ROSI MULLER

SIGNIFICADO DO CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

RIO GRANDE

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEMMESTRADO EM ENFERMAGEM

SIGNIFICADO DO CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIAINTENSIVA PEDIATRICA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

ROSI MULLER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Profª. Dra. Giovana Calcagno Gomes.

RIOGRANDE

2021

Ficha Catalográfica

M958s Muller, Rosi.
Significado do cuidado humanizado na unidade de terapia Intensiva pediátrica na percepção da equipe de enfermagem / Rosi Muller. – 2021.
103 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2021.
Orientadora: Dra. Giovana Calcagno Gomes.

1. Humanização da Assistência 2. Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica 3. Cuidados de Enfermagem 4. RelaçõesProfissional- Paciente 5. Criança hospitalizada I. Gomes, Giovana Calcagno

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

SIGNIFICADO DO CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 24 de setembro de 2021, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA

Dra. Giovana Calcagno Gomes – Presidente (FURG)

Dra. Daiani Modernel Xavier – Membro interno (FURG)

Dra. Pamela Kath de Oliveira Nornberg – Membro interno (FURG)

Dra. Suely Ribeiro Bampi – Membro externo (Anhanguera Educacional - Pelotas)

Dra. Raquel Silveira Rita Dias – Membro externo (UFPel)

AGRADECIMENTOS

À minha família, minha mãe pelo apoio que sempre me deu, aos meus filhos Pedro e Otávio por sempre serem tão compreensíveis com minha ausência, muitas vezes mesmo estando presente. A minha irmã Luiza por estar sempre presente e dedicada nas minhas escutas, a Raquel por estar sempre tão firme e presente, sempre com uma palavra de conforto e carinho. Amo muito vocês!

Aos meus amigos e amigas do coração que conheci no mestrado, em especial, Evellym e Romário por me ajudarem tanto na dissertação, e não me deixarem desistir, mesmo quando nem eu mais acreditava em mim, e meus incansáveis companheiros, Ismar e Max, das viagens de Pelotas/Rio Grande e vice-versa, sempre regadas de muita música e muitas risadas, serão todos inesquecíveis em minha vida. Agradeço a todos da minha turma que me marcaram cada um com seu jeitinho de ser. A minha amiga e colega de trabalho Suely, a qual sempre me incentivou tanto, e é para mim uma fonte de inspiração, de alguém com muito amor, ética e dedicação ao que faz.

À minha querida orientadora, Dra. Giovana Calcagno Gomes, que me acolheu antes mesmo de eu ser sua orientanda, sempre alegre e tão compreensiva, me auxiliando nas minhas dificuldades. Deixo todo meu carinho respeito, espero que a vida nos permita muitos encontros ainda.

Aos professores do PPGEnf/FURG, pelos momentos de aprendizagem, discussões em sala de aula, reflexões. Aos membros da banca avaliadora do presente trabalho, pela disponibilidade, dedicação e primazia na avaliação do mesmo.

A todos os envolvidos neste trabalho, aqueles que contribuíram de algum modo, desde as formulações iniciais até sua apresentação final.

Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia. Pois o triunfo pertence a quem se atreve.

Charles Chaplin

RESUMO

MULLER, Rosi**. Significado do cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva pediátrica na perceção da equipe de enfermagem.** 103 p. Projeto de Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande - RS.

O presente estudo objetivou conhecer o significado do cuidado humanizado na perceção dos profissionais da equipe de enfermagem, no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de cunho qualitativo que foi realizada no segundo semestre de 2021 na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Universitário no sul do Brasil. Os participantes foram 17 profissionais da equipe de enfermagem atuantes no setor. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática. Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa conforme a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Verificou- se que a humanização é permeada pela realização de um cuidado integral, indo além da técnica. Busca proporcionar conforto físico e emocional ao paciente e ao familiar. É a assistência não mecanicista, realizada de forma automática, que envolve também o cuidado à família da criança de forma respeitosa e empática. A formação acadêmica é considerada importante para a realização de uma assistência humanizada. Os profissionais se capacitaram para a realização de uma assistência humanizada por meio da realização de um curso específico acerca do tema no local de trabalho, de cursos virtuais, por conversas entre a equipe e reuniões multidisciplinares. Citaram como facilidades para garantir uma assistência humanizada o reduzido número de pacientes do setor, ter uma boa carga horária, o fato de cada profissional ficar com apenas uma criança, o trabalho em equipe multidisciplinar, a troca de experiências entre os membros da equipe, a boa remuneração e a boa comunicação com a liderança, a colaboração e o comprometimento da equipe e a política hospitalar voltada para a humanização. No entanto, citaram como dificuldades a falta de empatia e motivação, o pouco tempo e a falta de profissionais, a sobrecarga de trabalho, o convívio com o país das crianças internadas, a criação de um vínculo de confiança com a criança devido a sua gravidade, a falta de espaço e conforto para os pais na unidade, a prestação de um cuidado mais técnico e de uma assistência mecanicista e as dificuldades individuais de cada pessoa em trabalhar com crianças em estado crítico. Como estratégias destacaram a inclusão da família no cuidado à criança; a realização de reuniões entre a equipe multidisciplinar e os pais; a criação de uma relação de confiança coma criança; o uso de atividades lúdicas; a flexibilização de horários e o agrupamento de procedimentos; a conversa com a criança e a realização de mudanças de decúbito para evitar lesões por pressão. Concluiu-se que a humanização da assistência faz parte da preocupação dos profissionais atuantes na unidade. Verificou-se que os membros da equipe de enfermagem consideram a prática humanizada na unidade importante, enfrentando desafios para cuidar a criança em estado crítico e sua família. Acredita-se que o conhecimento produzido neste estudo possibilitará a discussão acerca da temática entre os membros da equipe de enfermagem e o levantamento das estratégias utilizadas para garantir a humanização no setor.

Descritores: Humanização da Assistência; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Cuidados de Enfermagem; Relações Profissional-Paciente; Criança hospitalizada.

ABSTRACT

MULLER, Rosi. Meaning of humanized care in the Pediatric Intensive Care Unit in the perception of the nursing team. 103 p. Dissertation Project (Masters in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande – FURG, Rio Grande - RS.

This study aimed to understand the meaning of humanized care in the perception of professionals in the nursing team, in the scope of the Pediatric Intensive Care Unit. This is a descriptive and exploratory qualitative research that was carried out in the second half of 2021in the Pediatric Intensive Care Unit of a University Hospital in southern Brazil. The participants were 17 professionals from the nursing team working in the sector. Data collection was carriedout through semi-structured interviews. Data were analyzed using the Thematic Analysis technique. The ethical principles of research were respected in accordance with resolution 510/16 of the National Health Council. It was found that humanization is permeated by the realization of comprehensive care, going beyond technique. It seeks to provide physical and emotional comfort to the patient and family member. It is non-mechanistic assistance, performed automatically, which also involves caring for the child's family in a respectful and empathetic way. Academic training is considered important for providing humanized care. Professionals were trained to provide humanized care through a specific course on the topic inthe workplace, virtual courses, conversations between the team and multidisciplinary meetings.They mentioned as facilities to ensure humanized care the reduced number of patients in the sector, having a good workload, the fact that each professional has only one child, multidisciplinary teamwork, the exchange of experiences between team members, the good remuneration and good communication with the leadership, collaboration and commitment of the team and the hospital policy aimed at humanization. However, they mentioned as difficulties the lack of empathy and motivation, the lack of time and lack of professionals, the work overload, living with the country of the hospitalized children, the creation of a bond of trust with the child due to its seriousness. , the lack of space and comfort for parents in the unit,the provision of more technical care and mechanistic assistance and the individual difficulties of each person in working with children in critical condition. As strategies they highlighted theinclusion of the family in child care; holding meetings between the multidisciplinary team and parents; the creation of a trusting relationship with the child; the use of recreational activities; flexible schedules and grouping of procedures; talking with the child and performing position changes to avoid pressure injuries. It was concluded that the humanization of care is part of theconcern of professionals working in the unit. It was found that the members of the nursing teamconsider the humanized practice in the unit important, facing challenges in caring for the critically ill child and their family. It is believed that the knowledge produced in this study willenable the discussion of the theme among the members of the nursing team and the survey of the strategies used to ensure humanization in the sector.

Descriptors: Humanization of Care; Pediatric Intensive Care Units; Nursing care;Professional-Patient Relations; Hospitalized child.

RESUMEN

MULLER, Rosi. Significado del cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en la percepción del equipo de enfermería. 103 p. Proyecto de Tesis (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande - FURG, Rio Grande - RS.

Este estudio tuvo como objetivo comprender el significado del cuidado humanizado en la percepción de los profesionales del equipo de enfermería, en el ámbito de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Se trata de una investigación cualitativa descriptiva y exploratoria que se llevó a cabo en el segundo semestre de 2021 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un Hospital Universitario del sur de Brasil. Los participantes fueron 17 profesionales del equipo de enfermería que trabaja en el sector. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron mediante la técnica deAnálisis Temático. Se respetaron los principios éticos de la investigación de acuerdo con la resolución 510/16 del Consejo Nacional de Salud. Se encontró que la humanización está impregnada por la realización de una atención integral, más allá de la técnica. Busca brindar comodidad física y emocional al paciente y familiar. Se trata de una asistencia no mecanicista,realizada de forma automática, que también implica cuidar a la familia del niño de forma respetuosa y empática. La formación académica se considera importante para la realización delcuidado humanizado. Se capacitó a los profesionales para brindar atención humanizada a travésde un curso específico sobre el tema en el lugar de trabajo, cursos virtuales, conversaciones entre el equipo y reuniones multidisciplinares. Mencionaron como facilidades para asegurar una atención humanizada el reducido número de pacientes en el sector, tener una buena carga de trabajo, el hecho de que cada profesional tenga un solo hijo, el trabajo en equipo multidisciplinar, el intercambio de experiencias entre los miembros del equipo, la buena retribución y la buena comunicación con el liderazgo, la colaboración y el compromiso del equipo y la política hospitalaria orientada a la humanización. Sin embargo, mencionaron comodificultades la falta de empatía y motivación, la falta de tiempo y falta de profesionales, la sobrecarga laboral, convivencia con el país de los niños hospitalizados, la creación de un vínculo de confianza con el niño por su seriedad. , la falta de espacio y comodidad para los padres en la unidad, la provisión de más atención técnica y asistencia mecanicista y las dificultades individuales de cada persona para trabajar con niños en estado crítico. Como estrategias destacaron la inclusión de la familia en el cuidado infantil; realización de reunionesentre el equipo multidisciplinario y los padres; la creación de una relación de confianza con el niño; el uso de actividades recreativas; horarios flexibles y agrupación de procedimientos; hablar con el niño y realizar cambios de posición para evitar lesiones por presión. Se concluyó que la humanización del cuidado es parte de la preocupación de los profesionales que laboran en la unidad. Se encontró que los integrantes del equipo de enfermería consideran importante la práctica humanizada en la unidad, enfrentando desafíos en el cuidado del niño críticamente enfermo y su familia. Se cree que el conocimiento producido en este estudio permitirá la discusión del tema entre los miembros del equipo de enfermería y el relevamiento de las estrategias utilizadas para asegurar la humanización en el sector.

Descriptores: Humanización de la atención; Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos; Cuidado de enfermera; Relaciones profesional-paciente; Niño hospitalizado.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO. 12

2. OBJETIVOS 17

2.1 Objetivo Geral..... 17

2.2 Objetivos Específicos 17

3. REVISÃO DE LITERATURA 18

3.1. A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica..... 18

3.2 A criança e a família na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica..... 23

3.3 A enfermagem e a humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica 29

4. METODOLOGIA..... 39

4.1 Tipo de estudo 39

4.2 Local de realização do estudo..... 39

4.3 Participantes do estudo 40

4.4 Coleta de dados..... 40

4.5 Analise de dados. 41

4.6 Aspetos éticos 42

5. RESULTADOS 43

5.1 Caracterização dos participantes do estudo 43

5.2 Conceito de assistência humanizada..... 43

5.3Formação acadêmica para a realização de uma assistência humanizada..... 47

5.4 Formas de capacitação profissional para a realização da humanização da assistência na UTIP..... 51

5.5 Facilidades identificadas pela equipe de enfermagem para garantir uma assistência humanizada na UTIP..... 54

5.6 Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para garantir a assistência humanizada na UTIP.....60
5.7 Estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para humanizar a assistência de enfermagem na UTIP.....66
6. DISCUSSÃO 73
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 87
REFERÊNCIAS 90
APÊNDICE A. 103
APÊNDICE B.....105
ANEXO A..... 106

1 INTRODUÇÃO

A humanização tornou-se tema de discussão ampliada a partir da criação da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo proposta como política transversal, que tem, entre outros objetivos, providenciar ações que possibilitassem a aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade, refletindo a gestão participativa ou cogestão (CHERNICHARO et al,2015). No ano de 2000 o Ministério da Saúde (MS) regulamentou o Programa Nacional de humanização da Assistência Hospitalar, com a proposta de uma nova forma de atendimento. Em 2003, visando abranger todos os níveis de atenção à saúde, o MS considerou a humanização não apenas como um programa, mas a intitulou Política Nacional de humanização (PNH), regida pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

No início as discussões das estratégias de humanização na área de saúde visavam mudanças no ambiente hospitalar. A PNH procura colocar em prática os princípios do SUS na rotina dos serviços de saúde, modificando mudanças nas formas de gerir e cuidar. A mesma incentiva o diálogo entre gestores, trabalhadores e pacientes para criar processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que inúmeras vezes produzem atitudes e hábitos desumanizadores que bloqueiam a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu local de trabalho e dos pacientes no cuidado de si (BRASIL, 2013).

A equipe de enfermagem está diretamente ligada à humanização, pois é a enfermagem quem geralmente identifica as necessidades dos pacientes, bem como consegue detectar suas angústias e expectativas no período de sua internação. Para se ter uma assistência de qualidade, é muito importante, que o enfermeiro e sua equipe, tenham este olhar, a fim de gerar estratégias de cuidado humanizado. O cuidado da saúde do paciente no âmbito hospitalar está diretamente interligado aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, sendo o enfermeiro responsável por garantir um atendimento humanizado e satisfatório, devendo sempre ter a visão de elaboraras melhores estratégias para o fornecimento de um bom atendimento. Seu compromisso deve conter as ações estratégicas, tendo sempre com principal objetivo atender as expectativas do paciente. (RODRÍGUEZ, 2016)

Nessa perspetiva, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006 e revisada em 2014, tem como um dos temas transversais a produção de saúde e cuidado,

que concebe agregar o tema em redes que propiciem práticas de cuidado humanizadas, que promovam o diálogo, erguendo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde. (MALTA et al, 2018)

Nessa direção, o cuidado de Enfermagem Intensivista, no contexto da humanização, busca atender às necessidades do paciente e de seus familiares, efetivando-se na perspectiva da clínica ampliada e da corresponsabilização do cuidado. Ressalta-se que é um desafio aos profissionais da saúde, especialmente dos profissionais de enfermagem, que trabalham dentro da UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), pelas características próprias dessa unidade. (BRASIL, 2015)

A Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP) atende crianças em estado crítico de adoecimento que necessitam de procedimentos invasivos, na faixa etária de 29 dias a 14 ou18 anos, sendo esse limite definido pelas rotinas de cada instituição. Trata-se de uma unidade com características complexas que abrangem profissionais especializados, aparelhos sofisticados, práticas intervencionistas, centralidade no saber médico com ênfase no orgânico e intensas demandas por acolhimento emocional das crianças e de seus pais. As UTIP foram criadas com o objetivo de conceder um cuidado integral às crianças em estado crítico, propiciando a cura de enfermidades, bem como beneficiando a criança a crescer em direção a uma vida útil, desenvolvendo suas potencialidades. (PONTES et al., 2014)

A família de uma criança internada em uma UTIP vivência momentos de angústia, sofrimento e estresse que afetam ambos, pois esse é um ambiente onde elas se deparam com diversas incertezas, inclusive, com o possível fim da vida (MOLINA et al, 2014). A criança e a família ao se deparar com uma internação no ambiente de UTI, se chocam com uma tecnologia de alta complexidade, sendo essas unidades equipadas com aparelhos eletrônicos, os quais emitem sons em tempo integral, um sistema de gases que atende às necessidades do paciente, além de um fácil acesso a elevadores do hospital, facilitando possíveis necessidades de exames de urgência. Para a equipe de profissionais que atuam na UTIP agregar o acolhimento com o desenvolvimento tecnológico caracteriza uma assistência de qualidade e,por consequência, humanizada (BRASIL, 2010).

Para o sucesso dessa relação ser alcançado, todos os profissionais de saúde precisam fortalecer o contato, o diálogo, o vínculo e valorizar os pacientes, pois ao conversar com os mesmos e ouvir suas necessidades, viabilizam a resolubilidade e o cuidado integral (RODRIGUES; CALEGARI, 2016). A internação hospitalar de uma criança é um evento complexo, cujas consequências repercutem na família, na sua estrutura e no cotidiano, nos

sentimentos de preocupação, estresse e dúvidas sobre o que esperar nesse momento. As consequências também ocorrem na criança, em seu desenvolvimento psicológico e emocional e quanto aos laços com sua rede social (NASCIMENTO; SILVA, 2017). A hospitalização da criança em UTIP, frequentemente, causa sensação de estranheza, incapacidade, estresse e medo na criança e nos pais. A internação em UTIP é correlacionada com a possibilidade de morte pelo familiar, que vem juntamente com a concepção que o mesmo tem acerca desse ambiente e da separação da criança (ROGRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014).

Nesse contexto, o cuidado exige dos profissionais a implementação de metodologias que possibilitem que uma melhor atenção seja dispensada ao paciente/familiar. A humanização do cuidado implica uma otimização da prática de Enfermagem. Embora as tecnologias de última geração tragam inúmeros benefícios as crianças internadas em uma UTIP, muitas vezes as aparelhagens que veiculam o uso dessas tecnologias substituem o trabalho manual e, como consequência, distanciam o profissional do contato direto com o paciente. (PASCUCI et al, 2017).

Humanizar o cuidado vai além da permissão da presença dos familiares na UTIP: é colocar a família também no centro do cuidado, justamente pelo impacto que a hospitalização da criança gera e também como maneira de reduzir a ansiedade, o medo e a sensação de impotência dos pais (PASSOS et al, 2015). A visita aberta vem como uma proposta do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, criado pelo Ministério da Saúde, em 2000, e constitui uma maneira de garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde. Nesse contexto, o acompanhante é um representante da rede social da criança que a acompanha durante a sua permanência no hospital (BRASIL, 2007).

Ter o familiar junto à criança durante o período de hospitalização pode melhorar o processo de aceitação dessa situação, amenizando o sentimento de abandono, tristeza, medo e angústia que a criança possa sentir. A criança vê nesse acompanhante uma fonte de segurança e carinho, sendo assim, essencial a sua presença durante o processo de recuperação e a equipe de saúde deve reconhecer a sua importância (NASCIMENTO; SILVA, 2017).

O cuidar transpõe os fundamentos técnicos e inclui a premissa do cuidado humanizado em relação à família, abrangendo saciar suas necessidades, acolher, respeitar, entender e diminuir seu sofrimento. Cansaço, estresse, exaustão, apreensão, preocupação e tristeza são alguns dos sentimentos que os familiares que acompanham crianças na UTIP manifestam. Essas sensações podem estar relacionadas ao processo de internação; horários

limitados para permanecer ao lado da criança; falta de vínculo e comunicação com os profissionais; associação da palavra UTIP com morte. O bom relacionamento entre o familiar e os profissionais é indispensável, além do repasse de todas as informações relacionadas ao tratamento e a criança, aliviando a manifestação dessas emoções (AMARAL; CALEGARI, 2016).

Uma UTI tem uma atenção de alta complexidade, o ambiente se caracteriza por ser uma área fechada e separada, do restante do hospital, na qual a hospitalização ocorre de forma repentina e rápida, deixando pouco tempo para que a família se ajuste à nova realidade. Uma forma de tornar esse ambiente menos agressivo e mais acolhedor, deve partir da equipe, pois devem ter o entendimento de que cada família tem suas rotinas, suas histórias, sua cultura, as quais precisam ser reconhecidas, valorizadas e respeitadas (MASSAROLI, et al 2015). O cuidado humanizado na UTIP vai além da autorização da presença dos familiares na unidade. Pressupõe por a família também no centro do cuidado devido ao impacto que a internação da criança causa, buscando minimizar a ansiedade, o medo e a sensação incapacidade dos pais (NASCIMENTO; SILVA, 2017).

