

Humanization and integrality in health: care practices in nursing hospitalized children

ABSTRACT | Introduction: *Integrated care advocates the prevention, promotion and recovery of health. The process of humanization considers significant elements when it comes to care, seeking to encourage an approximation between the health professional and the user of the nursing system. Objective:* *To analyze the nursing care practices of hospitalized children and the extent to which humanization and integrality of the services have been incorporated into these practices. Methods:* *This is a descriptive and exploratory study, using a qualitative approach, and carried out in the pediatric unit of a public hospital in the Center-South Region of Brazil, with 10 nurses and nursing technicians. The data collection was based on an adaptation of the Problem-Solving Methodology, which stemmed from the five thematic workshops focused on the action-reflection-action chain. The analysis was made through the content analysis of three categories: Conceptualization of Humanization and Integrality, Problem Situations and Humanization Proposals. Results:* *Participants conceptualized humanization, on the basis of humanistic theories and integrality, such as the possibility of putting oneself in the other's shoes and developing their work for the benefit of the patient. The problem situations and the most evident humanization proposals were related to communication, interpersonal relationship, management, hospital routines, procedures and techniques. Conclusion:* *Practices in the health care of hospitalized children were found to be too narrowly focused on a technical dimension. Although the nursing team was committed and responsible towards the service they provide, few of the reported experiences in their daily working life matched the proposal of humanization and integrality.*

Keywords | *Humanization of care; Integrality in health; Child health services.*

| Humanização e integralidade em saúde: práticas de cuidado da enfermagem à criança hospitalizada

RESUMO | Introdução: a assistência integralizada preconiza a prevenção, promoção e recuperação da saúde. O processo de humanização considera elementos significativos quando se trata de cuidar, buscando estimular uma aproximação entre o profissional e o usuário do sistema de saúde. **Objetivo:** analisar as práticas de cuidado da enfermagem à criança hospitalizada tendo em vista a humanização e integralidade do serviço prestado. **Métodos:** pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, realizada na clínica pediátrica de um hospital público da Região Centro-Sul do Brasil, com 10 enfermeiros e técnicos de enfermagem. A coleta dos dados ocorreu a partir de uma adaptação da Metodologia da Problematização com a realização de cinco oficinas temáticas por meio da cadeia de ação-reflexão-ação. A análise se deu por intermédio da análise de conteúdo de três categorias: Conceitualização de Humanização e Integralidade, Situações-problema e Propostas de Humanização. **Resultados:** os participantes conceituaram humanização, com base em teorias humanísticas e integralidade, como a possibilidade de colocar-se no lugar do outro e desenvolver o trabalho em benefício do paciente. As situações-problema e as propostas de humanização mais evidenciadas foram relativas à comunicação, relacionamento interpessoal, gestão, rotinas hospitalares, procedimentos e técnicas. **Conclusão:** conclui-se que as práticas na assistência à saúde da criança se mostraram prioritariamente tecnicistas com relação à atuação profissional. Embora tenha sido evidenciada a expressão da responsabilidade e comprometimento referentes às práticas de cuidado, os participantes referiram poucas vivências em seu cotidiano, relativas à proposta de humanização e integralidade em sua totalidade.

Palavras-chave | Humanização da assistência; Integralidade em saúde; Serviços de saúde da criança.

¹Universidade do Estado de Mato Grosso. Cáceres/MT, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, Brasil

³Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí/SC, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A hospitalização é uma experiência por vezes difícil para as crianças, pois implica a permanência em um local pouco familiar, com limitações das atividades diárias, e a submissão a procedimentos dolorosos e desagradáveis¹. O hospital é frequentemente percebido por pacientes pediátricos como um local onde há dor, sendo relacionado a sensações pouco confortáveis e estranhas que podem se transformar em experiências cujo impacto negativo venha a afetar seu desenvolvimento físico e psicológico².

Apesar do constante esforço dos serviços e organizações de saúde alcançar êxito, a assistência humanizada cotidiana envolve o debate dos elementos implicados no cuidado, cuja dimensão tanto técnica quanto expressiva é uma tarefa árdua, diária e complexa³. O conhecimento e importância do atendimento humanizado por parte da equipe de enfermagem ainda não se encontra estabelecido em algumas instituições hospitalares por não existir um plano de incentivo de modo contínuo e efetivo. Dessa forma, o conhecimento e a compreensão da importância do atendimento humanizado pelos enfermeiros pode favorecer o aperfeiçoamento do cuidado à criança hospitalizada.

A humanização da assistência tem, portanto, representado um desafio, na medida em que se configura cada vez mais como objeto de estudo e atenção especial na área de Enfermagem. A responsabilidade da equipe multidisciplinar pela melhoria da atuação e a adoção de novos modelos assistenciais pautados pelo diálogo possibilitam a reflexão sobre os principais conflitos do cotidiano, propondo mudanças por meio do estabelecimento de negociações³.

Nessa perspectiva é imprescindível estabelecer uma discussão que contemple a interface entre a Integralidade e Humanização. O reconhecimento da necessidade do outro a partir da integralidade desencadeia atitudes e ações humanizadas, por conseguinte pode-se inferir que a humanização é fruto da aplicação do princípio da integralidade. Assim, para que ocorram mudanças na realidade, que gira em torno de costumes e ações fragmentadas, é necessária uma visão integral; portanto, considera-se a humanização intrínseca à integralidade⁴.

