

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL E PEDIÁTRICA

Laís Silva dos REIS^a, Eveline Franco da SILVA^b, Roberta WATERKEMPER^c,
Elisiane LORENZINI^d, Fátima Helena CECCHETTO^e

RESUMO

A humanização em saúde é uma das prioridades nas políticas de saúde no Brasil, implicando as atitudes dos usuários, trabalhadores e gestores dos serviços. Este estudo objetivou identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Participaram, do estudo, 11 integrantes da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica de um hospital do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas conforme referencial da análise de conteúdo temática. Emergiram três categorias temáticas: humanizar é ver o outro como um todo-acolher; o vínculo e a comunicação como práticas humanizadoras; e falta de ambiência como prática desumanizadora. Identificou-se que a compreensão da equipe de enfermagem sobre humanização pauta-se na própria ciência do cuidado de enfermagem, e não especificamente na Política Nacional de Humanização.

Descritores: Humanização da assistência. Cuidados de enfermagem. Enfermagem neonatal. Enfermagem pediátrica.

RESUMEN

La humanización de la salud es una prioridad en las políticas de salud en Brasil, implicando en las actitudes de los usuarios, de los trabajadores y de los gerentes de los servicios. Este estudio tuvo como objetivo identificar la percepción del personal de enfermería sobre la humanización de la atención en una unidad de cuidados intensivos neonatales y pediátricos. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo. Los participantes fueron 11 miembros del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital pediátrico en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas analizados a través del análisis de contenido temático. Surgieron tres temas: humanizar es ver al otro como un todo-acoger; la unión y la comunicación como prácticas de humanización y la falta de ambiente como práctica deshumanizante. Se identificó que la comprensión del personal de enfermería sobre la humanización se basa en su propia consciencia sobre los cuidados de enfermería y no específicamente en la Política Nacional de Humanización.

Descriptores: Humanización de la atención. Atención de enfermería. Enfermería neonatal. Enfermería pediátrica.

Título: Percepción del equipo de enfermería acerca de la humanización en la unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrica.

ABSTRACT

The humanization of healthcare is one of the key priorities of healthcare policies in Brazil, and directly reflects on the attitudes of user, employees and managers of health services. The aim of this study was to identify perception of the nursing team in terms of humanization of assistance in a neonatal and paediatric intensive care unit based on exploratory-descriptive research and a qualitative approach. A total of 11 members of a nursing team at the neonatal and paediatric intensive care unit of a hospital in southern Brazil participated in this study. Data was collected by means of semi structured interviews that were subsequently processed according to reference standards of thematic content analysis. This analysis resulted in three thematic categories: to humanize is to perceive the other as all-providing and all-supportive; bonding and communication as humanizing practices; and lack of ambience as a dehumanizing practice. Results showed that perception of the nursing team in relation to humanization is determined by the actual science and awareness of nursing care rather than specific acknowledgement of the National Humanization Policy.

Descriptors: Humanization of healthcare. Nursing care. Neonatal nursing. Paediatric nursing.

Title: Humanization of healthcare: perception of a nursing team in a neonatal and paediatric intensive care unit.

a Enfermeira assistencial do setor Materno Infantil do Hospital do Círculo. Caxias do Sul, RS, Brasil.

b Enfermeira obstetra. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora de Fátima (FÁTIMA). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS). Caxias do Sul, RS, Brasil.

c Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). Porto Alegre, RS, Brasil.

d Enfermeira especialista em Gerenciamento de Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade FÁTIMA. Caxias do Sul, RS, Brasil.

e Enfermeira. Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás. Doutoranda do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

No setor da saúde, a preocupação com as questões relacionadas ao atendimento à população nos serviços de saúde contribuiu para o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2004. Tal política no momento de seu lançamento representou um avanço e grande desafio para os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), pois em virtude desta necessidade e como forma de sua viabilização exigiu a valorização dos usuários, dos trabalhadores e gestores implicados no processo de produção de saúde. Esta valorização está imbricada no incentivo à autonomia desses sujeitos, além do aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde. A partir disso, iniciativas para a mudança em modelos de atenção e gestão de processos de trabalho, em diferentes instituições representantes do SUS, foram tomadas, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, compromisso com a ambiência, além de melhores condições de trabalho e de atendimento⁽¹⁾.