Os profissionais da equipe de enfermagem convivem próximos e por maior período de tempo com a criança hospitalizada e sua família, tornando-se referência no local de internação e na melhoria das ações assistenciais alicerçadas nos princípios da humanização. A família inserida no ambiente hospitalar é o apoio para a criança e, mesmo nessa situação de vulnerabilidade e angústia, continua executando os cuidados provenientes do lar. No contexto da hospitalização, o profissional de enfermagem, ao dialogar com a família, orienta-a para o cuidar e favorece o surgimento de novas habilidades, superando a fragilização em que se encontram para se tornarem sujeitos ativos no processo terapêutico, oferecendo à criança hospitalizada um clima favorável ao seu bem estar. (STRASBURG et al, 2011)

O enfermeiro da UTIP deve cooperar para a qualificação dos profissionais de enfermagem, demostrando sempre nas evidências as vantagens de se realizar ações humanizadas, facilitando assim para que a equipe possa compreender, reconhecer e apreciar a humanização na sua assistência. Cuidar de maneira humanizada é uma premência atual e inclui, antes de tudo, compreender que a pessoa ao qual se aplica essas técnicas é um ser biopsicossocial. O cuidado humanizado envolve ética, princípios e valores. Ele não pode ser prescrito, porque é sentido, vivido e treinado. Cuidar de forma humanizada compreende a ação e a conduta de assistir, administrar e orientar com zelo, mantendo o bem-estar (VILLA et al., 2017).

A humanização do cuidado em enfermagem é uma conduta necessária que possibilita maior integração entre paciente e profissional fazendo com que a assistência realizada atenda às necessidades do paciente. O cuidar de forma humanizada por meio da relação interpessoal colabora de maneira eficaz no tratamento e na rápida recuperação do paciente, pois inúmeras respostas terapêuticas estão relacionadas com uma boa relação entre profissional e paciente (MORAES et al., 2017). Ao abordar a humanização na UTIP entende-se que o sentido do cuidado humanizado em enfermagem está na comunicação e se manifesta na inter-relação entre profissionais e pacientes (RIBEIRO et al., 2016).

O interesse pelo tema surgiu, durante minha prática profissional dentro da UTIP, onde diversas vezes observei atitudes desumanizadas por parte da equipe perante a criança e seus familiares presentes. Atuar no cuidado à criança hospitalizada, em um setor de alta complexidade, requer sensibilidade com a família e a criança, pois ainda que a presença dos acompanhantes ocasione alterações no ambiente hospitalar, sempre se deve ter em mente que todos estão em busca de um mesmo objetivo, que é o restabelecimento da saúde da criança.

A relevância da temática**,** inicialmente, apoia-se na importância do conhecimento a ser construído com essa proposta de trabalho. Ela possibilita construir subsídios úteis ao contexto, tanto no ensino como na prática profissional. Além disso, poderá servir de incentivo e estímulo para novas pesquisas, capazes de enriquecer a ciência, inovar conceitos e produzirmelhorias na prática da enfermagem.

Considerando a importância do cuidado humanizado, especialmente em uma UTIP, apresentaram-se as seguintes **questões de pesquisa**: Qual o significado do cuidado humanizado na percepção da equipe de enfermagem na UTIP? Quais estratégias são utilizadas para a humanização da assistência no contexto da UTIP? Como se deu a formação acadêmica da equipe de enfermagem relacionada a humanização da assistência na UTIP? Como ocorre a atualização dos profissionais acerca da humanização da assistência na UTIP? Quais as facilidades expressas pela equipe de enfermagem na implementação da humanização da assistência na UTIP? Quais as dificuldades expressas pela equipe de enfermagem na implementação da humanização da assistência na UTIP? O conhecimento gerado neste estudo possibilitará a discussão acerca da temática entre os membros da equipe de enfermagem da UTIP e o levantamento das estratégias utilizadas para garantir essa humanização.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o significado do cuidado humanizado na percepção dos profissionais da equipe de enfermagem, no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o conceito de humanização da assistência expresso pela equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- Identificar as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para a implementação da humanização da assistência na Unidade de terapia Intensiva Pediátrica;
- Identificar como se deu a formação acadêmica dos profissionais da enfermagem voltada para a humanização da assistência na Unidade de Terapia IntensivaPediátrica;
- Identificar como ocorre a atualização dos profissionais de enfermagem acerca da humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- Identificar as facilidades vivenciadas pela equipe de enfermagem na implementação da humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- Identificar as dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem na implementação da humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão está constituída em três tópicos: A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; A criança e a família na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e A enfermagem e a humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. O primeiro tópico é destinado a abordar a UTIP, sendo explicitados aspectos estruturais e organizacionais deste serviço, bem como o contexto do cuidado neste ambiente. No segundo, volta-se para a vivenciada criança e da família na UTIP. No terceiro, ressalta-se a importância do cuidado humanizado na UTIP, explicitando-se a maneira como este pode ocorrer dentro deste setor e a atuação da enfermagem na prestação do cuidado humanizado na UTIP.

3.1 A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Para compreender a estrutura e organização das UTIP´s se faz necessário recuperar o histórico de sua origem. Vale destacar que a sua criação está atrelada ao surgimento das Unidades de Terapia Intensiva Adultas (UTIA), que envolve a prestação de uma assistência com alta tecnologia aos pacientes com grave risco de vida. As Unidades de Terapia Intensiva (UTI), segundo a Portaria n° 3.432 de 12 de agosto de 1998, são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que demandam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que disponham de acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica. Esta portaria também delimita que o setor pediátrico como tipo de UTI que atende pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos, sendo isto decidido através das rotinas hospitalares internas (BRASIL, 1998).

Uma resolução publicada no ano de 2020 destaca a UTI como um ambiente hospitalar que dispõe de um sistema organizado fornecedor de suporte vital de alta complexidade, lançando mão de múltiplas modalidades avançadas de monitorização e suporte orgânico, cujo objetivo é a manutenção da vida mediante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. O atendimento é contínuo, durante as 24 horas do dia, e é realizado por equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2020).

As UTI surgiram no Brasil a partir dos anos 1960, mais precisamente no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (1965) e as primeiras UTIP´s, na década de 1970, na mesma instituição no ano de 1971. No entanto, ressalta-se que em meados da década de

1960 já havia o Instituto da Criança “Professor Pedro de Alcântara”, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), que dispunha de Sala de Atendimento Pediátrico Intensivo, junto ao Pronto-Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas. Nesse local, as crianças mais graves eram atendidas pelos plantonistas, pediatras de diversas subespecialidades, mas sem formação específica para atendimento intensivo. Em 1974, surgiu a UTIP nesse serviço e pediatras com atenção dirigida à assistência intensiva passarama fazer parte do atendimento pediátrico intensivo (BARBOSA, 1998).

Na atualidade as UTIP´s são reconhecidas e estão bastante difundidas. Souza (2003) destaca que parte desse reconhecimento surgiu em decorrência da criação do Título de Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica, realizado pela primeira vez em 1991, mediante convênio entre a Associação Médica Brasileira, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

As UTI´s são caracterizadas por receberem pacientes gravemente enfermos, que apresentam instabilidade vital e elevado risco de morte, e assim, requerem assistência de saúde complexa que possa oferecer suporte vital multissistêmico, significando a necessidade de infraestrutura hospitalar com suporte tecnológico avançado e equipe de saúde multiprofissional qualificada. Identificar o nível de gravidade e a condução clínica adequada de pacientes críticos, assim como a definição formal e descrição dessas unidades e suas atividades, são essenciais para nortear a gestão do sistema de saúde de forma segura e eficiente, além de otimizar a alocação de recursos e a complexidade dessas unidades de suporte intensivo. O paciente crítico ou gravemente enfermo é aquele que apresenta instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte. São pessoas que podem sofrer deterioração de uma ou mais funções dos órgãos vitais, apresentando instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica ou patologias que possam levar à instabilidade desses sistemas (BRASIL, 2020).

Segundo o que está disposto na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, em seu anexo 1, capítulo 1, os objetivos do cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave são: I. Organizar a Atenção ao paciente crítico adulto e pediátrico para que garanta acesso, acolhimento e resolubilidade; II. Garantir o cuidado progressivo por meio de acesso aos diferentes níveis da assistência adulta e pediátrica, pela disponibilização de unidades de cuidados intensivos e intermediários de forma integrada; III. Garantir a qualificação da atenção e a segurança do paciente nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários; IV. Apoiar a educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção ao paciente crítico ou grave; V. Induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e

avaliação da assistência prestada aos pacientes críticos ou graves no SUS (BRASIL, 2017).

Esta portaria estabelece ainda critérios para a qualificação do cuidado ao paciente crítico na UTIP (BRASIL, 2017, s/p):

> I - Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;
> II - Implementação dos protocolos de Segurança do Paciente conforme Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);
> III - Contar com equipes multiprofissionais de acordo com o que está estipulado para cada unidade, conforme esta Portaria;
> IV - Organização do trabalho das equipes multiprofissionais; V - Manter prontuário único compartilhado por toda equipe; VI - Implantação de mecanismos de gestão da clínica;
> VII - Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
> VIII - Suporte para demais especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;
> IX - Garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
> X- Submissão à auditoria do gestor local;
> XI - Regulação integral pelas Centrais de Regulação;
> XII - Taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento);
> XIII - Cumprir os seguintes requisitos de Humanização: a) Controle de ruído; b) Controle de iluminação; c) Climatização; d) Iluminação natural; e) Garantia de visitas diárias programadas dos familiares; f) Garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;
> g) Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica no mínimo uma vez ao dia.

Assim, já é possível perceber uma preocupação, por parte dos desenvolvedores de

políticas públicas, com a qualificação e humanização da assistência nos ambientes de assistência intensiva à criança. A UTI, ainda mais a UTIP, é um local que pode trazer a vivência de muitos sentimentos negativos durante a estadia dos pacientes, o que justifica fortemente a necessidade de discutir a humanização neste cenário. A UTIP é um local que se destina às crianças que necessitam de cuidados intensivos por algum motivo (PÊGO; BARROS, 2017). Podem ser admitidas crianças com uma série de afecções, as quais devem cumprir critérios de elegibilidade específicos que envolvem gravidade e risco de vida, incluindo-se doença pulmonar ou de vias respiratórias, doença cardiovascular, doença neurológica, doença oncológica ou hematológica ou sangramento ativo, alteração metabólica ou eletrolítica de grande monta, doença gastrointestinal instável, pós-operatório que necessita de monitoração e intervenção ou ainda doenças de outros sistemas ou múltiplos sistemas (BRASIL, 2017).

Para Cequelin *et al*. (2014) a UTIP é um ambiente de alta tecnologia, que envolve a disponibilização de diversos recursos para fornecer a melhor assistência ao paciente pediátrico. Caracteriza-se como um local crítico de internação de pacientes em grau grave de saúde, que demandam atenção profissional constante e especializada, materiais específicos e tecnologias fundamentais no que se refere à realização do diagnóstico, monitorização e terapia.

A equipe mínima varia conforme o tipo de UTIP que pode ser tipo II e tipo III. A UTI tipo II, inclui: um médico responsável técnico (mínimo de 4 horas diárias) podendo acumular com a função de médico rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica; um médico rotineiro (mínimo de 04 horas diárias) para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica; um médico plantonista a cada 10 leitos ou fração por turno (apresentando três certificações dispostas em portaria); um enfermeiro coordenador (mínimo de 4 horas diárias), podendo acumular o papel de enfermeiro rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica (BRASIL, 2017).

Com relação ao restante da equipe, propõe-se: um enfermeiro rotineiro (mínimo de 04 horas diárias) para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica; um enfermeiro plantonista a cada 10 leitos ou fração por turno; um fisioterapeuta responsável técnico (mínimo de 06 horas) com no mínimo 02 anos de experiência profissional em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; um fisioterapeuta plantonista a cada 10 leitos ou fração por turno, exclusivo em pelo menos três turnos, totalizando 18 horas diárias; um fonoaudiólogo e um psicólogo disponível para a unidade; técnicos de enfermagem (01 para cada 02 leitos em cada turno); auxiliares administrativos (01 exclusivo da unidade); e funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade em cada turno. O médico e o enfermeiro poderão assumir

responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 UTI (BRASIL, 2017).

Para a UTIP tipo III, além destes, deve cumprir como requisitos: ao menos 50% dos médicos plantonistas com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica para cada 05 leitos ou fração; Enfermeiro responsável técnico com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica; um Enfermeiro plantonista, para cada 05 leitos ou fração, exclusivo da unidade; Responsável Técnico de fisioterapia com especialização em Terapia Intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, especifica para modalidade de atuação (BRASIL, 2017).

Pozzati e seus colaboradores (2017) afirmam que desde a criação das UTIP o objetivo primordial é salvar vidas de crianças em estado grave de saúde e com risco iminente de morte. Destarte, mediante o avanço tecnológico, das ciências médicas e das técnicas procedimentais, isso vem sendo possível, mas, muitas vezes, salvar ou estender a vida destas crianças envolve procedimentos traumáticos e invasivos.

Os avanços tecnológicos e profissionais altamente especializados que as UTIP´s congregam são responsáveis pela sobrevivência dos pacientes, principalmente do ponto de vista clínico (SOUSA *et al*., 2014). Devido sua complexidade, as UTIP´s mobilizam todo o ambiente hospitalar e serviços de apoio, possuindo uma rotina própria e vários estressores físicos, ambientais, psicológicos e sociais. Desse modo, o local pode se manifestar como uma unidade assustadora para quem não conhece o ambiente, principalmente em decorrência do grande número de aparelhos (GEQUELIN et al., 2014).

Nascimento e Silva (2017) descrevem que o cuidado de alta complexidade na UTIP se caracteriza como um ambiente fechado e separado, físico e funcional, isolado do restante de outras unidades hospitalares, na qual a internação hospitalar acontece de forma inesperada, restando pouco tempo para a família se ajustar à nova realidade. Nesse sentido, para que a experiência neste local seja menos assustadora e mais acolhedora, é necessário entender que cada família tem uma dinâmica e uma história própria, que necessita ser reconhecida, valorizada e respeitada, fazendo-se essencial que os profissionais de saúde tratem estas famílias com humanização.

O objetivo do cuidado nas UTIPs é conceder um cuidado integral às crianças em estado crítico, a partir da possibilidade da cura de enfermidades e oportunização do crescimento da criança em direção a uma vida útil, com um ótimo desenvolvimento de suas potencialidades. A terapia desenvolvida nas UTIPs é invasiva e complexa, tanto para o paciente quanto para a sua família (PONTES *et al*., 2014).

Segundo Rodrigues e Calegari (2016), nessas unidades de cuidado intensivo imersas

em um contexto em que a prática é mecanizada e especializada, é indispensável uma reflexão sobre o verdadeiro sentido da assistência como forma de cuidado, que deve ser realizada a partir da relação com a humanização, partindo da hipótese de que o paciente tem o direito de se satisfazer com o serviço por meio do atendimento de qualidade. Para atingir o sucesso dessa relação, todos os profissionais de saúde precisam fortalecer o contato, o diálogo, o vínculo e valorizar os pacientes, pois ao conversar com os mesmos e ouvir suas necessidades, viabilizam a resolubilidade e o cuidado integral.

Logo, as UTIP são um recurso de extrema valia para a saúde das crianças, fornecendo, através de métodos tecnológicos, a melhora e cura do quadro clínico de muitas delas. Apesar disso, não é possível negar sua característica assustadora, ainda mais para a criança e sua família, que dificilmente já adentraram em um ambiente como este. Nesse contexto, destaca-se necessidade de que a equipe da UTIP realize uma assistência humanizada, com vistas à diminuição da ansiedade, medos e anseios da família, na experiência de internação nessa unidade.

3.2 A criança e a família na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

A experiência da internação em uma UTIP para a criança e a família. Conforme já apontado, a vivência de uma internação neste ambiente pode acarretar em eventos adversos, uma vez que mesmo que seja um local que vai possibilitar a melhora da criança, tende a possibilitar a ocorrência de eventos traumáticos para a criança, quais sejam, a separação da família, o uso de dispositivos invasivos, a estadia em um ambiente desconhecido e assustador,dentre outros.

O adoecimento e a internação hospitalar são experiências que fazem com que as pessoas tenham que lidar com demandas que ultrapassam sua própria capacidade de adaptação. Quando isso ocorre na infância, isso se torna muito mais evidente, uma vez que se trata de uma experiência não esperada para a faixa etária menor e que está cerceada de muitas fantasias e medos, especialmente nos casos em que é a primeira vez que a criança passa por este evento (DOCA; COSTA JÚNIOR, 2007).

A internação hospitalar significa para a criança, além da exposição a procedimentos médicos invasivos e do afastamento da mesma de sua casa, escola, amigos e familiares, uma interferência direta em seu desenvolvimento. As crianças apresentam maior sensibilidade ao processo de hospitalização, necessitando se adaptar rapidamente às mudanças de seu

cotidiano, devendo aprender a lidar com pessoas estranhas com as quais não tem intimidade, em um lugar hostil e que impõe uma rotina rígida (COUTINHO; LIMA; BASTOS, 2016).

O surgimento de uma doença grave em uma criança está vinculado a uma série de sentimentos contraditórios como medo, raiva e perda, que são responsáveis por modificar a estrutura família, de modo social, financeiro e emocional. As repercussões da internação da criança implicam no abalo de significados e perspetivas da família onde ela estava inserida e era considerada sinônimo de futuro, e concretização de sonhos e anseios paternos (SOARES *etal*., 2016).

Com frequência, existem evidencias que a internação hospitalar gera na criança, um duplo traumatismo, pois além da separação do ambiente familiar, acolhedor e que imprime sentimento de proteção, ela migra para um ambiente hospitalar, que é um local frio, impessoal e hostil. Dessa forma, é indispensável a presença da família durante a internação da criança, sempre que possível, com vistas a um melhor enfrentamento desse processo e tornar a criança mais capaz para suportar os sofrimentos e ansiedades que possam surgir (MORAIS; COSTA,2009).

Na assistência pediátrica encontra-se ainda a crença de que a criança não é madura o suficiente para compreender o processo de doença e hospitalização, e desse modo, os tratamentos são realizados, muitas vezes, sem explicação correta e contra a vontade da família e das próprias crianças. Não raramente, alguns familiares querem ocultar informações à criança, relativas à internação hospitalar, seus procedimentos e tratamentos, acreditando que isso vai causar efeitos indesejáveis (MENEZES, 2010; GUERRA; CHESANI; BOSSARDI, 2019). Observa-se que isso pode acarretar na criança um sentimento de desconfiança, fazendo com que a vivência nesse ambiente seja mais negativa ainda.

Uma pesquisa realizada na região sul do Brasil com sete crianças de 7 a 12 anos objetivou conhecer a visão da criança sobre o processo de internação na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Os autores observam que a criança não faz “rodeios”, explica sucintamente o motivo de sua internação, sendo racional e direta. Apesar de sua resposta poder ter sido influenciada pelo seus pais ou outras pessoas com as quais teve contato, ela tira suas próprias conclusões, formula seu diagnóstico e justifica sua internação. A internação hospitalar e principalmente a admissão da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é vista como momentos de muita ansiedade e angústia vividos pela própria criança, pelos paise familiares (GUERRA; CHESANI; BOSSARDI, 2019).

A experiência da internação hospitalar na infância pode gerar sentimentos negativos e afetar sensivelmente o estado emocional da criança, haja visto as características e rotinas

muitas vezes rígidas e inflexíveis, denotando, portanto, o medo e altas taxas de estresse. Uma explicação para isso é que nesse momento ocorre uma separação da criança de seus objetos que representam segurança e afeto, além de que a ausência da figura dos pais e familiares pode ser percebida pela criança como um abandono por parte de seus entes queridos(SIMIONI *et al*., 2017).

No momento da admissão no serviço hospitalar, observa-se que a criança já vivencia sentimentos de ansiedade. A criança pode relacionar sua doença a sentimentos de tristeza e medo, devido à hospitalização e aos tratamentos realizados pela equipe de saúde (AZEVÊDO;LANÇONI JÚNIOR; CREPALDI, 2017). Assim, o ambiente hospitalar passa a ser entendido pela criança como um local potencialmente ameaçador e perigoso, uma vez que é lá que procedimentos invasivos e dolorosos são realizados. Ao promover o afastamento da criança doentes queridos, dos brinquedos e das brincadeiras, além do isolamento e da separação de seu ambiente habitual, a vivência hospitalar tende a ser potencialmente traumática. Logo, a criança que já se encontra bastante fragilizada pela doença necessita encontrar maneiras para externar seus sentimentos, de forma a minimizar seus medos e angústias (SOSSELA; SAGER, 2017).

Existe uma complexidade relacionada à internação hospitalar de uma criança, sendo que há consequências repercutidas na família, na sua estrutura e no cotidiano, envolvendo sentimentos de preocupação, estresse e dúvidas relacionadas à incerteza do que ocorrerá no futuro. Os efeitos da internação sobre a criança, recaem principalmente no seu desenvolvimento psicológico e emocional e ainda nos seus vínculos afetivos com suas redes sociais (NASCIMENTO; SILVA, 2017).

