



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

CAMILA BATISTA NÓBREGA PAIVA

**HUMANIZAÇÃO EM PEDIATRIA: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS E  
CUIDADORES**

Campina Grande  
2020

CAMILA BATISTA NÓBREGA PAIVA

**HUMANIZAÇÃO EM PEDIATRIA: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS E  
CUIDADORES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

**Orientador(a):** Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros

Campina Grande  
Março, 2020

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P149h Paiva, Camila Batista Nóbrega.

Humanização em pediatria [manuscrito] : o que pensam os profissionais e cuidadores / Camila Batista Nobrega Paiva. - 2020.

84 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2020.

"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros , Departamento de Psicologia - CCBS."

1. Humanização. 2. Pediatria. 3. Representações sociais.  
4. Profissionais de Saúde. I. Título

21. ed. CDD 362

**CAMILA BATISTA NÓBREGA PAIVA**

**HUMANIZAÇÃO EM PEDIATRIA: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS E  
CUIDADORES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde. Área de concentração: Psicologia

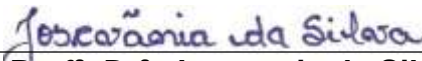
Aprovada em: 23/ 03/2020

**BANCA EXAMINADORA**



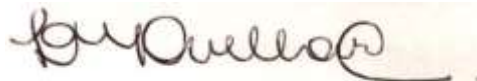
---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sibelle Maria Martins de Barros**  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB Professora  
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josevania da Silva**  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB  
Membro interno



---

**Prof. Dr<sup>a</sup>. Luziane Zacché Avellar**  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Externo

Campina Grande  
2020

## **DEDICATÓRIA**

**Aos meus pacientes e seus familiares, que tanto me ensinam em meio as suas dores e sofrimento. Àqueles que desde pequenos nos mostram que nossa força é maior do que pensávamos e que com um sorriso nos presenteiam com tanta gratidão.**

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, primeiramente por ter iluminado meu percurso, antes e durante todo esse processo. Por me mostrar que mesmo nos caminhos mais difíceis, as vitórias chegam no final, mas para isso é necessário ter fé, paciência e persistência.

À minha mãe, que foi tão compreensiva nos momentos de ausência e estresse. O seu amor me sustenta na minha luta.

À minha irmã, que também me auxiliou a dar continuidade a este processo. Ao meu pai, pelo exemplo de pessoa e de profissional dedicado que me inspira a trilhar melhores caminhos. Ao meu noivo, que sempre acreditou em mim, e que mesmo na minha ausência, não me deixava sozinha.

À professora Sibelle Maria M. Barros, que através de sua orientação esteve comigo durante toda essa trajetória, também pelas leituras sugeridas e pela dedicação.

Aos professores do mestrado, que contribuíram por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas de classe pelas trocas de experiências e debates que me enriqueceram de novos conhecimentos, e especialmente pelos momentos de amizade, apoio e descontração.

À banca examinadora, Josevania da Silva e Luziane Zacché Avellar pelas contribuições ao trabalho.

**“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”  
(Carl Jung)**

## RESUMO

A humanização em saúde configura-se como um processo de transformação do modelo institucional de saúde, que busca enfatizar os valores que estimulem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Embora tenham sido construídas políticas públicas voltadas à humanização, ainda há dificuldades na sua implementação, sobretudo pelos diversos sentidos atribuídos a este objeto social. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi apreender as representações sociais sobre humanização entre profissionais de saúde que atuam em pediatria e a percepção dos familiares acompanhantes de crianças e adolescentes internados sobre o cuidado humanizado. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, em um hospital universitário da Paraíba, através de entrevistas semi-estruturadas com doze profissionais e doze familiares. Os resultados, analisados através da análise categorial temática, identificaram que, entre os profissionais, a humanização é representada predominantemente por ações individuais, caracterizadas por um cunho humanitarista. Evidenciou-se a polissemia do termo humanização, uma vez que possui diversos sentidos ancorados. Os principais elementos dizem respeito às questões éticas e relacionais, outros, menos expressivos, relacionam-se a aspectos científicos, da própria política e do SUS. Aponta-se que as práticas parecem expressar valores voltados a vinculações afetivas, como também apresentam uma preocupação voltada a resolutividade da questão do adoecimento, com o uso eficaz do raciocínio clínico, dos materiais, exames e procedimentos necessários. Ressaltou-se a falta de representações do objeto enquanto direito do usuário, o que acaba por deixar as ações de humanização sob a escolha individual, retirando o caráter coletivo da efetivação da política, além de subtrair do cidadão seu direito a uma saúde de qualidade. Os usuários, por sua vez, trouxeram opiniões do senso comum que remetiam a aspectos afetivos do cuidado. Avaliaram a assistência, em geral, de forma positiva, principalmente no que concerne à capacidade técnica da equipe em solucionar o problema de saúde do paciente. Acrescentaram algumas questões estruturais que devem ser reorganizadas, principalmente quanto à alimentação e conforto dos familiares. A relação equipe-acompanhante, apesar de ter uma avaliação satisfatória, mostrou alguns impasses, tais como uma falha na comunicação das informações passadas pelos trabalhadores, uma dificuldade na clareza do papel do acompanhante, que acaba gerando conflitos entre essa díade. Os familiares detalharam as diversas nuances de ser cuidadora de uma criança/adolescente em processo de hospitalização, mostrando a dificuldade em exercer esse papel, frente às diversas cobranças que lhe são requeridas, somadas ao potencial estressor do próprio adoecimento de sua criança. Percebe-se que tanto os profissionais quanto os acompanhantes trazem uma visão limitada da humanização, sem uma discussão no âmbito do direito. Faz-se necessário uma oferta de ações que possam promover reflexões e estratégias em humanização tanto para profissionais, quanto para os usuários, no sentido de promover ressignificações no modo de pensar e concretizar a proposta da humanização em saúde.

Palavras-chave: Humanização. Pediatria. Representações Sociais.



## ABSTRACT

Humanization in health is configured as a process of transformation of the institutional model of health, which seeks to emphasize the values that encourage the autonomy and protagonism of the subjects, the co-responsibility between them, the construction of cooperation networks and collective participation in the process management. Although public policies aimed at humanization have been built, there are still difficulties in their implementation, especially due to the different meanings attributed to this social object. Therefore, the objective of this study was to apprehend the social representations about humanization among health professionals working in pediatrics and the perception of family members accompanying children and adolescents hospitalized about humanized care. For this, a qualitative research was carried out in a university hospital in Paraíba, through semi-structured interviews with twelve professionals and twelve family members. The results, analyzed through thematic categorical analysis, identified that, among professionals, humanization is predominantly represented by individual actions, characterized by a humanitarian nature. The polysemy of the term humanization was evidenced, since it has several anchored meanings. The main elements are related to ethical and relational issues, others, less expressive, are related to scientific aspects, politics and SUS. It is pointed out that the practices seem to express values aimed at affective ties, as well as having a concern aimed at resolving the issue of illness, with the effective use of clinical reasoning, materials, exams and necessary procedures. The lack of representations of the object as a user's right was emphasized, which ends up leaving humanization actions under the individual choice, removing the collective character of the effectiveness of the policy, in addition to subtracting from the citizen their right to quality health. The users, in turn, brought opinions of common sense that referred to affective aspects of care. They evaluated the assistance, in general, in a positive way, mainly with regard to the technical capacity of the team to solve the patient's health problem. They added some structural issues that should be reorganized, especially regarding the food and comfort of family members. The team-companion relationship, despite having a satisfactory evaluation, showed some impasses, such as a failure in the communication of information given by the workers, a difficulty in the clarity of the companion's role, which ends up generating conflicts between this dyad. The family members detailed the various nuances of being a caregiver for a child / adolescent in the hospitalization process, showing the difficulty in exercising this role, in view of the various demands that are required of them, added to the potential stressor of their child's illness. It is noticed that both professionals and companions bring a limited view of humanization, without a discussion within the scope of the law. It is necessary to offer actions that can promote reflections and strategies in humanization for both professionals and users, in order to promote new meanings in the way of thinking and concretizing the proposal of humanization in health.

**Keywords:** Humanization. Pediatrics. Social Representations.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Artigo 1: Representações sociais da humanização em pediatria entre profissionais de saúde .....</b>	<b>17</b>
Introdução .....	18
Método .....	22
Resultados e Discussão .....	23
Considerações finais .....	36
Referências .....	37
<b>3. Artigo 2: A humanização sob o olhar e vivências de quem cuida .....</b>	<b>41</b>
Introdução .....	42
Método .....	44
Resultados e Discussão .....	45
Considerações finais .....	63
Referências .....	64
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A– Questionário Sociodemográfico e Laboral para os Profissionais de Saúde .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico e Clínico para os Acompanhantes .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro De Entrevista dos Profissionais De Saúde .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE D – Roteiro De Entrevista – Cuidadores .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE E – TCLE .....</b>	<b>82</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Falar em humanização torna-se uma tarefa difícil, já que sua conceitualização tem caráter polissêmico, subjetivo, complexo e multidimensional. O termo humanização aproxima-se da noção trazida pelo humanismo, que coloca o homem como centro das coisas, autônomo e capaz de gerar conhecimento. No senso comum, a definição gira em torno do “ser bom com o outro que sofre”. Essas noções de humanização não são únicas, pois a sua definição foi transformada ao longo do tempo por concepções políticas e ideológicas, que afastam-se da figura de um homem ideal e bondoso para um ser que se produz e se reflete nas relações sociais historicamente estabelecidas (Freitas, 2013; Ferreira, 2005; Garcia, Argenta, Sanchez, & São Thiago, 2010).

Diante da concepção do ser humano como ser social, a humanização também deve ser entendida como um aspecto da realidade humana que se transforma com o tempo e, enquanto política pública, se distancia da noção idealizada de homem “bom” e repercute nas práticas de assistência. Neste sentido, no que diz respeito à saúde, ela eleva-se da predicação moral para a preocupação com o direito à saúde (Garcia, Argenta, Sanchez, & São Thiago, 2010; Freitas, 2013).

Percebe-se então que, por se tratar de um conceito complexo e multifacetado, um processo que se encontra em constante transformação, a humanização acaba por embasar múltiplos discursos e práticas de saúde (Santos, Saunders, & Baião, 2012). Em saúde, a humanização 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).

O processo de globalização, os avanços tecnológicos e os progressos científicos têm demandado conhecimentos aprofundados por parte dos profissionais. Tais conhecimentos ou

tecnologias leves-duras, como denominou Mehry e Feuerwerker (2016), muitas vezes são priorizadas em seus contextos de trabalhos, em detrimento das relações interpessoais - as tecnologias leves - o que torna o cuidado protocolado. Diante disso, emerge a necessidade de uma política governamental que incite a humanização e valorize as relações dialógicas entres os atores envolvidos (Silva, Oliveira, & Pereira, 2015).

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2004 (Brasil, 2004) surgiu com o objetivo de realinhar o cuidado em saúde e qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde. Ela prevê, através de valores que estimulem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, por meio de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2008). Entretanto, mesmo com 15 anos de sua publicação, a implantação e efetivação da PNH nas instituições de saúde ainda aponta fragilidades, o que contribui para a continuidade dos problemas que incentivaram a sua criação (Reis, Silva, Waterkemper, Lorenzini, & Cecchetto, 2013).

Uma das dificuldades diz respeito à visão que se tem da humanização como mais uma responsabilidade a ser assumida pelos trabalhadores da saúde. Para Gastaldo (2005), é possível que muitos pensem que o sistema público “é assim mesmo”, ou que, diante dos limites encontrados pelas condições de trabalho, assumem um discurso de “a gente faz o que pode”. Tais falas mostram que o SUS, desde sua criação, colabora com a produção de formas de pensar e agir e, neste processo, se produzem posicionamentos que têm características compartilhadas no coletivo. Esses saberes construídos pelos profissionais são importantes para se compreender como eles representam a humanização em saúde, e por conseguinte, como estas representações funcionam como organizadoras das suas atitudes e práticas. Portanto, esses entendimentos podem elucidar como ocorre o processo assistencial em saúde no que diz respeito às práticas humanizadas.

Diante disso, destaca-se a importância de se pensar a humanização no contexto de hospitalização pediátrica, tendo em vista que a peculiaridade deste ambiente e o processo de hospitalização infanto-juvenil potencializa a probabilidade de ocorrência de reações emocionais negativas. Essas reações podem influenciar o processo de desenvolvimento dessa criança internada e as configurações familiares em torno dela (Paiva, & Amorim, 2017; Dias; Baptista, & Baptista, 2014).

Essa discussão sobre a humanização em ambiente hospitalar, também se justifica pelo fato de que ela carrega em si o papel de cuidar do sofrimento humano - tão presente no ambiente hospitalar e em especial quando trata-se de uma criança e seus familiares – e coloca o usuário como a razão maior de todos os esforços (Brasil, 2011). Além disso, algumas pesquisas realizadas mostraram que a humanização em hospitais melhora a qualidade de atendimento, o que traz como benefícios a redução do tempo de hospitalização, aumento do bem-estar geral de todos os envolvidos e consequente redução do gasto financeiro (Mota, Martins, & Vêras, 2006).