Entretanto, mesmo com oito anos de sua publicação, evidencia-se que a implantação da PNH em instituições de saúde ainda apresenta fragilidades, contribuindo para a continuidade dos problemas que incentivaram a sua criação. Dentre os problemas que interferem na prática da humanização nos serviços de saúde está a compreensão desta política pelos profissionais. Estudo realizado com técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal mostrou que o conceito humanização está vinculado, principalmente, às boas relações entre os trabalhadores da unidade de cuidado⁽²⁾.

Além desta visão simplista sobre a PNH, outro fator fragilizante da implantação desta é a permanência da prática biologicista e fragmentada de cuidado nos serviços de saúde, que ocorre tanto por parte dos profissionais, quanto pelos próprios usuários⁽³⁾.

O desejo pelo desenvolvimento deste estudo partiu da trajetória acadêmica e atuação das autoras na área materno infantil, principalmente, voltada para a questão da relação de cuidado no ambiente de terapia intensiva, visto que a atuação em UTI neonatal e pediátrica exige a aplicação de uma assistência permeada por aparatos tecnológicos e monitorização constante sob um nível de estresse tanto para os profissionais quanto para a criança e família. Por ser um trabalho específico, direcionado à criança, neonato e família sob estas circunstâncias a relação entre estes pode ser fragilizada. A partir

deste contexto, surgiu a questão de investigação: Que percepção a equipe de enfermagem que atua em UTI neonatal e pediátrica apresenta sobre a humanização em seu processo de trabalho?

Acredita-se que seja importante realizar a investigação sobre este tema como forma de contribuir para o desvelo da compreensão dos profissionais de saúde sobre a PNH e a criação de estratégias que possam facilitar a prática da humanização no ambiente de terapia intensiva neonatal e pediátrica. Nesse sentido, este estudo apresenta como objetivo identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em uma UTI neonatal e pediátrica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. A opção por este delineamento fundou-se na característica principal de abarcar o universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, permitindo a descrição da vivência da realidade e de fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽⁴⁾.

Este estudo foi realizado em uma UTI neonatal e pediátrica de um hospital privado de um município da região sul do Brasil. Participaram desta pesquisa 11 integrantes da equipe de enfermagem (três enfermeiras e oito técnicas em enfermagem). Para seleção das participantes utilizou-se o critério de inclusão: ser membro da equipe de enfermagem há no mínimo seis meses, por entender que este período pode ser adequado para a adaptação do colaborador da instituição às rotinas e dinâmica da unidade. E como critério de exclusão: ocupar cargo de chefia, visto que os enfermeiros que ocupam cargo de chefia na referida instituição são responsáveis por toda área materno infantil e não atuam diretamente na UTI neonatal e pediátrica.

Para a determinação do número de participantes utilizou-se o critério de saturação dos dados, ou seja, quando os dados se tornaram repetitivos, encerrou-se a coleta⁽⁵⁾. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2010, utilizando-se a técnica de entrevista semiestruturada⁽⁴⁾. As entrevistas foram realizadas nas instalações da referida unidade, em horários previamente agendados, sendo preservada a privacidade evitando-se interrupções. Para melhor aproveitamento dos dados as mesmas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

O processo de análise foi realizado por meio do método de análise de conteúdo, do tipo temática. Este método segue três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento, inferência e interpretação dos resultados obtidos⁽⁴⁾.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem do estudo, sob parecer nº 0109, e contemplou a Resolução 196/1996. Todas as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e as implicações de sua participação, recebendo garantia de anonimato e da possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento. Após aceitarem em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, na qual uma ficou de posse da participante e a outra da pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo caracterizam-se por serem do sexo feminino. Com relação à formação, sete profissionais possuem o ensino médio e curso técnico em enfermagem; três possuem ensino superior completo; e um profissional referiu ter ensino superior incompleto. Quanto ao tempo de formação dos entrevistados a média variou entre um e cinco anos.

A análise de dados destes sujeitos possibilitou a emergência de três categorias temáticas: humanizar é ver o outro como um todo-acolher; o vínculo e a comunicação como práticas humanizadoras; e falta de ambiência como prática desumanizadora. Tais categorias evidenciaram elementos constituintes da percepção sobre a humanização no cuidado.

Humanizar é ver o outro como um todo-acolher

Nessa categoria buscou-se conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização. Os depoimentos das participantes demonstraram que estas compreendem a humanização como uma modalidade assistencial cujo processo resulta do conhecimento e da prática das várias categorias profissionais atuantes na produção de cuidados em saúde. Este conhecimento e prática apresentam como foco principal um olhar mais amplo para o sujeito cuidado.

