicismo e do modelo biomédico, colocando em cena o mito da neutralidade e da objetividade científica (Silva et al., 2015). Mota, Martins e Vêras (2006) afirmam que a dimensão desumanizante reduz os sujeitos a objetos da própria técnica, tornando-os despersonalizados a partir de uma investigação fria e objetiva. O distanciamento emocional, como estratégia de se proteger do sofrimento decorrente das situações dos pacientes, aponta para a necessidade de ressignificar o sofrimento, que traz, muitas vezes, uma carga de culpa e impotência para os profissionais (Viero et al., 2017).

Pode ser afirmado que, evitar se sentir frágil e ficar distante emocionalmente do paciente e de sua família, reforça relações verticais e dificulta a concretização da proposta

de humanização que necessita, sobretudo, de vínculos entre os atores. As ações intersetoriais e em rede, por sua vez, garantem a atenção integral aos usuários, levando a uma ampliação da compreensão sobre humanização, ancorada na transversalidade, um dos princípios da PNH (Ferreira & Artmann, 2018).

As estratégias para fortalecer a humanização no setor de Pediatria voltaram-se para o incentivo de mais comunicação/integração interprofissional (n=4), com a ocorrência de discussão de casos, maior conscientização das pessoas (n=4), por meio de cursos, rodas de conversas, atividades em grupo e reuniões: “[...] cursos sobre humanização porque talvez a gente saiba pouco” (P11, auxiliar de enfermagem, 30 anos de atuação). Constata-se que os profissionais admitem que sabem pouco, reconhecendo a necessidade de maior investimento na educação permanente em saúde sobre o tema humanização.

Em relação à PNH, os respondentes declararam que não lembravam o que versam as diretrizes dessa política: “Das diretrizes, sinceramente eu não lembro de nada, porque aqui eu não vejo” (P1, fisioterapeuta, 6 anos de atuação). Situação que corrobora com o estudo de Machado e Soares (2016), que apontou o desconhecimento, ou apenas um saber parcial do que seja a PNH, seus princípios, diretrizes e eixos norteadores entre a equipe de saúde.

A forma como o objeto é representado é influenciada pelo contexto onde os sujeitos estão imersos, assim, se na instituição os pressupostos da PNH não são conhecidos ou são desacreditados, torna-se difícil sua implementação, além de facilitar que o senso comum sobre sua falência seja naturalizado entre os profissionais (Chernicharo et al., 2013). Se os trabalhadores são aqueles que colocam em prática a PNH, tornando-a funcional, eles precisam, então, ter compreensão adequada de seus pressupostos; caso contrário, “[...] ficam restritos ao arranjo técnico e não transformam a realidade, mas mantêm a lógica vigente, revestida com uma roupagem mais glamorosa” (Pereira & Ferreira Neto, 2015, p. 81).

Sabe-se que a PNH agrega discussões desde a gestão, ao próprio trabalho/trabalhador e o foco no cuidado ao usuário, e, embora os profissionais tenham discutido a política em cursos que abordavam o tema, o que prevalece em seus relatos pouco se articula ao que preconiza a PNH, principalmente no que diz respeito ao campo do direito.

Dado semelhante foi identificado no estudo de Andrade et al. (2011), quando perceberam que as representações da humanização para os profissionais associavam-se a concepções humanísticas e para a qualificação do atendimento. Dessa forma, os autores elaboraram a capacitação sobre o tema e, após este momento, a humanização foi incorporada à perspectiva do direito, havendo a ampliação da compreensão dos princípios do SUS.

O contexto de saúde, principalmente o hospital, por ter sido demarcado por ações de caridade, traz, ainda em si, esses valores éticos e humanos que, somados aos aspectos da humanização, como o acolhimento e foco no bem-estar do usuário, engendram crenças e atitudes ancoradas no escopo do assistencialismo. O contexto da pediatria que suscita a ideia de criança frágil parece favorecer a associação da humanização a esses valores.

O esquema figurativo das representações sobre humanização revela que os principais elementos que dão concretude à representação social de humanização, entre o grupo de profissionais estudado, dizem respeito às questões éticas e relacionais, assim como às práticas assistenciais que consideram a dimensão subjetiva dos usuários. Os outros elementos menos expressivos relacionam-se a aspectos do universo reificado, como ao discurso da própria política e do SUS. Pode-se dizer que os elementos representacionais

da humanização ancoram-se, sobretudo, em aspectos humanísticos bastante frequentes nos saberes do senso comum.