Com frequência, a hospitalização da criança em UTIP gera uma sensação de estranheza, incapacidade, estresse e medo, tanto na criança quanto nos pais. Os familiares correlacionam essa internação com a possibilidade de morte da criança, que se associa a concepção negativa que os mesmos têm acerca desse ambiente e ainda com os sentimentos negativos oriundos da separação da criança (ROGRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014).

Ressalta-se que a hospitalização é um evento complexo e delicado na vida de qualquer pessoa, no entanto, apresenta consequências específicas quando ocorre na vida de uma criança, significando uma mudança da rotina de toda a família (RODRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014). Não obstante, para a criança, a hospitalização é estressante e traumatizante, uma vez que ela perde sua rotina diária, não desenvolve mais suas atividades, seus hábitos e costumes. As crianças passam a viver num local desconhecido, com inúmeras proibições e

rotinas, com pessoas que não são conhecidas, e são submetidas a procedimentos que geram medo e dor distinta (SANTOS *et al*., 2016).

Dentre os numerosos sofrimentos que a criança hospitalizada vivencia destaca-se a separação da família, dor, desconforto físico, que influencia nas esferas afetivas, psicológica e emocional, sendo imprescindível que os profissionais reconheçam esse sofrimento. Para que isso ocorra, se torna importante ouvir as crianças, para que seja possível apreender a proporção da patologia em sua vida e o modo como é vivida, sendo que isso varia de criança para criança, pois cada uma reage de uma forma distinta (SANTOS *et al*., 2016). No período da internação, além do saber tecnológico e do conhecimento estruturado dos profissionais, a formação do vínculo, o acolhimento, a compreensão e a confiança ajudam para ambientar a criança na unidade (PONTES *et al*., 2014; SAMPAIO *et al.*, 2017).

Estudo de Santos *et al*. (2020) objetivou compreender a percepção da criança hospitalizada sobre sua vivência no ambiente de uma UTIP e evidenciou aspectos importantes. Os resultados apontaram que a criança hospitalizada percebe que ficar restrita ao leito é algo entediante por ter que permanecer “preso” a cama, estando a maior parte do tempo conectado afio de equipamentos para monitorização, não permitindo que seu corpo esteja livre para se mover. Há relato da impossibilidade de fazer as atividades com a qual está habituada, tornando a permanência no setor ainda mais difícil.

Além disso, a constante manipulação de diferentes profissionais, inúmeros exames realizados dentro e fora do setor, procedimentos de enfermagem, dentre outros, interrompe o descanso das crianças. Ademais, o intenso barulho gerado pelos equipamentos e a alta circulação de pessoas no ambiente, bem como o excesso de claridade, prejudica o conforto, sono e o repouso. Outros pontos expressos que demonstram sofrimento no ambiente da UTIP foram o relato de solidão e de dor e demais sintomas relacionados à patologia ou procedimentos realizados (SANTOS et al., 2020).

De acordo com Rodrigues, Oliveira e Julião (2014), a separação da família é o maior problema da internação em UTIP. Dessa maneira, o cuidado intensivo ao paciente pediátrico não deve apenas estar voltado para a recuperação do paciente, mas também para a saúde emocional e o bem-estar de seus familiares, visto que a hospitalização na UTIP é fonte geradora de estresse e alterações psicológicas tanto para a criança como para a família.

> O aparecimento de uma doença no filho faz com que a família vivencie uma nova realidade, incorporando ao cotidiano a vivência de distintos sentimentos como o medo, a angústia e a culpa. Portanto, comumente a família pode associar a internaçãoda criança em uma UTIP com a proximidade da morte. Ter um filho internado na UTIP

ocasiona perda na estrutura familiar, configurando-se pela separação e deslocamento entreos familiares, estando a criança na UTIP, os pais no hospital e os outros filhos na casade conhecidos. Com a hospitalização da criança, a família vivencia obstáculos que a impedem de permanecer o tempo todo com o filho, protegendo e cuidando do mesmo comosempre fez (PÊGO; BARROS, 2017). Ademais, os pais desempenham um papel essencial na hospitalização de seus filhos, visto que são a referência da criança e são intermediários na relação terapêutica entre a criança e os profissionais de saúde, passando segurança, carinho e força para a mesma nesse período difícil. Nesse contexto, é importante suprir não tão somente as necessidades físicas e biológicas das crianças, mas também as psicológicas, sociais e espirituais, garantindo assim uma assistência integral e humanizada, minimizando os efeitos da internação (PONTES *et al*., 2014).Observa-se ainda que a presença da família na UTIP é responsável pela diminuição da ansiedade causada pela separação, conforto, e melhor qualidade de vida neste âmbito, incentivando a melhora da criança (RODRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014).

Vale destacar a existência de contextos familiares distintos das crianças internadas na UTIP, caracterizados por diferentes organizações, o que representa diversas perspectivas e vivências dentro da unidade. Ao se deparar com a hospitalização da criança pode ocorrer uma desestruturação familiar, ocasionando temor, conflitos e sofrimentos, que, por conseguinte, pode gerar o aparecimento de mitos quanto ao estado de saúde da criança e sua gravidade (POZZATTI *et al*., 2017).

Especificamente, os pais das crianças internadas na UTIP, podem entender a hospitalização como uma experiência crítica e triste, causando sofrimento e dor psíquica. Neste caso, a dor está relacionada a situação de ter um filho doente e internado em uma UTIP, incapacitando-o no desenvolvimento de suas atividades cotidianas. Além disso, o próprio processo de adoecimento do filho, causa sentimento de insegurança e dúvidas por parte dos genitores (PÊGO; BARROS, 2017).

Adicionalmente, a patologia que demanda internação em uma UTIP impõe uma sensação de ameaça constante a vida das crianças, levando ao estresse e sofrimento. Assim, um intenso desespero, temor, preocupação e sensação de impotência em relação à situação a ser enfrentada pode se fazer presente, levando os familiares a um contínuo estado de vigilância permanente e a uma fragilidade aparente (POZZATTI *et al*., 2017). Em geral, as adversidades causadas pela internação em UTIP afetam mais o acompanhante, que geralmente é a mãe, que além de sofrer com a situação, sofre também devido a mudanças

bruscas de sua rotina, prejudicando trabalho, vida familiar e social, pois passa a viver em função do filho hospitalizado (RODRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014).

Refere-se que cuidadores de crianças internadas em UTIP experienciam sentimentos distintos uns dos outros, evidenciando uma dualidade perceptível entre eles. Há aqueles que manifestam sentimentos positivos, tais como confiança e esperança na recuperação da saúde da criança, e há outros que expressam sentimentos de tristeza e medo devido à possibilidade de morte do familiar (POZZATTI *et al*., 2017).

Ao vivenciar e conhecer melhor a UTIP, os pais começam a perceber e a identificar a importância que este local tem para uma plena recuperação do filho que se encontra internado e dependente do ambiente. Os genitores podem ver a unidade como um local melhor organizado e preparado para abrigar e assistir seu filho nesse período difícil e, dessa maneira, preparado para assegurar sua sobrevivência e qualidade de vida (PÊGO; BARROS, 2017).

As UTIPs, ao longo do tempo, passaram a ser um ambiente onde a técnica é muito valorizada relacionada ao cuidado. Os profissionais que ali trabalham, estão sempre envolvidos com os aspectos tecnológicos, o que faz com que inúmeras vezes, os mesmos se esqueçam de que por trás das doenças e dessas tecnologias, existem seres humanos. Essa questão tem chamado a atenção nos últimos anos, para debates em relação ao tema "cuidado humanizado". Na área da enfermagem, este assunto, apresenta um destaque essencial, pois a profissão exerce uma atividade que cuida do ser humano em situação de vulnerabilidade, superando suas ações gerais de caráter técnico e que almejam tratamentos somente terapêuticos. Cuidar de forma integral envolve cuidar considerando a subjetividade humana, o que envolve também atitudes estéticas e éticas (RIBEIRO et al., 2016).

Segundo relato de crianças entrevistadas no âmbito da UTIP, este ambiente seria melhor se fosse mais silencioso, com menos movimento de pessoas. Relata-se como desejos das crianças que deveria ter janelas para que fosse possível ver como está o tempo do lado de fora e que fosse pintada com cores coloridas e desenhos infantis. Com relação à assistência, as crianças relatam como gostaria que os profissionais cuidassem delas, ao passo que, desejam que tivesse uma enfermeira para cada criança, que procedimentos dolorosos fossem explicados e realizados de maneira mais delicada para não causarem dor (SANTOS *etal*., 2020).

Uma pesquisa realizada por Guerra, Chesani e Bossardi (2020) objetivou conhecer a perspectiva de uma UTIP ideal a partir olhar das crianças hospitalizadas. Os resultados demonstraram que as crianças gostariam de um aumento nas atividades lúdicas e a família

em tempo integral no ambiente. A UTIP demarcada como “ideal” para as crianças se fosse um ambiente alegre, divertido, colorido e cheio de vida, onde além de cuidar de sua enfermidade, a criança tivesse oportunidade de ser simplesmente uma criança, brincar e se divertir como costuma fazer todos os dias na normalidade de seu cotidiano.

Não obstante, estudo observou que as crianças têm mais conhecimento sobre sua saúde do que se imagina. Elas sabem muito bem o que está passando com seu corpo, por que estão doentes e também compreendem a necessidade da internação para seu total restabelecimento. No entanto, muitas crianças não sabem o que é UTIP porque nunca foi explicado sobre assunto para elas anteriormente. É necessário que as crianças não sejam subestimadas assim como suas necessidades de informação e conhecimento. É relevante desenvolver diálogo com a criança e explicar sobre saúde, doença, gravidade e até morte, não apenas no momento de sua internação hospitalar. Na maioria das vezes, os pais e responsáveis temem que a criança possa não entender ou até se impressionar demais com detalhes sobre sua doença e sua gravidade, têm receio de que ao saber onde estão fiquem mais frágeis e não aceitem tão bem a internação, interferindo em seu tratamento e restabelecimento (GUERRA; CHESANI; BOSSARDI, 2019).

Portanto, destaca-se que o cuidado de qualidade e humanizado deve ser prioridade ao assistir crianças na UTIP, pois inclusive aumenta as chances de sobrevivência dos pacientes, bem como minimiza os impactos da internação infantil. Para que a humanização seja concretizada é necessária a modificação de antigos comportamentos por novos hábitos, e busca da participação de maneira democrática, com boas soluções e adequadas a cada realidade (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

3.3 A enfermagem e a humanização da assistência na UTI Pediátrica

A humanização na UTIP atualmente envolve desde o ambiente físico até os relacionamentos entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares. A humanização e sua filosofia vêm ganhando espaço no contexto das UTIP, inclusive provocando mudanças na sua forma de percepção, fazendo com que este setor hospitalar seja compreendido como um local que oportuniza a recuperação dos pacientes e não como um lugar destinado somente a pacientes com poucas chances de sobrevivência (VILLA *et al*., 2017).

A humanização é uma palavra associada a diversos significados. No verdadeiro sentindo da palavra, significa efeito de humanizar, tornar humano, tornar benigno, mostrar-se bondoso. A humanização também é considerada como algo natural do ser humano, como

aquilo que nasce com ele e o auxilia a conduzir suas relações sociais fundamentadas na caridade, bondade, compaixão ao próximo. O termo relaciona-se, na saúde, às questões éticas referentes ao cuidado com pacientes, para melhoria e aprimoramento nas relações entre os envolvidos nesse processo e nas condições de trabalho em saúde (SANTOS *et al*., 2018).

O cuidado humano se refere a uma conduta ética em que as pessoas compreendem e reconhecem os direitos uns dos outros. No cuidado humano percebe-se o comprometimento com o próximo, uma responsabilidade em estar no mundo. O ato de cuidar engloba uma ação participativa fundamentada em valores e no conhecimento do ser que cuida para com o ser que recebe o cuidado. Sentimentos de compaixão, solidariedade e ajuda são despertados no indivíduo que realiza o cuidado. Na saúde, o cuidado humanizado tem como objetivo o bem-estar do paciente, sua integridade moral e seu respeito como pessoa (VILLA et al., 2017).

Devido à preocupação com o cuidado e a atenção as pessoas hospitalizadas o MS criou no ano de 2000 o PNHAH. Um programa transformador, que pretendia lançar a ideia de humanização nas práticas de saúde e aperfeiçoar a qualidade e a eficiência dos serviços disponibilizados a toda população. Em 2003, o MS, modificou esse programa e lançou a PNH com o objetivo de que a ideia da humanização deixasse de ser vista apenas no ambiente hospitalar e passasse a ser adotada na rotina de toda a rede do SUS (MACHADO; SOARES, 2016).

A humanização transformou-se em amplo assunto de debate a partir da criação da PNH. A mesma é proposta como uma política transversal, um conjunto de princípios e diretrizes traduzidos nas práticas de saúde, serviços e instâncias do SUS, sendo caracterizado como uma produção em conjunto. A política foi criada para possibilitar a discussão em relação à humanização do SUS, para auxiliar a firmar os princípios e diretrizes e poder ser usada como uma ferramenta de trabalho (SANTOS et al., 2018).

A proposta de humanizar o processo de trabalho em saúde nasce no contexto das políticas públicas como possibilidade de apresentar, debater e realizar um processo de mudança de atitudes e de cultura no atendimento realizado em toda a rede do SUS (REIS; SENA; FERNANDES, 2016). Em relação à situação da humanização sabe-se que há dificuldades e problemas que prejudicam a execução das diretrizes do SUS. Diante disso, verifica-se a necessidade de produzir estratégias para melhorar o modelo de assistência à saúde em vigor, dando prioridade à oferta de assistência apoiada nos valores humanos e na melhoria da qualidade do cuidado. Deste modo, as ações iniciais de humanização do trabalho em saúde no Brasil, nascem como uma alternativa de mudança (SANTOS et al., 2018).

Em relação à tentativa de implementar e reorganizar um novo modelo de cuidado ao

paciente internado em UTIP podemos citar a dedicação que a equipe de saúde deve empregar em transformar seu cuidado pautado na visão integral do paciente, considerando e valorizando suas particularidades. Mesmo com toda a dedicação realizada pela equipe de saúde para humanizar o cuidado na UTIP, este é um trabalho árduo, pois exige, muitas vezes, comportamento individual em relação a um sistema tecnológico dominante, pois a própria rotina de trabalho de uma UTIP, em algumas situações, impossibilita períodos de pensamento sobre a devida atuação dos profissionais que ali atuam (SILVA; MAIA, 2015).

Destaca-se que a humanização da assistência não é apenas um tema de discussões no âmbito nacional. O assunto vem chamando atenção de pesquisadores internacionais. Estudo internacional revisou e descreveu as diferentes linhas estratégicas propostas para garantir a assistência humanizada. Os autores referiram a necessidade de sua adaptação e situação atual no campo da atenção intensiva pediátrica (SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019).

Nos dias atuais, humanização é uma palavra comum no ambiente de saúde. Ao humanizar, transformamos as práticas terapêuticas, seja antes, durante ou após o procedimento, ela transforma a prática em saúde em algo diferente (MORTAMET et al, 2017). Humanizar é um termo em constante transformação. Cabe aos profissionais da saúde refletir quais os caminhos estão sendo percorridos para chegar à humanização na prática clínica (SAIZ et al, 2016). A humanização nas Unidades de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP) não ocorre pelo fato de se ter a presença de familiares em tempo integral, participando dos cuidados prestados à criança internada (MORALEDA et al, 2008).

Na tentativa de estruturar esse ponto de vista vários estudos científicos estabeleceram o desenvolvimento de um plano, que deve permitir o desenvolvimento de humanização no contexto do paciente crítico. Desse modo, com base no Plano de Humanização das Unidades de Terapia Intensiva da Comunidade de Madrid publicado em 2016, o nosso papel delineia e descreve as linhas estratégicas sobre as quais a implementação e desenvolvimento do cuidado humanizado no manejo de pacientes criticamente enfermos deve ser construído (SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019).

Uma UTI que não restringe as visitas de familiares, facilita o processo de comunicação entre os pacientes e sua família, bem como entre a família e os profissionais da saúde, o que torna mais eficaz, o plano terapêutico elaborado ao paciente internado (VAN, HESSELINK, VAN DER HOEVEN, et al, 2015). Na UTIP, as horas de visita são geralmente menos restritas. No entanto, existem algumas exceções, como as descritas por Giannini et al (2011) o qual relatou que na Itália, crianças são dependentes dos responsáveis, até atingir a

maioridade ou atingir um nível psicológico de maturidade. Restringir a presença dos pais e/ou cuidadores causa transtornos, tanto para a criança, quanto para os profissionais, pois somente os pais conseguem saber se há algo diferente com a criança. Sua presença é catalisadora, sabendo exatamente as necessidades da criança naquele momento. Eles conseguem interpretar sinais e sintomas, antes mesmo dos profissionais, facilitando assim, o diagnóstico e a prescrição da terapia correta (GARCIA, SERRANO, 2017).

Apesar das evidências dos benefícios da presença da família existem situações controversas. Sua presença em situações de emergência, como em procedimentos invasivos, ou em paradas cardiorrespiratórias, onde é necessário lidar com a vida e a morte é questionável. Na maioria dos casos, os estudos conduzidos sobre esta questão são baseados em questionários entregues aos provedores de saúde que não levam em consideração dos desejos do paciente ou da família. Em estudo realizado por Soleiman-pour et al. (2015) os autores verificaram que as equipes de duas UTIs suíças, se opuseram a presença da família no setor alegando razões clínicas, espirituais e laborais.

Humanizar o cuidado na UTIP exige uma transformação de comportamento e de atitudes da equipe de saúde em relação às crianças e seus familiares. Todos os profissionais que assistem direta ou indiretamente as crianças são os reais responsáveis por realizar a humanização, visto que a compreensão dos profissionais a respeito do tema possibilita que o mesmo seja colocado em prática da melhor forma possível e alcançando a finalidade proposta. A mudança de comportamento é difícil de ser modificada, principalmente quando se trata de UTIP, onde a rotina diária e a complexidade dos cuidados causam nos profissionais muitas reflexões, como o duelo entre a vida e a morte, sucesso e derrota, processo de tomada de decisões e questões éticas, prejudicando, deste modo, a realização do cuidado humanizado (SANTOS et al., 2018).

No ambiente da UTI, o bem-estar e a cura do paciente devem ser o objetivo principal do cuidado. A doença do paciente gera desconforto e dor que cresce com os inúmeros procedimentos invasivos e não invasivos, realizados durante sua internação. A dor física soma-se ao sofrimento psicológico. Além disso, qualquer doença causa sentimentos de medo, insegurança e angústia, agravando ainda mais as manifestações dolorosas. (ALONSO, HERAS,2016)

A comunicação é um elemento-chave das relações humanas, nas unidades de tratamento intensivo, ela é fundamental, é importante saber informar, perguntar e saber expor suas atitudes, bem como, as decisões tomadas frente a terapêutica do paciente. Dentro do contexto de cuidados de saúde a comunicação com o paciente e sua família precisa

ser desenvolvida. Geralmente, a comunicação é falha, o uso de termos científicos e linguagem técnica, dificulta muitas vezes o entendimento dos familiares. O profissional, parece estar mais preocupado em adquirir habilidades para saber como dar más notícias ou gerenciar situações estressantes, ao invés de melhorar a sua comunicação de uma forma geral (LA CALLE, OVIES,TELLO, 2017).

No ambiente da UTI a informação é um dos principais anseios dos pacientes e suas famílias. A falta de informação ou a incapacidade em fornecer informações é a principal reivindicação, feita pelos mesmos. Nas unidades pediátricas, este quesito gera ainda mais conflitos, pois embora o paciente pediátrico tenha o direito de ser informado, em muitas ocasiões, e dada sua idade, esses direitos são transferidos para sua família. Fornecer informações em situações de grande carga emocional requer habilidades de comunicação e treinamento específico, o qual a grande maioria dos profissionais de saúde não possuem (SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019).

Nos últimos 30 anos, houve uma queda na Taxa de mortalidade pediátrica na UTI. Era de 20% no início da década de 1980, sendo hoje de 2% a 6%. A queda na mortalidade, está diretamente relacionada a um maior conhecimento da criança gravemente doente, bem como as novas tecnologias de ponta que facilitam a gestão de processos que pareciam inacessíveis no passado (ASPESBERRO, MANGIONE, ZIMMERMAN, 2015).

As UTIP, ao longo do tempo, passaram a ser um ambiente onde a técnica é muito valorizada relacionada ao cuidado. Os profissionais que ali trabalham, estão sempre envolvidos com os aspectos tecnológicos, o que faz com que inúmeras vezes, os mesmos se esqueçam de que por trás das doenças e dessas tecnologias, existem seres humanos. Essa questão tem chamado a atenção nos últimos anos, para debates em relação ao tema “cuidado humanizado”. Na área da enfermagem, este assunto, apresenta um destaque essencial, pois a profissão exerce uma atividade que cuida do ser humano em situação de vulnerabilidade, superando suas ações gerais de caráter técnico e que almejam tratamentos somente terapêuticos. Cuidar de forma integral envolve cuidar considerando a subjetividade humana, o que envolve também atitudes estéticas e éticas (RIBEIRO et al., 2016).