Sabe-se que, mesmo existindo unidades pediátricas exclusivas para internação de crianças e adolescentes, e terem ocorrido mudanças - com a garantia de permanência de um acompanhante durante a internação infanto-juvenil e o reconhecimento do brincar como direito efetivo – as experiências negativas presentes no processo de hospitalização ainda se destacam. Provavelmente este fato ocorre porque os profissionais podem ter dificuldade em lidar com a presença desse familiar, como também aprisionaram o brincar em seus discursos e saberes hospitalares, na tentativa de discipliná-lo e medicalizá-lo (Medrano, 2010; Faquinello; Higarashi, & Marcon, 2007). As ações realizadas pelos profissionais, na maioria das vezes, ainda priorizam as tecnologias leves-duras e duras, com foco no atendimento dos sintomas, o que coloca em segundo plano as necessidades de brincar, aprender e comunicar-se com seus pares (Merhy, 1998; Ribeiro; Gomes, & Thofehn, 2014).

Tendo em vista os diferentes modos de pensar/agir em relação à humanização em saúde, que são atravessados pelo contexto sociocultural dos atores envolvidos neste processo, a utilização da Teoria das Representações Sociais (TRS) apresenta-se como uma ferramenta capaz de compreender como os sujeitos dão sentido à humanização e como orientam suas práticas de cuidado a partir desse saber construído e compartilhado no âmbito da saúde.

Desenvolvida inicialmente por Moscovici, a TRS configura-se como um campo de estudo, um modelo teórico gerador de debates, consensos e dissensos, através do qual busca-se a compreensão das teorias do senso comum, de como o significado é atribuído ao objeto e de que forma os atores sociais interpretam o universo social e suas relações. Em outras palavras, a teoria objetiva explicar os fenômenos humanos a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder de vista a individualidade (Chernicharo, Freitas, & Ferreira, 2013a; Silva, Oliveira, & Pereira, 2015).

Nas representações sociais, o sujeito representa a si mesmo e o objeto e imprime sua identidade no que ele representa, ou seja, subjaz a compreensão de que a realidade é socialmente construída e o saber é uma reconstrução do sujeito. Tem-se, então, que as representações se constituem por um conhecimento construído por um sujeito ativo em íntima interação com outros sujeitos e com um objeto culturalmente construído, assim, elas revelam as marcas tanto do sujeito quanto deste objeto, inscritos sócio historicamente (Trindade, Santos & Almeida, 2014).

No contexto da saúde nacional, deve-se entender inicialmente que as representações sociais são fruto da criação de subjetividades construídas coletivamente, a partir das interações e práticas do cotidiano do SUS e funcionam como organizadoras das atitudes e práticas dos grupos que as originam (Gastaldo, 2005; Bergan, Bursztyn, Santos, & Tura, 2009). Logo, o estudo sobre as representações sociais da humanização permite compreender não apenas o que os sujeitos pensam a respeito deste objeto, mas também suas as práticas.

Elas revelam quem ele é, o que ele sabe, qual o tipo de atendimento que é oferecido/recebido e a construção do significado deste atendimento. Em outras palavras, elas revelam as relações estabelecidas entre a humanização e os sujeitos, assim, pode-se investigar o que pensa o sujeito – qual a natureza e conteúdo sobre humanização que possuem; porque pensa – quais as funções que a humanização assume no seu universo cognitivo e social; e como pensa – quais os processos psicológicos e sociais que possibilitam a construção ou a gênese deste conteúdo (Barbosa, Teixeira, & Oliveira, 2016; Almeida, 2005).

A partir da investigação dos saberes construídos sobre humanização por parte profissionais de saúde e usuários, pode-se pensar em estratégias que possibilitem que a incorporação de práticas humanizadoras no cotidiano hospitalar. Pressupõe-se que, na medida em que se conhece os saberes de profissionais e de usuários acerca da humanização, consegue-se identificar caminhos para a concretização da assistência humanizada.

Como as representações sociais são saberes práticos, a partir delas pode-se compreender os impasses para a implementação da PNH. Elas auxiliam na realização de um diagnóstico de uma realidade assistencial e fornecem dados que direcionem metas para a qualificação do atendimento hospitalar, além de melhorar a qualidade de vida e saúde das pessoas envolvidas no processo (Chernicharo, Freitas, & Ferreira, 2013a; Faquinello, Higarashi, & Marcon, 2007). Desta forma, a discussão da humanização favorece a elevação do SUS como um projeto civilizatório, impulsiona mudanças nos valores prevalentes da sociedade, com a saúde como eixo de transformação e contribui para a intermitente construção da democracia, redução de desigualdades e inclusão social (Spink, 2007).

A interface entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia Social, trazendo e destacando o componente subjetivo nas ações de saúde, faz uma interseção com a questão da humanização e pode contribuir para a consolidação do SUS, já que possibilita uma redefinição das práticas de humanização. Outrossim, oferece um trabalho na perspectiva da integralidade, a partir da

centralidade do usuário compreendido para além de sua dimensão físico-biológica e voltado à dimensão coletiva do processo saúde-doença. Desta forma, pode-se perceber como o sujeito constrói a sua própria história de vida e instituir um diálogo entre Saúde Mental e Saúde Pública (Spink, 2007; Mota, Martins, & Vêras, 2006).

Soma-se a isso, a necessidade de construção de uma presença crítica da Psicologia na sociedade que expresse compromisso com a transformação social. Prima-se por dar visibilidade aos processos humanos e da sociedade, no intuito de superar a dicotomia indivíduo-sociedade e contribuir para a construção teórica e desenvolvimento de práticas e políticas públicas que possam mediar a concretização dos direitos sociais e condições de vida dignas para a população (Gonçalves, 2010).

Além de todas as questões anteriores apresentadas, a justificativa para a realização desta pesquisa parte do interesse pessoal da pesquisadora, que, pela prática no campo da Psicologia da saúde, enquanto psicóloga da pediatria de um hospital universitário, percebe no cotidiano de seu trabalho práticas que vão de encontro às diretrizes da PNH, gerando entraves para a realização de um cuidado integral e humanizado. Assim, diante destas inquietações, a profissional se engajou no Grupo de Trabalho de Humanização do referido hospital, numa tentativa de compreender as dinâmicas desta política nos diversos setores deste ambiente, assim como as ferramentas que ele possui para a sua efetivação. Neste sentido, a realização desta pesquisa contribuirá para direcionar propostas de trabalho que visem à efetivação da política de humanização no setor de pediatria, voltada especificamente às condições particulares a partir dos resultados obtidos, além de traçar estratégias de educação permanente com esses profissionais voltadas para as diretrizes da PNH.

Isto posto, estruturou-se este trabalho com o objetivo geral de apreender as representações sociais sobre humanização na pediatria entre profissionais de saúde e familiares acompanhantes de crianças e adolescentes internados no setor de pediatria. Além



disso, buscou-se caracterizar as práticas dos profissionais e como avaliam a assistência prestada ao setor de pediatria, incluindo a relação com as crianças/adolescentes e suas famílias. Como também averiguar como os cuidadores diretos avaliam a assistência recebida no contexto hospitalar, incluindo a relação com a equipe. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, em um hospital universitário da cidade de João Pessoa/PB, através de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e cuidadores informais dos pacientes internados na Clínica pediátrica.

Essa dissertação está estruturada em alguns capítulos e, para melhor visualização dos resultados, eles serão apresentados a partir de uma divisão de dois artigos. O primeiro, cujo objetivo foi de apreender as representações sociais dos profissionais acerca da humanização em pediatria, revela os dados obtidos pelas entrevistas dos profissionais, trazendo conteúdos sobre a humanização, bem como a caracterização do trabalho em pediatria e o olhar que os profissionais têm acerca dos acompanhantes destas crianças.

O segundo artigo discute como os cuidadores dos pacientes infanto-juvenis pensam sobre a humanização do cuidado na pediatria. Traz uma contextualização da evolução das unidades pediátricas, destacando-se a autorização de permanência de acompanhantes de crianças e adolescentes em regime de internação, a partir do ECA, e as mudanças práticas que esta inserção trouxe no âmbito das relações e rotinas hospitalares. Os resultados apontaram a ausência de consenso sobre a humanização, não sendo possível, portanto, identificar representações sociais sobre a humanização entre esse grupo, mas sim ideias e opiniões voltadas às práticas assistenciais, à experiência de ser cuidadora de uma criança hospitalizada e ao próprio processo de internação hospitalar.

O último capítulo, das conclusões finais, aborda a relação entre os resultados dos dois artigos, destacando as interseções entre os mesmos. Assim, este último capítulo abarca as simetrias e divergências entre as visões dos profissionais e acompanhantes acerca da

humanização em pediatria. E, por conseguinte, também traz uma avaliação geral do serviço por parte destes sujeitos, apontando as dificuldades e os avanços no que diz respeito ao processo de humanização nesta pediatria.

## **ARTIGO 1: Representações sociais da humanização em pediatria entre profissionais de saúde**

**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 doze profissionais de saúde de oito categorias. Para apreensão dos dados recorreu-se à entrevista semi-estruturada, cujos dados foram analisados através 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. Faz-se necessário, portanto, ações que possam promover reflexões e estratégias em humanização, no sentido de promover ressignificações no modo de pensar e concretizar a proposta da humanização em saúde.

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

**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 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 assistance; social representation; pediatrics.

**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, fez surgir o interesse pelo estudo e esquematização do tema sobre humanização. A Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003, visava oferecer um atendimento de qualidade, com articulação entre os avanços tecnológicos, acolhimento e a valorização da intersubjetividade, além da melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Para alcançar seu objetivo, faz-se necessário o aumento da corresponsabilidade dos diferentes atores, uma mudança da cultura de atenção aos usuários e de gestão dos processos de trabalho (Brasil, 2004).

A humanização adquire importância em ambiente 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.

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 através das representações sociais, pois elas explicam os fenômenos a partir de uma perspectiva coletiva ou psicossocial. Assim, ao se abordar a humanização articulando elementos afetivos, cognitivos e sociais, evidencia-se as relações sociais e observar-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 Teorias 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 do cuidado realizadas em contextos de saúde, como também compreender as ações desses sujeitos e a justificativa da escolha delas frente às realidades que lhes apresentam (Ferreira, 2016). Deste feito, por se tratar de estudos de fenômenos psicossociais que retratam a feição singular de cada grupo e de cada contexto específico, o estudo das representações sociais no campo da saúde permite a compreensão dos processos de saúde e doença, considerando níveis de análise diferentes. Acredita-se que, por meio da interlocução entre Ciências Humanas e Saúde, a análise dos fenômenos no campo da saúde resgata a articulação entre aspectos individuais, grupais, institucionais e sociais, buscando contemplar a complexidade inerente aos objetos investigados.

A TRS foi formulada por Moscovici com o objetivo de tentar compreender, inicialmente, como um saber científico era apreendido pelos indivíduos e grupos sociais. Tal proposta teórica enfatiza as trocas simbólicas que existem nas relações pessoais, em seus contextos sociais e seus produtos: as teorias do senso comum (Moscovici, 2010). Nesse sentido, pode-se dizer 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 e Sá, 2013). Isto posto, 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 SUS (Bergan, Bursztyn,

Santos, & Tura, 2009). Portanto, revela quem o sujeito é, o que ele sabe, qual o 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 não tão atuais (Chernicharo, Freitas, & Ferreira, 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. Outros estudos 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, tem-se abordado representações sociais relacionadas a outros objetos (Oliveira & Borges, 2017; Bergan, Bursztyn, Santos, & Tura, 2009).

Nesta proposta de pesquisa buscou-se identificar a rede de significações em torno do o 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 não apenas 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 neste tipo de 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 nas quais estão inseridas, explicando tais acontecimentos por meio de conceitos existentes (Yin, 2016).

A amostra de trabalhadores da saúde 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: o 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 instrumentos de apreensão dos dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e laboral e uma entrevista individual semiestruturada. No intuito de apreender dados sobre o contexto dos participantes e ter subsídios para uma melhor compreensão das representações sociais da humanização, e de suas condições de produção, optou-se por incluir questões relacionadas ao cotidiano de trabalho na pediatria.

Após obtida a autorização da realização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Universitário Lauro Wanderley, com o CAAE: 07741119.6.0000.5183, 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), um conjunto de instrumentos de cunho metodológico para análise das comunicações visando a descrição objetiva, sistemática e quantitativa de seus conteúdos e consequente construção de significados. A análise incluiu a leitura flutuante, a escolha do corpus de análise, a codificação das unidades de registro para a formação de categorias e subcategorias. Esse método permitiu descrever não apenas as representações sociais da humanização, mas também as vivências e percepções dos sujeitos entrevistados.

## Resultados e Discussão

### Dados sócios-laborais

Entre os profissionais entrevistados, a maioria (n=11), era do sexo feminino. A experiência profissional variou entre seis e 30 anos, sendo três profissionais na faixa entre seis a 10 anos, quatro na faixa entre 11-15, três entre 16-20 e dois acima de 26 anos de experiência. Quanto ao tempo de atuação nesta unidade pediátrica, a atuação mínima foi de sete meses, chegando a 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 estavam vinculados 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.