Diante disto, entende-se que só se produzem ações humanizadas em saúde a partir de uma concepção ampliada e integral do processo saúde-doença, de modo que toda ação em saúde parta de uma concepção de saúde.

Assumir tal postura exige o desafio em mudar a maneira de ver e pensar o binômio: saúde-doença, a fim de que a equipe multidisciplinar envolvida perceba que vários cuidados parciais somados são equivalentes à totalidade da assistência humanizada em saúde⁴.

No processo de atenção humanizada e integral à saúde de crianças hospitalizadas, o profissional não só percebe a criança como “sujeito de direito”, mas a acolhe e permite a expressão de suas significações e de seus familiares, facilitando o estabelecimento de relações interpessoais. Tais relações tendem a promover o protagonismo dos usuários, na medida em que permitem a reflexão de questões, como o desenvolvimento infantil, o processo de saúde e doença, permitindo ampliar e reestruturar suas significações favorecendo a diminuição de possíveis fatores de risco para o desenvolvimento das crianças hospitalizadas⁵.

Essa perspectiva corrobora o reconhecimento das necessidades da criança hospitalizada e sua família, tomando como ponto de partida a integralidade, a qual corresponde a um modo democrático de atuar, preconizado pela prática de cuidado, respaldada no compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança⁴. A isso se soma a disposição de profissionais e serviços de saúde em interagir com os usuários por meio de diálogo, produzindo um território comum entre os sujeitos.

Considerando-se os elementos acima elencados, questiona-se: Quais são as práticas de cuidado da enfermagem à criança hospitalizada tendo em vista a humanização e a integralidade do serviço prestado? Tal questionamento contribuiu para o desenvolvimento do objetivo deste estudo, que buscou analisar as práticas na assistência à saúde da criança, baseadas nas concepções de humanização e integralidade efetivadas a partir do cuidado de profissionais de enfermagem da clínica pediátrica de um hospital do Centro-Sul do Brasil. A integralidade e a humanização emergem para valorizar as características do gênero humano e, dessa forma, é imprescindível no processo de humanização que a equipe de saúde esteja consciente dos desafios a serem enfrentados e dos limites a serem transpostos.

MÉTODOS |

Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Após a assinatura

do Termo de Consentimento Institucional, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, sendo aprovado por meio do parecer CAAE: 32493114.9.0000.0120, n. 703.678 de 27/06/2014.

A pesquisa foi realizada na clínica pediátrica de um hospital público da Região Centro-Sul do Brasil, que atende a 22 municípios dessa área, com 110 leitos ao todo. A clínica Pediátrica possui 22 leitos em enfermaria e 1 leito em isolamento, sendo o total de 23 leitos vigentes. Nesta unidade, atuam 23 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiras, no sistema de plantão diurnamente. Também compõem a equipe, médicos pediatras e especialistas, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros profissionais. São atendidas em média 19 crianças por dia, com as mais diversas patologias.

Participaram da presente pesquisa, 10 profissionais da área da saúde, sendo os critérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem e atuar na clínica pediátrica da instituição. Foram excluídos do estudo os demais profissionais da equipe de saúde e enfermeiros ou técnicos de enfermagem que não atuavam na pediatria. Ao todo participaram 08 técnicos de enfermagem e 02 enfermeiros que foram convidados, por meio de abordagem individual da pesquisadora e por meio de cartazes distribuídos na clínica pediátrica, a participarem da pesquisa.

Após a apresentação do objetivo deste estudo e da assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eles foram convidados a participar de oficinas temáticas para que os dados fossem coletados. As oficinas foram desenvolvidas por meio de uma adaptação da Metodologia da Problematização e ocorreram a partir de: a) escolha dos temas característicos para o grupo; b) formação dos grupos e desenvolvimento do plano de trabalho; c) levantamento de dados bibliográficos e d) estruturação dos conteúdos, antecedida de leituras e conversação em conjunto com o grupo sobre os conteúdos mencionados⁶.

As oficinas temáticas serviram como ferramentas para o processo de reflexão das práticas dos profissionais da enfermagem pediátrica, focalizando as ações relacionadas aos princípios de humanização e integralidade. No período de agosto de 2014 a abril de 2015 foram realizadas 5 oficinas com o Grupo 1, no turno matutino, totalizando cinco participantes (M); e 4 oficinas com o Grupo 2, no turno vespertino, também com cinco participantes (V). Isso se

deu em razão de os participantes do Grupo 2 não terem comparecido à primeira reunião, sendo desenvolvidas as atividades propostas na primeira oficina juntamente com a segunda, sem prejuízos à coleta de dados.

A quinta oficina, com ambos os grupos, objetivou validar os dados coletados anteriormente a partir da perspectiva dos participantes. Ressalta-se que o número de pessoas nas oficinas variou em razão da organização dos horários de trabalho e da alteração dos plantões. Todas as oficinas ocorreram em lugar adequado, no próprio hospital, na sala da coordenação da clínica pediátrica, e ainda na sala de estudos, disponível no mesmo bloco. O conteúdo das verbalizações dos participantes foi gravado em áudio para posterior transcrição e análise de conteúdo.