Pelo fato da UTIP ser uma unidade que realiza o atendimento a crianças graves ou potencialmente graves, o cuidado de qualidade e humanizado deve ser prioridade, inclusive aumentando as chances de sobrevivência das crianças (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

Devemos também mencionar que humanizar é também cuidar de quem cuida. As

instituições de saúde deveriam elaborar, através de políticas, uma mudança de paradigma na forma como abordam o trabalho nessas unidades, fornecendo cuidados tanto físicos como emocionais a todos os funcionários que trabalham nestes ambientes, tomando como base, as necessidades reais de cada equipe multiprofissional, melhorando assim, a qualidade de vida de todos (SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019).

Humanizar é também colocar em prática medidas que tenham a intenção de melhorar os serviços fornecidos, como por exemplo, o aperfeiçoamento dos locais designados à equipe, aos pacientes e familiares, da revisão de normas e rotinas da unidade, do fornecimento aos familiares de notícias e informações de fácil compreensão, dentre outras atitudes (REIS; SENA;FERNANDES, 2016). O cuidado global e humanizado não deve ser realizado apenas com o paciente, mas também com a família, que também faz parte deste contexto, e assim como o paciente, está vulnerável e sofrendo pela situação que está enfrentando (MACHADO;SOARES, 2016).

Dadas as evidências científicas discretas e em uma tentativa fazer tudo o que o paciente realmente precisa e não o que achamos que ele pode precisar, devemos promover mais pesquisas nesse assunto. Conscientização e adaptação a um novo paradigma quando se trata desacompanhar pacientes parece razoável, mas deve sempre ser baseado em umpensamento crítico gradual dos critérios que desenvolvem esse novo paradigma.

A apropriação de tecnologias para cuidar, tem sido nos últimos anos, cada vez mais, objeto de investigação entre os profissionais de enfermagem. O uso de tecnologias duras na terapia intensiva, e a relação do profissional de enfermagem com elas na prestação de cuidados ao paciente crítico é uma realidade. Os constantes avanços tecnológicos e a incorporação e apropriação de tecnologias duras na terapia intensiva, sobretudo aquelas voltadas para o suporte avançado de vida, tem trazido para os profissionais de enfermagem alguns desafios, questionamentos e reflexões. Sobretudo no que diz respeito ao modo como cuidamos e assistimos esses doentes e, como nos relacionamos com essas máquinas, ainda que pese o fato de que o modelo de enfermagem continua sendo o Nightingaleano.

Nesse processo, considerando a complexidade cada vez mais crescente de determinadas máquinas, e a sua inexorável incorporação pelo organismo humano, conhecer seu funcionamento tem sido uma necessidade cada vez maior. Os profissionais de saúde, sobretudo

os da equipe de enfermagem, vêm se defrontando com o desenvolvimento constante de tecnologias duras em seu cotidiano de trabalho, principalmente em setores de

alta complexidade, como as UTI, fato que requer destes profissionais um constante processo de atualização, com vistas ao acompanhamento dos avanços tecnológicos, mas também induzem aos cuidadores um constante repensar a respeito de suas condutas, constituindo assim um importante desafio para seu fazer profissional (LOURO et al., 2012).

É importante ressaltar a importância da equipe multidisciplinar em especial do enfermeiro dentro da UTIP, pois o mesmo estabelece um relacionamento de confiança com a família, a fim de incentivar e motivar os genitores a retirarem todas as suas dúvidas de forma satisfazer a necessidade de informações, desse modo, diminuir a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos. Por isso é tão importante que os enfermeiros e demais profissionais de saúde constituam um bom relacionamento com os pacientes e suas famílias a fim de identificar seus sentimentos, ansiedades e expectativas para poder ajudá-los na busca de recursos disponíveis para o enfrentamento da crise vivida.

Os genitores necessitam estar inseridos no tratamento integral da criança hospitalizada, não exclusivamente com visitas constantes, mas com a participação ativa em determinados procedimentos. Esta participação suavizaria a insegurança e o receio, e manteria o vínculo dos pais com o filho enfermo, proporcionando a livre expressão de sentimentos, com respeito como cada núcleo familiar enfrenta tal situação, contribuindo para a transmissão de força, amor, proteção, carinho e segurança à criança (PÊGO; BARROS, 2017). Ter o familiar junto à criança durante o período de hospitalização pode melhorar o processo de aceitação dessa situação, amenizando o sentimento de abandono, tristeza, medo e angústia que a criança possa sentir. A criança vê nesse acompanhante uma fonte de segurança e carinho, sendo assim, essencial a sua presença durante o processo de recuperação, e a equipe de saúde deve reconhecer a sua importância (NASCIMENTO; SILVA, 2017).

A enfermagem realiza o cuidado, que é um conjunto de procedimentos, para colaborar na recuperação da saúde da criança, devendo ser compartilhado com a família. O cuidar transpõe os fundamentos técnicos e inclui a premissa do cuidado humanizado em relação à família, abrangendo saciar suas necessidades, acolher, respeitar, entender e diminuir seu sofrimento. Cansaço, estresse, exaustão, apreensão, preocupação e tristeza são alguns dos sentimentos que os familiares que acompanham crianças na UTIP manifestam. Essas sensações

podem estar relacionadas ao processo de internação; horários limitados para permanecer ao lado da criança; falta de vínculo e comunicação com os profissionais; associação da palavra UTIP com morte. O bom relacionamento entre o familiar e os

profissionais é indispensável, além do repasse de todas as informações relacionadas ao tratamento e a criança, aliviando a manifestação dessas emoções (AMARAL; CALEGARI, 2016).

Por ser uma unidade fechada de cuidados, o enfermeiro se mantém a maior parte do tempo junto à criança e à família, formando vínculos. Este é o momento apropriado de envolvera família, melhorar a recuperação da criança e dialogar com a mesma, demandando competência e agilidade por parte do enfermeiro (BRAGA et al., 2015). Cuidar de maneira humanizada é uma premência atual e inclui, antes de tudo, compreender que a pessoa ao qual se aplica essas técnicas é um ser biopsicossocial. O cuidado humanizado envolve ética, princípios e valores. Ele não pode ser prescrito, porque é sentido, vivido e treinado. Cuidar de forma humanizada compreende a ação e a conduta de assistir, administrar e orientar com zelo, mantendo o bem-estar (VILLA et al., 2017).

A humanização do cuidado em enfermagem é uma conduta necessária que possibilita maior integração entre paciente e profissional fazendo com que a assistência realizada atenda as necessidades do paciente. O cuidar de forma humanizada por meio da relação interpessoal colabora de maneira eficaz no tratamento e na rápida recuperação do paciente, pois inúmeras respostas terapêuticas estão relacionadas com uma boa relação entre profissional e paciente (MORAES et al., 2017).

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem devem usar estratégias para que a humanização ao paciente e seus familiares se fortaleça mesmo em uma UTIP. Ao abordar a humanização na UTIP entende-se que o sentido do cuidado humanizado em enfermagem está na comunicação e se manifesta na inter-relação entre profissionais e pacientes (RIBEIRO et al.,2016).

O cotidiano de trabalho do enfermeiro que atua da UTIP é permeado por múltiplas demandas de atenção decorrentes da complexidade da assistência realizada, do ambiente de trabalho e das exigências provenientes, tanto da própria instituição hospitalar quanto da prestação de cuidados ao paciente. Desse modo, o enfermeiro deve trabalhar sempre com muita atenção, pois isso é indispensável para a realização das suas atividades diárias, que engloba tanto o planejamento quanto a prestação de cuidados direto a pacientes e famílias. O trabalho

do enfermeiro é caracterizado por difíceis situações que requerem atenção para a realização dessuas atividades (BRAGA et al., 2015).

Ao cuidar de crianças hospitalizadas o enfermeiro defronta-se com um ser humano e

sua família em condições de vulnerabilidade emocional, física e social, o que demanda do profissional de enfermagem uma compreensão da doença e também sensibilidade para reconhecer suas peculiaridades (SANTOS et al., 2016). É essencial evidenciar a importância do enfermeiro dentro da UTIP, pois o mesmo cria um relacionamento de confiança com a família, esperando incentivar e motivar os familiares a esclarecerem suas dúvidas de forma a satisfazera necessidade de informação e reduzir o sofrimento de todos os envolvidos (PÊGO;BARROS,2017).

Frente à hospitalização da criança, é necessário a enfermagem entender que a família também adoece, e que precisa também receber cuidados individualizados. Entretanto, para que o enfermeiro perceba essa necessidade e realize os cuidados pertinentes, é indispensável o desenvolvimento de competências e habilidades que façam com que o profissional identifique as verdadeiras demandas do binômio. Deve colocar em prática uma comunicação contínua e efetiva, com o objetivo de proporcionar e ajudar a família a adquirir uma melhor autonomia, permitindo que a mesma faça escolhas e tome decisões conscientes, propiciando uma participação mais ativa no processo do cuidado (MOLINA; HIGARASHI; MARCON, 2014).

A equipe de enfermagem precisa estar pronta para auxiliar em relação à experiência vivenciada que cause algum tipo de estresse à criança e sua família, assegurando a integridade, e suprindo as demandas dos mesmos sejam elas psicológicas, sócias, biológicas e espirituais. Deve garantir à criança e ao familiar segurança e uma maneira de enfrentar a internação hospitalar de forma menos dolorosa (SERAFIM; LIMA, 2016).

O diálogo efetivo entre profissionais de saúde e família pode diminuir a angústia frente à doença e a internação da criança, melhorando o processo de enfrentamento da doença e as necessidades referentes a ela, como também otimizar a aceitação e o envolvimento dos familiares no cuidado com o paciente, tanto no hospital como no domicílio. Fatores como a permanência frequente da equipe de enfermagem nas UTIP, o trabalho destes profissionais no cuidado direto ao paciente pediátrico, bem como o perfil educativo e assistencial do enfermeiro, prepara-o para o exercício do protagonismo na assistência humanizada ao binômio criança e família (MOLINA; HIGARASHI; MARCON, 2014).

A equipe de saúde é encarregada pela atenção humanizada ao binômio criança - família e necessita fortalecer as redes de apoio familiar, incentivando sua participação no processo terapêutico, por meio do incentivo à participação em grupos de pais e familiares de crianças internadas, no sentido de trocar experiências e vivencias, proporcionando

fortalecimento de laços e vínculos. Uma interação adequada com a equipe de saúde por parte dos familiares pode proporcionar uma melhor qualidade de vida aos mesmos, propiciando a diminuição do estresse durante o período de hospitalização da criança (POZZATTI et al., 2017).

São atitudes indispensáveis do enfermeiro auxiliar para a qualificação dos profissionais de enfermagem, demonstrando as vantagens de realizar o cuidado humanizado, possibilitando subsídios para que possam entender, reconhecer e valorizar a humanização na sua prática assistencial. (RODRIGUES; CALEGARI,2016). No ambiente da UTIP, é necessário que o profissional enfermeiro possua sempre conhecimento técnico e científico para que o mesmo possa realizar procedimentos e ações referentes a essa unidade hospitalar. Porém, é importante que o enfermeiro não supervalorize as tecnologias desse setor, para que o cuidar, o ouvir, o saber se colocar no lugar do outro não sejam perdidos no meio de tantos aparatos tecnológicos. É necessário para uma boa assistência hospitalar, associar o uso da tecnologia com o cuidado oferecido (SANTOS et al., 2018).

Verifica-se que enfermeiros que atuam em UTIP tem um entendimento aparentemente intuitivo sobre o que é humanização, partindo de uma concepção de empatia pelo paciente. A empatia é uma palavra que causa uma atitude muito valiosa no processo de humanizar o cuidado, pois o profissional tenta se colocar no lugar da criança e da família e passa a trabalhar de acordo com ideias e valores, melhorando e aprimorando o cuidado realizado (VILLA et al.,2017). A enfermagem é uma profissão que trabalha com o cuidado e é necessário que seus trabalhadores tenham respeito com aquele que recebe o atendimento. Ao entender a individualidade de cada criança, o enfermeiro os considera durante o cuidado. Dessa forma, a enfermagem deve realizar os procedimentos técnicos com excelência, pois as tecnologias são essências, porém as questões humanas fazem parte do cotidiano da assistência, e o cuidado humanizado é feito de forma pessoal, sendo atitudes pessoais e não catalogadas ou padronizadas AMARAL; CALEGARI, 2016).

4 METODOLOGIA

A seguir será apresentado o método que foi utilizado para a operacionalização do estudo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de cunho qualitativo. Para Minayo (2010) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Ela permite que o autor se envolva diretamente na situação e possibilita observar os agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com estes. A pesquisa exploratória aprofunda os conhecimentos das características de determinado fenômeno para procurar explicações das suas causas e consequências, além de familiarizar- se e compreender o problema/objeto da pesquisa no momento. A pesquisa descritiva tem por objetivo o registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. A pesquisa descritiva contribui por criar novas visões sobre uma realidade já conhecida (NUNES; NASCIMENTO; LUZ, 2016).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na UTIP de um Hospital Universitário do sul do Brasil (HU). Além da assistência à saúde o HU desenvolve ações de ensino, pesquisa e extensão. É um hospital que atende pacientes conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Presta serviços nas áreas de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica, Clínica Cirúrgica e Clínica Traumatológica. Possui Serviço de Pronto Atendimento, UTI Neonatal, UTI Geral, Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite, Serviço de Infectologia, Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE), Centro Integrado de Diabetes (CID), Centro de traumatologia, Centro Regional de Gastroenterologia e Centro Regional de Pneumologia e Unidade de Educação. É referência no atendimento materno-infantil, constituindo-se em um campo de atividades práticas para acadêmicos de enfermagem, medicina, psicologia e educação física incluindo a Residência

Integrada Multiprofissional Hospitalar com ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica

do Adulto (RIMHAS).

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) possui por turno dois enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e um enfermeiro gerencial. Possui 10 leitos destinados a pacientes com idade entre 28 dias a 14 anos que estão em estado crítico. A unidade possui uma enfermaria com cinco leitos, e outra com quatro leitos. Possui, também, um leito de isolamento, uma área destinada a equipe multiprofissional, sala de reuniões, sala da secretária, sala destinada a comunicação com os pais, copa, sala de conforto médico, sala de conforto de enfermagem, expurgo, uma sala de medicação, uma sala para guarda de materiais e um almoxarifado.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo enfermeiros que atuavam no setor no período de coleta de dados, que atenderem ao **critério de inclusão:** trabalhar na unidade há pelo menos um mês. Após orientados acerca dos objetivos e metodologia do estudo, os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. (APÊNDICE A). Como **critério de exclusão,** foi utilizado: estar de férias ou licença saúde no período da realização da coleta de dados. A UTIN possui 29 profissionais na equipe de enfermagem e todos foram convidados a participar do estudo.

4.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com cada participante de forma a obter uma melhor compreensão da realidade, relativa ao fenômeno em estudo (APÊNDICE B). A entrevista é uma atividade em que ocorre uma aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo-se uma combinação particular entre teoria e prática. (MINAYO, 2010). Foram realizadas no segundo semestre de 2021. Os participantes foram questionados acerca da sua percepção sobre a assistência de enfermagem humanizada na UTIP. Foi marcado dia e hora para a realização da entrevista, única com cada participante. As mesmas foram realizadas na sala de reuniões da UTIP, conforme acordado com a equipe, pois, a mesma garante conforto e privacidade. As entrevistas serão gravadas e transcritas para análise.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (2011). A AC compreende um conjunto de operações adequadas para interpretar o conteúdo de uma mensagem e propicia ao pesquisador conhecer o que está por traz das palavras, além de desvelara realidade mediante questões que instigam o pesquisador, ao mesmo tempo em que conserva o rigor e caráter científico da pesquisa. A AC apresenta as seguintes fases: a pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados: inferência e interpretação. (BARDIN, 2011).

Na fase de pré-análise o processo de investigação foi organizado, sistematizado e operacionalizado. Nessa etapa ocorre o mapeamento de ideias que conduzem o plano de análise por meio da escolha de documentos, entrevistas e da leitura flutuante resultando na formação do "*corpus" de análise*. A pré-análise se subdivide em: escolha dos documentos que serão analisados; formulação de pressupostos e objetivos e elaboração de indicadores que embasaram a interpretação final. Nesta etapa estruturam-se as unidades de registro que levam á categorização. A unidade de registro é constituída por palavras ou frases com semelhança, sentido similar e de unidades semânticas como temas, acontecimentos, ações (BARDIN, 2011). Na segunda fase ocorre a exploração do material e nela ocorre a decodificação, decomposição ou enumeração por regras previamente formuladas dos dados coletados. Nessa etapa acontece a análise propriamente dita (BARDIN, 2011). Os dados são codificados e organizados em categorias. A codificação ocorre a partir dos dados brutos, os quais se transformam sistematicamente, sendo agrupados em unidades que permitem a representação de conteúdo por agregação, recorte ou enumeração. A categorização definida por Bardin (2011, p.148) consiste em "um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário – que consiste em isolar os elementos e a classificação – repartir os elementos e, portanto, procurar ou impor uma certa organização às mensagens". Por meio da categorização é possível a transformação dos dados brutos em dados organizados. Desta forma, as categorias formadas se tornam significativas em termos do trabalho proposto, sua problemática, seus objetivos e sua fundamentação teórica. Na terceira e última fase da pesquisa, o tratamento dos resultados corresponde ao tratamento dos dados brutos tornando-os expressivos e apropriados. Os mesmos são discutidos a luz de autores estudiosos da temática.

4.6 Aspectos éticos

Foram atendidos todos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016). Foi solicitada autorização à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) e ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ). Após aprovação o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética da FURG (CEP / FURG) e com o parecer favorável de CAAE número 04098118.2.0000.5324 (nº 35/2019) (ANEXO 1) se deu início a coleta dos dados. As falas dos participantes foram identificadas pelas letras E se referindo a enfermeiro e TE se referindo a técnico de enfermagem, seguida do número da entrevista, com vistas a garantir o seu anonimato.

Destaca-se ainda, que foram cumpridos integralmente os princípios éticos, de modo a garantir a autonomia dos participantes, que puderam decidir livremente sobre sua participação ou não na pesquisa, esclarecendo eventuais dúvidas que possam surgir. Foram explicitados os objetivos e os métodos do estudo. O TCLE foi redigido com uma linguagem clara e acessível.

5. RESULTADOS

A seguir foram apresentadas as categorias geradas após a análise dos dados: Caracterização dos participantes do estudo; Conceito de assistência de enfermagem humanizada; Formação acadêmica para a realização de uma assistência humanizada; Formas de capacitação profissional para a realização da humanização; Facilidades identificadas pela equipe de enfermagem para garantir uma assistência humanizada na UTIP; Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para garantir a assistência humanizada na UTIP e Estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para humanizar a assistência de enfermagem na UTIP

5.1 Caracterização dos participantes do estudo

Participaram do estudo 17 profissionais da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, sendo 10 enfermeiros e sete técnicos de enfermagem. A faixa etária dos participantes ficou entre 24 e 49 anos sendo a idade média 35 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino, sendo 15 mulheres e dois homens. Em relação ao número de filhos, oito participantes não possuem filhos, quatro participantes possuem um filho e cinco participantes possuem dois filhos.

O tempo médio de formado foi de 12 anos, sendo o maior tempo 24 anos de formada e o menor quatro anos. Em relação ao tempo de atuação na UTIP, o tempo médio foi de 1 ano e 5 meses, sendo o maior tempo 2 anos e o menos 1 ano. Dez profissionais possuíam cursos de pós-graduação. Os cursos de pós-graduação citados pelos participantes foram: Enfermagem do Trabalho; Urgência e Emergência; Enfermagem Intensiva; Gestão; Docência; Saúde Pública; UTI adulto, pediátrica e neonatal; UTI adulto e pediátrica; Enfermagem hemato-oncológica; Intensivismo pediátrico; UTI pediátrica e neonatal; Pós-técnico de qualificação em atendimento pediátrico e Mestrado.

5.2 Conceito de assistência de enfermagem humanizada

O conceito de assistência humanizada pode ter interpretações diferentes, devido a sua complexidade, existe a dificuldade dos profissionais em colocá-la em prática, de forma assertiva. Alguns profissionais referiram que a humanização é permeada pela realização de um cuidado integral ao paciente. O cuidado dever ser pensado nas necessidades da criança e não

somente em sua patologia., contemplando os aspectos físicos, sociais, familiares, psicológicos,indo além do que só o cuidado técnico.