### Categorias Temáticas

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

#### a) O Contexto da pediatria

Esta categoria pretendeu conhecer 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).

Já quanto aos pontos negativos ou dificuldades do trabalho, apesar da maioria dos profissionais afirmar 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 o 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 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 nos 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, sensibilidade. Esses requisitos respaldados pela visão de fragilidade do público infanto-juvenil, acaba reforçando a importância da dimensão afetiva na relação médico-paciente e justificam o envolvimento emocional de alguns profissionais.

Como o contexto da pediatria envolve também a relação com os acompanhantes, os profissionais opinaram sobre os perfis de familiares que se internam. Nove profissionais atribuíram aos acompanhantes características positivas e negativas 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”. Isto remete a uma associação entre pobreza e falta de

educação, o que permite que se atualize o preconceito sem ferir os princípios de desejabilidade social (Belfort, Barros, Gouveia, & Santos, 2015).

Os dados sugerem, portanto, dificuldades nas relações entre a equipe e as cuidadoras, reforçadas por percepções negativas dos acompanhantes, visto que a percepção que se tem das pessoas influencia as interações sociais. Indica, portanto, que a prática assistencial também vincula-se às representações sociais sobre usuários e sua família elaboradas por profissionais e que a prática humanizada requer a transformação de algumas dessas representações, principalmente àquelas 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 objeto.

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 um 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, 9 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, onde 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, dentre os códigos referentes ao tema 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 um respeito entre os trabalhadores, ainda evidencia-se uma relação verticalizada entre equipe-usuários e entre médicos-demais profissionais. Esta situação contrapõe-se a proposta da PNH, uma vez que retrata a falta de respeito e fomento à autonomia e 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 uma 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” (p. 104, Silveira, & Silva, 2018).

#### b) Práticas assistenciais

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

No que concerne à prática profissional voltada aos pacientes infanto-juvenis, 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 nesta 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 infanto-juvenil, 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, recomenda-se, portanto, que os profissionais ofereçam suporte emocional ao paciente, fomentando a ressignificação da situação e potencializando as estratégias de *coping* (Roças, 2018).

Os profissionais também reconhecem a necessidade de práticas voltadas aos familiares acompanhantes das crianças e adolescentes por meio 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 uma 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 nos 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. Isto posto, defende-se que o cuidado deve-se reorganizar e voltar-se para ações de integralidade, preocupado com a singularidade da criança/família, que tornaram-se agora um só cliente (Quirino, Collet, & Neves, 2010).

Os participantes também relatam que existem expectativas e cobranças, por parte das acompanhantes, direcionadas a eles: “que nós sejamos responsáveis pelo paciente... eles querem 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 parecem 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 sim participar ativamente dos cuidados ao paciente, mas, para que ela se sinta fortalecida neste cuidado, ela também deve ser amparada pelos profissionais de saúde, estabelecendo vínculos, confiança e responsabilização, através de interações intersubjetivas ricas e dinâmicas, resgatando o cuidado integral com o olhar ampliado para a família, tornando-a parte do processo e respeitando a singularidade do binômio filho-família (Quirino, Collet, & Neves, 2010).

### c) Humanização

A categoria de humanização buscou compreender 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 ser humano, empatia, solidariedade e amor, como retratado nesta fala: “você se colocar no lugar do outro... entender o lugar daquela pessoa...” (P10, enfermeira, 10 anos de atuação). E “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 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 uma 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 no qual estes pacientes estão inseridos.

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

Interessante 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 a uma 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 que existem entraves como resistência de alguns profissionais, busca de afastamento emocional, falta de atitudes coletivas e ausência 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: ‘tá dando liberdade a tal mãe’ ...a gente se sente até um pouco reprimido de fazer algo com relação a 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 caracteriza-se 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 e ficam 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 estão fora e a gente não tem como intervir.” (P7, fisioterapeuta, 9 anos de atuação).

Os entraves para a humanização retratam o enaltecimento do tecnicismo e do modelo biomédico, colocando em cena também o mito da neutralidade e objetividade científica (Silva, Oliveira & Pereira, 2015). 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). Evitar se sentir frágil e manter-se 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 todos os atores do serviço de saúde. As 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), através de cursos, rodas de conversas, atividades em grupo, 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 e reconhecem a necessidade de maior investimento na educação permanente em saúde sobre o tema humanização.

Em relação à PNH, os respondentes declararam que não lembravam muito o que versam as diretrizes dessa política: “Das diretrizes, sinceramente eu não lembro de nada, porque aqui eu não vejo. É mais difícil lembrar se não vê” (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 no qual 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, Freitas & Ferreira, 2013). Se os trabalhadores são aqueles que colocam em prática a PNH, tornando-a funcional, eles precisam, então, ter uma 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, Artmann e Trindade (2011), quando perceberam que as representações da humanização para os profissionais associavam-se a concepções humanísticas e para a qualificação do atendimento. Dessa forma, elaboraram uma capacitação sobre o tema e, após este momento de aprendizado, a humanização foi incorporada à perspectiva do direito e houve uma ampliação da compreensão dos princípios do SUS.

Talvez o contexto de saúde, principalmente o hospital, por ter sido demarcado pelas ações de caridade, traga ainda em si, esses valores éticos e humanos que, somados aos

aspectos da humanização, como o acolhimento e foco no bem-estar do usuário, faça predominar nos profissionais 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 diz respeito às questões éticas e relacionais e para 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 frequente 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 construção 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 respaldam-se no modelo biomédico escolhem se relacionar com os usuários focalizando apenas o corpo a ser tratado.

### Conclusão/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.

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 identificar uma rede de representações sociais, uma vez que os relatos trazem diferentes discursos sobre os usuários e seus cuidadores, além da humanização. Embora a rede de representações não tenha sido foco desse estudo, recomenda-se futuras pesquisas que possam abarcar esse fenômeno.

As práticas assistenciais puderam revelar ações que se aproximam da proposta da humanização em saúde, mas também práticas autoritárias que a solapam. 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, como já discutido, uma escolha pessoal. Diferenças de posturas entre os profissionais também demonstra que a implantação de uma política é um processo dinâmico, permanente e complexo, necessitando intervenções compatíveis com cada contexto.

Falar em humanização desconsiderando o âmbito do direito é preocupante e reforçam 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.

Alerta-se para a oferta de formação no âmbito da humanização para os trabalhadores, com momentos de reflexão e debates entre os atores, trabalhando os sentidos atribuídos à humanização e enfatizando a questão do direito em saúde. 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 através 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. *Rev enferm 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. <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\\_arttext&pid=S0120-53072016000300528&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000300528&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)

- Bergan, C., Bursztyn, I., Santos, M.C.O., & Tura, L.F.R. (2009). Humanização: Representações sociais do hospital pediátrico. *Rev Gaúcha de Enfermagem*, 30(4), 656-661. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472009000400011>
- Bardin, I. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: 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. (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2008). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Chernicharo, I.M., Freitas, F.D.S., & Ferreira, M.A. (2013). Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. *Saúde Soc*. São Paulo, 22(3), 830-839. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/16.pdf>
- Ferreira, M.A. (2016). Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. *Escola Anna Nery Rev de Enfer*. 20(2), 214-215. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127745723001.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. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>
- Freitas, F.D.S., & Ferreira, M.A. (2016). Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 282-289. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690211i>
- Lima, R.M., Gomes, F.M.A., Aguiar, F.A.R., Júnior, E.B.D.S., Dourado, J.V.L., & Junior, A.R.F. (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. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 6(3): 2342-2348. <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: Merhy,E.E., Baduy,R.S.; Seixas,C.T.; Almeida, D.E.S. & Slomp Júnior, H. (orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p.59-72.
- 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: 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. <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). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48932>
- Oliveira, D.C., & Gianasi, L.B.S. (2019). Representações sociais como teoria interpretativa para investigações na saúde do homem. In: Araújo, J.S., & Zago, M.M.F. (orgs) *Pluralidade masculina: contribuições para pesquisa em saúde do homem*. Curitiba: CRV, 2019, p: 62-77.
- 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. <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. *Rev Gaúcha Enferm.* 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, Mestrado em Enfermagem em Associação, Évora. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10174/24079>
- 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 braz j nurs* [internet]; 13 (4):677-85. DOI: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144773>
- 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. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0505.2634>
- 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 (Porto Alegre)*, 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*, 21(4): e20170058. <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](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*. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Penso Editora. 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>

## ARTIGO 2 - A humanização sob o olhar e vivências de quem cuida

**Resumo:** A hospitalização infantil causa impactos psicossociais não apenas na criança e no adolescente, como também na sua família, tornando-se imperativo o apoio e cuidados a este acompanhante. Nesse sentido, este estudo visou apreender as visões sobre humanização na pediatria entre familiares acompanhantes de crianças e adolescentes internados em um hospital público da Paraíba. Foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas com familiares acompanhantes. Por meio da análise de conteúdo temática, pode-se construir três categorias: Ser Cuidadora, Avaliação da Assistência e Humanização. A experiência de ser uma cuidadora, somada ao ambiente hospitalar, faz emergir sentimentos ambíguos relacionados ao cuidar, haja vista a responsabilidade que assumem e o potencial estressor do próprio adoecimento e processo de hospitalização de sua criança. Por outro lado, a assistência recebida é considerada positiva, pela maioria dos familiares, em destaque para o empenho dos profissionais em resolver os problemas de saúde das crianças e do vínculo afetivo construído entre a equipe e os usuários. Consideram a relação de si mesmas com a equipe boa, embora apontem para uma falha na comunicação e na clareza dos papéis que ambos devem desempenhar. Quanto à humanização, os usuários trouxeram ideias e opiniões do senso comum que remetiam a aspectos afetivos do cuidado e desconhecimento sobre seus direitos. Porém, eles reconhecem as práticas que não devem ser realizadas. Faz-se necessário maiores esclarecimentos e discussões sobre a humanização enquanto questão legal e de direito aos usuários, ampliando a divulgação da política, para tentar garantir a efetivação de uma assistência integral e resolutiva.

Palavras-chave: Humanização. Pediatria. Acompanhantes.

**Abstract:** Child hospitalization causes psychosocial impacts not only on children and adolescents, but also on their families, making support and care for this companion imperative. In this sense, this study aimed to apprehend the views on humanization in pediatrics among family members accompanying children and adolescents admitted to a public hospital in Paraíba. An exploratory and descriptive research, with a qualitative approach, was carried out, based on semi-structured interviews conducted with accompanying family members. Through thematic content analysis, three categories can be constructed: Being Caregiver, Evaluation of Assistance and Humanization. The experience of being a caregiver, added to the hospital environment, gives rise to ambiguous feelings related to care, given the responsibility they assume and the potential stressor of their child's illness and hospitalization process. On the other hand, the assistance received is considered positive, by the majority of family members, highlighting the professionals' commitment to solving children's health problems and the emotional bond built between the team and users. They

consider their relationship with the team to be good, although they point to a failure in communication and in the clarity of the roles that both must play. As for humanization, users brought ideas and common sense opinions that referred to affective aspects of care and lack of knowledge about their rights. However, they recognize practices that should not be carried out. Further clarification and discussions on humanization as a legal issue and a right for users are necessary, expanding the dissemination of the policy, in an attempt to guarantee the effectiveness of comprehensive and resolving assistance.

Keywords: Humanization. Pediatrics. Escorts.

### Introdução

O ambiente hospitalar, com seus procedimentos e rotinas peculiares, geralmente é visto pela criança e pelo adolescente como um local ameaçador, com características ambivalentes e paradoxais, como questões de morte e vida, sofrimento e cura, alegria e tristeza. Isto suscita sentimentos negativos como solidão, medo, raiva, desamparo e, inclusive, estados de ansiedade, que se prolongados e excessivos, influenciam na capacidade da criança em lidar com a hospitalização e colaborar com o tratamento clínico (Paiva, & Amorim, 2017; Li, Chung, Ho & Kwok, 2016; Lima, et al 2019).

A hospitalização tem repercussões não apenas na criança e no adolescente, como também na sua família, se tornando imperativo o apoio e cuidados aos acompanhantes, que também sofrem os efeitos ansiogênicos da permanência no hospital (Lima et al, 2019). Devido à peculiaridade do ambiente hospitalar, as características próprias do público infanto-juvenil, a humanização neste contexto adquire um significado mais relevante e deve ser um valor nuclear neste espaço.

O histórico das transformações ocorridas no cotidiano dos hospitais infantis, como o direito a acompanhante e obrigatoriedade de espaço de brinquedoteca, trouxe influência na forma como os atores envolvidos vivenciam esse período de hospitalização. Estas transformações se deram pela própria mudança do lugar da criança na sociedade.

Antigamente, no contexto de internação, a criança ficava “duplamente amordaçada: pela sujeição ao adulto e pela sujeição à ordem médica” (Medrano, 2003, p. 9).

No Brasil, as mudanças em relação ao público infantil ocorreram com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, que marca a situação jurídica das crianças, garantindo, dentre outras coisas, a permanência de um acompanhante durante a hospitalização. Esta presença do acompanhante modificou o cuidado em pediatria, que passou a considerar tanto a criança/adolescente quanto a família como um só cliente (Quirino, Collet, & Neves, 2010).