[...] É você olhar o paciente de um jeito diferente, não só como ele está aqui para um cuidado simples de técnica, ele está aqui para a gente olhar com um todo. Aqui no nosso setor é um pouco diferente porque os pacientes são

um pouco mais pequenos e não respondem para gente o que a gente pede [...] (H2).

É olhar o paciente como um todo, não é ir lá e só fazer a rotina e não prestar nenhum... Alguma outra atividade um colinho, olhar com o olho holístico, conversar no caso dos pediátricos, até porque eles gostam de brincadeiras, ser extrovertida para que não se torne um ambiente ruim. Que tenham confiança em nós (H5).

Para as participantes a humanização está representada pela expressão olhar como um todo, diferente, o que significa cuidar para além de procedimentos técnicos. Esta percepção vai ao encontro de resultados de outros estudos⁽⁶⁾ e fortalece a compreensão de que o cuidado apesar de ter especialidade precisa ser realizado, pelo profissional, com um olhar mais complexo, holístico, que seja capaz de considerar o sujeito cuidado como ser humano.

A humanização é entendida como a capacidade de se colocar no lugar do outro. Esta atitude do profissional tem como objetivo compreender as experiências e sentimentos do sujeito e é destacada como uma importante atitude de empatia⁽⁶⁻⁸⁾. A atitude de ser empático é a capacidade do sujeito em poder se colocar no lugar do outro de forma que consiga perceber o mundo como este percebe, assim como ser capaz de compreender o que o outro está sentindo para poder compartilhar esta experiência⁽⁹⁾. Dessa forma, ser empático é olhar o outro de forma diferente, é se colocar no lugar do outro, como é retratado nos relatos.

A PNH foi criada para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS priorizando o atendimento com qualidade. Mas, o que significa qualidade no atendimento para esta política? A qualidade envolve mudanças em diversos níveis, incluindo a organização, as relações institucionais de trabalho, as condições da prestação de serviços, bem como os produtos oferecidos aos usuários, ou seja, a qualidade está imbricada no conceito de humanização.

A humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde. Valorizar estes sujeitos envolve o respeito e compreensão da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS. Representa uma forma de incluir o que não sou eu, que em mim produz estranhamento e que provoca tanto o contentamento e a alegria, como mal-estar. Incluir o outro é um movimento de ambiguidade no qual o profissional precisa apreender para possibilitar o convívio com o diferente⁽¹⁾. Esta possibilidade

de incluir o outro, valorizá-lo, respeitá-lo, quando alcançada pode ser interpretada como empatia.

Na situação da criança hospitalizada na UTI neonatal e pediátrica, por ser ainda um ser dependente do outro, a empatia estende-se a seu familiar. A família é percebida como parte do cuidado humanizado à criança pela enfermagem, conforme é expresso nas falas de H4 e H3:

Humanizar é cuidar do paciente com muito carinho, ter o olho holístico, não só para a criança, mas também para o colega e família, é não somente se deter nas coisas básicas, nas rotinas, é ter muita paciência para explicar tudo aos pais (H4).

[...] Deixar os pais mais confiantes para quando eles virarem as costas para ir embora possam descansar em deixar seu filho com a gente (H3).

Sabe-se que a UTI é caracterizada pelo seu arsenal tecnológico e este ambiente, para familiares das crianças ali internadas, trata-se de um local assustador, que pode gerar inúmeros conflitos^(10,11) e por estas características exige dos profissionais preparo técnico e científico. Dentre as dificuldades encontradas no cenário atual para a implantação da PNH está a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado. Tal despreparo está diretamente relacionado à atenção centrada na relação queixa-conduta, sustentada pelo modelo biomédico⁽¹⁾, o que não se verifica neste estudo.

A equipe de enfermagem evidencia em seus relatos respeitar os usuários da unidade de cuidado o que demonstra a prática de um dos princípios que norteiam a PNH. Pode-se perceber que a equipe de enfermagem revela sua preocupação em ver o paciente como um todo, de forma holística, superando o modelo de atendimento focado apenas nas doenças. Uma das formas de se realizar o cuidado humanizado tanto ao paciente, quanto ao familiar, e que está diretamente associada à empatia, é o acolhimento. Para os entrevistados acolher significa:

[...] dar [...] carinho, dar tudo de ti ao máximo [...] especialmente na pediatria. Eu tento dar atenção não só ao paciente, mas também ao familiar que estiver ali, porque para eles só o fato de estar aqui na UTI já é traumatizante (H11).