> Eu entendo que humanizar é prestar um cuidado integral ao indivíduo. Que contemple a saúde física, mas que englobe também aspectos sociais, familiares, psicológicos, nesse sentido. (E1)

> Eu entendo que seja aquela assistência que vise o cuidado integral do paciente. (E8)

> Eu entendo como um cuidado além do que somente a doença. Pelo menos aqui na UTIP nós conseguimos ter um olhar para as necessidades do paciente de uma forma geral. (E3)

> Entender que é uma pessoa com anseios e com medos e tentar ir um pouco além do que só o cuidado técnico, uma coisa mais humana. (E6)

> Eu entendo que é aquela assistência que a gente consegue prestar além da nossa técnica e do nosso conhecimento prático.(E9)

> Eu acho que quando a gente fala em humanização da assistência é ir além, falando aqui da UTIP, dos monitores, dos dados. É olhar para a criança e ver as necessidades dela como um todo. (E4)

> É ver o paciente como um todo e não só o que está se tratando dele ali. (TE3)

Para outros profissionais uma assistência humanizada é aquela que busca proporcionar conforto físico e emocional ao paciente e ao familiar. Para isso procuram tornar o ambiente da UTIP mais tranquilo e próximo da realidade da criança antes da internação hospitalar, atendê-la no momento em que precise, explicam o que estão fazendo e o porquê.

> Assistência de enfermagem humanizada é sempre procurar dar o máximo de conforto tanto para o paciente como para o familiar. (TE7)

> Essa assistência de enfermagem humanizada para mim é aquela que é muito voltada para o paciente, para o bem-estar dele e do emocional dele. Não só cuidar da parte física que ele está ali debilitado, fazer com que ele se sinta mais confortável possível, tanto o paciente como o acompanhante também. (TE2)

> Para mim uma assistência de enfermagem humanizada é aquela que consegue dar para o paciente aquilo que ele está precisando sem ter que sair da rotina da unidade. Buscar garantir um pouco mais de conforto, deixando o ambiente mais tranquilo para ele, o mais próximo da realidade que ele vivia antes. É estar pronta para atender ele no momento que ele precise, explicar o que você está fazendo e o porquê você está fazendo, que não é para o mal é para o bem. Se tiver que parar o que está fazendo para dar mais um pouco de atenção porque são crianças, se para, se pega no colo, é isso. (TE3)

Destacaram também como conceito de humanização a assistência não mecanicista, realizada de forma automática, que não valoriza apenas o fazer técnico do profissional, mas proporciona ao paciente algo a mais além do que só a técnica. Citaram o uso de musicoterapia, desenhos, o manejo não farmacológico para o alívio da dor, como o uso de glicose, de sacarose, fazer um ninho para promover um abrigo intrauterino para as crianças menores.

> Eu acho que assistência de enfermagem humanizada é aquela que vai além de tu veres só a parte assistencial, de fazer algo mecanicamente. É ver o que o paciente está sentindo e proporcionar algo a mais além do que só a técnica. (TE4)

> Eu entendo que é o olhar o paciente como ser humano. Às vezes a gente fica no automático demais de muito tempo trabalhando daí a gente esquece que ali também tem alguém. Eu acho que é isso, pensar que ali tem alguém que está sentindo dor. Não é só chegar e puncionar, aquela coisa mecanizada, que ali tem alguém sentindo alguma coisa. (TE6)

> A assistência de enfermagem humanizada para mim é quando não é mecanicista: só administra medicamentos. Aqui a gente é enfermeiro assistencial. Então, a gente faz aquele trabalho não só gerencial, da gestão. A gente atua diretamente com o paciente. Ao administrar medicamentos a gente usa musicoterapia, desenhos. É aplicar, por exemplo, quando está com dor um manejo não farmacológico para o alívio da dor, como o uso de glicose, de sacarose, fazer o ninho, promover como se fosse um abrigo intrauterino. Isso ajuda muito e já é uma assistênciahumanizada no meu entendimento. (E2)

O respeito com os pacientes e a família foi referenciado como fundamental para uma assistência humanizada. Referiram como importante respeitar os limites da criança e agir com sinceridade e que o mesmo deve ser recíproco entre profissionais, crianças e famílias.

> O que eu entendo sobre assistência de enfermagem humanizada é tratar o paciente com respeito, tanto o paciente como o acompanhante, pois aqui a gente trabalha muito com as mães. Então, é tratar bem o paciente, com respeito, respeitar os seus limites e agir com sinceridade tanto com o paciente como com o acompanhante. (TE1)

> Eu entendo muito essa palavra humanização como respeito, que deve existir tanto da minha parte de profissional com o paciente, e porque não do paciente com nós profissionais. Eu acho que tem que ser recíproco. Acho basicamente que deveria ser assim. (E10)

A maioria dos profissionais referiu a assistência humanizada como sendo aquela que envolve também o cuidado à família da criança internada no setor. Destacaram como importante a conversa com os familiares, a explicação dos procedimentos e a escuta terapêutica. A necessidade da realização de um cuidado participativo, de estarem próximos dos familiares, possibilitando a eles falarem acerca de suas ansiedades e de trocarem experiências com os profissionais acerca do cuidado à criança.

> Valorizando também o cuidado a família.
>
> (E8)
>
> É também cuidado do acompanhante. (TE2)

A assistência humanizada é aquela que envolve a empatia e o se colocar no lugar do outro, atendendo da forma como gostariam de serem tratados.

> Eu entendo como o cuidado que vai além do cuidado com o estado de saúde do paciente. Ter uma empatia com o paciente que está naquela situação. (E6)

> Para mim assistência humanizada é quando nós profissionais atendemos o outro como gostaríamos de ser atendidos. (E5)

5.3 Formação acadêmica para a realização de uma assistência humanizada

A formação acadêmica é importante para que o discente e futuro profissional de enfermagem entendam a necessidade de realizar uma assistência humanizada na sua prática profissional e como fazê-lo. Os participantes do estudo referiram que a temática foi abordada em disciplinas, tanto na graduação como na pós-graduação. Mesmo que de forma não específica a humanização era abordada em várias disciplinas como uma temática transversal.

> Na minha graduação eu não vou saber te dizer a cadeira, mas eu tive, tanto na graduação quanto na pós-graduação, mas eu não me lembro em qual disciplina. (E3)

> Estava bem na transição, inclusive eu peguei bem a transição do currículo. Estava muito essa questão da transição do cuidado humanizado. Então, tinha várias cadeiras que eram voltadas para o cuidado humanizado. (E6)

> Eu tive uma professora muito boa de pediatria, e minha professora sempre batia muito nesse assunto de humanização. Então, foi aí que peguei. Mas não foi durante toda a minha formação, foi nessa cadeira de pediatria que eu visualizei mais o que era humanização. Nas minhas pós-graduações foi falado, mas o que mais me marcou foi minha professora, mas é porque

ela é mais humanitária mesmo. Então, ela focou bem naquilo. Foi mais leitura. Então, não dá para dizer que peguei bem aquilo pela leitura. (E2)

Foi bem abordado, na parte de saúde da criança a questão da humanização. Lá na minha cidade não tem UTIP. Então, a gente não tinha campo de estágio na UTIP, mas era bem abordado nos outros campos a questão da humanização. (E4)

Foi muito forte assim o ensino médio técnico e o ensino acadêmico. Eu tive aula, tive duas matérias que tratavam da humanização. (TE5)

Na graduação falava. (E10)

Na residência a gente também trabalhava bastante a humanização porque era hemato-oncológica e precisa ter bastante humanização nessa área. (E8)

Já fazem alguns anos da minha graduação. Vou te confessar que não lembro muito, mas na pós-graduação se falou bastante sobre a humanização da assistência. (E9)

Em uma disciplina propriamente dita não recordo, mas foi falado muito em cima de trabalhos. Eu acho que como eu me voltei muito para a parte pública, até na verdade eu vim parar na UTI pelo concurso porque a minha formação foi para a saúde pública, inclusive o meu mestrado. Então, eu abrangi bastante isso nessa formação. Aí depois eu vim parar no hospital e fiz a especialização na UTI. Mas eu acho eu trabalhei bastante mesmo na pós-graduação e no mestrado também. Eu acho que consegui ver bastante isso dentro da saúde da família. Foi aonde eu consegui ver mais esta abordagem, praticar mais. (E7)

Como faz muito tempo minha graduação, eu lembro que estava muito em alta a humanização, mas era início. Antigamente não tinha humanização, e na pós-graduação que eu fiz também foi falado. (E1)

Eu me formei em noventa e três. Fazem muitos anos. Na instituição onde eu me formei era uma instituição muito preocupada com o bem- e s t a r físico, emocional e espiritual do

> paciente. Então, a gente sempre foi instruída a cuidar do paciente com muito carinho, como um todo, mas naquela época essa palavra humanização não era falada, não era conhecida. Eu pelo menos não me lembrei. Mas eu me lembro que a gente já era instruída a ter essa visão ampla do paciente, não só daquiloque eu tenho que fazer no paciente. (TE2)

Uma profissional referiu ter tido uma disciplina específica sobre humanização durante a graduação.

> Na graduação eu tive uma cadeira específica de humanização. Na instituição que eu fiz tem cadeira de humanização no primeiro semestre, que é bem isso, é tu saber tratar o paciente como um todo e que ele tem necessidades, tem sentimentos, tem medos, anseios e tudo. A gente tem que levar em conta na hora de fazer assistência e de saber parar cinco minutinhos, ouvir o paciente, porque isso também faz parte da humanização: dar carinho. A humanização no meu ponto de vista é fazer o paciente confiar na gente porque o que a gente vai fazer sempre vai ser para o bem dele. (TE3)

Projetos de pesquisa e extensão realizados acerca da temática durante as graduações foram relatados como importantes para a formação do profissional para realizar uma assistência humanizada.

> Sempre a humanização foi extremamente estudada, falada. Tinham vários projetos de extensão também quanto a humanização que eu fiz parte. No grupo de pesquisa que eu fazia que era cuidado com a família também se pesquisava acerca da temática. (E8)

Alguns participantes referiram ter o primeiro contato com a temática da humanização durante os estágios curriculares da graduação, os quais contribuíram efetivamente para que hoje eles se tornem profissionais que realizam uma assistência humanizada.

> Mas eu acho que a minha trajetória para chegar na assistência humanizada que eu acredito que eu pratico foi mais com os

> meus estágios. Eu fiz estágio na UTI neonatal, que era uma equipe maravilhosa e me inspirou muito nisso. Depois no final da graduação eu fiz um estágio na hemodiálise, que também é um ambiente bem humanizado e que tu tens bastante vínculo com o paciente. E então, tu acabas trazendo para a tua prática essas vivências. (E3)

> No meu curso foi bastante falado, tem cursos técnicos que você faz toda a matéria e depois os estágios. Eu fazia junto. Então, era bem direto. Você está vendo em sala de aula e você consegue atuar no estágio. Então, eu fui acho que meu curso foi bem preparado com esta ênfase. (TE6)

Alguns profissionais, no entanto, relataram que durante sua formação foi pouco falado sobre humanização e de uma maneira muito superficial.

> No meu curso técnico era falado muito pouco sobre humanização, mas era falado. Há mais de 12 anos atrás era falado, mas era muito pouco. (TE1)

> Faz um bom tempo, mas eu acho que todos os cursos eles tocam nessa coisa de humanização e o quanto isso é importante, mas superficialmente, nada muito intenso. (TE4)

Uma participante referiu que sua formação para realizar uma assistência humanizada se deu através de seu preparo e estudos para realizar concursos públicos. Tendo em vista ter se graduado antes da publicação da política específica não teve na sua formação acadêmica esta formação.

> Como fazem dezesseis anos que eu me formei, então naquela época não existia a política de humanização. A política se eu não me engano é de 2002. Então, em 2002 eu já estava saindo, já estava me formando. Comecei a trabalhar no começo de 2003. Eu fui conhecer a PNH através de concursos, porque desde então eu sempre faço concurso. Eu fiz vários concursos até chegar aqui. Então, eu estudei bastante a política mesmo porque é uma coisa bastante cobrada em concursos. Na minha parte acadêmica quando eu comecei o curso, o meu curso técnico foi junto com o ensino médio. Então, eu comecei a estudar a parte da enfermagem em 1999. Levei três anos no ensino médio e mais os últimos anos que foram os estágios. Então, naquela época não se abordava muito sobre humanização. Hoje se aborda, mas na minha opinião eu acho que aqui na nossa UTIP é bastante usado porque como a nossa UTIP é pequena, nossa equipe é pequena. O nosso fluxo não é muito grande. (TE7)

Foi evidenciado em algumas falas que os profissionais não tiveram uma formação acadêmica para realizar uma assistência humanizada. O que sabem aprenderam na prática profissional.

> Na realidade não se deu. Como eu te disse tenho 24 anos de formada, e eu aprendi o que eu sei na prática. Naquela época nem se falava em humanização. (E5)

> Eu acho que as experiências me mostraram que esse diferencial faz com que seja importante e eu também faço psicologia. Então, uma coisa levou a outra. (TE4)

> Mas foi assim, naturalmente na prática que a gente acabou implementando algumas coisas. Mais por exigência mesmo, porque quando eu comecei na UTIP a dezoito anos atrás mais ou menos, por exemplo não tinha participação de família, de pais. Acrianças ficavam sozinhas dentro da UTIP. Aos poucos começou com uma obrigatoriedade. Agora os pais têm direito. Então, a gente começou a ir atrás no início com muita resistência. Depois naturalmente a gente se convenceu que era importante. (E9)

5.4 Formas de capacitação profissional para a realização da humanização da assistência na UTIP

Capacitar a equipe para realizar uma assistência humanizada é fundamental para um cuidado de qualidade ao paciente. Foi relatado por alguns profissionais que antes da abertura da UTIP a equipe multidisciplinar chamada pelo concurso realizou uma capacitação durante um mês, nessa capacitação foi abordado o tema humanização.

> Quando a gente entrou, os profissionais que foram encaminhados para trabalhar na UTIP a gente teve durante trinta dias, palestras, cursos, sobre formação e sobre humanização, não a parte técnica, mas como a gente vai lidar com o paciente, com uma mãe que está com um filho na UTIP, como que você tem que fazer, pois criança é diferente, não é como o neonatal que chora mais as vezes você não pode tocar porque ele tem uma reação, ou o adulto que sabe falar o que está sentindo, a criança as vezes você tem que parar tudo, pega no colo, fazer um alento, fazer um carinho, então tudo isso a

> gente foi vendo nesses trinta dias. Então alguns de nós que ainda estamos aqui passamos por esse período para termos essa outravisão da assistência aqui dentro da UTIP. (TE3)

> Mas a nossa maior capacitação para a parte da humanização foi antes da abertura da UTIP, e nós tivemos práticas também, nós passamos em outros setores durante nosso treinamento, nós ficamos quase um mês em treinamento antes de abrir a UTIP. Então, a gente passou na UTI Neonatal, na UTI Geral, no Serviço de Pronto Atendimento e aí você vai pegando aquilo que você acha certo e deixando de lado aquilo que você não concorda. Vai criando a tua forma de trabalhar. Tu vais passando entre outras equipes e tu vai ver que são bem diferentes entre elas. Embora todas tenham o mesmo objetivo, mas todas do seu jeito e também um pouco do jeito do seu líder.(E3)

> A capacitação que a gente teve quando a gente veio para a UTIP, que nós passamos no concurso e a maioria dos profissionais ninguém trabalhava em UTI, eu trabalhava com crianças em uma sala de vacinas e eu gosto de trabalhar com crianças, e quando eu cheguei aqui eu pedi que eu queria trabalhar com crianças. Então, a gente teve um mês de treinamento, foi falado bastante de a gente deveria usar bastante a empatia com os pacientes, no caso teve bastante introdução para nós que começamos. (E7)

Dois profissionais referiram ter realizado cursos de capacitação que abordava o tema humanização.

> A própria empresa que a gente está trabalhando, ela proporciona cursos a cada dois meses e um deles eu realizei sobre humanização. (TE1)

> Nós tivemos uma capacitação sobre ética, mas que falava também um pouco sobre humanização. (E3)

Um profissional relatou que existem cursos virtuais que a empresa fornece aos funcionários periodicamente, entre eles o de humanização.

> Tem aquelas capacitações que a EBSERH nos dá, por exemplo, onco ensino ou esses cursos virtuais que tem periodicamente, tem inclusive o de humanização, mas esse de humanização ainda eu não fiz. (E1)

A maioria dos participantes referiu não ter realizado nenhuma capacitação sobre humanização.

> Não tem nada, vai muito mais da equipe, de cada indivíduo, do que dentro do setor vir falar, como se fosse no curso, é algo superficial que falam quando é importante mais nada muito intenso. (TE4)

> Não. (TE5)

> Até o momento não tivemos capacitação (E2)

> Não, eu nunca tive. (E8)

> Tem o curso da ebserh ou se tu correr atrás de alguma outra coisa com eu fiz, mas especificamente para o setor no momentonão tem essa capacitação. (TE1)

> No momento não, que eu saiba não, geralmente eles botam os links, botam os cursos de capacitação no site das equipes durante o dia, mas aqui eu não vi chegar nada. (E5)

> Não, é o conhecimento de cada um e aquilo que a gente vai tentando melhorar e aprimorar quanto equipe, mas uma capacitação propriamente com esse assunto não. (E7)

> Nesses dois anos que eu estou aqui eu nunca ouvi falar, não lembro de ter visto um curso por exemplo, uma palestra de humanização, não me recordo. (TE7)

> Por enquanto ainda não, o setor ainda é um setor muito novo, ainda tem muita coisa que o setor está engatinhando, isso é uma coisa que está no plano da chefia, mas ainda não teve de fato, nesse tempo que eu estou não houve nada. (E10)

> Eu nunca fiz, não sei te dizer se já teve alguns outros cursos porque eu entrei depois, mas eu nunca fiz nenhuma capacitação, é só no dia a dia que tu vais pegando. (TE6)

A conversa entre a equipe e as reuniões multidisciplinares foi evidenciado pelos profissionais como sendo formas de capacitá-los para realizar uma assistência de enfermagem humanizada.

> Sobre humanização eu não lembro de ter nenhuma capacitação, mas aquilo que eu te disse, a gente conversa quando a gente percebe que o colaborador tem alguma dificuldade com relação a família ou ao paciente, mas capacitação desses dois anos que estou aqui sobre humanização não teve. (E9)

> Mas é um assunto que é muito recente e se fala bastante, até entre colegas. (TE2)

> Nesse período que eu estou aqui não houve capacitação que eu tenha participado, a gente conversa muito aqui dentro do setor com os colegas, toda a sexta-feira tem a reunião multidisciplinar que vem psicólogo, assistente social, que vem aqui para dentro, que é uma conversa com os pais, então nesses momentos sempre é conversado sobre o que fazer, ou o que a criança gosta, então dentro a gente conversa muito entre a equipe e o que fazer para melhorar. Não chegar ser um treinamento, mas todo dia a gente vai adaptando. Então, conforme o que eles vão gostando. (E4)

5.5 Facilidades identificadas pela equipe de enfermagem para garantir uma assistência humanizada na UTIP

As facilidades são os fatores que favorecem a realização da assistência humanizada que pela equipe de enfermagem. O fato da Unidade ter poucos pacientes (no máximo 05), ser uma unidade pequena, ter uma boa carga horária e o fato de cada profissional ficar com apenas uma criança comparado a outros setores foram referidos pelos participantes como facilitadores para realização de uma assistência humanizada.

> Eu acho que por ser uma unidade que ainda é pequena a gente

consegue dar mais atenção para o paciente não só nas questões do problema de saúde dele, mas conhecer mais a história do paciente, a história social e familiar, que as vezes em uma unidade maior não dá tempo. (E8)

Como o setor comparado aos outros setores no geral aqui é um pouco menor, demanda de pacientes para cada trabalhador cuidar é menor, a gente só tem cindo leito por enquanto. Comparado por exemplo a clínica médica que eu nem sei quantos leitos tem, então eu acho que por ser um setor menor, uma equipe menor, acaba que é um pouco mais fácil de você lidar, de você conseguir meio que organizar a assistência. (E10)

Na verdade, o fator tempo. O tempo é muito importante e isso daí pelo menos aqui consegue ter no máximo dois pacientes para cada técnico, normalmente é um paciente. Então, você consegue ter uma assistência humanizada mesmo. Não é um negócio correndo. A gente tem esse tempo para se organizar. Uma carga horária grande também, para nós técnicos somos 36 horas. (TE1)

A gente tem uma carga horaria boa. (E2)

Nós temos um ou dois pacientes para cada técnico no máximo. Então, a gente tem essa facilidade de você ter um tempo. Elas tentam colocar a gente com os pacientes mais próximos um do outro, para a gente poder estar agindo como os dois, ou se tiver com um só mais tempo ainda a gente vai ter para dar atenção exclusiva. (TE3)

Questão do número de pessoal, esse tipo de problema aqui a gente não enfrenta. Acho que isso é uma grande facilidade. (E6)

O fato de não ser um fluxo muito grande, o fato de ter poucos pacientes, são no máximo dez. Então, apesar do espaço ser pequeno tem condições. O paciente tem o leito, o familiar tem a poltrona que não é tão confortável, mas tem. Nas outras unidade seu acredito que falta espaço. Eu acredito que nem tenha poltrona para todo mundo. O fluxo pequeno e o tempo fazem com que a gente tenha capacidade de dar atenção para todos. (TE7)

Eu acredito que geralmente aqui nosso ambiente é tranquilo. Não tem aquele acúmulo tão grande de tarefas como em

> algumas unidades têm. Você fica com muitos pacientes e pacientes dependentes que as vezes você não tem tanto tempo assim. Então, eu acho que isso aí beneficia um pouco. (TE2)

> A gente não trabalha com muitos pacientes. Então, a gente consegue prestar mais atenção. A maior facilidade aqui é o número de pacientes reduzidos comparado aos outros setores. (E7)

Outra facilidade destacada pela maioria dos profissionais é o trabalho com uma equipe multidisciplinar, formada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos e enfermeiras. Essa equipe faz com que o cuidado seja integral e que a assistência se torne mais humanizada dentro da UTIP. Destacaram que a troca de experiências entre os membros da equipe favorece a humanizaçãoda assistência no setor.