A permanência dos pais como acompanhantes da criança/adolescente durante a hospitalização exige dos profissionais habilidades relacionais e mudanças de condutas. Mesmo quando os profissionais reconhecem o direito da família em permanecer acompanhando a criança, há, comumente, a compreensão de que esse direito é um dever, transformando os familiares em agentes de cuidados. A equipe, principalmente de enfermagem, compartilha com a família repassando à família algumas tarefas, antes de sua responsabilidade, desde os cuidados considerados mais simples, como a higiene e alimentação, até os mais especializados como manuseio nas cânulas de traqueostomia (Arcas et al, 2016; Quirino, Collet, & Neves, 2010). Este fato muitas vezes contribui para a construção de uma relação de dominação/subordinação e para o surgimento de conflitos.

Alguns estudos (Farias, et al, 2019; Morais, & Wunsch, 2013; Morais, Souza, & Oliveira, 2015; Lima, et al 2019) apontam as variadas queixas desses acompanhantes, a saber: relações interpessoais com a equipe; supervalorização e rigidez das normas e rotinas; problemas na estrutura e ambiente, como o quesito da confortabilidade; falta de atenção individualizada e respeitosa por parte dos profissionais que possibilite uma boa comunicação e, por fim, a não valorização dos saberes dos familiares. Diante do exposto, percebe-se que, mesmo com alguns avanços em relação a hospitalização infanto-juvenil, parece ainda haver

entraves para uma efetiva humanização neste contexto, principalmente por dificuldades na relação entre equipe e cuidador.

Por este motivo, faz-se indispensável o alinhamento entre o uso das tecnologias e conhecimentos científicos, com o processo relacional do cuidado, no intuito de superar as adversidades decorrentes da hospitalização e oferecer uma assistência humanizada à criança ou ao adolescente, assim como a sua família. Assim, defende-se a ideia de que a vivência de um cuidado humanizado, aliada ao conhecimento sobre a proposta da humanização em saúde, permite que tais atores ocupem seu lugar de protagonista e sujeito de direitos, reivindicando sua participação ativa nas decisões ligadas à assistência à saúde. Para tanto, este estudo visou apreender os significados sobre humanização na pediatria entre familiares acompanhantes de crianças e adolescentes internados, construídos a partir de suas experiências no ambiente hospitalar.

## Método

Foi realizada uma pesquisa de campo, do tipo exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa. O delineamento qualitativo foi escolhido por permitir uma aproximação com o fenômeno estudado, a partir da descrição da realidade e por possibilitar a interpretação do sentido e a compreensão dos acontecimentos, a partir do significado atribuído pelas pessoas implicadas no fenômeno em estudo (Pesce, & Abreu, 2013).

Participaram do estudo familiares cuidadores diretos de crianças e adolescentes que estavam internados no setor de pediatria de um hospital universitário, localizado em uma cidade do nordeste. O grupo de participantes foi composto por 12 mulheres, escolhidas por conveniência. A escolha por este número de sujeitos baseou-se no estudo de Guest, Bunce e Johnson (2006), que sugere a ocorrência da saturação de dados nas primeiras doze entrevistas, a partir da constatação da pouca variabilidade dos dados após este número de sujeitos. Foram

estabelecidos como critérios de inclusão o fato de ser adulto e acompanhante de paciente pediátrico há, pelo menos, sete dias, tempo considerado necessário para conhecer e vivenciar a rotina semanal hospitalar. Como instrumentos, utilizou-se um questionário no sentido de apreender os dados sociodemográficos e clínicos e uma entrevista individual semiestruturada, abordando temas como: Ser cuidadora, Avaliação da Assistência e Humanização. Os temas abordados permitam uma análise contextualizada da proposta de humanização em saúde, contemplando as vivências singulares do papel de cuidador em interseção com as vivências hospitalares.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas, sob o número CAAE: 07741119.6.0000.5183, foi iniciada a coleta de dados. As participantes foram entrevistadas no leito ou em salas de atendimento, iniciando-se pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados sociodemográficos e clínicos foram analisados por estatística descritiva e utilizados para caracterização dos sujeitos. Os dados provenientes das entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2011).

## Resultados e Discussão

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico, todos os participantes da pesquisa eram mulheres, com idade entre 19 a 47 anos, sendo a média de 32,25 anos. Estudos atuais sobre cuidadores familiares de crianças e adolescentes revelam que a maioria dos cuidadores familiares é mulher (Fetsch, et al, 2016; Lima, et al 2019). Esse dado demonstra que o papel de cuidar do filho ainda é socialmente atribuído à mulher.

Seis participantes se declararam solteiras, e as outras seis eram casadas ou estavam em união estável. Quanto ao número de dependentes, cinco mães possuíam apenas a criança que

estava internada, outras cinco declararam ter mais um outro filho em casa, e três delas tinham três dependentes no total. No que diz respeito à religião, sete afirmaram ser evangélicas, quatro eram católicas e uma afirmou não ter religião definida. Sobre o parentesco, apenas uma acompanhante era irmã mais velha, as demais eram mães das crianças.

Quanto à residência atual, nove viviam mais próximos ao hospital, na região metropolitana, e as outras três mais distantes, no interior. Cabe ressaltar que a distância geográfica entre a residência e o hospital pode dificultar, entre outras coisas, a função de cuidar, a adaptação à nova rotina, e, dependendo do tempo de internação, afasta essas cuidadoras de casa e do convívio familiar e social, e, algumas vezes, agrava-se a questão financeira familiar (Lima, et al 2019).

A renda familiar variou entre 170 reais a 2.090 (2 salários mínimos). Cinco participantes alegaram receber 1 salário mínimo; quatro afirmaram receber renda menor que 500 reais e três afirmaram que a renda era maior que 1,5 salários. Quanto à escolaridade, três tinham o ensino fundamental incompleto, duas o fundamental completo, quatro possuíam o ensino médio incompleto, duas o ensino médio completo e uma mãe havia feito ensino técnico. Há uma relação entre o nível de instrução e o rendimento médio mensal, bem ilustrada nos dados obtidos, que mostram que, quanto menor o nível de instrução, menor é o salário e, além disso, por serem todas do sexo feminino, isto contribui ainda mais para a redução da renda, já que as mulheres têm um rendimento inferior aos homens (Barros, 2017). Outra questão relacionada com o grau de instrução é que a condição de baixa escolaridade pode influenciar no modo como essas acompanhantes lidam com as informações recebidas pelos profissionais. Por isso, a equipe precisa adaptar as palavras ao nível de entendimento da família, evitando desencadear ansiedade nestas mães, diante do fato delas não compreenderem o diagnóstico e as necessidades de cuidado (Fetsch, et al, 2016).



Em relação ao diagnóstico da criança e adolescente, constatou-se variações expressas por doenças agudas: infecção urinária, fístula no esôfago e desnutrição e doenças crônicas: hanseníase/lúpus; síndrome nefrótica; AME; fibrose cística; Epilepsia; Tuberculose/Hepatomegalia; púrpura. Dois pacientes que encontravam-se em investigação para confirmação da doença, os quais estavam em sua primeira internação hospitalar, contudo, independentemente de já ter sido hospitalizado ou não, sabe-se que a hospitalização é uma experiência estressante para as crianças (Li, Chung, Ho e Kwok, 2016). Nesse contexto, é importante ressaltar que as condições crônicas constituem o grupo de doenças que necessitam de cuidados contínuos, que persistem por períodos longos, de vários anos ou décadas. Especificamente na infância, a família sente-se responsável pelos cuidados com a criança, configurando-se como fonte de sobrecarga para a família, sobretudo, para a mãe cuidadora, que geralmente está mais envolvida com o tratamento, acompanhando as internações e interagindo com os profissionais. Destaca-se que cuidar de um filho com condição crônica se caracteriza pela aquisição de uma série de obrigações e estabelece uma relação intersubjetiva entre mãe e filho, direcionadas a resolver as necessidades gerais e específicas do filho e da condição crônica, ocasionando elevada sobrecarga (Barbosa et al, 2012).

### Categorias Temáticas

A análise de dados possibilitou a construção de três categorias temáticas: Ser cuidadora, Avaliação do cuidado profissional e Humanização. Com suas respectivas subcategorias.

#### Ser cuidadora

A categoria Ser cuidadora permitiu conhecer o que as mulheres pensavam sobre o papel de cuidar de uma criança ou adolescente hospitalizado; as estratégias que utilizavam

para enfrentar essa situação adversa e as expectativas de terceiros em relação a esse seu papel de cuidadora. Salienta-se que processo de ser cuidadora exige a (re)significação do papel materno e da relação com o profissional, apresentada nas categorias: Relacionamento crente e obediente; Relacionamento inseguro e questionador; Relacionamento reflexivo e emancipatório (Custódio et al, 2016).

Ao falarem sobre sua experiência enquanto cuidadoras de uma criança/adolescente em processo de adoecimento e hospitalização, as participantes apontaram, aspectos relacionados ao vínculo (5) com seu filho, como também apontaram os aspectos positivos da situação (3), como ilustram os relatos abaixo: “para mim, eu achei que de certa forma isso me uniu mais a D. (seu filho) e D. a mim. Acaba que sempre uma coisa ruim traz um bem.C2 (29 anos)”; “a gente passa por momentos difíceis, mas eu acho que é muito rico... até pro próprio Eu, tipo, se tornar melhor”C3 (23 anos).

As participantes acrescentaram ainda que mesmo diante da dificuldade do processo de hospitalização, percebem aspectos positivos, como: boa relação com a equipe (n=3), a assistência técnica recebida por seu filho (n=4), fortalecimento da fé (n=2), crescimento pessoal (n=1), riqueza do processo (n=1). Os relatos apontam para uma reavaliação positiva da situação e da vida, que leva à valorização de cada momento com a criança ou adolescente e de outros aspectos da experiência.

Ter e sentir plenitude e êxito no papel materno mobilizam à mãe no cuidado ao seu filho, contribuindo para sua autonomia (Custódio et al, 2016). As mães compreendem esse cuidado como dever e assumem a luta diária em defesa do filho com amor e dedicação, tentando manter a criança o mais longe possível do perigo que a doença representa, revelando o cuidado materno como protetor da vida da criança. Nesse sentido, realizar os cuidados para com o filho enfermo poderia ser considerada uma experiência gratificante, e uma opção

peçoal associada a sentimentos de amor e respeito, especialmente quando há um vínculo forte entre a mãe e a criança (Barbosa et al, 2012).

Uma boa relação com a equipe torna-se a chave para salvaguardar o bem-estar a estas cuidadoras e auxiliar em num bom enfrentamento desta situação adversa, ou seja, o comportamento da equipe pode contribuir para a reavaliação positiva da família diante da situação, pois, ao sentir-se cuidada, a família consegue diminuir a carga de estresse e voltar-se para a observação de significantes positivos deste processo. Assim, a equipe torna-se um dos componentes da rede de apoio às famílias e pacientes, sendo isto parte essencial do processo de trabalho em saúde (Machado, et al, 2018).

Por outro lado, as cuidadoras também citaram algumas dificuldades, como: medo e insegurança (n=6), angústia e impotência diante do sofrimento do filho (n=3), o receio de revezar e delegar estes cuidados a outras pessoas (n=3), a dificuldade ao assumir cuidados técnicos (n=2), e preocupação com outros membros da família (n=1). A fala de uma mãe ilustra este medo e impotência diante do adoecimento do filho: “tenho medo que aconteça alguma coisa com ele, que ele tenha alguma parada respiratória (...) sinto medo até de dormir (...) e quando acordar ele não tá” (C4, 34 anos); “Quero tá na minha casa, fazendo as minhas coisas, cuidando do meu marido porque eu sei que ele quem está fazendo a comida de todo jeito lá” (C12, 47 anos).

Destaca-se que as demandas impostas pelas necessidades do filho no cotidiano reforçam o papel de mãe e mulher no ambiente do lar e funcionam como extensão dos cuidados institucionais. Nesse processo, a mãe divide-se entre as responsabilidades de dona de casa e o ‘dever materno’ pelos cuidados à criança e, em alguns casos, com as tarefas profissionais fora do lar, destacando o papel múltiplo e particular que afeta as mulheres. Salienta-se que essa sobrecarga, por sua vez, está relacionada não apenas às demandas de

cuidado, mas também a sentimentos que acompanham a mãe, como por exemplo, sentimentos de fragilidade, medo, preocupação e culpa (Barbosa et al, 2012).

A trajetória de cuidado inicia-se na internação hospitalar sob a submissão ao profissional, que conduz a mãe a ser espectadora-aprendiz. O medo da morte e a insegurança de não saber lidar com a doença e a fragilidade do filho mantém a mãe obediente e crente ao profissional e às regras institucionais, entendendo que têm o papel de observar e aprender o cuidado (Custódio et al, 2016).