A primeira oficina iniciou-se com a realização da dinâmica: “Conhecer o outro”, que consistiu em promover a integração do grupo para o início dos trabalhos. Após a dinâmica, disponibilizou-se o texto: “Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização”⁷. A leitura do texto objetivou sensibilizar os participantes sobre o Programa de Humanização, com o intuito de promover o processo de reflexão sobre o acolhimento. Na sequência foi realizada a exibição do audiovisual: “Humanização e integralidade – parte 1 (vídeo)”⁸. A apresentação deste vídeo objetivou estimular a discussão e a elaboração conceitual.

A segunda oficina teve início com a recepção dos participantes, seguida da leitura e discussão da resenha: “Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde”⁹. Essa leitura teve o intuito de apresentar teoricamente os aportes conceituais de integralidade no contexto da saúde. Também se buscou despertar nos participantes a articulação entre o texto apresentado e a prática profissional do enfermeiro. A atividade seguinte foi a exibição do audiovisual “Humanização e integralidade – parte 2 (vídeo)”¹⁰, objetivando abordar a relação entre humanização e integralidade e favorecer o surgimento de questões e reflexões.

A terceira oficina oportunizou aos participantes a socialização das suas vivências na prática da enfermagem na unidade. Cada um foi convidado a apresentar suas práticas de cuidado e a discuti-las com os demais. Essa atividade objetivou socializar as experiências profissionais.

A quarta oficina iniciou-se com o resgate da discussão levantada na oficina anterior identificando situações-

problema e possíveis soluções. Foram selecionados os problemas apontados pelos participantes e discutidos à luz dos referenciais teóricos vistos nas duas primeiras oficinas. Observou-se que os participantes referiram dúvidas sobre os conceitos de humanização e integralidade.

Na quinta oficina, objetivou-se resgatar o propósito das oficinas anteriores por meio da reapresentação do objetivo do presente estudo. Também se buscou identificar a articulação dos aspectos conceituais entre integralidade e humanização discutidos anteriormente. Nesse sentido foi sugerida a leitura do texto: “A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica”¹¹. A leitura deste texto foi proposta em virtude de os participantes terem manifestado a necessidade de retomar a discussão sobre o assunto para melhor reconhecer e discutir o tema da integralidade em saúde.

Após a discussão foram apresentados exemplos de projetos de humanização do cuidado pediátrico, realizados em outros hospitais brasileiros para o conhecimento dos participantes. Na sequência foi iniciada nova discussão sobre as práticas humanizadas de cuidado e, na última parte da oficina, foram apresentados os conteúdos verbalizados e registrados durante as oficinas anteriores, para validação dos participantes, demonstrando um panorama dos pontos abordados durante as oficinas e a sua sistematização a partir do interesse do estudo.

É importante destacar que durante o processo de coleta de dados foi necessário alterar a estratégia para a realização das oficinas, visto que a adesão dos participantes era muito pequena em horários distintos ao horário de trabalho. Desse modo, os encontros passaram a ocorrer no período de trabalho da equipe, sem que isso interferisse nas atividades laborais. Para tanto, contou-se com o auxílio dos gestores, que liberaram os funcionários para a participação nas reuniões propostas.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, a qual contribuiu para a interpretação das mensagens e compreensão de seus significados¹². Assim foram valorizadas as linguagens natural e cultural dos envolvidos no processo, bem como seus significados. Os dados foram analisados a partir das seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. Dessa análise, emergiram três categorias, a saber: Conceituação de Humanização e Integralidade, Situações-problema e Propostas de

Humanização. A segunda e a terceira categorias derivaram as subcategorias: Comunicação, Relacionamento Interpessoal, Gestão, Rotinas Hospitalares e Procedimentos e Técnicas.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

A primeira categoria, referente aos Conceitos de Humanização e Integralidade formulados pela equipe de enfermagem, relacionou Humanização a companheirismo, compartilhamento, percepção da necessidade do outro e flexibilidade. A partir das informações obtidas foi possível destacar que os conceitos formulados pelos participantes sobre humanização envolvem desde o ato de amor ao próximo até a flexibilização nas atitudes e condutas profissionais.

Em síntese, os participantes conceituaram humanização com base nas teorias humanísticas, porém existe ainda um significado mais profundo para este termo, como o reconhecimento da dignidade de pessoa no ser humano, presente desde o nascer até o morrer.

Nesta concepção, destaca-se que é preciso compreender o ser humano como um agente biopsicossocial e espiritual, considerar sua essência e respeitar sua individualidade como pressupostos para o cuidado humanizado¹³. Durante as oficinas foi possível perceber que os conceitos de humanização para os participantes estão muito mais centrados na perspectiva da consideração do outro [pacientes e cuidadores] em sua necessidade de reconhecimento como pessoa. Contudo, a indicação de “flexibilidade” entre os conceitos citados, remete a uma habilidade profissional.

É fato que outras correntes explicariam a humanização a partir da importância da relação existente entre profissional e usuário em face da presença tecnológica no ambiente hospitalar, entre outras. Tais aspectos não foram discutidos e apresentados com amplitude pelos participantes, que relacionaram o cuidado humanizado à dignidade humana.