Esse saber prático dos profissionais, constituído majoritariamente pelas representações do universo consensual, da vida cotidiana, mas também incorporando o universo reificado da linguagem científica, revela a diversidade do campo de constituição das representações em saúde. Utilizar, portanto, a TRS nos estudos em saúde, pode favorecer o entendimento sobre as transformações paradigmáticas ocorridas neste campo, como a adoção dos princípios humanistas em detrimento do modelo clínico biomédico (Oliveira & Gianasi, 2019).

Tal representação social da humanização articula-se às condições sócio-históricas da medicina e aos valores do grupo pesquisado. Denota um contexto em que há poucos esforços institucionais e individuais em torno da proposta da humanização, enquanto política de saúde.

A ausência de práticas sistemáticas que envolvam discussões políticas e acadêmicas sobre a questão reforça a ideia da humanização como escolha individual, que se orienta apenas por valores humanitários. Assim, aqueles que se respaldam no modelo biomédico, escolhem se relacionar com os usuários focalizando apenas o corpo a ser tratado.

Considerações finais

A Teoria das Representações Sociais contribuiu para compreensão do universo simbólico relacionado à humanização na pediatria, demonstrando entraves e possibilidades de ordem psicossocial no processo de implementação da PNH. Sabe-se que o processo de humanização é algo constante, não existindo um momento em que estará consolidada completamente, sendo necessárias práticas diárias e educação permanente que permitam trabalhar os sentidos atribuídos à humanização e enfatizando a questão do direito à saúde.

A investigação do cenário da pediatria revelou a necessidade de habilidades para lidar com a falta de estrutura e peculiaridades do atendimento às crianças, adolescentes e sua família. Permitiu, também, identificar uma rede de representações sociais, incluindo discursos sobre os usuários e seus cuidadores, além da humanização. Embora a rede de representações não tenha sido foco desse estudo, recomendam-se futuras pesquisas que possam abarcar esse fenômeno.

As práticas assistenciais revelaram ações que se aproximam da proposta da humanização em saúde, mas também práticas autoritárias que a prejudicam. Existe um reconhecimento por parte de alguns profissionais da importância da dimensão subjetiva e da necessidade de práticas que promovam o bem-estar do paciente, embora alguns escolham negligenciar este aspecto e manter distância afetiva.

Tais práticas estão alinhadas à representação social da humanização que tem como foco os valores humanísticos e conhecimentos do senso comum que não contemplam uma discussão política. A humanização, portanto, torna-se uma escolha pessoal. Diferenças de posturas entre os profissionais demonstram que a implantação de uma política é um processo dinâmico, permanente e complexo, necessitando de intervenções compatíveis com cada contexto.

Falar em humanização, desconsiderando o âmbito do direito à saúde, é preocupante e reforça a ideia de que as ações de humanização dizem respeito aos movimentos individuais e não coletivos, o que torna a coisa pública a ser compreendida, muitas vezes, como um favor, negligenciando o direito à saúde de qualidade de todo cidadão. Esta realidade aponta para um abismo entre o que se pretende com as políticas públicas e o que realmente se alcança em termos efetivos, pois são feitas políticas, mas elas não chegam

até as pessoas.

Por fim, faz-se necessário ampliar o modo de fazer da PNH, construindo alternativas que considerem as diferenças e as singularidades, com ações de humanização que devem ser sustentadas pelo grupo, por meio de uma atitude compromissada. Ressalta-se que, as mudanças estruturais, sociais e culturais no âmbito da saúde, voltadas a um cuidado humanizado e de qualidade, podem tornar-se agentes no processo de ampliação do campo simbólico das representações sociais da humanização dos profissionais.

Referências

- Adorno, A. M. N. G., Martins, C. A., Mattos, D. V., Tyrrell, M. A. R., & Almeida, C. C. O. F. (2017). Gestão hospitalar como ferramenta do cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(8), 3143-50. Recuperado de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110220/22135>
- Andrade, M. A. C., Artmann, E., & Trindade, Z. A. (2011). Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 1115-1124. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700043>.
- Araújo, F. P., & Ferreira, M. A. (2011). Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 287-293. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200011>.
- Barbosa, C. R., Teixeira, E., & Oliveira, D. C. (2016). Estrutura representacional de profissionais de saúde sobre cuidar de pessoas que vivem com HIV/Aids. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(3), 528-536. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_rtext&pid=S012053072016000300528&lng=es&nrm=iso&tln g=pt
- Bergan, C., Bursztyl, I., Santos, M. C. O., & Tura, L. F. R. (2009). Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(4), 656-661. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472009000400011>
- Bardin, I. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Belfort, P. B., Barros, S. M. M., Gouveia, M. L. A., & Santos, M. F. S. (2015). Representações sociais de família no contexto do acolhimento institucional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 17(3), 42-51. Recuperado de: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/7715>
- Brasil. Ministério da Saúde (2008). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4a ed.). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