Os dados sugerem que as dificuldades do processo de hospitalização não se relacionam apenas aos filhos internados, inclui também os outros membros da família, o que aumenta a carga de responsabilidade e angústia para estas mães (Lima et al, 2019). Ainda que a figura masculina possa ser vista como apoio social à mulher acompanhante de seu filho numa internação hospitalar, ainda prevalece a prerrogativa de naturalização de que o principal papel nos cuidados com os filhos e com a casa pertence à mulher. Nessa perspectiva, enquanto os homens dedicam, em média, 10,5 horas semanais às tarefas domésticas, as mulheres envolvem 23,3 horas de suas semanas com afazeres em casa (Barbosa, 2018).

Ser cuidadora de um parente infantil em regime de internação hospitalar, caracteriza-se como um momento singular na vida destas acompanhantes, despertando-lhes sentimentos negativos, como ansiedade e o medo da perda da criança, além do sofrimento pela distância de casa e do convívio familiar, deixando-as vulneráveis a um adoecimento tanto físico como emocional (Lima, et al 2019).

De modo geral, esses sentimentos devem-se, sobretudo à fala dos profissionais de que é responsabilidade da mãe o cuidado da criança, reforçada pela afirmação de que, para cuidarem bem e garantir a saúde e recuperação do filho, as mães devem ser vigilantes, seguir as regras e orientações dos profissionais, o que contribui para que elas se mantenham

submissas a eles. Em virtude disso, nesse primeiro momento da internação, as cuidadoras reprimem-se e evitam confrontos (Custódio et al, 2016).

As cuidadoras, apesar do cansaço físico e sobrecarga, preferem estar ao lado dos pacientes e assumem isto sozinhas. Essa postura relaciona-se à crença socialmente construída de que o cuidado é uma atribuição da mãe e uma responsabilidade feminina e leva as mulheres a assumirem a função de cuidadora principal e também a renunciarem diversas outras coisas que lhes são importantes. A associação da mulher à maternidade legítima e reforça a “ditadura da maternidade”, que segundo Martins (2017) aprisiona as mulheres aos papéis de mãe e esposa.

Para lidarem com a internação, as cuidadoras apontaram algumas estratégias de enfrentamento, como busca por suporte espiritual, busca por informações, minimização da situação focalizando em aspectos mais positivos e aceitação da necessidade da internação para tratamento.

Evidencia-se a reavaliação positiva como estratégia voltada ao controle das emoções, descobrindo aspectos que possam amenizar a situação e concentrar-se em seus pontos positivos, diminuindo a carga emotiva do acontecimento. Embora essa estratégia não esteja voltada diretamente para a resolução do problema, ela pode facilitar o alcance de um equilíbrio emocional, necessário para uma tomada de atitude frente ao problema (Fetsch et al, 2016). A presença da espiritualidade, mesmo já vivenciada antes do adoecer, tende a se intensificar e apresenta-se como uma ferramenta de resiliência para lidar com esta difícil e árdua tarefa de acompanhar um filho em sua permanência hospitalar, situação que também apareceu em outros estudos (Lima et al, 2019; Figueiredo et al, 2017).

Ao serem questionadas sobre o que acreditam que as pessoas e os profissionais de saúde esperam de uma cuidadora, as participantes citaram aspectos, como: responsabilidade e atenção (n=5), assumir os cuidados (n=2), auxiliar a equipe nos cuidados (n=5), ter controle

emocional, como calma e paciência (n=3), ter afetividade pela criança (n=2) e cuidar por amor (n=1). As falas acabam representando normas implícitas do papel de cuidadora, apresentando uma descrição do que se espera de uma profissional da área de saúde, colocando estas acompanhante no lugar de ser a cuidadora (não remunerada) desse filho, tendo uma postura de cuidadora profissional.

As entrevistadas reconhecem, portanto, que a participação da família nos cuidados ao paciente pode ocorrer de forma ativa. O estudo de Arcas, et al (2016), realizado com pacientes hospitalizados, vai ao encontro destes dados, uma vez que os participantes conceberam o acompanhante como a pessoa que vai transmitir segurança, ser companhia, auxiliar e ficar vigilante quanto aos cuidados recebidos. Se, por um lado, há o reconhecimento de que a participação dos familiares pode contribuir para o sentimento de competência e resgate do cuidado integral tornando a família parte do processo (Quirino, Collet, & Neves, 2010), por outro, ressalta-se, a necessidade de pactuação das ações junto à equipe, para o estabelecimento de limites de papéis e evitação de conflitos.

Os relatos sobre aspectos relacionados à experiência de ser cuidadora permitiram identificar aspectos positivos e negativos desse papel, os quais, por sua vez, apontam caminhos para a consolidação de um cuidado humanizado. Retrata-se a vinculação como ponto chave deste cuidado, principalmente no que diz respeito à relação entre cuidadoras e equipe profissional. Nesse sentido, pode-se dizer que os dados sobre as experiências das cuidadoras no contexto hospitalar, podem indicar ações humanizadas no cotidiano, bem como a necessidade de outras intervenções que possam dirimir as demandas dos cuidadores familiares.

Avaliação do cuidado profissional

Destaca-se que ser submissa ao profissional e ficar na posição de espectadora dos cuidados ao filho traz sofrimento para as mães, que, com o tempo da internação e o contato com outras mães em situação similar, podem intensificar as reflexões e passar a questionar as regras impostas, a sua obediência cega e a intencionalidade do profissional no cuidado, ou seja, passam a solicitar maiores esclarecimentos e detalhamentos acerca da situação do filho, verbalizam desejo de maior proximidade física com seus filhos e avaliam as ações de cuidado por eles desenvolvidas (Custódio et al, 2016). A categoria avaliação da assistência recebida abarcou as seguintes subcategorias: equipe de saúde; aspectos estruturais e, cuidado (ao acompanhante e a criança/adolescentes).

A subcategoria equipe de saúde, incluiu o relacionamento com os profissionais; o processo de comunicação e as expectativas em relação ao profissional de saúde. No que concerne ao relacionamento com os profissionais de saúde, dez (n=10) cuidadores alegaram ter uma boa relação, incluindo aspectos como afeto, acolhimento, proximidade com a enfermagem e confiança na equipe médica. Por outro lado, alguns relatos também se referiram ao distanciamento da equipe médica (n=1), ao trato grosseiro (n=1) e a diferença no tratamento dos profissionais (n=5), “Porque tem umas que dá mais atenção, tem umas que chega, conversa,” (C4, 34 anos). Os dados refletem que a relação das acompanhantes com os profissionais é positiva, demonstrando que o cuidado, quando humanizado, além de proporcionar uma assistência clínica de qualidade, significa também um suporte social para esses pacientes e familiares, contribuindo para uma melhor adaptação ao ambiente hospitalar.

Ao caracterizarem a relação entre eles e a equipe, as participantes citaram também alguns impasses ligados à falta de clareza sobre o papel do acompanhante: “muito das vezes eles não têm paciência de dar (o remédio), aí quer que a gente dê, tá entendendo? (C7, 32 anos). Nas interações entre mães e profissionais, a partir do tensionamento materno, destaca-se que os profissionais mantêm uma atitude centrada no poder e no reforço do papel materno

de aprendiz do cuidado. Nesses casos, o profissional segue centrado na supervisão da mãe treinada no cuidado ao filho (Custódio et al, 2016).

As ações, por sua vez, não devem ultrapassar os limites do que é compreendido como atribuição do acompanhante, evitando que ele desenvolva cuidados que são de competência exclusiva da equipe de saúde. Porém, esta situação acaba tendo um complicador justamente por não haver um consenso sobre estes limites e descrições destes papéis. A questão histórica do ambiente pediátrico influencia nesta confusão de papéis, pois antigamente, quando não havia acompanhantes para as crianças, a equipe assumia todos os cuidados, incluindo de higiene e alimentação. Com a chegada de um familiar, esses cuidados foram repassados ao cuidador. Porém, alguns acompanhantes sentem-se desconfortáveis de prestarem uma atenção, principalmente no que diz respeito a dar a medicação, ou auxiliar em cuidados mais técnicos. Em contrapartida, os profissionais esperam maior colaboração destes familiares. Por fim, para minimizar estes impasses, estudos como o de Quirino, Collet e Neves (2010) e de Arcas et al (2016), apontam que é necessário questionar a este acompanhante se ele se sente capaz de realizar aquela ação naquele momento e como ele deseja participar do cuidado àquele que acompanha.

Algumas participantes (n=9) avaliaram o processo de comunicação ressaltando aspectos positivos como o fato de se sentirem à vontade para perguntar e buscar esclarecimentos com a equipe, “Sinto (a vontade) (...) eu pergunto. Eles falam direitinho, conseguem explicar, até eu entender.” (C7, 32 anos). Além disso, apontaram que alguns profissionais falam tranquilamente e incluem as mães nesta comunicação. Por outro lado, (n=3) participantes evidenciaram dificuldades na comunicação, como a falta de informações suficientes e a discrepância entre a linguagem médica e dos usuários. Sabe-se que o ato de comunicar é algo central no processo do cuidar, devendo ser realizado de forma horizontal e não apenas uma transmissão de informação, mas que possibilite uma participação ativa de



todos os atores em uma relação não hierarquizada, na busca de consensos (Ferreira, & Artmann, 2018).

As cuidadoras apontaram suas expectativas em relação ao profissional que trabalha em pediatria, mencionando como pré-requisitos: trabalhar porque gosta, com e por amor, ter paciência, saber lidar com crianças, ter cuidado/atenção, entre outros aspectos. Isso remete à figura de um profissional dotado de características humanas afetuosas, como também que seja competente tecnicamente e faça aquilo que gosta, por exemplo, C3 (23 anos): “além de você amar o que você está fazendo, sempre dá o melhor por aquela criança.”, C4 (34 anos): “Tem que ter experiência”, C8 (28 anos): “ele tem que mostrar desempenho, atenção pelo aquele paciente e tranquilidade para a mãe”. Nesta última fala, a atenção voltada aos acompanhantes é mencionada, mostrando a importância de incluir a família enquanto sujeitos de cuidados, assegurando então um cuidado pautado na integralidade.

Quanto aos “aspectos estruturais” da pediatria, percebeu-se que a maioria das opiniões dos participantes foram positivas, uma vez que a maioria avaliou tais como bom (n=9) e tranquilo (n=2). Apenas uma que não mencionou aspectos positivos, reclamando da falta de conforto para dormir e da alimentação. Os acompanhantes que apontaram pontos a serem melhorados, mencionaram principalmente questões relacionadas à alimentação do acompanhante, como a pouca quantidade (n=3) e qualidade (n=4). A insatisfação com a alimentação fornecida pela instituição também foi percebida nos estudos de Lima, et al (2019) e de Moraes, Souza e Oliveira (2015), que constatou que as preferências alimentares dos acompanhantes não eram atendidas, resultando, inclusive, em gastos extras não previstos no orçamento da família.

Ainda na opinião das cuidadoras, as condições fornecidas pelo hospital para a dormida também foram insatisfatórias, tanto no que diz respeito ao conforto (n=3), quanto a quebra do sono pela rotina do tratamento (n=5). Esse fato pode acarretar em aumento de estresse, além

de influenciar na tomada de atitudes como estas: “dizem que a gente não pode deitar na mesma cama e às vezes a gente ainda teima assim, e de noite deita ... a gente com sono não tem como não.” (C7, 32 anos).

No trabalho de Moraes, Souza e Oliveira (2015), as mães também utilizavam de estratégias como o uso do edredom ou colchonete na tentativa de buscar maior conforto para dormir, pois mesmo o uso da poltrona reclinável é desconfortável, já que o acolchoado é duro e a superfície não é linear. O estudo de Lapa e Souza (2011) mostra que esta questão afeta também o paciente. Ao interrogarem crianças hospitalizadas, uma delas preocupava-se com o bem-estar de sua mãe, já que a mesma permanecia o tempo todo reclamando do desconforto da cadeira, portanto, isto pode trazer um sentimento de culpa à criança.

A solidão e desamparo tem caracterizado a trajetória materna de cuidado ao filho (Custódio et al, 2016). Nesse contexto, a negligência das necessidades de se alimentar e dormir configura-se como um dos problemas potenciais que interfere na interação com os acompanhantes, no cenário hospitalar. Além do desconforto das acomodações, o sono também é interrompido pelos procedimentos de enfermagem e, conseqüentemente, a cuidadora não consegue ter um sono contínuo e descansar adequadamente. Há um descontentamento dos cuidadores quando os profissionais de saúde interrompem seu período de repouso para solicitar que prestem cuidados que poderiam ser desenvolvidos pelos próprios trabalhadores (Moraes, Souza, & Oliveira, 2015).

Sobre a avaliação das acompanhantes aos cuidados oferecidos à criança/adolescente, todas usuárias demonstraram satisfação com a assistência recebida, julgando como: boa (n=6), ótima (n=4) e excelente (n=2), citando a relação de afeto e paciência dos profissionais com os pacientes, a comunicação e o pronto atendimento recebido: “estou vendo que estão buscando realmente qual é o problema dele para ser solucionado” (C11, 28 anos).