[...] fazer o melhor pelo paciente e cada paciente é um. Não tem todos o mesmo problema então, tipo conforto, tudo o que tu poder fazer para deixar o paciente melhor,

né!? [...] se ele tá chorando é porque alguma coisa não tá bem, então tu vai tentar fazer alguma coisa ali pra ele... Mudar de decúbito, deixar o ninho mais fofo (H3).

Esta constatação evidencia uma realidade diferente da encontrada em outro estudo⁽¹⁰⁾ que afirma ainda ser realidade de muitas instituições brasileiras a proibição da presença dos pais na UTI neonatal. Para acolher requer-se a criação de espaços de escuta e de recepção que possibilitem a interação de usuário e trabalhador⁽¹⁾, bem como o reconhecimento das necessidades do paciente e familiar, e a sua resolutividade. Não se restringe apenas a um momento ou uma atividade em si, mas a uma prática de cuidado, que deve estar presente em qualquer momento da relação entre o paciente e a equipe de enfermagem^(11,12).

As ações da humanização no cuidado neonatal devem voltar-se para o respeito às individualidades, à garantia da tecnologia que permita a segurança do neonato e o acolhimento ao bebê e sua família, com destaque ao cuidado voltado para o desenvolvimento e psiquismo, buscando facilitar o vínculo entre pais e bebês durante sua permanência no hospital e após a alta^(12,13).

O vínculo e a comunicação como práticas humanizadoras

Como um dos principais fatores contributivos para a prática da humanização está a capacidade dos profissionais em estabelecerem **vínculo**.

[...] Fortalecer o vínculo com a criança e os pais para fazer um bom trabalho, porque estou trabalhando com vida. Não só para a criança, mas para as colegas, chefe e, principalmente, aos pais (H1).

Ter vínculo com os pais é importante, porque a gente cria uma relação de confiança... Até com a equipe, o vínculo é importante (H3).

O relacionamento da equipe multiprofissional com o usuário pode evoluir para o estreitamento do vínculo a partir do momento em que a família se sente compreendida e com suas necessidades atendidas. Na UTI neonatal a interação do profissional de saúde com os pais deve acontecer de modo a permitir maior compreensão, por parte dos pais, sobre este mundo, pois isso contribui para o sucesso do tratamento e o enfrentamento da hospitalização da criança. Nesta relação os profissionais de

saúde têm a oportunidade de mudar a perspectiva centrada na doença para uma abordagem centrada na experiência da criança e da família, tornando-se presentes, interessados e preocupados com elas e, assim, formam um vínculo de cumplicidade^(10,12).

Nessa perspectiva, gerar e manter o vínculo nas relações entre equipe, paciente e família é de suma importância no ambiente da terapia intensiva. Entretanto, não pode apenas acontecer entre profissional e usuário, mas estender-se nas relações profissionais. Na filosofia da PNH o acolhimento prioriza a formação de redes e vínculos multiprofissionais, visando à integralidade e valorização dos sujeitos^(1,13).

Trabalhar em equipe não significa apenas agregar funções para o alcance de um objetivo comum, no caso, o da humanização. Representa aliar competências, compreender divergências e estabelecer um processo relacional integrador e problematizador, capaz de resgatar os sentimentos verdadeiramente humanos. Não significa uma simples adaptação, acomodação ou ajustamento das diferenças profissionais, que são sintomas de desumanização. Implica tanto a visão de si mesmo, como a do mundo e não podem absolutizar-se, como um debate das ideias, do desenvolvimento da capacidade criadora e da consciência crítica, elementos fundamentais para estabelecer o verdadeiro vínculo de interdependência e/ou de equipe, no espaço interdisciplinar^(1,8).

Não basta formar uma equipe, mas cultivar um verdadeiro vínculo, pois é possível que se tenha uma equipe trabalhando em prol de um mesmo objetivo que é o de cumprir a rotina, mas não haja vínculo nenhum entre seus membros. Várias pessoas trabalhando juntas são diferentes, possuem crenças, pensamentos e ideias que precisam ser respeitados^(9,14), e, considerando-se o tenso ambiente da UTI, que pode constituir um agravante, se não houver um verdadeiro vínculo, o trabalho torna-se desumano e mecanicista.

Outro fator que contribui para a prática da humanização é a **comunicação**.

O que facilita é a boa comunicação (H10).

O que facilita é uma comunicação eficaz em todos os sentidos verbal e não verbal, com o colega, com a família... (H12).