Tal concepção também foi apontada em pesquisa realizada com profissionais de enfermagem de três setores de um Hospital Universitário público e federal do município do Rio de Janeiro¹⁴. No referido estudo, a representação de humanização estava enraizada a valores, conceitos e atitudes compatíveis à formação que estes profissionais tiveram.

Aspectos semelhantes também foram identificados em um estudo realizado com o objetivo de refletir o conceito de humanização com enfermeiros de três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de adultos em Recife/PE¹⁵. Os autores concluíram que os enfermeiros apresentaram uma compreensão intuitiva sobre o conceito de humanização e demonstravam despreparo em sua formação profissional para realizar ações de assistência humanizada.

A humanização é concebida como um conjunto de iniciativas abrangentes que resultam em perspectivas multifocais em saúde, o que a caracteriza como uma proposta de difícil conceituação. Suas variadas possibilidades contribuem para a fragmentação conceitual e, conseqüentemente, para a falta de compreensão operacional. Nesse sentido, tais dificuldades interferem para a efetivação da proposta de humanização e muitos serviços de saúde ainda necessitam sistematizar esse tipo de assistência¹⁵.

O conceito de Integralidade foi relacionado à possibilidade de colocar-se no lugar do outro e desenvolver o trabalho em benefício do paciente. Os participantes apresentaram conceituações que praticamente não se diferenciaram dos conceitos de humanização, evidenciando fragilidades teóricas/conceituais em suas formulações. Resultados similares foram observados em um estudo de revisão integrativa sobre o princípio da integralidade como norteador da formação do enfermeiro¹⁶. Nesse estudo, observou-se que os discursos assumiram diversas conotações, retratando a integralidade apenas como diretriz do SUS, contextualizando-a ao cuidado em saúde ou apartada das práticas em detrimento da fragmentação do conhecimento.

A noção de integralidade engloba três conjuntos de sentidos: a prática dos profissionais de saúde, as funções da organização do serviço e as respostas governamentais aos problemas de saúde¹¹. Considerando tais aspectos, é possível observar que, para os participantes do presente estudo, as concepções de integralidade estão centradas apenas no paciente.

Acrescenta-se ainda que a reestruturação dos serviços e das ações em saúde por meio de políticas públicas tem se organizado de forma a fazer com que os profissionais atuem sob uma lógica de atenção voltada para à integralidade da assistência. No entanto, a alteração da estrutura e das formas de organização dos serviços não assegura mudanças nos modelos assistenciais, pois os comportamentos e valores

dos profissionais de saúde influenciam o modo como se processam essas modificações¹⁷.

Em linhas gerais, registra-se que as conceituações de humanização e integralidade apresentadas pelos participantes comprometem significativamente suas concepções acerca do cuidado. Preocupa o fato do desconhecimento de termos tão relevantes e essenciais, sobretudo porque nos serviços hospitalares infantis a criança é quem mais sofre a influência do meio hospitalar².

Na segunda categoria, denominada como Situações-Problema, identificaram-se as subcategorias Comunicação, Relacionamento Interpessoal, Gestão, Rotinas Hospitalares, Procedimentos e Técnicas, e estas serão apresentadas a seguir.

As Situações-Problema relativas à “Comunicação” foram associadas à detecção tardia de problemas pela equipe, devido à falta de comunicação entre os membros. A falta de orientação dos usuários para as regras da unidade também foi associada a problemas comunicacionais. A ausência de posicionamento por meio da discussão de ideias entre a enfermagem e os médicos foi observada como um entrave na comunicação para os participantes. A qualidade das orientações sobre o quadro do paciente aos acompanhantes e a falta de orientação no momento da alta hospitalar também representaram aspectos relacionados às dificuldades comunicacionais.

A falta de comunicação entre a equipe e os usuários expõe as fragilidades na hierarquia e no respeito às competências e atribuições, entre outras. A comunicação é uma importante ferramenta na prestação do cuidado em saúde, sendo necessário que se desenvolva de forma clara e objetiva para integrar os usuários nas decisões relativas ao tratamento¹⁴. Em contrapartida, quando ocorrem falhas comunicacionais entre a equipe e os usuários, estas podem ser motivadas pela percepção que os profissionais possuem do paciente ou do acompanhante como um obstáculo para a execução dos serviços de rotina. Dessa forma, a necessidade de cuidados pode ser aumentada, visto o agravo que as dificuldades comunicacionais podem acarretar no andamento da assistência prestada.

Com relação às Situações-Problema associadas ao “Relacionamento Interpessoal”, observou-se a referência às relações estabelecidas entre profissional *versus* profissional, profissional *versus* paciente e profissional

versus familiares. Na relação com colegas de trabalho, os participantes mencionaram a falta de solidariedade entre os profissionais, as situações em que foram criticados por colegas por auxiliarem seus pares ou situações em que foram culpabilizados pelos erros de outrem. A dependência de outros setores do hospital para a prestação ou a continuidade dos cuidados do paciente também foi identificada como um problema relacional, pois, na perspectiva dos participantes, alguns profissionais se envolvem mais e outros menos com o cuidado dos pacientes.