> Por ser um hospital universitário a gente tem psicologia presente, a gente tem o pessoal da terapia ocupacional presente, e cada um tem o seu respeito dentro de sua profissão. Acho que com essa equipe multidisciplinar vem essas facilidades. A fisioterapia, os médicos. Então, cada um tem o seu espaço e todo mundo trabalha junto e sempre englobando os pais. A gente não tem nenhuma programação de atendimento à criança sem pensar no acompanhante que está junto. (E9)

> A equipe multiprofissional, acho que isso é uma facilidade. Tu ter à mão uma terapeuta ocupacional, você dispor de um fisioterapeuta de plantão ali. É a garantia de um cuidado integral. Se for preciso encaminhar para o psicólogo ele se envolve. Também temos nutricionistas, fonoaudiólogo. É uma equipe bem forte. (E1)

> A equipe multiprofissional aqui eu acho que é bem disponível: nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, até o relacionamento entre os profissionais também é bem legal, bemrecíproco também. (E10)

> Eu acho que por ter tudo isso dentro da unidade, por ter todas essas coisas já é um fator facilitador. Então, a gente vai conversando. Tem o atendimento da terapia ocupacional que sempre traz coisas mais lúdicas para a gente trabalhar, a fisioterapia. Então, todos os profissionais estão envolvidos. Tudo a gente adapta de uma forma para atender a criança. Por exemplo: vai fazer a fisioterapia e vai assoprar um copinho, mas o copinho é enfeitado, é colorido, o canudo é colorido. Então, tudo a gente vai trabalhando aqui dentro, e a equipe é engajada em trabalhar com criança e buscar sempre essa forma mais lúdica. Pela equipe ser engajada e ter vários profissionais e ser uma equipe engajada gente vai trazendo, pois tem muitas coisas que a gente pensa ou vai atrás. Então, pela equipe ser uma equipe que puxa por esse lado acaba sendo fácil você trabalhar porque daí todo mundo pega junto. Todo mundo faz. (E4)

> Eu acho que muito mais da minha experiência. Eu vejo que aqui abrange todas as áreas e isso faz com que tu consigas ter mais tempo, junto com a terapeuta ocupacional e com a fisioterapia. Com a equipe multiprofissional a gente faz aquele acolhimento completo. Eu acho que faz parte da humanização chamar o profissional responsável. Acho que isso tudo faz com que seja uma mais dentro do hospital que não é o que tem nos hospitais da região. Então, eu acho que com relação de você ter essa equipe multiprofissional faz com que as coisas se tornem mais humanizadas dentro do hospital. (TE4)

> A equipe multiprofissional é um ponto bem positivo para a gente poder ter uma visão diferenciada sobre o mesmo especto. Acho que a equipe multiprofissional é uma facilidade, pois vem a colega lá do Nordeste que conta que já vivenciou outras experiências e daí a gente vai compartilhando experiências. (TE5)

A adequada remuneração salarial foi identificada pelos entrevistados como um facilitador para a humanização no setor de UTIP, pois faz com que os profissionais tenham apenas um emprego e não tenham interesse em procurar outro.

> O incentivo salarial influência bastante, pelo menos aqui a maioria do pessoal trabalha apenas em um emprego, pois a

> empresa proporciona um salário legal para não ter possibilidade de procurar um outro serviço. (TE1)
>
> E a gente tem um salário bom. (E2)

Destacou-se também como facilidade para uma assistência humanizada uma boa relação de comunicação com a liderança, uma acessibilidade de conseguir conversar e expor se tem algo que está incomodando o profissional, e de mostrar um outro ponto de vista e ser ouvido.

> Acho também uma facilidade a acessibilidade com a chefia, de conseguir conversar e expor se tem alguma coisa que está incomodando, apesar de ter trocado a liderança a pouco tempo, o outro líder também era assim, a nova líder também segue maio ou menos a mesma linha de ter um acesso facilitado, conversar com eles e explicar que tal situação está me deixando desconfortável, acho que isso facilita. (E6)
>
> As enfermeiras e os médicos ouvem muito a gente quanto "a eu acho que aquela criança ali está precisando de uma fisioterapia, está precisando mais passar um oleozinho no corpo", na hora do banho você fazer um banho mais demorado para dar um relaxamento para a criança, então a gente tem essa facilidade aqui, de conversar e mostrar o nosso ponto de vista eser ouvido. (TE3)

A colaboração e o comprometimento da equipe foram referidos pelos participantes como fator facilitador pois todos trabalham com o mesmo objetivo e tem um carinho muito grande por todas as crianças que passam pela UTIP.

> A equipe é nova, a unidade é nova. Está todo mundo aprendendo a trabalhar junto. Então, eu acho que isso facilita muito, a colaboração e o comprometimento da equipe são facilidades. (E5)
>
> Como nós abrimos a UTIP todos juntos, a equipe de enfermagem e a equipe médica, então todo mundo é bem coeso nessa parte da humanização. A gente não encontra dificuldades por exemplo de aceitação da equipe médica para as nossas pequenas atividades que a gente quer fazer com o paciente ou

> alguma coisa que a gente cria na hora para tentar se aproximar de alguma criança, porque eles nos enxergam como perigo, então a gente tem que ir conquistando então eu acho que a nossa maior facilidade é a nossa equipe, que trabalham todos com o mesmo objetivo, tanto o turno do dia como o da noite em funçãode ter começado juntos. (E3)

> As pessoas que trabalham aqui são pessoas que trabalham bastante que tem um carinho muito grande por todas as crianças que passam por aqui e eu acho que isso é muito importante. (TE2)

Outros participantes destacaram que o hospital é um fator facilitador, pois ele é voltado para a questão da humanização, devido o mesmo ser credenciado como amigo da criança pelo Ministério da Saúde e também por projetos como as amigas do HU, que conseguem por meios de jantares beneficentes e pedágios arrecadar recursos para a instituição.

> Todo o hospital é voltado para essa área então você não fica sozinho, em todo lugar pelo menos eles tentam atender dessa forma, claro que existem profissionais e profissionais, mas o hospital em si é bem voltado para essa parte, tem essa função de ser amigo da criança, e eu acho ele é bem voltado principalmente na parte de pediatria, das crianças. Tu és encaminhado, a coisa já é mais direcionada para esse lado, e tem outros hospitais que não prezam muito, vai muito pelo profissional, aqui ele tem uma outra cara. (TE6)

> A gente tem as amigas do HU, então quando falta alguma coisa agente faz uma lista para elas, e elas conseguem por meio de jantares beneficentes, pedágios, eles conseguem nos oferecer muitas coisas dentro aqui da UTIP. (E2)

Uma profissional referiu a estrutura física da UTIP e a vista das janelas como facilidades, pois durante as sessões de fisioterapia as crianças se distraem olhando a lagoa e os barcos enquanto fazem os exercícios.

> A nossa área física também, eu vejo a fisioterapia saindo com as crianças, elas mostram a janela para as crianças, mostram o barquinho, tudo isso aí é humanização, mas ao mesmo tempo elas estão fazendo os exercícios nas crianças, estão realizando

> o trabalho delas, a vista que a gente tem, a estrutura física da UTIP é bem boa. (TE2)

Foi referido também a ajuda da brinquedoteca do hospital e os recursos disponíveis na UTIP como livros, brinquedos, DVDs, rádios com pendrive.

> E nós temos também a ajuda de uma brinquedoteca e caso não tenha lá a gente também pede, a gente tem facilidades, é só correr atrás e não é igual os outros hospitais, a gente tem. Nós temos até um armário aqui, cheio de livros e brinquedos. Nós temos DVD, temos rádio com pendrive. Então, não tem por quenão fazer, o esforço é de cada profissional. (E2)

5.6 Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para garantir a assistência humanizada na UTIP

As dificuldades existentes nas unidades hospitalares impedem que os profissionais prestem uma assistência humanizada aos pacientes, várias foram as dificuldades relatadas, mas alguns profissionais referiram não encontrar dificuldades para realizar a humanização nosetor.

> Eu não vejo dificuldades para prestar uma assistência humanizada. (E9)

> Aqui na UTIP não vejo dificuldades para pôr em prática a humanização. (TE1)

> Individualmente não encontro dificuldades porque eu sempre trabalhei mais para esse lado da humanização. (E2)

> Não acho que tenha dificuldade, aqui o pessoal foi moldado sabe, porque como é uma unidade recente, daí todos os profissionais antes de entrar conseguiram ter um treinamento, algo mais assim, ainda mais por ser criança a gente prioriza bastante. (TE6)

A falta de empatia e motivação foi relatado por alguns profissionais como sendo um fator que dificulta. A desmotivação foi relacionada pela participante com os profissionais que ainda não tem filhos, pois segundo ela os que possui filhos apresentam-se mais motivados a realizar uma assistência humanizada.

> Falta de empatia talvez ou de educação para a humanização. (E10)

> As vezes o despreparo de alguns funcionários que as vezes não se colocam no lugar do paciente e do acompanhante como deveriam se colocar. (TE2)

> Eu não sei porque elas não têm motivação, não sei se é porque não tem filhos, e não tem aquele amor maternal ou paternal, porque todos os meus colegas que tem filhos eles já têm uma assistência mais humanizada, mas eu não sei se tem a ver ou só um caso isolado. (E2)

O pouco tempo e a falta de profissionais foram evidenciados como dificuldades, pois favorece a sobrecarga de trabalho e com isso a assistência humanizada acaba ficando um segundo plano.

> As vezes a correria, porque você tem tanta coisa para fazer que você não tem um tempo para parar, para o olhar para o paciente e ver o que ele realmente está precisando. (TE2)

> Eu acho que as dificuldades são mais em relação ao tempo, dos acontecimentos, pois se tem alguma urgência a gente não vai dar para o outro paciente um atendimento mais humanizado, as vezes com questão de gestão de pessoas, o número de funcionários, porque aí tu não consegues, você fica mais sobrecarregada, mais com relação a isso. (TE4)

> Maior parte das vezes o tempo, pois a gente tem muitas rotinas e as vezes a gente não tem pessoal suficiente, as vezes falta força de trabalho mesmo, as vezes na correria como é uma UTI você só tem pacientes graves internados então isso se perde um pouco, não totalmente, mas um pouco do que a gente considera o ideal. A gente sempre acho que poderia fazer mais né, e aqui a gente atende crianças de todos os tamanhos,

> crianças a partir de 29 dias até o início da adolescência, então nós pegamos todas as fases, e cada faze tem uma necessidade, e a gente procura suprir, mas as vezes na correria você não consegue dar aquele cuidado mais direcionado para aquela faixa etária ou te preocupar com os mínimos detalhes mais que para as crianças fazem a diferença. (E3)

A sobrecarga de trabalho, relatada em uma fala também se apresenta como uma dificuldade, pois o profissional fica muito concentrado em todas as obrigações que deve realizar não tem tempo para prestar uma assistência humanizada ao paciente.

> Eu acho que as vezes dependendo de como vai o turno a gente acaba de focando só nisso, a prescrição, a folha de cuidados, os horários de tudo e acaba focando nisso e o tempo passa e você esquece de ver outros detalhes, é tu ter aquele padrão de ter que fazer os procedimentos em determinado horário, aquele número de medicações, número de procedimentos que você tem que dar conta e seguir aquilo e ficar focando só nisso e não olhar para o resto. (E4)

A dificuldade mais relatada pelos profissionais foi em relação ao convívio com o país das crianças internadas. Na UTIP é liberado a presença de um familiar que pode ficar vinte e quatro horas por dia ao lado da criança. Para os profissionais os pais dificultam a assistência humanizada pois fazem muitos questionamentos e passam a impressão de não confiarem no profissional, não compreendem as condutas de saúde e muitas vezes tratam os mesmos com desrespeito.

> Algum familiar mais revoltado, as vezes a gente tem alguns familiares que não compreendem muito bem a situação, a situação que aqui também é o nosso trabalho, que a gente também depende de algumas coisas de outros profissionais, que não é que você resolve e decide tudo, então acho que essas sãoas dificuldades que eu enxergo. (E6)

> Dificuldades também as vezes eu tenho em relação aos pais que as vezes não entendem o que a gente precisa fazer em relação ao filho, eles acham que a gente está judiando, que está maltratando, então até eles conseguirem colocar na cabeça que os procedimentos e as condutas que estão sendo tomadas, não é que ninguém quer judiar, ninguém quer maltratar, ninguém está aqui pra isso, as vezes tem pais que tem uma certa resistência. (E5)

> Eu acho que a maior dificuldade que a gente tem, a gente está enfrentando problemas com isso agora, é que não tem limites de até onde a família pode intrometer no trabalho, e ai elas acabam que tudo elas questionam, eu sei que também é normal tu saber oque está acontecendo com teu familiar ali, mas o tempo inteiro, e sempre achando que a gente está fazendo alguma coisa errada, e acho que isso é um problema e quando a gente consegue enxergar é bem visível que eles não conseguem separar uma coisa da outra, a gente não consegue se proteger enquanto profissional de enfermagem. E como a mãe fica aqui dentro o tempo inteiro, é uma UTI diferente então elas acabam se metendo em tudo muito mais do que em qualquer outro lugar, e isso se torna um problema, porque vez ou outra a gente acaba lidando com pessoas bem difíceis e a gente nunca tem a razão, a razão sempre é da família, a gente está sempre com medo, issoé um problema. (TE5)

> Com os pais a mesma coisa, até o pai pegar confiança e o vínculo no profissional tem uma certa resistência, depois que eles veem que é tudo para melhor atenção do filho a gente não tem tanto problema. (TE3)

> A gente sente um pouco de dificuldade as vezes nos acompanhantes, a gente tem acompanhantes que eles são super solícitos, a gente entende, de repente é uma mãe que está ali, ela está ali vendo o filho sofrendo e tal, ela vai sentir, mas assim muitas vezes elas agem um pouco estúpidas com a gente, eu acho que a situação deixa mais no meu ponto de vista não justifica, porque se eu tivesse sido assim com você ou com o seu filho você teria todo o direito de ficar nervoso, mas está todo mundo ali tentando então porque você vem um pouco estupida pra mim, As vezes os acompanhantes que querem te testar, ou que gosta mesmo de uma confusão, graças a Deus não é comum no geral, mas acontece, mas eu acho que isso de certa forma dificulta e atrapalha um pouco. (E10)

A criação de um vínculo de confiança com a criança se destacou como uma dificuldade, para a participante após a criação do vínculo realizar a assistência humanizada setorna fácil.

> Às vezes a dificuldade é até tu chegar no paciente, o paciente ter confiança e saber o que a gente está fazendo para ele é o bem, mais é essa dificuldade, até chegar ao paciente, criar um vínculo com ele, depois tratar com humanização é fácil. (TE3)

A falta de espaço e conforto para os pais na UTIP se destacou como sendo um fator dificultador para garantir uma assistência humanizada, visto que muitos pais ficam durante longos períodos com os filhos internados na unidade.

> Eu acredito que as vezes é a falta de espaço físico, porque dependendo a situação da criança, as vezes o pai e a mãe querem ficar junto só que não tem espaço, só tem espaço ali para um. Essa poltrona você olha e é super confortável, mas eu já fui familiar de paciente, ela é confortável para uma noite, para mais de uma noite as pessoas começam a sentir dores nas costas, e tem pais nosso aí que ficam meses dentro da UTIP e acaba por morar longe eles não trocam com outra pessoa, normalmente eles ficam sempre. Então, eu acho que todas as UTI deveriam ter um pouco mais de espaço e conforto. (TE7)

A UTIP é um setor onde são internadas crianças com estado de saúde graves e que necessitam de uma assistência mais complexa e de qualidade, os profissionais que ali atuam presam por um cuidado mais técnico. A assistência mecanicista foi uma das dificuldades relatadas para garantir um cuidado humanizado.

> Eu acho que pela complexidade dos pacientes as vezes o nosso cuidado se torna mecânico, por a gente ter que prestar bastante pela qualidade, pela assistência mais técnica mesmo. (E8)

A UTIP é formada por uma equipe multiprofissional, na fala abaixo evidenciou a falta de uma boa comunicação com a equipe médica e uma falta de organização com a equipe multiprofissional, esses fatores dificultam uma assistência de qualidade e humanizada aos pacientes.

> E também um pouco pela falta de troca de comunicação com a equipe médica, que os cuidados as vezes são muito impostos e não compartilhados, não tem uma coparticipação de todos para o planejamento do cuidado do paciente, é bastante técnico mesmo. Eu acho que falta um pouco, embora já tenha uma equipe multidisciplinar, mas eu acho que precisaria ser mais, precisaria ter mais rounds com uma equipe multiprofissional mesmo, com terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, todo mundopudesse conversar juntos para planejar um cuidado para o paciente mais singular. (E8)

Outro problema referido pelos participantes são as dificuldades individuais de cada

pessoa, destaca-se que em determinadas situações, como em mortes de crianças, a parte emocional dos profissionais fica abalada, o que pode ocasionar problemas psicológicos e dificulta uma assistência humanizada de qualidade.

> É que nossos pacientes são muito pequenos, então a dificuldades está em nós mesmo, porque a maioria de nós somos mulheres, a maioria de nós somos mães, então muitas vezes o emocional atrapalha na questão da assistência, de vez em quando você se coloca no lugar da mãe daquela criança e as vezes tem uma travada em alguns momentos, ou depois de tudo realizado a nossa parte psicológica fica muito abalada em relação a isso, perde um paciente, uma criança, pra nós é como a gente tivesse perdido um filho também. (E5)

> Eu acho que relacionado ao cuidado humanizado o que se tem de mais dificuldade são as dificuldades individuais e pessoais de cada um, então eu acho que quando tem alguma dificuldade é algo mais pessoal, pessoal que se identifica um pouco mais coma situação fica mais fragilizado. (E6)

Uma outra dificuldade relatada foi que em situações de emergência na unidade muitas vezes não tem nenhum profissional que possa acalmar e dar suporte ao familiar em desespero, pois toda a equipe se envolve na situação, sendo assim, a assistência ao familiar acaba ficando em segundo plano.

> Assim, eu acho que o difícil de prestar as vezes, é...não chega a ser de uma forma geral e diária, são plantões e situações, vamos supor: chega uma criança mal, as vezes acontece de vir uma criança em parada ou até dentro da própria UTIP os pais ficam aqui e diante de uma parada a prioridade é a emergência do caso, e depois se conversa com essa família, quando a gente tem número de funcionários suficiente para conseguir separar um para dar assistência para aquele pai que está em desespero se faz, mas isso não é uma realidade, geralmente a gente está com toda a equipe envolvida no paciente, então eu acho que isso é uma dificuldade pois aquele pai está em pânico, não sabe o que está acontecendo com seu filho, mas nesse momento a gente não consegue prestar o atendimento, ai é uma dificuldade, mas são em situações específicas, no todo a gente consegue dar esse atendimento pra eles, no restante dos dias. (E7)

5.7 Estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para humanizar a assistência de enfermagem na UTIP

Uma das estratégias apontadas é a inclusão da família no cuidado à criança no setor. A realização de uma reunião multiprofissional e com a presença dos pais das crianças internadas se destacou como uma estratégia de humanização. A reunião acontece todas as sextas-feiras, onde as dúvidas, anseios e queixas são ouvidas pela equipe e, dentro do possível, esclarecidas. Os familiares conhecem o real estado de saúde da criança, e quais as estratégias para participarem do seu cuidado no setor.

> Nós conversamos muito com os pais. Às sextas-feiras se têm uma reunião multidisciplinar com os pais. Então, as dúvidas, os anseios, as queixas são ouvidas e são repassadas para as equipes. A gente conversa com a equipe. (E5)

> Toda sexta-feira tem reuniões com os pais para falar como foi, o que está acontecendo, quais as estratégias para cuidar daquela criança. (E1)

Apontaram como estratégia para favorecer a adaptação da família no setor a realização de reuniões entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar. Após várias informações são repassadas aos membros da equipe, visando integrar a família e, quando necessário, a mesma é encaminhada para a assistência social e a psicologia como forma de dar-lhe apoio para o enfrentamento da internação da criança no setor.