É essencial que em uma equipe todos compartilhem os mesmos objetivos frente a uma realidade

para que possam concretizar a humanização nas práticas de assistência à saúde⁽¹⁵⁾. As relações de trabalho e os vínculos que o ser humano estabelece, não existem sem uma comunicação eficiente e eficaz. Envolve a troca de mensagem e que tem como partes principais: um emissor, um receptor, a própria mensagem, os significados envolvidos, assim como o contexto onde a interação ocorre⁽¹⁶⁾. A comunicação adequada auxilia na diminuição dos possíveis conflitos gerados e sana dúvidas, além de ser o instrumento básico da assistência efetiva de enfermagem. Apenas por meio da comunicação é que se pode compreender o paciente como um todo e identificar o significado que o problema de saúde tem para ele. O enfermeiro, conhecendo as técnicas de comunicação terapêutica adequadas, tem mais um recurso a seu favor, dando um enfoque humanístico à comunicação e às relações interpessoais que mantém⁽¹⁴⁾.

Assim, percebe-se que a comunicação exerce um papel fundamental no cuidado humanizado e na demonstração de respeito por parte da equipe de enfermagem que é a que mais tempo passa com o paciente e a família. Não existe um bom relacionamento entre pessoas quando não há uma boa comunicação. Estudo sobre a humanização do processo de trabalho em enfermagem revela que a comunicação entre os sujeitos produtores de saúde pode conduzir à humanização das práticas, acarretando, conseqüentemente, em significativas mudanças no processo de trabalho, resolutividade e qualidade do atendimento, além de promover a saúde de todos⁽¹⁷⁾.

Falta de ambiência como prática desumanizadora

Nesta categoria a equipe de enfermagem apontou dificuldades quanto à falta de **planejamento de ações** que viabilizem a prática do cuidado humanizado dentro do ambiente de trabalho, como a falta de apoio ao profissional e o estímulo à motivação.

A falta de um acompanhamento com a psicologia para o funcionário. Tu tem que trabalhar teus medos, tuas tristezas, estresse sozinha (H12).

Tu tem que se motivar sozinha tirar ânimo de ti mesma. A gente acaba se detendo só no processo e acaba não olhando para o colega, o paciente e familiar como pessoa (H9).

Observa-se, com este relato, a necessidade de ações humanizadoras para com os profissionais, tais

como, momentos de reflexões com a equipe e atuação do serviço de psicologia de forma a apoiar os profissionais do setor, assim como o estímulo à motivação. Na PNH, como já mencionado, destaca-se como um dos fatores que contribuem para a difícil aplicabilidade desta política a falta de preparo do profissional⁽¹⁾, mas que condições de trabalho estão sendo viabilizadas para que este profissional seja preparado?

A PNH considera como facilitador da prática desta política o cuidado com a ambiência. Este termo representa a compreensão de que o ambiente físico hospitalar envolve o espaço social, o profissional e as relações interpessoais. Tais relações são o alicerce do acolhimento humano e resolutivo da inter-relação entre o homem e o espaço e neste caso entre o trabalhador e o espaço de trabalho⁽¹⁾.

Acredita-se que a construção de ambientes democráticos de discussão entre os trabalhadores, acolhimento e escuta dos atores do processo de trabalho possam contribuir para que o trabalhador exerça autonomia e protagonismo no cuidado⁽¹⁷⁾. Pois os relatos demonstram que há necessidade de construção de tal espaço, inclusive para o profissional expressar seus medos e limitações. Este espaço significa uma expressão de cuidado ao trabalhador e que influencia na sua própria motivação para cuidar de forma humanizada^(1,7).

Além da expressão de falta de planejamento de ações viabilizadoras deste cuidado a **falta de estrutura física** adequada e condizente com a ambiência da PNH também é destacada como fator limitador para a prática da humanização na UTI neonatal e pediátrica. Alguns trabalhadores questionaram a sua própria capacidade de assistir aos pacientes segundo os preceitos da humanização, pois acreditam que sua atuação profissional não é realizada em um ambiente de trabalho, considerado por eles, humanizado. Então, o que dificulta é:

[...] a nossa estrutura física que nem para nós profissionais, a gente não tem um lugar adequado, nem pra se trocar e deixar nossas coisas, e isso com o tempo desanima, desmotiva. Faz a gente desanimar (H8).

[...] o ambiente físico, essa quantidade de coisas que tem ao redor e a gente mesmo, não tem como não ser um ambiente de estresse, não tem como escapar de ser um ambiente de estresse (H2).