Os resultados apontam que o acompanhante tem boa impressão da equipe quando esta dispensa atenção à criança, promovendo seu bem-estar e cuidando de sua saúde, significando que para ser bem atendido a equipe precisa ter interesse pelo caso e se empenhe em descobrir qual o problema do paciente. Visão também presente no estudo de Ferreira e Artmann (2018) que ressalta estes tipos de discursos salientam o saber do profissional e a importância do conhecimento especializado.

Embora avaliem positivamente o cuidado prestado ao paciente, questões como o atraso nas medicações (n=1), a demora no atendimento (n=2), os horários inconvenientes para realização de procedimentos invasivos (n=1) e a falta de disponibilidade da equipe (n=1) também foram identificados: “hoje de noite mesmo acordaram meu filho para furar, e ele é super difícil para dormir, aí passou a noite todinha e nenhum soro colocaram” C8 (28 anos). Esta situação pode apontar para uma necessidade de flexibilização das ações assistenciais, como também demonstrar que o estresse causado pela hospitalização contribui para a não compreensão ou aceitação de certos procedimentos pelos familiares. Um fortalecimento no processo de comunicação e vinculação com estes acompanhantes poderia minimizar estes impasses e manter um bem-estar desses usuários, além de facilitar a relação com a equipe.

Ao avaliarem a assistência voltada aos acompanhantes, a maioria ressaltou aspectos positivos, utilizando, em seus relatos, palavras como boa (n=8), respeito (n=1) e atenção (n=1), “Do jeito que elas tratam bem também minha filha, também me tratam bem, super bem.” (C1, 36 anos). Todavia, uma cuidadora afirmou que há uma dificuldade dos profissionais ouvirem sua opinião sobre o tratamento de seu filho: “Então é isso que eu queria deles, mas eles não conseguem entender” (C8, 28 anos). Apesar de considerarem positiva a ação inicial de treinamento de cuidado, com o tempo, a dependência do profissional é percebida como limite para a sua segurança e autonomia no cuidado ao filho. A mãe sente

desconfiança e desamparo no cuidado profissional, questionando a adequação do cuidado prescrito e praticado e a correção das normas e rotinas institucionais (Custódio et al, 2016).

Comumente esta não valorização das falas e falta de participação da família ocorre no cotidiano dos hospitais. Historicamente cabe ao usuário o papel de paciente, de calar-se e acatar e obedecer às decisões dos profissionais. Este silêncio geralmente não significa concordância, mas uma insatisfação não declarada que, se vier a ser expressada, significaria as forças instituintes deste usuário, contudo provavelmente seriam interpretadas como rebeldias injustificadas pelos trabalhadores (Sanches, Couto, Abrahão & Andrade, 2013).

Sabe-se que é importante que a equipe procure escutar e compreender as necessidades dos usuários, reconhecendo seus saberes e não imputando ao paciente o que ela considera pertinente ao tratamento. Para tanto, os acompanhantes devem ser incluídos no projeto terapêutico para fortalecer a retomada de sua autonomia, o que favorece em uma melhor adesão ao tratamento, maior corresponsabilização do cuidado, conforme preconizado pela PNH (Ferreira, & Artmann, 2018; Quirino, Collet, & Neves, 2010).

Os dados desta categoria puderam revelar que a avaliação da assistência, em geral, foi positiva, principalmente no que concerne à capacidade técnica da equipe em solucionar o problema de saúde do paciente. Contudo, apontou-se para necessidade de melhorias na ambiência do hospital, principalmente quanto à alimentação e conforto dos familiares. Importante destacar também os impasses e entraves existentes na relação equipe-acompanhante, apesar da avaliação satisfatória das mães neste quesito. Há dificuldade de inserção destes acompanhantes nos planos de cuidado da equipe, com vistas a proporcionar um acolhimento e vinculação com estes cuidadores.

Os dados sobre a percepção da assistência hospitalar permitem constatar que a humanização se apresenta nas entrelinhas das explanações das participantes, também se revestindo, nesta categoria, com uma roupagem característica das questões relacionais e

afetivas do cuidado. Há um incremento da noção do cuidado à resolutividade do caso, o que também remete a uma noção de humanização atrelada à integralidade.

### Humanização

No que tange aos significados atribuídos à humanização em saúde, não constatou-se consenso. Seis cuidadoras negaram saber do que se tratava e seis alegaram já ter ouvido falar e procuraram definir o termo no momento da entrevista. Apesar de ter dito que não sabia do que se tratava, uma mãe, por exemplo, arriscou uma definição: “humanização, cuidado mais perto, querer mais ajudar... dá uma palavra de conforto: ‘mãezinha vai dar tudo certo’”(C9, 31 anos).

Ressalta-se que, nas interações entre o profissional e a mãe, apontar e reforçar a fragilidade e instabilidade clínica da criança e seu risco de morte, associado à ênfase do dever materno no cuidado, revelaram-se centrais e promovem vulnerabilidades para o desempenho do cuidado materno (Custódio et al, 2016).

Dentre as seis acompanhantes que disseram já terem ouvido falar sobre humanização, três recorreram às práticas dos profissionais da pediatria no intuito de conceitualizar o termo: “é o cuidado que ele tem no dia a dia, de chegar, de saber como é que tá, tudinho...como dormiu, como passou” (C4, 34 anos), “prezam muito a qualidade de vida do paciente... dá conforto, alívio, alegria” (C3, 23 anos).

Uma mãe definiu a humanização a partir do termo mais humano: “mais humano é eles conversar com a gente, é ser mais humano, assim, ser amigo” (C7, 32 anos), e duas trouxeram as seguintes definições de humanização baseadas no que elas já ouviram falar: “é tipo ser humano né? Saber prestar, tá um do lado do outro, ajudar o outro” (C6, 19 anos, irmã) e “você ser tratado bem, os cuidados devidos que deve ser a um ser humano” (C11, 28 anos).

Quando questionados sobre práticas não humanizadas, algumas participantes enfatizaram aspectos relacionais e afetivos da assistência em saúde: “outras nem olham pra sua cara e não vê sua dor. Quando o ser humano não tem a dor do outro ser humano ... é doente.” (C9, 31 anos).

Dittz et al (2011) reconhecem o diálogo entre mães e profissionais de saúde como o dispositivo com maior potencialidade para o conhecimento e a visibilidade das possibilidades de participação materna no cuidado e para a criação conjunta de alternativas para concretizá-las.

Para que se instale e se desenvolva cuidado o materno, é essencial um ambiente favorável. Nesse sentido, a prática do cuidado no espaço hospitalar esbarra no comportamento prescritivo e impositivo da assistência tecnocrática. No modelo hospitalocêntrico, é um desafio perceber os cuidados dos profissionais para além dos aplicados ao tratamento específico da doença, perdendo a visão mais ampla de que são, na verdade, inerentes à vida cotidiana (Pilotto, Vargens & Progianti, 2009).

As opiniões das acompanhantes não são unânimes quanto à ocorrência de uma assistência humanizada na pediatria, apesar de haver uma avaliação bastante positiva, ainda há aspectos desfavoráveis. Percebe-se que, mesmo não apresentando uma compreensão da humanização em saúde conforme a PNH (2004), as participantes deste estudo conseguem avaliar a assistência e ter expectativas quanto aos cuidados em saúde.

A percepção que estas mães têm sobre humanização permeia aspectos relacionais, afetivos, valorativos e de senso comum do ‘ser bom com o outro’. O saber científico ou os termos proclamados pela PNH, não foram mencionados, nem mesmo a questão do direito. Isto demonstra a necessidade de se divulgar a política, refletir junto aos usuários sobre a assistência humanizada como direito. Sabe-se que a humanização em saúde vai muito além do

ato humanitário, ela envolve a integralidade, a junção da técnica com a ética, por meio de um processo dialógico e reflexivo, como também é uma questão de direito.

Destaca-se que o ato de cuidar não é somente emoção, preocupação, atitude ou boas intenções. Ele é considerado em sua forma mais ampla, com todas as complexidades, o que demanda ações concretas, ricas em dimensões humanísticas, sociais, éticas, biológicas e espirituais (Oliveira, 2001).

Para averiguar se estas participantes percebiam seu direito a uma assistência humanizada, indagou-se sobre seus conhecimentos acerca dos direitos que os pacientes e os acompanhantes têm durante o processo de hospitalização no âmbito do SUS. Das doze respondentes, dez afirmaram não conhecer os direitos dos pacientes. Dentre as que certificaram esse conhecimento, uma não mencionou exemplo e outra citou o direito de seu filho ser internado em enfermaria de isolamento, para proteger sua saúde, haja vista a sua vulnerabilidade clínica.

Os dados sugerem desconhecimento das famílias e falta de divulgação dos direitos dos pacientes pediátricos no hospital, embora a Sociedade Brasileira de Pediatria-SBP tenha elaborado, em 1995, os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, posteriormente aprovados pelo Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA – e transformados em resolução. Nesta resolução há vinte direitos citados, entre eles, o de ser acompanhado e receber visitas; ter conhecimento adequado de sua enfermidade, cuidados terapêuticos e diagnósticos, além de receber amparo psicológico; desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do currículo escolar (Brasil, 1995).

No tocante ao direito dos acompanhantes, metade afirmou ter ciência, citando exemplos como o direito de acompanhar e cuidar de sua criança, revezar com outra pessoa, de pedir a xérox do prontuário, de receber alimentação. Uma mãe mencionou as normas do

hospital como sendo um direito, C4 (34 anos) “os direitos que eu tenho é de ficar aqui, de ter hora para entrar, hora para sair, hora para trocar de acompanhante”.

A participação da mãe no cuidado do seu filho não está garantida apenas por sua presença, mas na dependência da interação estabelecida entre mãe, filho e profissional de saúde, e uma prática assistencial orientada prioritariamente por normas e técnicas, reduz a possibilidade dessa interação (Dittz et al, 2011).

Isto mostra que há uma confusão entre o que são os direitos, o que são os deveres e o que é a normativa de acesso do hospital. Isto talvez ocorra, em princípio, pelo fato apontado pelos familiares que eles recebem orientações das normas do hospital ao serem admitidos e, provavelmente, acabam confundindo isso com seus direitos, o que mais uma vez remete a falta de divulgação das regulamentações do SUS a seus usuários.

O Ministério da Saúde publicou, desde 2011, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que baseia-se na Portaria nº1.820, de 13 de agosto de 2009, na qual aponta os direitos e deveres dos usuários (Brasil, 2011). Entre os direitos dos usuários, destaca-se o atendimento humanizado. Caso esse direito fosse apoderado pelos usuários, possibilitaria que eles cobrassem a efetivação desta política, garantindo sua autonomia e exercício da cidadania.

A análise dos dados desta categoria permite concluir que o termo humanização parece evocar principalmente a dimensão afetiva do tratamento, sem apontar para a questão do direito à assistência humanizada e nem sobre as questões enfatizadas na própria PNH, tais como o acolhimento, a clínica ampliada e compartilhada e a defesa dos direitos dos usuários. Esta ênfase nos aspectos afetivos, faz com que os usuários percebam que o cuidado humanizado seja uma escolha do profissional em prestá-lo ou não, se configurando como um ‘plus’ no atendimento recebido. Isto dificulta o controle social, diminui a autonomia dos usuários e afastam-nos da possibilidade de exercer sua cidadania.



Transformar práticas de saúde implica colocar em análise o fazer cotidiano para se buscar uma sintonia entre as necessidades de cuidado e as práticas “desejáveis” para satisfazê-las, o que implica em olhar o outro, permitir ser olhado, conviver com a diversidade e o subjetivo e estar aberto a novos modos de viver a vida (Dittz et al, 2011).

### Considerações finais

Embora os usuários apresentem dificuldades para uma compreensão do termo humanização, a avaliação deste tipo de prática não se restringe ao entendimento que eles têm deste conceito. Assim, puderam opinar sobre as práticas assistenciais humanizadas, a partir das significações que possuem sobre esta realidade do ambiente e das ações em saúde, com base em suas experiências enquanto cuidadoras de um paciente hospitalizado.

Os relatos sobre as dificuldades encontradas pelos familiares na execução de seu papel de cuidadora durante o processo de hospitalização e, a partir de suas avaliações da assistência recebida, indicam a existência de entraves na proposta de humanização. Ainda permanecem relações verticais, com diálogo inadequado entre os profissionais de saúde com o usuário, o que dificulta a possibilidade de tomadas de decisões compartilhadas e comprometidas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS. Destacam-se também problemas estruturais, que prejudicam a existência de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, de acordo com as necessidades dos usuários.

Ressalta-se um ponto chave presente nos resultados deste estudo que é o conhecimento e a divulgação dos direitos dos usuários, pois, como estabelece a PNH, os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

As opiniões dos familiares estão voltadas para aspectos relacionais da assistência, que parecem ser a chave para o cuidado humanizado na visão deles. Embora o aspecto relacional

diga respeito à uma dimensão da assistência humanizada, faz-se necessário o conhecimento dos usuários sobre a humanização como uma questão de direito. Uma vez que este usuário amplia sua visão sobre o cuidado humanizado como uma questão legal, ele se pode avaliar e exigir uma assistência humanizada, eficaz e eficiente.