- Chernicharo, I. M., Freitas, F. D. S., & Ferreira, M. A. (2013). Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. *Saúde e Sociedade*, 22(3), 830-839. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/16.pdf>
- Ferreira, L. R., & Artmann, E. (2018). Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1437-1450. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>
- Ferreira, M. A. (2016). Teoria das representações sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(2), 214-215. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127745723001.pdf>
- Freitas, F. D. S., & Ferreira, M. A. (2016). Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 282-289. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690211i>
- Lima, R. M., Gomes, F. M. A., Aguiar, F. A. R., Santos Júnior, E. B. D., Dourado, J. V. L., & Ferreira Junior, A. R. (2019). Experiences of mothers during the hospitalization of their children. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1286-1292. Recuperado de: <https://search.proquest.com/openview/fa79f64837d424fb1e83f3704a06cf0b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030183>
- Machado, E. R., & Soares, N. V. (2016). Humanização em uti: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 6(3), 2342-2348. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i3.1011>
- Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In E. E. Merhy, R. S. Baduy, C. T. Seixas, D. E. S. Almeida, & H. Slomp Júnior (Orgs.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* (p. 59-79). Rio de Janeiro, RJ: Hexis.
- Moreda, K. F., Cecagno, D., Weykamp, J. M., Moura, P. M. M., Biana, C. B., Porto, A. R., & Marques, V. (2019). Processo de tomada de decisão no trabalho em uma maternidade: vivências de enfermeiros. *Revista Enfermagem Atual InDerme*, 87(25). Recuperado de: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/216>
- Moscovici, S. (2010). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro, RJ: Vozes.
- Mota, R. A., Martins, C. G. M., & Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200011>
- Oliveira, C. S., & Borges, M. S. (2017). Representações sociais sobre sistematização da assistência à criança hospitalizada. *Cogitare Enfermagem*, 22(1). doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48932>
- Oliveira, D. C., & Gianasi, L. B. (2019). Representações sociais como teoria interpretativa para investigações na saúde do homem. In J. S. Araújo & M. M. F. Zago (Orgs.),

Pluralidade masculina: contribuições para pesquisa em saúde do homem (p. 62-77). Curitiba, PR: CRV.

Pereira, A. B., & Ferreira Neto, J. L. (2015). Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(1), 67-88. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00024>

Quirino, D. D., Collet, N., & Neves, A. F. G. B. (2010). Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 300-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200014>

Roças, S. I. A. (2018). *Cuidados de enfermagem no controlo da dor em pediatria: intervenções sensoriais* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Évora. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10174/24079>

Silva, R. M. C. R. A., Oliveira, D. C., & Pereira, E. R. (2015). A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 936-944. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0505.2634>

Silva, R. M. C. R. A., Oliveira, D. C., Pereira, E. R., Silva, M. A., Trasmontano, P. S., & Alcantara, V. C. G. (2014). Humanization of health consonant to the social representations of professionals and users: a literary study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13 (4), 677-85. doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144773>

Silveira, R. B. B., & Silva, E. A. (2018). O trabalho do/a assistente social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe. *Textos & Contextos*, 17(1), 97-114. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2018.1.27325>

Viero, V., Beck, C. L. C., Coelho, A. P. F., Pai, D. D., Freitas, P. H., & Fernandes, M. N. S. (2017). Pediatric oncology nursing workers: the use of defensive strategies at work. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 21(4), e20170058. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0058>

Wolter, R. P., & Sá, C. P. (2013). As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido. *Revista Internacional de Ciências Sociais e Humanidades*, 33(2), 87-105. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/275889356_As_relacoes_entre_representacoes_e_praticas_o_caminho_esquecido

Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre, RS: Penso. Recuperado de: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=AeafCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Pesquisa+qualitativa+do+in%C3%ADcio+ao+fim&ots=W46bPI8QBr&sig=OFzodbuTgJHHI49d3KEvG2n0DNw#v=onepage&q=Pesquisa%20qualitativa%20do%20in%C3%ADcio%20ao%20fim&f=false>

Recebido em 28/06/2020

Aceito em 11/11/2021