> A gente tem nossas reuniões. Todos os enfermeiros gerenciais e aí muitas coisas sobre as crianças e as famílias que são passadas. A gente repassa para nossa equipe para a gente tentar trabalhar de uma melhor maneira e resolver os problemas, integrando melhora família na Unidade. (E5)

> Quando tem dificuldades de envolver a mãe no tratamento da criança a gente discute com a equipe multiprofissional. Então, é encaminhado para a assistência social, psicólogo. É estudada uma estratégia para auxiliar a família, dar apoio. Mas tudo em equipe. Mas tem reuniões com a psicóloga rotineiramente já envolvendo os pais. (E1)

A maioria das falas relataram como estratégia de assistência humanizada o cuidado coma família, conversar com os pais dando a possibilidade deles se abrirem e falar as

dificuldades. Subsidiar sua estada no setor, oferecendo-lhe cobertas, chá, água, sanando as dúvidas existentes, explicando as rotinas e como funcionam as regras da UTIP.

> As mães aqui elas ficam o tempo todo. Tem crianças que são moradoras. Então, tu acabas sendo meio que psicóloga ali, ajudando, conversando. (TE6)

> A gente sempre procura oferecer coberta para os pais. Nós damos a possibilidade deles se abrirem e falar para nós as dificuldades deles. É o que a gente faz. A gente sempre procura puxar assunto com eles, para que eles possam se sentir tranquilos para nos falarem o que eles precisam. (TE7)

> Atenção, a conversa, esse tipo de coisa assim também com a mãe, pois as vezes a mãe está ali muito estressada e está muito chateada. Às vezes, a gente está meia no sufoco, mas a gente para um pouquinho para olhar um pouco para a mãe e oferecer uma água, dar uma atenção, oferecer um chá. Eu acho muito importante. (TE2)

> E aqui eu enxergo a humanização muito com os familiares também, tentar sanar as dúvidas, porque os pais têm muitas dúvidas. Daí eles pesquisam na internet e nem sempre eles vêm com uma informação correta. Então, as vezes eles foram buscar, não tiveram resposta aqui que eles queriam e daí foram buscar em outros meios e acabam vindo com mais dúvidas. Eu procuro sempre sanar as dúvidas, nunca deixar os pais com dúvidas, porque com isso a gente consegue fazer uma relação de confiança com eles. Se a gente não deixar eles sem respostas eles acabam confiando, porque tu sabes o que tu estás fazendo e diminui um pouco uma implicância ou alguma coisa que eles têm com a equipe. (E6)

> Eu acho que ter uma comunicação mais aberta com os pais, pois eles podem ficar aqui. Fazer com que eles se tornem proativos junto comigo no cuidado quando eu estou prestando o cuidado, compartilhando com eles o que eu estou fazendo, informar o que eu estou fazendo. (E8)

> Agora faz muito tempo que não vem criança que conversa, faz tempo que só tem criança bem grave. Então, a gente não interage. Eu sinto um pouco de falta da interação verbal com as crianças. Então, a humanização é muito mais relacionada à família. (TE5)

> É tu saber que tens que separar um minutinho para conversar com aquela mãe, ou de repente algum procedimento você saber que vai ser mais demorado porque elas gostam bastante de conversar, gostam de indagar para ver se toda a equipe trabalha da mesma forma, e como a gente trabalha com crianças. Muitas vezes as crianças são muito pequenininhas, bebezinhos e sedados. Muitas vezes essa parte a gente acaba fazendo mais com os familiares. (E7)

> Desde a internação do paciente, a gente recebe o paciente normalmente muito grave, descompensado. A gente já conversa com os pais que a gente vai receber a criança. Vê a situação ali, estabiliza o paciente e já interage, já conversa com os pais, explica rotinas, como funcionam as regras do hospital e da UTIP. Já começa a inserir a participação dos pais dentro do contexto do tratamento do seu filho. (E9)

A criação de uma relação de confiança com a criança por meio de uma comunicação terapêutica se destacou como uma forma de humanizar a assistência. Referiram importante comunicar-se e dar atenção ao paciente fora do momento de realizar procedimentos, como forma de desmistificar a enfermagem apenas como uma profissão que realiza procedimentos dolorosos, mas também como alguém em quem confiar.

> Paro um momento o que eu estou fazendo e dou uma atenção fora do momento de fazer o cuidado. Para eles verem a gente como aquela tia que está ajudando e está brincando. Aí no momento que a gente tenha que fazer o cuidado e a medicação eles tenham confiança que eu estou ali para ajudar e não só aquela tia que chegou de branco que vai furar, que vai dar o remédio ruim. (TE3)

> Com as crianças a gente tem pouca interação por elas exigirem uma complexidade mais alta do cuidado, mas o que a gente consegue interagir mais é fazer com que a criança tenha uma relação de mais confiança comigo aos poucos. Às vezes é meio difícil porque é a gente que as vezes machuca elas com as picadas. Mas eu acho que é isso, tentar mostrar para a criança que eu não vou machucar ela. Explicar o que vou fazer, conversar. (E8)

Os profissionais procuram humanizar a assistência por meio do uso de atividades lúdicas: brincadeiras, desenhos para pintar, livros de histórias, DVDs com desenhos

animados, possibilidade de ser trazido de casa um brinquedo que a criança gosta muito. Tudo com o intuito de aproximar a Unidade do mundo infantil e para que as crianças se sintam mais próximas do que seria na sua casa, familiarizando-se com mais facilidade ao setor.

> Em relação às crianças a gente procura trazer desenhos para eles pintarem. Por exemplo, eles se entretêm bastante com os DVDs, a gente está sempre trocando se terminou. A gente brinca com eles. Tudo é relativo, porque como somos uma UTIP são várias idades (TE7)

> Entrar no mundo de fantasia da criança para conseguir trabalhar isso. Os DVDs nos ajudam muito. A gente coloca DVDs para eles assistirem, para acalmar ou para distrair em um determinado procedimento. (E6)

> A gente aqui tem bastante o cuidado de fazer essa parte assim de humanização. A gente tem vários livros de história que a gente leva para as crianças. Às vezes a gente conta ou deixa com a mãe. A gente tem pranchetas com desenhos. As vezes a genteimprime desenhos para eles pintarem. (TE2)

> Eu sou enfermeira gerência do turno da manhã, então eu fico mais com as rotinas administrativas, mas as gurias dentro do salão sempre estão tentando estimular um desenho, uma brincadeira com algum brinquedo manual. (E3)

> Eu também converso. A gente tenta usar o lúdico que é fazer com que as crianças sejam heróis, falar sobre isso com as crianças que entendem. Com os bebezinhos eu converso muito. Coloco música, a gente tem DVD, tudo para fazer com que eles se sintamos mais perto do que seria a casa deles. Então, sempre tentar usar esses artifícios. Tentar que seja algo mais da rotina e mais familiar do que o fora disso, pois eu acho que isso é fundamental até para estabilidade que o paciente vai mostrar ali. Às vezes, tu dando esse carinho e essa atenção diferenciada que muita gente acha que não faz parte das nossas atividades, faz com que eles se mantenham mais tranquilos. Isso eu percebo que se eu fizer algo que traga mais de família e mais afeto faz com que ele se mantenha mais tranquilo dentro do turno. Se a criança for mais velha eu tento jogar, trazer coisas para pintar, e perguntar coisas que gostam, algo que traga maisprazer para aquela pessoa mesmo. (TE4)

O pessoal está sempre trazendo brinquedos de casa que os filhos usam, ou passam em uma livraria e veem um livrinho e trazem para eles pintarem. (E3)

Para as crianças que não estão entubadas e estão conscientes, a gente usa contar histórias. Nós temos um processo ruim aqui porque não podemos entrar com todos os brinquedos, tudo tem que ser higienizado. Se tiver algum brinquedo particular que a criança goste muito ele tem que ser plastificado e mudado a cada turno para evitar a proliferação de bactérias. Então, a gente usa mais histórias, desenhos para pintar, galinha pintadinha (risos) e os outros vídeos de desenhos. Temos doações, são doações, mas tudo que possa ser higienizado. (E2)

Com as crianças a gente usa brinquedos, usa luvas, quando a criança tem um entendimento se conversa muito. (E9)

Principalmente por trabalhar com crianças e a nossa faixa etária é de crianças menores a maior parte das internações, então a gente trabalha com muito brinquedo junto. A gente tem muitos DVDs que foram doados por integrantes da equipe. Então, a gente tem os DVDs nos leitos que a gente pode pôr a musiquinha, desenho. Dependendo da criança pintura se pode já fazer isso. Então, a gente vai usando esses recursos juntos. Às vezes a gente monta os mobilizinhos, monta no leito para os bebezinhos ficarem olhando. Então, tratar eles com outras coisas né, desde dar um banho e colocar um lacinho na cabecinha, uma faixa ou uma meia, trazendo essas coisas assim, as vezes os pais trazem um brinquedo que a criança é mais apegada em casa. Então, a gente faz a higiene direitinho e vê se o material pode estar dentro da UTIP, e coloca junto no berço para estar mais próximo da criança. São essas coisas assim quea gente vai fazendo. (E4)

Se a criança for maiorzinha você tenta interagir. O ambiente e tudo causa medo. Elas se assustam. Imagina a gente com essas roupas brancas o tempo todo, entrando e saindo e elas sabem que quando a gente chega vai ser para fazer alguma coisa, vai furar, vai fazer alguma coisa que vai incomodar. Então, já criam uma aversão, mais aí a gente tenta fazer alguma coisa e outra, brincadeiras, caras e bocas para tentar amenizar a sensação. (E10)

E também usamos musicoterapia. (E2)

> O uso de uniformes coloridos se evidenciou como uma estratégia de humanização, pois evita que as crianças sintam medo dos profissionais.

> Eu uso uniforme colorido. O uniforme é a primeira barreira, porque senão a gente fica com aquele branco que assusta as crianças. Nosso uniforme aqui também é branco e ele já vem com aquele olhar perturbador. (TE4)

> Eu uso roupas coloridas para as crianças não terem medo. (TE3)

O uso de capas de super-heróis estimulam as crianças a caminhar e se locomoverpela unidade. Os profissionais e os pais também fazem uso das capas para incentivar as crianças.

> Por exemplo, no inverno que tinha muita pneumonia, que tinha que fazer elas saírem do leito e irem caminhar. Então, uma das coisas que a gente fez foi usar capinhas de super-heróis. A gente veste neles e veste na gente e sai caminhando. Então, isso já é um animo a mais para elas saírem do leito. (E4)

> A nossa líder desenvolveu junto com uma senhora que costura, umas capas para nossas crianças de super-heróis, de princesas, Então, dependendo do tamanho da criança a gente consegue brincar com isso também. Muitas vezes os maiorzinhos têm que caminhar na fisioterapia e não querem caminhar porque sentem dor. A gente estimula, colocando capa neles. Esses dias nós estávamos com uma mãe de capa, pois a criança não queria colocar sozinha. Então, ela botou também. (E3)

Realizar a flexibilização de horários para a realização de procedimentos e o agrupamento de procedimentos como HGT, punção, para fazer tudo em um só horário, possibilitando o repouso da criança e que ela seja incomodada o menos possível também apresenta como maneiras de humanizar a assistência.

> A gente procura fazer procedimentos agrupados. Quando tiver que fazer nós fazemos tudo em um horário só para não ficar a cada hora ou a cada duas horas “incomodando” o paciente. Então, a gente procura agrupar, faz HGT, faz punção. Sempre que possível a gente agrupa e faz tudo em um horário só. (E9)

> É pensar antes na criança. Por exemplo: eu tenho um procedimento para fazer e a criança está dormindo, acabou de dormir, ou estava chorando e acabou de se acalmar, então você dá uma priorizada. Então, não é aquela coisa eu tenho que fazer nesse horário. Se a coisa pode ser adiada é tentar adaptar os horários para o bem-estar do paciente. (TE6)

Foi referido pelos profissionais a conversa com a criança, tentando explicar o que está acontecendo e reduzir seu receio. Conversar mesmo com a criança intubada ou sedada apresenta-se como estratégia para prestar uma assistência humanizada.

> Os nossos pacientes aqui nem todos são interativos, mas eu tento explicar um pouco para eles o que está acontecendo. Tentar reduzir o receio que é obvio que eles vão ter. É um local que é tudo estranho, tem situações dolorosas e traumatizantes. Realmente, acho que isso é uma coisa que a gente tenta fazer. (E6)

> O paciente muito grave a gente não tem como interagir muito. Então, a gente interage mais com os familiares. Mas até converso com o paciente mesmo ele estando intubado ou sedado. Eu sempre me comunico e eu sinto que até a saturação,os batimentos, tudo melhora. (E2)

Distrair as crianças ajudando-as a olhar a paisagem pelas janelas, olhar a lagoa e os barcos, foi referido pela profissional como estratégia de humanização da assistência.

> Tem as janelas que são bem grandes. A gente é privilegiada aqui com aqueles janelões grandes. É bem iluminado. Então, a gente chama: _ vamos ver a lagoa? Vamos ver os barquinhos? Então, tem coisas que a gente vai trabalhando dentro da unidade. (E4)

Realizar mudanças de decúbito nos bebes para evitar lesões por pressão foi relatado como um cuidado importante por uma participante.

> Nós temos um bebê ali que não adianta ligar um DVD porque ele não gosta. É um bebê que está há bastante tempo aqui. Então, a gente procura trocar ele de lado, trocar de decúbito para não abrir ferida. A gente sempre fala com ele como se fosse tios e tias e não como enfermeira. Apesar deles serem bebes a gente sempre explica o que a gente vai fazer. Tentamos amenizar a dor

que eles estão sentindo por estarem só no leito. (TE7)

6. DISCUSSÃO

Quanto ao conceito de assistência de enfermagem humanizada verificou-se que o mesmo pode ter muitas interpretações. A humanização é permeada pela realização de um cuidado integral ao paciente, contemplando os aspectos físicos, sociais, familiares, psicológicos, indo além do cuidado técnico.

O cuidado humanizado foi evidenciado como sendo a atenção ao paciente considerando-o em sua totalidade e procurando realizar suas necessidades humanas, o que possibilita o cuidado integral. As ações de assistência humanizadas, envolvem o bem-estar do paciente, atentando- se para ouvi-lo e considerá-lo nos aspectos emocionais, psicológicos e afetivos. (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

Os profissionais demonstram em suas falas, sua preocupação em entender a criança como um todo, preocupando-se não somente com a cura de sua patologia, mas entendendo que o olhar para outros aspectos, como o psicológico, familiar, social, são essenciais para sua recuperação mais rápida. A humanização e o cuidado humanizado, envolvem comunicação einteração visando à autotransformação entre os indivíduos. Humanização é um conceito quepode ser aplicado a qualquer especto do cuidado como doença, velhice, deficiência, educação e cultura. É um assunto complexo que preocupa os enfermeiros, visto que os cuidados deenfermagem podem influenciar no sucesso ou no fracasso do tratamento. (SALAZAR, 2015)Para outros profissionais uma assistência humanizada é aquela que busca proporcionar conforto físico e emocional ao paciente e ao familiar. Para isso procuram tornar o ambiente da UTIP mais tranquilo e próximo da realidade da criança antes da internação hospitalar, atendê-la no momento em que precise, explicando o que estão fazendo e o porquê. As falas demonstram uma preocupação com o conforto da criança, conseguindo se ter um olhar holístico da assistência que é prestada. O objetivo é direcionar a assistência ao conforto físico, junto à realização de cuidados que visem diminuir a dor e o sofrimento. Essas atitudes objetivam a promoção da saúde da criança na unidade. (MICHELAN; SPIRI, 2018)

A visão holística dos profissionais fica evidenciada em suas falas, a palavra holismo tem sua origem na palavra grega *holikós* que significa todo, todo e / ou completo. É um paradigma de leitura da realidade e constitui uma proposta humanizadora que considera ao indivíduo como um todo. Essa conotação pode ser aplicada à saúde, entendendo-a como um

processo mudança contínua de acordo com os desafios ambientais e o equilíbrio dinâmico do corpo. Nesse sentido, *cuidar* terá um significado mais amplo do que a aplicação de uma técnica ou procedimento: significa atendê-lo em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, culturais entre outros, bem como em sua relação com o meio ambiente. (MIJANGOS, 2014).

Destacaram também como conceito de humanização a assistência não mecanicista, realizada de forma automática, que proporciona ao paciente algo a mais além do que só a técnica. A implementação de tecnologias e aparelhos dentro das UTIP, cada vez maior, cria uma espécie de barreira, dividindo o que é artificial do humano. Diante disso, a assistência humanizada é deixada de lado pelos profissionais, que creem que a disponibilização de técnicas já se faz eficiente no processo de melhora do paciente (COELHO et al., 2018).

A ênfase na abordagem humanizada do cuidado motiva a reflexão e análise das condutas e atitudes da equipe de enfermagem durante o cuidado, destacando a sua própria humanidade, a do paciente e de seus familiares. O respeito com os pacientes e a família foi referenciado como fundamental para uma assistência humanizada. Referiram como importante respeitar os limites da criança e agir com sinceridade e que o mesmo deve ser recíproco entre profissionais, crianças e famílias. A assistência humanizada deve ser influenciada pelo respeito, sendo ele único e digno. (AMARAL; CALEGARI, 2016). O profissional de saúde deve ter como propósito maior respeito à dignidade do ser humano e o cuidado com a sua saúde, buscando constantemente o melhor caminho para o tratamento do paciente (ZENI; MONDADORI; TAGLIETTI, 2016). A maioria dos profissionais referiu a assistência humanizada como sendo aquela que envolve também o cuidado à família da criança internada no setor. Destacaram como importante conversa com os familiares, a explicação dos procedimentos e a escuta terapêutica. A necessidade da realização de um cuidado participativo, de estarem próximos dos familiares, possibilitando a eles falarem acerca de suas ansiedades e de trocarem experiências com os profissionais acerca do cuidado à criança.

Em relação à interação do profissional de enfermagem com o paciente e seus familiares verifica-se necessidade de uma união da relação de auxílio e confiança, para que o profissional possa realizar suas verdadeiras necessidades. Assim sendo, pode-se dizer que uma

boa relação estabelecida nos primeiros encontros, entre o profissional de enfermagem e os familiares, pode oferecer um suporte melhor para ambos e para o paciente (SILVEIRA; CONTIM, 2015).

A assistência humanizada não deve ser realizada apenas com o paciente, mas também com a sua família, que se encontra frágil e em sofrimento pela situação vivida (MACHADO; SOARES, 2016). Em relação à interação do profissional de enfermagem com o paciente e seus familiares verifica-se necessidade de uma união da relação de auxílio e confiança, para que o profissional possa realizar suas verdadeiras necessidades. Assim sendo, pode-se dizer que uma boa relação estabelecida nos primeiros encontros, entre o profissional de enfermagem e os familiares, pode oferecer um suporte melhor para ambos e para o paciente (SILVEIRA; CONTIM, 2015).

Quando existe clareza sobre o que fazer e sobre a participação do paciente no cuidado, as intervenções do enfermeiro são realizadas de forma prazerosa para o paciente e seus familiares e, claro, para ele próprio, ou seja, o cuidado é realizado em meio a um familiar relacionamento caloroso e amigável que instila sentimentos de paz e confiança. Essa assistência, é entendida por muitos como uma possibilidade de resgate de características humanas como a empatia, que significa ter uma visão da visa do outro, de seus sentimentos e opiniões como se fosse utilizado o seu ponto de vista. Assim sendo, humanizar é uma forma de se colocar no lugar do paciente, resgatar e revelar características humanas como parte fundamental da assistência humanizada (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

Uma interação focada no cuidado humanizado, passa por diferentes etapas até chegar a confiança, a equipe deve conhecer os problemas e decidir sobre as intervenções convenientes, não só para resolvê-los, mas também visando condições de favoreçam as vontades, preferências e demandas das crianças. A equipe demonstra empatia pelo paciente, sua família e pela situação vivenciada. Certas atitudes e comportamentos, linguagem e até mesmo a comunicação não verbal, como o olhar e os gestos de alguém, permitem que os pacientes conheçam a posição altitudinal dos profissionais e desenvolvam uma afinidade emocional com os mesmos. A empatia nessa relação permite compreender a situação, os problemas, as demandas e as necessidades das crianças e seus familiares.

Demonstrações de empatia e identificação com a criança e sua situação são

acompanhadas de uma relação baseada na cordialidade, compaixão, gentileza e compreensão motivada, em primeiro lugar, pela alta vulnerabilidade dos pacientes e de seus familiares, bem como pela presença de sofrimento físico e emocional, o desejo de ajudar, quese transmite em ações pactuadas na busca do bem-estar do paciente.

Verifica-se que a formação acadêmica é importante para a realização de uma assistência humanizada. É necessário para que o aluno e futuro profissional de enfermagem entenda a necessidade de realizar uma assistência humanizada na sua prática profissional e como fazê-lo. A maioria das falas destacou que a formação em relação a humanização ocorreu durante a graduação e a pós-graduação.