Na relação com os pacientes, surgiram aspectos como a impotência diante da piora do quadro do paciente e as medidas que poderiam ajudá-lo não serem tomadas de imediato, por questões hierárquicas na equipe, conforme evidencia a fala de (M1G1):

A gente já comenta, a criança tá afundando, porque ainda está aqui? O médico já está copiando a prescrição, e quando a gente tem mais liberdade com o médico, a gente chega e fala: 'Doutor, aquela criança tá afundando'. Como aconteceu um caso esses dias, a criança lá há vários dias, de repente leva para o centro cirúrgico, o doutor chega culpando todo mundo, que tinha inficionado a criança [...] A mãe desceu xingando a gente, que nós estávamos vendo o filho dela morrer e não estávamos fazendo nada. Por que, que há 10 dias já não tinham visto isso? [o médico] esperou uns 18 dias e, vendo que a gente tava fazendo todo dia curativo [...], ele falava que era assim mesmo [...] por que não viu isso antes? e se essa criança... perdêssemos ela?

No que se refere à relação com os familiares, os participantes sinalizaram a situação em que as mães se ausentam da clínica médica e a criança permanece sozinha no leito, demandando que a enfermagem supra sua ausência:

[...] tem mãe que some da enfermaria. Quase todo dia você tem que falar que não pode deixar a criança sozinha e a gente tem que sair pra procurar a mãe, principalmente no horário da medicação, porque não faço sem a presença da mãe (V5G2).

O cuidar em enfermagem pediátrica tem a família como núcleo de atenção. Apesar da ênfase à humanização e à solidariedade no processo de assistência de enfermagem, observa-se a relutância na aceitação do envolvimento pessoal nas questões familiares da criança doente. A família não deve ser considerada apenas como visitante, mas integrada ao processo de cuidado, pois os familiares são parte do contexto do paciente pediátrico e essa perspectiva precisa ser compreendida pelo profissional de saúde¹⁸.

O relacionamento interpessoal possibilita a troca de informações necessárias e relevantes no processo saúde-doença, pois, por meio deste o paciente, os familiares e profissionais estabelecem vínculos que resultam na chamada comunicação terapêutica, sendo esta hoje bastante propagada por contribuir para uma atuação consciente, favorecendo, durante o processo de internação, a recuperação da criança¹⁹.

As Situações-Problema relacionadas à “Gestão” envolveram as influências dos gestores no processo de trabalho da enfermagem, sendo identificadas como centralizadoras, repressoras ou ausentes em determinadas situações. Destaca-se que os participantes referiram o desejo de atuar de forma mais qualificada, mas não se sentiam apoiados para tal. O receio de ser penalizado por expor críticas e a falta de valorização são relatados pelo participante (V3G2):

Então, como eu estava dizendo... infelizmente o enfermeiro tem medo de abrir a boca e falar, tem medo. Você chega, você comenta e tem medo. Não sei se é medo de perder o emprego, porque vai falar uma verdade... Não existe isso: 'se você falar a verdade, você não vai perder o emprego', porque você faz uma coisa certa, entendeu?

A atuação da gestão, na percepção dos participantes, nem sempre contribui para a realização de ações humanizadas no âmbito do hospital. O profissional deve ter responsabilidade pessoal para planejar e executar as tarefas, bem como autonomia e independência para desempenhá-las. Assim, quando há a influência coercitiva dos gestores, as tarefas e as relações de trabalho ficam comprometidas, e, conseqüentemente, os resultados também, sendo necessário um conjunto de condições que possibilite o trabalho em equipe, considerando a subjetividade do trabalho, de modo a agregar valores à profissão^{20,21}.

Na prática profissional de enfermagem, existem entraves identificados como problemas difíceis que podem comprometer as ações do profissional e sua própria saúde²². Em seu cotidiano laboral, o enfermeiro com frequência precisa superar tais dificuldades, sendo necessário executar suas atividades mesmo na ausência de recursos materiais e humanos. A formação do profissional por vezes desenvolve poucas habilidades e competências no ambiente acadêmico, o que exige um maior comprometimento de todos os profissionais envolvidos, formando uma equipe de trabalho em que uns contribuem para as práticas assertivas dos outros²³, visando à garantia de um trabalho eficiente e eficaz²³.

Com relação às dificuldades identificadas nas “Rotinas Hospitalares”, os participantes enfocaram os fatores que interferem na execução delas, como o atraso de procedimentos de outros setores do hospital; distanciamento entre a prática e o que está preconizado nos manuais; sobrecarga de trabalho; a presença de acadêmicos interferindo nas rotinas; definição de horários fixos para as refeições das crianças sem considerar os hábitos alimentares e culturais das famílias; e a rigidez quanto aos horários de visita:

Por exemplo, às vezes a gente vê o quê? Que tem pais ou parentes, tipo lá fora, que veio de longe pra ver um paciente que está internado, porque acontece: 'Ah, não pode mais porque passou o horário de visita'. E, às vezes, para aquela criança é uma pessoa muito importante. Aí, a mãe diz pra criança: “sua tia está lá fora, mas não pode entrar” (V1G2).