Estudos evidenciam que para a correta aplicação dos ditames ou de ações de humanização, em qualquer ambiente hospitalar, há a necessidade de estrutura/

matéria humana adequada, pois com pessoas sobrecarregadas ou ambientes sem recursos, a tendência natural é mecanizar os procedimentos de enfermagem, o que contraria o ideal de humanização^(7,12). Entende-se que não se trata de planejar ações para o hospital do futuro, mas construir sobre o que se tem^(7,12).

A questão do espaço físico é fonte de muito desconforto para os profissionais, que se sentem constrangidos e expostos. A falta de espaço físico hospitalar é relatado em outros estudos sobre a implementação da PNH^(7,12). No que diz respeito ao trabalhador de hospital, é importante que as áreas de apoio para o trabalhador como estar e copa estejam bem locadas, sejam em número suficiente e para todos os profissionais que atuam dentro do hospital, da recepcionista ao médico⁽¹⁾. Atualmente, alguns profissionais ainda acreditam que a humanização deve existir apenas entre aqueles que prestam cuidados de enfermagem ao usuário e não para todos os trabalhadores da instituição⁽¹⁸⁾.

Embora a humanização do cuidado não se restrinja somente à estrutura física, para a equipe de enfermagem uma boa estrutura física proporciona um melhor ambiente de trabalho. Ressalta-se que, embora o processo de trabalho da UTI neonatal e pediátrica proporcione constantes desgastes e envolva fatores que constituem obstáculos para a oferta da assistência humanizada, percebe-se que a equipe busca o ideal de fornecer um cuidado considerado estado da arte para atender às necessidades dos pacientes e das famílias e procura, entre si, manter um ambiente agradável.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados demonstram que a percepção da equipe de enfermagem sobre humanização pauta-se na própria ciência do cuidado de enfermagem e não especificamente na PNH ou em mudanças realizadas no serviço para a sua implantação. O cuidar de forma humanizada envolve o olhar holístico, o acolhimento, a relação de vínculo e a comunicação. São características que a PNH estabelece como importantes para a sua implantação, mas que precisa estar atrelada à gestão do serviço e que implica o conhecimento das políticas governamentais que se referem à humanização, bem como a associação de mudanças na gestão dos serviços.

A questão da estrutura física, ambiente de trabalho e cuidado foi considerada pelos profissionais como não humanizada, por falta de planejamento de

ações que objetivem a humanização na instituição. Estes fatores reforçam a falta de envolvimento da gestão institucional na implantação da PNH.

Considera-se que neste estudo não houve limitações que pudessem comprometer os resultados. No entanto, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos sobre esta temática, nos quais possam ser aplicados diferentes métodos, em diferentes instituições.

Acredita-se que este estudo contribua no processo contínuo de reflexão, implementação e consolidação da PNH, principalmente, pelo estímulo à participação e valorização da enfermagem a qual já possui em sua essência de trabalho o cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 2 Rosa CMR, Fontana RT. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. Ciênc Cuid Saúde. 2010;9(4):752-9.
- 3 Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab Educ Saúde. 2011;9(3):479-503.
- 4 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 5 Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública. 2011;27(2):388-94.
- 6 Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(2):471-80.
- 7 Fontana RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. Rev RENE. 2010;11(1):200-7.
- 8 Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2006;19(4):444-9.
- 9 Demeneck KA. Características da Atenção Primária à Saúde. ACM Arq Catarin Med. 2008;37(1):84-90.
- 10 Costa R, Padilha MI. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. Rev Enferm UERJ. 2011;19(2):231-5.
- 11 Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev APS. 2010;13(1):4-9.
- 12 Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização. Interface Comun Saúde Educ. 2011;15(37):351-61.
- 13 Silva CRA, Lunardi Filho WD, Backes DS, Silveira RS, Lunardi VL, Silva APA. Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização. Ciênc Cuid Saúde. 2011;10(1):35-43.
- 14 Trentini M, Paim L, Vásquez ML. A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. Colomb Med. 2011;42(2 Supl 1):95-102.
- 15 Duarte MLC, Noro, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(4):685-92.
- 16 Peres EC, Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2011;24(3):334-40.
- 17 Fontana RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. Rev RENE. 2010;11(1):200-7.
- 18 Beck CLC, Gonzales RMB, Denardin JM, Trindade LL, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2007;16(3):503-10.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Eveline Franco da Silva
Rua Alexandre Fleming, 454, Madureira
95041-520, Caxias do Sul, RS
E-mail: evelinefranco@yahoo.com.br

Recebido em: 19.03.2012
Aprovado em: 20.02.2013