Ressalta-se que são necessárias discussões para ampliação de uma assistência humanizada e integral, que inclua a família enquanto sujeito de cuidados. Para isso, o hospital necessita estruturar condições para acolher este binômio, desde a ambiência que propicie conforto, segurança e afetividade, além da assistência que vise um acompanhamento com valor terapêutico.

Como sugestões, aponta-se o investimento em processos formativos e permanentes aos trabalhadores em saúde sobre o tema da humanização, além de sua maior divulgação entre os usuários, incluindo a ampliação de seus conhecimentos sobre os direitos que possuem, a fim de estimular sua autonomia e cidadania.

## Referências

- Arcas, A.B., Campos, G.R., Lima, R.S., Fava, S.M.C.L., & Sanches, R.S. (2016). Significados do papel do acompanhante em unidade hospitalar: visão da pessoa hospitalizada com condição crônica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(4): 1-8.
- Barbosa, D.C., Sousa, F.G.M., Silva, A.C.O., Silva, Í.R., Silva, T.P., & Paiva, M.C.M. (2012). Sobrecarga do cuidado materno à criança com condição crônica. *Cogitare Enferm.* 17(3):492-7.
- Barbosa, A.L.N.H. (2018). *Tendências nas horas dedicadas ao trabalho e lazer: uma análise da alocação do tempo no Brasil*. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea.
- Bardin, I. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

- Barros, D.D.S. (2017). Escolaridade e distribuição de renda entre os empregados na economia brasileira: uma análise comparativa dos setores público e privado dos anos 2001 e 2013. *Revista de Economia Contemporânea*, 21(3).
- Brasil. (1995). Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da União 1995; 17 out.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Custodio, N; Marski, B.S.L.; Abreu, F.C.P.; Mello, D.F.; Wernet, M. (2016). Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno. *Rev enferm UERJ*, 24(1):e11659.
- Dittz; E. S., Sena, R. R.; Motta, J. A. C., Duarte, E. D. (2011). Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. *Cienc. enferm., Concepción*, 17(1), p. 45-55.
- Farias, D.H., Gomes, G.C., Almeida, M.F.F., Lunardi, V.L., Xavier, D.M., & Queiroz, M.V.O. (2019). Barriers Present in the Process of Construction of the Cultural Family Care to the Child in the Hospital: Transcultural Approach. *Aquichan*, 19 (1), 6-10.
- Ferreira, L.R., & Artmann, E. (2018). Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1437-1450.
- Fetsch, C.F.M., Portella, M.P., Gomes, J.S., Benett, E.R.R., & Stumm, E.M.F. (2016). Estratégias de coping entre familiares de pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62(1), 17-25.
- Figueiredo, T., Silva, A.P., Silva, R.M.R., Silva, J.J., Silva, C.S.O., Alcântara, D.D.F., Souza, L.P.F., & Souza, A.A.M. (2017). Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. *ABCS Health Sciences*, 42(1): 34-9.

- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82.
- Lapa, D.F., & Souza, T.V. (2011). La percepción del escolar sobre la hospitalización: contribuciones para el cuidado de enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 811-817.
- Li, W.H.C., Chung, J.O.K., Ho, K.Y. & Kwok, B.M.C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatr*, 16 (36).
- Lima, R.M., Gomes, F.M.A., Aguiar, F.A.R., Júnior, E.B.D.S., Dourado, J.V.L., & Junior, A.R.F. (2019). Experiences of Mothers During The Hospitalization of Their Children. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1286-1292.
- Machado, A.N., Nóbrega, V.M., Silva, M.E.A., França, D.B.L., Reichert, A.P.S., & Collet, N. (2018). Doença crônica infantojuvenil: vínculo profissional-família para a promoção do apoio social. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0290.
- Martins, C. G. (2017). *As representações de mulher, mãe e maternidade à luz de Simone de Beauvoir no jornal escolar O Estudante Orleanense (1949–1973)*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC.
- Medrano, C.A. (2003). *Saúde pública, psicanálise e infância: do silêncio ao brincar*. (Dissertação de mestrado, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC).
- Morais, R.C.M., Souza, T.V., Oliveira, I.C. (2015). A (in)satisfação dos acompanhantes acerca da sua condição de permanência na enfermagem pediátrica. *Esc. Anna Nery* 19(3): 401-408.
- Morais, T. C. & Wunsch, D.S. (2013). Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 12(1).

- Oliveira, M.E. (2001). Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. *Rev Eletrôn Enferm*; 3(2).
- Paiva, C.B.N., & Amorim, I.T. (2017). *Intervenções Psicológicas Em Pediatria: enfoque na terapia cognitivo-comportamental*. (Artigo de conclusão de curso). Especialização em Psicoterapia Cognitivo Comportamental da Infância e Adolescência, Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa/PB.
- Pesce, L., & Abreu, C.B. (2013). Pesquisa qualitativa: considerações sobre as bases filosóficas e os princípios norteadores. *Revista da FAEBA-Educação e Contemporaneidade*, 22(40), 19-29.
- Pilotto, D.T.S.; Vargens, O.M.C.; & Progianti, J.M. (2009). Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. *Rev. bras. enferm.*, 62(4), p. 604-607.
- Quirino, D.D., Collet, N., & Neves, A.F.G.B. (2010). Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm.* 31(2):300-6.
- Sanches, I.C.P., Couto, I.R.R., Abrahão, A.L., & Andrade, M. (2013). Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? *Ciência & Saúde Coletiva*.18(1): 67-76.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos permitem sugerir que o processo de humanização em saúde no setor de pediatria estudado ainda está em processo de desenvolvimento, tendo em vista que existem pontos a serem melhorados, citados tanto pelos profissionais quanto pelas acompanhantes. Destaca-se a relação interpessoal, especificamente no que diz respeito ao processo de comunicação entre equipe e familiares e entre a própria equipe de saúde. Algumas relações expressam posturas hierárquicas de determinados profissionais e acarretam entraves para o exercício do cuidado humanizado.

Os problemas interpessoais que acontecem na própria equipe decorrem da diferenciação e hierarquização entre as profissões de saúde, na qual o saber médico é tido como hegemônico, o que dificulta a comunicação entre a equipe. Aspectos da relação entre acompanhantes e equipe também demonstram posturas hierarquizadas uma vez que, no que diz respeito à obtenção de informações, a maioria dos familiares tomam a iniciativa de buscar as informações com os profissionais em detrimento do recebimento espontâneo de informações a partir dos profissionais.

Sabe-se que o processo comunicacional deve ser central nos cuidados em saúde, pois promove a ligação e coordenação da atenção, e deve ser realizado de forma horizontal, para que haja uma participação ativa de todos (Ferreira, & Artmann, 2018). Portanto, pode-se dizer que, para garantir uma clínica ampliada e compartilhada, deve-se qualificar o diálogo, tanto entre os profissionais de saúde, quanto destes com o usuário, de modo que as decisões sejam tomadas em conjunto, garantindo a autonomia e a saúde dos usuários.

Ainda no que tange à relação entre cuidadoras e equipe, ambos estudos apontam a existência de uma boa relação, apesar da existência de dificuldades. No caso dos profissionais, ao mesmo tempo que vários admitem ter uma atitude empática e uma sensibilidade diante da realidade vivida pelos acompanhantes, outros afirmam não visualizar

um cuidado direcionado a estas famílias. Foi possível constatar o julgamento direcionados às mães acompanhantes que certamente orienta práticas de não acolhimento às mesmas.

Articulando os dados dos dois estudos percebe-se que o papel deste acompanhante não fica claro, nem para os profissionais nem para os próprios familiares, e isso gera dificuldades na relação entre eles. Enquanto algumas acompanhantes declaram insatisfação com o fato de assumirem cuidados que deveriam ser realizados pela equipe, paralelamente a equipe enxerga a cuidadora como recurso humano de trabalho. Ao mesmo tempo, verifica-se que a execução de tarefas pelo acompanhante vem acompanhada de uma dificuldade na sua participação nas decisões do tratamento de seu familiar.

O contexto hospitalar, muitas vezes, tem um dimensionamento de pessoal inferior ao ideal e acaba por apresentar poucos profissionais para grandes demandas. Isto faz com que os familiares assumam algumas tarefas para facilitar o andamento do cuidado. Os gestores precisam garantir a presença de uma equipe suficiente para minimizar os conflitos entre os trabalhadores e os acompanhantes, como também traçar estratégias dialógicas com estes usuários, de modo a participarem ativamente deste cuidado, sem significar uma sobrecarga de estresse a mais.

Referente à assistência técnica, investimento clínico e relação entre crianças/equipe, os dois grupos entrevistados avaliam positivamente estes aspectos. Evidenciaram as tecnologias leve-dura, ao usarem o saber especializado para solução do problema de saúde do paciente, acrescido das tecnologias duras, pois mencionam a constante realização de exames. Quanto também destacaram as tecnologias leves, caracterizadas pela vinculação afetiva com a criança. As acompanhantes mencionaram satisfação neste quesito, sendo corroborado pelas falas dos profissionais que entendem a equipe como habilidosa para lidar com estes pequenos pacientes e seu adoecimento. Isto corresponde ao que trazem Ferreira e Artmann (2018), que, embora tradicionalmente a humanização seja vinculada majoritariamente às tecnologias

relacionais, há um destaque também para a resolutividade do atendimento, que demanda a articulação dos três tipos de tecnologias.

Os dados desta pesquisa não permitiram identificar a existência de uma representação social sobre humanização entre as acompanhantes. Apesar emitirem opiniões e ideias sobre este objeto, não existia consenso a respeito da humanização e nem uma teoria explicativa. Neste sentido, a falta de conhecimento sobre a proposta de humanização na saúde reflete uma falha na apropriação e disseminação da política por parte das instituições de saúde. Parece que a humanização ainda precisa de visibilidade social a ponto de ser discutida no cotidiano e disseminada nos meios de comunicação. Apenas assim poderia ser possível a construção de uma representação social sobre humanização, uma vez que é necessário que o objeto social tenha relevância cultural para o grupo específico de forma a estar presente em alguma prática deste grupo, como, por exemplo, na conversação cotidiana (Santos, 2005; Sá, 1998).

A formação das representações sociais sobre humanização pelos profissionais provavelmente tornou-se possível pela presença deste tema nos próprios processos educacionais experienciados. Pois, a partir do momento em que o crescente descontentamento dos usuários sobre as relações assistenciais desenvolvidas no âmbito do cuidado em saúde pública foi ganhando destaque na mídia, acabou contribuindo para que a humanização se tornasse um objeto de pesquisas científicas e se fizesse presente nas trocas diárias da realidade dos profissionais que atuam neste contexto.

Para muitas pessoas, principalmente as que não atuam nos serviços de saúde, ainda prevalece a ideia do cuidado humanizado vinculado a ações individuais caracterizadas por um cunho humanitarista, voltado à caridade e benevolência. E mesmo os profissionais que trabalham nessas instituições não discutem o objeto a partir da ideia do direito, como preconiza a PHN. Tal fato demonstra a articulação entre o pensamento do senso comum e o



pensamento científico ou, em outras palavras, as transmutações que acontecem no conhecimento reificado quando apropriado e re-significado pela cultura.

Desta forma, justifica-se a necessidade de maiores investigações sobre o tema e, principalmente, a expansão desta discussão nos âmbitos locais, como instituições de saúde, escolas, comunidades, além de ampliação da divulgação pelos meios de comunicação. Com vista ao desenvolvimento de iniciativas que valorizem a humanização enquanto componente orgânico e estruturante aos serviços de saúde, embasando práticas horizontais e dialógicas, numa assistência voltada ao cidadão que sofre.

O aumento do conhecimento sobre humanização e sua apropriação nas condutas pessoais pode atingir o que propõe a PNH, o uso desta política como mecanismo de transformação das relações no campo da saúde e também na sociedade, já que este tema tem implicações diretas na relações interpessoais, favorecendo a um encontro empático entre as pessoas.

Outro ponto de destaque nos resultados dos trabalhos realizados nesta dissertação é a falta de conhecimento dos usuários sobre seus direitos. Esse desconhecimento faz com que estes usuários pensem que ações de humanização são vinculadas a um teor paternalista, algo “a mais” que o profissional oferece, vinculando muitas vezes a condicionalidade de receber por simpatia esse “*plus*” no atendimento. Este cenário é corroborado pelos profissionais que, ao deixarem de vincular o atendimento humanizado a uma questão de direito, acabam considerando também a humanização como uma escolha individual e, assim, não se implicam em exercer este tipo de cuidado a todos e a todo momento. É necessário abandonar esta vinculação da humanização à noção idealizada de homem bom, para aquela comprometida com a experiência singular de qualquer homem. Ou seja, migrar da noção de humanização enquanto uma característica pessoal, para um noção de direito.

Torna-se pretérito a problematização da humanização enquanto política que vai além desses aspectos humanos, pois, deve-se considerar aspectos mais amplos, que incorporem a melhoria do acesso, o acolhimento e a assistência prestada, os modos de gerir e de administrar as práticas de saúde visando a qualificação dos serviços (Moreira, et al, 2015). Para isso, faz-se necessário um investimento educacional, desde a formação acadêmica dos estudantes de saúde, como a continuidade da atualização através de uma educação permanente dentro dos próprios serviços. As instituições de saúde devem se atentar para as dificuldade de seus trabalhadores, valorizando as iniciativas individuais e institucionais, para então caminhar na direção de uma efetivação da humanização (Gomes, Caetano, & Jorge, 2010).