Outra importante interferência observada no cuidado humanizado é o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem. Vários são os aspectos do trabalho de enfermagem que demonstram a necessidade de dimensionar adequadamente o quantitativo mínimo de horas em cada setor em que a enfermagem atua, de modo a prestar uma assistência de qualidade e com menos riscos²⁴.

É relevante destacar que mudanças na estrutura física do setor de enfermagem são também apontadas como necessárias para a prestação de uma melhor assistência²⁴. Os fatores determinantes para a qualificação da assistência pediátrica são a estrutura física adequada à demanda da clientela infantil, a equipe de enfermagem coesa, qualificada e atualizada em relação aos aspectos humanos e científicos e um quantitativo de profissionais proporcional às necessidades dos cuidados prestados.

No que diz respeito às Situações-Problema relativas aos “Procedimentos e Técnicas”, os participantes se referiram às competências do enfermeiro, tanto do ponto de vista técnico quanto relacional. Nesse sentido, a falta de experiência profissional com a população pediátrica foi um dos elementos elencados. A manutenção do jejum prolongado das crianças, mesmo quando os procedimentos cirúrgicos ou os exames são desmarcados, representou outro aspecto citado:

O que eu acho, que não tô de acordo e que acontece todos os dias praticamente: deixar a criança, desde meia noite em jejum, chega pela manhã, não aparece nenhum cirurgião e assim passa o dia e as mãezinhas ficam nervosas e com razão! A criança chorando e

nunca tem uma definição, assim do horário exato né? De mandar essa criança para o centro cirúrgico e, às vezes, acaba nem indo naquele dia marcado (M3G1).

O atraso rotineiro nos procedimentos cirúrgicos, a submissão da criança várias vezes a procedimentos invasivos como as punções venosas por falta de orientação ou conhecimento do profissional, a não observação da realidade social das crianças e das famílias, a falta de preparo técnico para procedimentos com agulhas e cateteres e as prescrições definidas sem considerar as especificidades de alguns pacientes também foram citadas, como o exemplo a seguir:

O que me chamou bastante a atenção foi um caso de uma criança com dificuldade para deglutir e que já estava 4 dias sem comer, a barriga distendida, o saquinho inchado. Foi comunicado ao urologista, depois de 3 dias que o médico apareceu, e essa criança tinha que por um botton. A mãe já estava preocupada, irritada (M2G1).

A hospitalização conjunta pediátrica tem sido um desafio para a enfermagem, diante das diversas complexidades envolvidas ao prestar cuidados à criança na presença de seus familiares, que envolvem o profissional em todas as etapas do processo de cuidar. Devido à quantidade de tarefas que lhe são atribuídas, o contato da enfermagem com a criança se dá com maior frequência, por meio da realização de técnicas e procedimentos terapêuticos, estabelecendo uma relação fria e impessoal. Dessa forma, ocorre um distanciamento entre os principais personagens desse ambiente, levando a uma assistência deficiente e incompleta^{25, 26}.

A terceira categoria foi elaborada a partir da reflexão das dificuldades para a assistência humanizada que fomentaram as sugestões de algumas estratégias para aprimorar esse processo. As “Propostas de Humanização na Comunicação” foram relativas ao incremento da liberdade para a troca de informações e ideias com os médicos; sistematização de reuniões periódicas entre enfermeiros e técnicos de enfermagem; orientação à família para que esta solicite todos os esclarecimentos necessários ao médico (incluindo a referência a outros serviços de saúde após a alta hospitalar); e reuniões entre toda a equipe para estimular o diálogo.

Os elementos destacados pelos participantes ainda permitem compreender que a implantação efetiva do cuidado humanizado não pode ocorrer sem que a equipe de enfermagem esteja devidamente preparada, sob o

ponto de vista do conhecimento científico (fundamentação teórica) e da habilidade. Contudo, é preciso ressaltar que o eixo norteador da profissão de enfermagem respalda-se em três dimensões: conhecimento, habilidade e atitude²⁷.

Entre as sugestões para a “Humanização do Relacionamento Interpessoal”, os participantes referiram a adoção de uma perspectiva de trabalho coletivo, que possibilite auxiliar os colegas menos experientes ou recém-chegados à instituição. Também foi destacado o desenvolvimento da coesão da equipe da enfermagem como classe profissional capaz de assumir erros e comprometer-se a melhorar. A orientação aos pais, por meio de informações obtidas com outros profissionais da equipe, foi identificada como uma forma de minimizar as dificuldades relacionais. Os participantes citaram também a participação efetiva da equipe multiprofissional nos cuidados da criança e da família:

Outra coisa que faço é quando tem cuidados que a mãe não sabe, eu faço primeiro e, depois, a mãe faz; assim ela vai aprendendo, pra quando ela chegar em casa já sabe fazer (M4G1).

Nesse sentido, a comunicação entre equipe multiprofissional, paciente e acompanhante é bastante ressaltada nas falas dos participantes da pesquisa. A equipe bem entrosada e com bom senso para a comunicação efetiva pode evitar conflitos no ambiente de trabalho, aumentando a produtividade e o bem-estar de funcionários e usuários.