Na atual situação política nacional, é imprescindível discutir e analisar a humanização no SUS, pois como ela está ligada a uma oferta de um cuidado de qualidade, evidencia e eleva o padrão do SUS, para que ele se mantenha enquanto política pública de saúde e um projeto civilizatório brasileiro. Como a relação entre saúde e desumanização converge para reproduzir o capital e impedir o desenvolvimento humano, torna-se impreterível a ampliação do olhar sobre a PNH, de forma que haja um pensamento sobre a desumanização da saúde colocada no bojo da luta de classes, como expressão dos antagonismos basilares do capital em direção a sua superação (Souza, & Maurício, 2018).

Por fim, os resultados dos dois estudos ofereceram subsídios para retratar como a própria instituição hospitalar, a qual este grupos pertencem, pensa e possibilita a emergência do cuidado humanizado. Mostrou-se ainda fundamental para pensar em novas possibilidades assistenciais, que busquem potencializar o bem-estar, a qualidade de vida e o desenvolvimento dos os sujeitos, tanto usuários quanto 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. *Rev enferm UFPE on line*, 11(8):3143-50. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110220/22135>
- Almeida, A.M.O. (2005). A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. In: M. F. S. Santos & L. M. Almeida (Orgs.), *Diálogos com a teoria das representações sociais*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- 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. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n3a12>
- Bergan, C., Bursztyn, I., Santos, M.C.O., & Tura, L.F.R. (2009). Humanização: Representações sociais do hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(4), 656-661. <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472009000400011>
- 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: Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Editora do Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*, 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Editora do Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Cadernos HumanizaSUS – Atenção hospitalar*, v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Chernicharo, I.M., Freitas, F.D.S., & Ferreira, M.A. (2013a). Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. *Saúde Soc.* São Paulo, 22(3), 830-839. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/16.pdf>
- Dias, R. R.; Baptista, M. N.; Baptista, A. S. D. (2014). Enfermagem pediátrica: avaliação e intervenção psicológica. In Baptista, M. N.; Dias, R. R. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 176-196.
- Faquinello, P., Higarashi, I.H., & Marcon, S.S. (2007). O atendimento humanizado em unidade pediátrica: Percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(4), 609-616. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416404>
- Ferreira, L.R., & Artmann, E. (2018). Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1437-1450. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>
- Freitas, F.D.S. (2013). *Saberes e práticas de acadêmicos de enfermagem sobre a humanização: Implicações para o cuidado de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Garcia, A.V., Argenta, C.E., Sanchez, K.R. & São Thiago, M.L. (2010). O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 811-834. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300007>

- Gastaldo, D. (2005). Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. *Interface-comunic, saúde, educ*, 9(17), 389-406.
- Gomes, I. L. V., Caetano, R., & Jorge, M. S. B. (2010). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 463-470.
- Gonçalves, M.G. (2010). *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. (Coleção construindo o compromisso social da psicologia/ coordenadora Ana Merces Bahia Bock). São Paulo: Cortez, 2010. ISBN 978-85-249-1641-0.
- Medrano, C.A. (2010). *Entre o céu e o inferno: a governamentalização do brincar*. (Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/93757>
- Merhy, E.E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C.R., Malta, D.C., Reis, A.T, Santos, A.F, Merhy, E.E. (orgs). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*; Ed. Xamã; São Paulo, 1998, P. 103-20.
- Merhy, E.E. & Feuerwerker, L.C.M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy,E.E., Baduy,R.S.; Seixas,C.T.; Almeida, D.E.S. & Slomp Júnior, H. (orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p.59-72
- Moreira, M.A.D.M., Lustosa, A.M., Dutra, F., Barros, E.D.O., Batista, J.B.V., & Duarte, M.C.S. (2015). Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3231-3242. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014>

- Moscovici, S. (2010). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro: 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. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200011>
- Paiva, C.B.N., & Amorim, I.T. (2017). *Intervenções Psicológicas Em Pediatria: enfoque na terapia cognitivo-comportamental*. (Artigo de conclusão de curso). Especialização em Psicoterapia Cognitivo Comportamental da Infância e Adolescência, Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa/PB.
- Reis, L.S., Silva, E.F., Waterkemper, R., Lorenzini, E., & Cecchetto, F.H. (2013). Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 118-124. <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200015>
- Ribeiro, J.P., Gomes, G.C., & Thofehn, M.B. (2014). Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: Revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 530-539. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300020>
- Sá, C.P. (1998). A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Santos, M.F.S. (2005). A teoria das representações sociais. In: Santos, M.F.S. & Almeida, L.M. (Orgs.). *Diálogos com a teoria das representações sociais*. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE/Ed. Universitária da UFAL, 2005, v. 1, p. 13-38.
- Santos, M.M.A.S., Saunders, C. & Baião, M.R. (2012). A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma

prática integral e humanizada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 775-786. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300025>

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. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0505.2634>

Spink, M.J.P. (2007). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. ISBN 978-85-7396-535-3.

Souza, D. D. O., & Maurício, J. C. (2018). A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. *Saúde e Sociedade*, 27, 495-505.

**APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico e Laboral para os Profissionais de Saúde**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Gênero: Masculino \_\_\_ Feminino\_\_\_
3. Idade: \_\_\_\_\_(anos)
4. Cor: \_\_\_\_\_
5. Religiosidade: \_\_\_\_\_
6. Estado Civil: Solteiro(a)\_\_\_ Casado(a)\_\_\_ Divorciado(a)\_\_\_ União estável\_\_\_ Viúvo(a)\_\_\_
7. Número de dependentes: \_\_\_\_\_
8. Formação acadêmica: Ensino Médio Completo \_\_\_ Ensino Técnico \_\_\_ Graduação\_\_\_  
Especialização\_\_\_ Mestrado\_\_\_ Doutorado\_\_\_
9. Tempo de formação: \_\_\_\_\_
10. Realizou algum curso/capacitação? NÃO SIM Quais?\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Alguma que abordava o tema Humanização? NÃO SIM Quais?
- \_\_\_\_\_
11. Anos de Profissão: \_\_\_\_\_(anos)
12. Trabalha em Instituição de Saúde em Setor: Privado \_\_\_ PÚBLICO \_\_\_
13. Há quanto tempo trabalha no HULW? \_\_\_\_\_, EBSEH \_\_\_ RJU \_\_\_
14. Quantas horas trabalha por semana? \_\_\_\_\_(horas) Turno de trabalho: \_\_\_\_\_
15. Trabalha para além do horário estipulado? NÃO \_\_\_ SIM \_\_\_
16. Em caso afirmativo, as horas são objeto de retribuição salarial? Não \_\_\_ Sim \_\_\_
17. Trabalha em outra instituição de Saúde? Não\_\_\_ Sim \_\_\_, Quantas horas ? \_\_\_\_\_



**APÊNDICE B** – Questionário Sociodemográfico e Clínico para os Acompanhantes

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Gênero: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_
3. Idade: \_\_\_\_\_(anos)
4. Cor: \_\_\_\_\_
5. Estado Civil: Solteiro(a)\_\_, Casado(a)\_\_, Divorciado(a)\_\_, União estável\_\_,  
Viúvo(a)\_\_\_\_
6. Faixa de renda: \_\_\_\_\_
7. Número de dependentes: \_\_\_\_\_
8. Local de residência (Cidade): \_\_\_\_\_
9. Escolaridade: Analfabeto \_\_\_\_ ; Ensino Fundamental incompleto \_\_\_\_ ; Ensino  
Fundamental Completo \_\_\_\_\_, Ensino Médio Incompleto \_\_\_\_ ; Ensino Médio Completo  
\_\_\_\_ ; Ensino Técnico \_\_; Graduação \_\_; Especialização \_\_; Mestrado \_\_; Doutorado \_\_;
10. Religiosidade: \_\_\_\_\_
11. Idade do paciente: \_\_\_\_\_
12. Tempo de Internação: \_\_\_\_\_
13. Diagnóstico \_\_\_\_\_
14. Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_
15. É o principal cuidador? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
16. Qual parentesco?: \_\_\_\_\_
17. Quem mais cuida do paciente? \_\_\_\_\_
18. Primeira Internação? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ , Quantas? \_\_\_\_\_ , Em quais hospitais?  
\_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Eu gostaria que você me falasse um pouco sobre o seu trabalho na pediatria. O que você faz cotidianamente?

Como é para você, trabalhar no setor de pediatria? Há alguma dificuldade?

Há alguma diferença entre trabalhar na pediatria e clínica adulto? Que diferenças são essas?

Quais os pontos positivos e negativos de trabalhar com crianças? Como você lida com atitudes não colaborativas das crianças?

Como é ser um \_\_\_\_\_ (categoria profissional) em um setor de pediatria?

O que o trabalho da pediatria exige do profissional?

O que você acha que as pessoas esperam de um profissional que atua em pediatria?

O que você espera de um cuidador/acompanhante em pediatria? Como geralmente são esses cuidadores? Como é o cuidado ofertado ao acompanhante? Como você lida com atitude não colaborativa dos acompanhantes?

Você sente que seu trabalho é valorizado?

Há comunicação interprofissional ou estudos de caso?

Como você vê a dinâmica do trabalho em equipe? Isto está próximo ou distante do ideal?

O que você pensa a respeito da humanização da assistência em saúde?

Como você imagina que seus colegas de trabalho pensam sobre a humanização em saúde?

O que está sendo feito na pediatria no sentido de garantir uma assistência humanizada?

Sobre a Política Nacional de Humanização, quais diretrizes que estão presentes e ausentes no setor da pediatria?

O que poderia ser feito para fortalecer a humanização neste hospital? E na pediatria?

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA - CUIDADORES**

Eu gostaria que você me falasse um pouco sobre sua experiência de ser cuidador de uma criança hospitalizada.

O que você acha que as pessoas, em geral, esperam de um cuidador de criança?

O que você acha que os profissionais esperam de um cuidador?

O que você espera de um profissional que atua em pediatria?

Quais as dificuldades que você encontra na hospitalização de seu filho?

Existe algum aspecto positivo durante a hospitalização?

Como é a relação dos cuidadores com a equipe? Existe diferença de tratamento com você?

Alguém dá mais atenção?

Como você avalia o cuidado que seu filho(a) recebe?

Como você avalia o cuidado que você recebe?

Você já ouviu falar em humanização na saúde ou cuidado humanizado?

Você acha que os profissionais daqui executam este cuidado? O hospital, como um todo, proporciona este tipo de cuidado?

**APÊNDICE E – TCLE**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “HUMANIZAÇÃO EM PEDIATRIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES”, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Camila Batista Nóbrega Paiva, aluna do Programa De Pós-graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da Professora Dra. Sibelle Maria Martins De Barros.

Os objetivos do estudo são compreender as representações sociais sobre humanização na pediatria entre profissionais de saúde e familiares acompanhantes de crianças e adolescentes internados no setor de pediatria. Para isso, pretende-se apreender o que os profissionais pensam sobre a humanização na pediatria; caracterizar, a partir dos relatos, as suas práticas e como avaliam a assistência prestada ao setor de pediatria, incluindo a relação com as crianças/adolescentes e suas famílias; identificar o que os cuidadores pensam sobre humanização na pediatria e como avaliam a assistência recebida no contexto hospitalar, incluindo a relação com a equipe. E desta forma, caracterizar, a partir das falas dos participantes, como a Política Nacional de Humanização está sendo implementada na clínica pediátrica do HULW.

A finalidade deste trabalho é conhecer a como a própria instituição hospitalar pensa e possibilita a emergência do cuidado humanizado e quais os aspectos que estão presentes e ausentes da Política Nacional de Humanização, para assim contribuir no direcionamento de

propostas de trabalho que visem à efetivação da política de humanização no setor de pediatria. Para os profissionais participantes da pesquisa, este momento pode proporcionar uma reflexão acerca do seu cotidiano e práticas de saúde por eles exercidas. Para os usuários, a pesquisa pode facilitar que se sintam mais participantes e questionadores do serviço através de uma reflexão de sua opinião, além de favorecer a efetivação do controle social.

Solicitamos a sua colaboração para participar desta entrevista, que dura uma média de 25 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em dissertação de mestrado, eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa tem riscos mínimos, vinculados ao desconforto dos participantes em responder algum questionamento, ou terem sua privacidade exposta. Para minimizar esses riscos o participante não precisa responder a qualquer pergunta, caso sinta que ela é muito pessoal ou ao sentir desconforto em falar, podendo desistir da pesquisa em qualquer momento. Além disto, a pesquisadora se dispõe a realizar uma escuta, caso necessário.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Impressão dactiloscópica

---

Assinatura do participante

Contato com a Pesquisadora Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Camila Batista N. Paiva, Telefone: 83 98172-0823, e-mail: [camilanobrega@hotmail.com](mailto:camilanobrega@hotmail.com), ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley - Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: [comitedeetica@hulw.ufpb.br](mailto:comitedeetica@hulw.ufpb.br) Campus I – Fone: 32167964.