A família pode executar alguns dos cuidados com a criança hospitalizada, desde que queira e se sinta hábil, porém ressalta-se que a responsabilidade pelos cuidados a serem desenvolvidos durante todo o período de internação hospitalar é da enfermagem¹⁷. Portanto, ela deve orientar e preparar os pais para prestar os cuidados dentro das suas capacidades e potencialidades, a fim de favorecer o melhor enfrentamento da criança às adversidades no curso patológico¹⁶.

A necessidade de cuidados também é uma demanda da família. Esse cuidado caracteriza-se pelo apoio emocional constante e principalmente pelo fornecimento de informações acerca do tratamento da criança, fortalecendo os vínculos e a relação de confiança com a equipe de saúde.

As propostas de “Humanização da Gestão” citadas pelos participantes foram referentes a uma percepção da assistência menos fragmentada e da equipe como uma unidade multidisciplinar. Sugeriu-se a organização de oficinas sobre humanização aos profissionais de todos os setores do

hospital. O ajuste dos serviços entre residentes, estagiários e profissionais também foi uma medida sugerida, assim como o estabelecimento de protocolos para os procedimentos cirúrgicos. Maior agilidade na internação nos casos de crianças advindas de outros municípios, flexibilidade nos horários de visita dos familiares, inclusão de elementos que favoreçam a ambiência, com motivos infantis na decoração da unidade também foram fatores destacados na humanização da gestão. Ainda foi citado o serviço voluntário com atividades recreativas e lúdicas para as crianças e a discussão com a equipe sobre projetos desenvolvidos em outros hospitais e a sua viabilidade para a aplicação na realidade estudada.

Entre as sugestões dos participantes para a “Humanização das Rotinas Hospitalares”, a orientação do paciente e da família e a referência a outros serviços de saúde após a alta hospitalar foram elementos citados. Maior atenção ao jejum prolongado do paciente cirúrgico, bem como a obtenção da listagem prévia das crianças que serão submetidas às cirurgias eletivas, a fim de que se identifique a existência de vagas na clínica cirúrgica também foram mencionados. O acolhimento, a orientação e o acompanhamento do paciente e da família até o leito, no momento da admissão hospitalar, esclarecendo dúvidas e informando sobre o funcionamento da unidade, foram aspectos sugeridos. A inclusão de atividades lúdicas e de recreação entre as rotinas hospitalares também foi evidenciada.

As propostas para a “Humanização dos Procedimentos e Técnicas” envolveram as seguintes ações sugeridas pelos participantes: trabalho em conjunto da equipe; avaliação da necessidade de expor a criança a vários acessos periféricos; planejamento e testagem dos equipamentos para que em caso de emergência estejam aptos para uso; não repasse das tarefas para os profissionais do plantão do turno seguinte, revisão de passagem de plantão na admissão hospitalar do paciente para que um profissional da enfermagem acompanhe a criança; maior esclarecimento e detalhes à criança e à família sobre a alimentação durante a internação; conhecimento da realidade das famílias prevendo dificuldades e alternativas para o prosseguimento do tratamento; orientação dos pais sobre o tipo de atendimento prestado na Unidade de Terapia Intensiva, UTI e nas demais clínicas do hospital; orientação dos pais sobre os cuidados quanto à higiene e a dieta de crianças que se alimentam por meio de sonda ou gastrostomia, assim como as quantidades de líquido ingeridas; e solicitação ao plantonista de explicação sobre o quadro da criança nos horários da visita, esclarecendo as dúvidas dos acompanhantes.

Em linhas gerais foram sugeridas pelos participantes, propostas de humanização que envolvessem capacitação, desenvolvimento de projetos contínuos, ambiência, comunicação terapêutica, entre outras. Todas estas ações visam minimizar os impactos da internação, propiciando a proteção do desenvolvimento da criança durante o período em que permanece hospitalizada.

A reestruturação dos espaços hospitalares, tornando-os humanos, induz ao tratamento focado no paciente, em que a recuperação mostra-se mais eficaz². Essa reestruturação não se aplica somente ao espaço físico da instituição, mas às suas regras e normas. Assim, entender as rotinas hospitalares como práticas que podem ser ajustadas conforme a necessidade do cliente denota flexibilidade ao enfermeiro¹³.

CONCLUSÃO |

Ao término do estudo destaca-se que as concepções de humanização e integralidade da equipe de enfermagem na assistência a crianças hospitalizadas e familiares são de marcante relevância no tratamento da doença. A equipe de enfermagem investigada, no tocante às concepções de humanização e integralidade relacionadas às suas práticas de cuidado, demonstrou necessidade de subsídios que auxiliem na produção de conhecimentos sobre a temática, o que poderá ocorrer por meio de política de capacitação e de gestão hospitalar.

Durante o processo de discussão e reflexão sobre as concepções e pressupostos referentes aos temas e a indicação de possíveis propostas de cuidado humanizado e integral, foi observada a ausência de práticas que propiciem a reflexão da equipe sobre a assistência prestada com vistas à ação. Tal aspecto compromete e dificulta a execução de práticas integrais, em consonância com o previsto no programa nacional, bem como o reconhecimento e a classificação das práticas rotineiras quanto à humanização e integralidade.

Ao investigar as práticas na assistência à saúde da criança, percebeu-se que essas se mostram tecnicistas, carecendo de um profundo repensar quanto à atuação profissional. Embora existam profissionais responsáveis e comprometidos, estes parecem não vivenciar práticas que correspondam à proposta de humanização e integralidade em sua totalidade.

As ações humanizadas, concebidas na perspectiva da integralidade, permitem a compreensão por parte dos usuários da importância que os procedimentos sofridos têm no seu processo de recuperação, favorecendo a percepção do ambiente hospitalar como um local de cuidados especiais e acolhimento tanto físico como emocional.

REFERÊNCIAS |

1. Ferreira NAS, Esmeraldo JD, Blake MT, Antão JYFL, Raimundo RD, Abreu LC. Representação social do lúdico no hospital: o olhar da criança. *J Human Growth Develop.* 2014; 24(2):188-94.
2. Esteves CH, Antunes C, Caires S. Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(51):697-708.
3. Silva FD, Chernicharo IM, Silva RC, Ferreira MA. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012; 16(4):719-27.
4. Oliveira IC, Cutolo LRA. Humanização como expressão de integralidade. *Mundo da Saúde.* 2012; 36(3):502-6.
5. Menezes M. A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização. Florianópolis. Tese [Doutorado em Psicologia] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
6. Sobral FR, Campos CJG. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. 2012; 46(1):208-18.
7. Silva CRA, Lunardi Filho W, Backes DS, Silveira RS, Lunardi VL, Silva APA. Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização. *Ciênc Cuid Saúde.* 2011; 10(1):35-43.
8. Vídeo - humanização e integralidade, parte-1. 2014. Disponível em: <<https://www.telemedicina.ufsc.br/rctm/>>.
9. Pinheiro R, Mattos R, Camargo Junior K. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. Resenha de: Gomes MASM. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(4):1080-2.

10. Vídeo - humanização e integralidade, parte-2. 2014. Disponível em: <<https://www.telemedicina.ufsc.br/rctm>>.
11. Cursino EG, Fujimori E, Gaíva MAM. Integralidade no ensino da saúde da criança na Graduação em Enfermagem: perspectiva de docentes. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(1):112-8.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a política nacional de humanização. Rev Bras Enferm. 2013; 66(4):564-70.
14. Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais da enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2014; 18(1):156-62.
15. Mongiovi VG, Anjos RCCBL, Soares SBH, Lago-Falcão TM. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. Rev Enferm UERJ. 2014; 22(6):306-11.
16. Barbosa Junior AJ, Perales PGPS, Vannuchi MTO, Martins EAPP. O princípio da integralidade como norteador da formação do enfermeiro. Rev Saúde Pública Paraná. 2016; 17(1):101-6.
17. Furtado MCC, Silva LCT, Mello DF, Lima RAG, Petri MD, Rosário MM. A integralidade da assistência à criança na percepção do aluno de graduação de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2012; 65(1):56-64.
18. Rodrigues PF, Amador DD, Silva KL, Reichert APS, Collet N. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013; 17(4):781-7.
19. Versiani CC, Silva KM, Bretãs TCS, Marques F, Souto SGT, Magalhães DOL, et al. Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. EFDeports.com. 2012; 17(170).
20. Thofehrn MB, Quadros LCM, Dias DG, Joner RL, Porto AR, Garcia BL. Teoria dos vínculos profissionais: visão dos enfermeiros que a implementam no Brasil. Enferm Foco. 2013; 4(2):127-30.
21. Aragão OC, Teófilo JKS, Netto JJM, Soares JSA, Goyanna NF, Cavalcante AES. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. Rev Saúde Pública Paraná. 2016; 17(2):66-74.
22. Bernardes LS, Rocha IC, Barboza MCN. A insatisfação profissional dos enfermeiros de um hospital público no Centro Oeste. J Nurs Health. 2013; 3(1):62-73.
23. Souza e Souza LP, Silva WSS, Mota EC, Santana JMF, Siqueira LG, Silva CSO, et al. Os desafios do recém-graduado em enfermagem no mundo do trabalho. Rev Cubana Enferm. 2014; 30(1):4-18.
24. Figueiredo TR, Gomes GC, Oliveira PK, Pintanel AC, Xavier DM, Farias DR. Nursing care to children in pediatric unit: perception of family. J Nurs Socioe Health. 2014; 1(2):127-35.
25. Figueiredo SV, Gomes ILV, Pennafort VPS, Monteiro ARM, Figueiredo JV. Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho. Esc Anna Nery Rev Enferm.. 2013; 17(4):690-7.
26. Silva FR, Prado PF, Carneiro JA, Costa FM. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades e potencialidades. Rev Univers Vale do Rio Verde. 2014; 12(2):580-90.
27. Lima TC, Paixão FRC, Candido EC, Campos CJG, Ceolim MF. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. Rev Bras Enferm. 2014; 67(1):133-40.

Correspondência para/Reprint request to:

Marina Menezes

Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Campus Reitor

João David Ferreira Lima, s/n,

Trindade, Florianópolis/SC

CEP 88040-900

E-mail: menezes.marina@ufsc.br

Recebido em: 21/07/2016

Aceito em: 09/05/2017