A assistência humanizada apresenta-se como um recurso para a melhoria do cuidado, um investimento a ser inserido na formação crítico-reflexiva dos estudantes, com o intuito de desenvolver comportamentos, atitudes humanísticas e habilidades para a futura atuação diferenciada dos profissionais, os quais poderão colocar em prática os princípios do SUS ao formarem vínculo e compromisso com o paciente, o transformando em cogestor do cuidado, resultando em uma assistência de enfermagem humanizada e eficiente (RODRIGUES; CALEGARI, 2016).

> Uma profissional referiu ter tido uma disciplina específica sobre humanização durante a graduação. Projetos de pesquisa e extensão realizados durante a graduação foramrelatados como importantes para a formação do profissional para realizar uma assistência humanizada. Alguns participantes referiram ter o primeiro contato com a humanização durante os estágios curriculares da graduação, os quais contribuíram efetivamente para que hoje eles se tornem profissionais que realizam uma assistência humanizada. Outros profissionais relataram que durante sua formação foi pouco falado sobre humanização e de uma maneira muito superficial.

Apesar de que a PNH tenha como um dos seus eixos norteadores a implementação por parte das instituições formadoras de profissionais, de disciplinas que abordem o tema humanização, na prática o que se vê é este assunto sendo discutido de forma ainda superficial, sendo que, muitas vezes, ao final da disciplina os alunos se surpreendem com a amplitude e a importância do tema (MACHADO; SOARES, 2016).

Uma participante referiu que sua formação para realizar uma assistência humanizada se deu através de preparações e estudos para realizar concursos públicos. Foi evidenciado em algumas falas que alguns profissionais não tiveram uma formação para realizar uma assistência humanizada e tudo que sabem aprenderam na prática profissional. No processo de formação em saúde, é importante o investimento nas práticas de humanização com inserção

de conteúdos relacionados à temática nas grades curriculares dos cursos. A presença atuante do professor faz toda a diferença. A utilização da metodologia de ensino pelo exemplo do docente pode interferir motivar o aluno a realizar mudanças nas práticas de saúde, agindo diretamente nas práticas de cuidado que os alunos estabelecem com os pacientes (ANDRADE;ARTMANN; TRINDADE,2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua idealização até momentos atuais, tem tido grandes avanços, como por exemplo, a construção de um modelo de atenção pautado na integralidade de ações, regionalização de serviços e participação popular. A formação dos profissionais de saúde deve atender a essas mudanças, pautando-se especialmente numa formação qualificada e humanizada, a fim de aprimorar as ações e os serviços de saúde dentro do SUS (BRASIL, 2012).

A partir deste cenário, os cursos de formação em saúde devem fomentar a humanização enquanto estratégia de ensino na grade curricular, para assim formar recursos humanos que atuem na produção de saúde pautada nos princípios do SUS, idealizados no movimento da reforma sanitária brasileira (CARDOZO; MUNARI, 2005).

No que se refere à enfermagem, tem como objeto de ciência e prática o cuidado; portanto, o tema da humanização perpassa os debates que importam à área, mormente quando se pensa na formação profissional. O campo da formação deve propiciar discussão e debate sobre as políticas e os conceitos que as sustentam, com ênfase na responsabilidade social da enfermagem (DE KONIC; BLONDEAU, 2013).

Práticas de humanização devem fomentar debates no processo de formação do enfermeiro. A academia deve propiciar espaços de cuidado construídos com os outros profissionais e usuários, de modo que os profissionais estejam capacitados para atuar diante do cotidiano desafiador do SUS. Além disso, há desafios a serem enfrentados no contexto da formação, quando o processo ensino-aprendizagem se dá de uma forma e a execução nos espaços da prática de outra, não havendo articulação entre o que se aprende em sala de aula com o que se efetiva na prática (CARVALHO, 2013).

Assim, torna-se possível a formação de profissionais não apenas do ponto de vista técnico, mas com condutas e posturas diferenciadas, norteadas pela ética e pela humanização, independentemente do local onde o profissional esteja inserido (REIS; SENA; FERNANDES,2016).

Em relação às formas capacitação para a realização de uma assistência humanizada foi evidenciado que capacitar a equipe para realizar uma assistência humanizada é fundamental para um cuidado de qualidade ao paciente. Foi relatado por alguns

profissionais que antes da abertura da UTIP a equipe multidisciplinar chamada pelo concurso realizou uma capacitação durante um mês, nessa capacitação foi abordado o tema humanização.

Tratar de pacientes graves requer treinamento e capacitação da equipe, pois, tal gravidade carrega consigo situações complexas que exigirão algumas habilidades dos profissionais. De acordo com essa linha de raciocínio, antes de se trabalhar com o paciente crítico, deve-se trabalhar com o profissional de saúde, para que ele saiba lidar com as situações adversas que aparecerem no seu cotidiano de prática (OLIVEIRA et al., 2018).

Dois profissionais referiram ter realizado cursos de capacitação que abordava o tema humanização. Um profissional relatou que existem cursos virtuais que a empresa fornece aos funcionários periodicamente, entre eles o de humanização. Verifica-se, assim, que um dos parâmetros fundamentais para a humanização são os processos educativos permanentes, continuados ou de reciclagem, que possibilitam o aperfeiçoamento das práticas, melhoram as relações interpessoais entre equipe, familiares e usuários e tornam-se objetos de transformação para a melhoria da qualidade do serviço na UTI (MORAES et al., 2017).

Para que a humanização se efetive na prática é necessário que haja trabalho em equipe, valorizando a inclusão de todos os sujeitos protagonistas dos cenários de saúde. Para tanto, já no processo de formação dos profissionais, todos os integrantes devem vivenciar espaços que propiciem o aprendizado e os desafios de atuarem em equipe.

A maioria dos participantes referiu não ter realizado nenhuma capacitação sobre humanização. O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores pode diminuir as possibilidades de um processo crítico, contextualizado e criador de novas ações em saúde (NASCIMENTO et al., 2015). A UTIP trata de pessoas em condições de vulnerabilidade e em risco iminente de morte. Nesse contexto, a equipe de enfermagem precisa ser capacitada para uma assistência integral, desde o conhecimento científico até as ações diretamente ligadas à humanização (OLIVEIRA et al., 2018).

A conversa entre a equipe e as reuniões multidisciplinares foram evidenciadas pelos profissionais como sendo, também, formas de capacitá-los para realizar uma assistência de enfermagem humanizada.

A escuta, é fundamental para humanizar a arte do cuidar, pois a empatia demostra uma valorização dos aspectos pessoais mais evidenciados, do que os aspectos tecnológicos. Uma equipe com um bom relacionamento, é positiva para melhorar a qualidade da prestação de cuidados na assistência, as condições favoráveis de trabalho, o incentivo a criação de

espaços de encontro, os quais permitam aos profissionais o compartilhamento de ideias e sentimentos, são benéficas e visam estratégias para uma efetiva assistência humanizada. (CHERNICHARO, SILVA, FERREIRA, 2015)

Sobre as facilidades para garantir uma assistência humanizada verificou-se que há fatores que favorecem a realização da assistência humanizada que pela equipe de enfermagem. O fato da Unidade ter poucos pacientes (no máximo 10), ser uma unidade pequena, ter uma boa carga horária e o fato de cada profissional ficar com apenas uma criança comparado a outros setores foram referidos pelos participantes como facilitadores para a realização de uma assistência humanizada. O atendimento humanizado faz-se presente quando o local de trabalho conta com um quantitativo suficiente de pessoas nos afazeres do setor, evitando a sobrecarga de trabalho e assegurando a qualidade do serviço (RODRIGUES,CALEGARI, 2016).

No entanto, na terapia intensiva esse ato torna-se um desafio, principalmente entre os membros da equipe. Isso ocorre pelo fato de que esse ambiente possui um aparato tecnológico intenso e complexas situações que envolvem os profissionais em uma rotina que exige um cuidado contínuo.

Outra facilidade destacada pela maioria dos profissionais é o trabalho com uma equipe multidisciplinar, formada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos e enfermeiras. Essa equipe faz com que o cuidado seja integral e que a assistência se torne mais humanizada dentro da UTIP. Destacaram que a troca de experiências entre os membros da equipe favorece a humanização da assistência no setor. No cenário da prática, é possível observar uma auto-organização estrutural das UTI, tanto na composição do ambiente como na área de recursos humanos, formada por equipes multiprofissionais especializadas que, integradas aos avanços tecnológicos, possibilitam melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada (MEDEIROS et al., 2016).

A remuneração salarial boa foi referida pelos participantes como um fator facilitador, pois faz com que os profissionais tenham apenas um emprego e não tenham interesse em procurar outro serviço. Para o profissional realizar uma assistência de qualidade e humanizada é fundamental que o mesmo tenha boas condições de trabalho, que valorize suacategoria e tenha uma remuneração justa para que não seja preciso submeter-se a doisempregos ou mais e uma carga horária semana de trabalho excessiva (JÚNIOR et al, 2015).Destacou-se também como facilidade para uma assistência humanizada uma boa relação de comunicação com a liderança, uma acessibilidade de conseguir conversar e expor

se tem algo que está incomodando o profissional, e de mostrar um outro ponto de vista e ser ouvido. A gestão participativa merece destaque nessa discussão, a própria PNH prevê, nas suas estratégias gerais, a promoção de ações que levem à participação dos trabalhadores nas decisões em saúde, para que estes se sintam partícipes do processo. Traduz-se então, em um trabalho coletivo em busca de ações planejadas, estratégicas e resolutivas, implicando, dessa forma, em uma melhor qualidade da gestão e, por conseguinte, da atenção (NASCIMENTO et al., 2015).

A colaboração e o comprometimento da equipe foram referidos pelos participantes como fator facilitador, pois todos trabalham com o mesmo objetivo e tem um carinho muito grande por todas as crianças que passam pela UTIP. O trabalho em equipe também é uma estratégia de organização da humanização, que se traduz em qualidade na atenção integral às necessidades das pessoas assistidas. Portanto, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem devem valorizar o trabalho em equipe como estratégia de interação para o cuidado à criança hospitalizada (PEREIRA et al.,2018).

Outros participantes destacaram que a política do hospital é um fator facilitador, pois ele é voltado para a questão da humanização, devido o mesmo ser credenciado como amigo da criança pelo Ministério da Saúde e também por projetos como as amigas do HU, que conseguem por meios de jantares beneficentes e pedágios arrecadar recursos para a instituição. Uma profissional referiu a estrutura física da UTIP e a vista das janelas como facilidades, pois durante as sessões de fisioterapia as crianças se distraem olhando a lagoa e os barcos enquanto fazem os exercícios.

Foi referido também a ajuda da brinquedoteca do hospital e os recursos disponíveis na UTIP como livros, brinquedos, DVDs, rádios com pendrive. O brincar no contexto da hospitalização infantil tem como objetivo diminuir o estresse, liberar a afetividade e expor as emoções da criança internada, mostrando-se como uma estratégia eficaz, pois a criança libera sua criatividade, recria o mundo e explora seus limites. Salienta-se que, a ludoterapia possibilita que a permanência da criança internada seja menos dolorosa, reconhecendo seus medos e trabalhando seus sentimentos de uma forma que a induza a exprimir preocupações, entender momentos de estresse ou novas aprendizagens e, dessa maneira, fortalecer a realização do tratamento (SILVA et al, 2018).

Quanto às dificuldades encontradas para garantir uma assistência humanizada verificou-se que as dificuldades existentes nas unidades hospitalares impedem que os profissionais prestem uma assistência humanizada aos pacientes, várias foram as dificuldades relatadas, mas alguns profissionais referiram não encontrar dificuldades para realizar a

humanização no setor.

A falta de empatia e motivação foi relatado por alguns profissionais como sendo um fator que dificulta a humanização da assistência. A desmotivação foi relacionada por uma das participantes com os profissionais que ainda não têm filhos, pois segundo ela os que possuem filhos apresentam-se mais motivados a realizar uma assistência humanizada.

O saber do profissional de se colocar no lugar do paciente, chamado de empatia, faz uma associação direta a uma assistência humanizada, pois existe uma junção das concepções de valores, os quais esclarecem a compreensão e as expectativas do ser que recebe o cuidado.(CHERNICHARO et al, 2014)

> O pouco tempo e a falta de profissionais foram evidenciados como dificuldades, pois favorece a sobrecarga de trabalho e com isso a assistência humanizada acaba ficando um segundo plano. As atividades intensas que o enfermeiro executa na UTI podem conferir pouco tempo para um contanto humano mais íntimo com o paciente (MORAES et al., 2017).

A gestão de pessoas na área da enfermagem, em instituições hospitalares é importante para garantir os recursos humanos, suficientes e competentes, para a manutenção da qualidade da assistência e desenvolvimento das atividades laborais de enfermagem, sendo fundamental que os gerentes de enfermagem participem ativamente do processo de gestão de pessoas, evitando a sobrecarga de trabalho proporcionando, consequentemente, um aumento da segurança do paciente (MICHELAN; SPIRI, 2018).

A sobrecarga de trabalho, relatada em uma fala também se apresenta como uma dificuldade, pois o profissional fica muito concentrado em todas as obrigações que deve realizar e não tem tempo para prestar uma assistência humanizada ao paciente. Se a demanda de trabalho é alta e em contrapartida a mão de obra é escassa, a condição do atendimento será prejudicada. Por mais que se atenda a todos, certamente, nem todas as necessidades serão atendidas, cooperando para o caos que se vive no serviço público de saúde, o qual ainda precisa avançar muito para assegurar os princípios do SUS, bem como a humanização da assistência (NASCIMENTO et al., 2015).

As atuais transformações do mundo do trabalho acarretam consequências diretas na vida e saúde dos trabalhadores, de forma incisiva e, em sua maioria, negativamente. O aumento do ritmo de trabalho implica em consumo de energia física e psicológica desses levando-os a desenvolver um quadro de estresse em sua vida pessoal e profissional.

O estudo sobre o significado do cultural do cuidado humanizado em UTI para a equipe de enfermagem, demonstra que além da técnica, amor ao próximo como a si mesmo, empatia, e o respeito ao paciente e sua família, como elementos de dignidade e humanização, ocorre

mais facilmente quando a empatia é existente nos estabelecimentos de saúde com a equipe. É necessário que o ambiente na unidade e hospital seja agradável, pois influencia no bem-estar das pessoas, pacientes, equipe, família. Informam ainda que o cuidado humanizado compreende diálogo, informação e singularização da atenção. (VILA; ROSSI, 2015)

Em um ambiente de trabalho como o hospitalar, a comunicação seja verbal ou não-verbal faz parte do processo de cuidar em enfermagem, uma vez que potencializa a interação entre a equipe, os pacientes e familiares, por isso precisa ser conduzida com ética e zelo a fim de tornar as relações humanas mais harmônicas. (BAGGIO,2007)

Dentre as dificuldades apontadas pelos profissionais de enfermagem para a prestação de uma assistência humanizada destacam-se aquelas referentes à sobrecarga de trabalho em virtude da quantidade insuficiente de profissionais para atender a demanda existente (MORAES et al.,2017). Sabe-se que a qualidade do cuidado não é garantida somente pela qualificação de seus profissionais, mas também pela quantificação destes para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas (MEDEIROS et al., 2016).

A dificuldade mais relatada pelos profissionais foi em relação ao convívio com o país das crianças internadas. Na UTIP é liberada a presença de um familiar que pode ficar vinte e quatro horas por dia ao lado da criança. Para os profissionais os pais dificultam a assistência humanizada, pois fazem muitos questionamentos e passam a impressão de não confiarem no profissional, não compreendem as condutas de saúde e muitas vezes tratam os mesmos com desrespeito. Ao mesmo tempo, embora os profissionais reconheçam a importância de presença da família junto ao paciente, na prática, muitas vezes, ela é vista como um entrave para a manutenção das rotinas nas UTIP (MACHADO; SOARES,2016).

A criação de um vínculo de confiança com a criança se destacou como uma dificuldade. Para a participante após a criação do vínculo realizar a assistência humanizada se torna fácil. Um estudo realizado na Noruega, demonstra o desafio das enfermeiras frente a realização de procedimentos em crianças. A valorização da criança, a busca do consentimento das mesmas sem coagi-las, bem como, a participação dos pais, durante a realização dos procedimentos, foram estratégias encontradas para o sucesso na realização do trabalho sem causar traumas as crianças. (SUNDAL, 2020)

A falta de espaço e conforto para os pais na UTIP se destacou como uma dificuldade para garantir uma assistência humanizada, visto que muitos pais ficam durante longos períodos com os filhos internados na unidade. A UTIP promove o acompanhamento dos pais à criança durante seu período de internação, sendo um direito garantido. Contudo, em alguns hospitais a infraestrutura prejudica o acompanhamento. Deste modo, são necessárias estratégias

visando viabilizar a permanência dos pais com maior conforto (MORAIS; SOUZA; OLIVEIRA, 2015).

A UTIP é um setor onde são internadas crianças com estado de saúde graves e que necessitam de uma assistência mais complexa e de qualidade, os profissionais que ali atuam presam por um cuidado mais técnico. A assistência mecanicista foi uma das dificuldades relatadas para garantir um cuidado humanizado. Verifica-se que em muitas UTIP ainda prevalece o cuidado técnico positivista. A complexidade da assistência no ambiente da UTIP ainda se concentra na alta tecnologia, com a finalidade de satisfazer primeiro as necessidades biológicas dos pacientes, caracterizando outra dificuldade em proporcionar um cuidado humanizado (RIBEIRO et al., 2016).

A UTIP é formada por uma equipe multiprofissional. A falta de uma boa comunicação com a equipe médica e a falta de organização da equipe são fatores dificultadores de uma assistência de qualidade e humanizada aos pacientes. A falta de informações também e um problema a ser identificado pelos trabalhadores de enfermagem sobre os agentes de riscos peculiares ao ambiente de trabalho. Desta forma, estratégias que favoreçam a transferência segura de informações nas trocas de plantões, também se mostram necessárias, para uma melhor condição de trabalho bem como segurança ao paciente (MICHELAN; SPIRI, 2018).

As relações interpessoais no trabalho, tanto entre a equipe de enfermagem quanto entre a multiprofissional quando não se desenvolvem satisfatoriamente, produzem um ambiente de trabalho desfavorável que interfere em todo o processo laboral, gera insatisfação no profissional, e, em consequência, dificultam a humanização entre os trabalhadores (MARTINSet al., 2015).

Outro problema referido pelos participantes são as dificuldades individuais de cada pessoa, destaca-se que em determinadas situações, como em mortes de crianças, a parte emocional dos profissionais fica abalada, o que pode ocasionar problemas psicológicos e dificulta uma assistência humanizada de qualidade.

Os enfermeiros, apesar de vivenciarem quase que diariamente casos de morte, eles não estão preparados para lidar com a situação, pois durante a vida acadêmica, a ênfase é dada somente para a promoção, prevenção da vida, pouco se prepara para o processo de morrer e a morte. (AGUIAR et al., 2006) Apesar da morte ser um evento comum dentro do cotidiano na UTIP, existe a dificuldade do profissional, não apenas em aceitar, mas como manejar de modo adequado a situação, sobretudo, quando envolve uma criança e sua família. (POLES; BOUSSO,2006)

Uma outra dificuldade relatada foi que em situações de emergência na unidade muitas vezes não tem nenhum profissional que possa acalmar e dar suporte ao familiar em desespero, pois toda a equipe se envolve na situação, sendo assim, a assistência ao familiar acaba ficando em segundo plano.

Um estudo que traz relatos de enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva, o qual descreve uma supervalorização dos cuidados técnicos, se relacionados aos aspectos psicossociais e espirituais. No entanto, existe a preocupação pelo sofrimento da família diante da perda, e a clareza de compreender a morte como parte do ciclo da vida, repensando assim o cuidar/cuidado como essência da enfermagem. (SILVA;CAMPOS;PEREIRA, 2011)

Em relação às estratégias utilizadas para humanizar a assistência foi apontada é a inclusão da família no cuidado à criança no setor como importante nesse especto. A inclusão da família em tempo integral no ambiente hospitalar, e sua participação no cuidado com a criança têm desencadeado novas formas de organizar a assistência à criança hospitalizada, tornando essencial a ampliação do foco da assistência, que antes era restrito à criança isoladamente, estendendo a atenção da enfermagem para a família e os demais cuidadores (PEREIRA et al.,2018).

O envolvimento da equipe de saúde com as famílias dos pacientes é um importante pré-requisito para a humanização, visto que quando há uma boa relação entre profissionais e familiares, facilita-se o processo de participação familiar no tratamento e consequente recuperação do paciente (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

A realização de uma reunião multiprofissional e com a presença dos pais das crianças internadas se destacou como uma estratégia de humanização. A reunião acontece todas as sextas-feiras, onde as dúvidas, anseios e queixas são ouvidas pela equipe e, dentro do possível, esclarecidas. Os familiares conhecem o real estado de saúde da criança, e quais as estratégias para participarem do seu cuidado no setor. Nestas reuniões várias informações são repassadas pelos membros da equipe, visando integrar a família e, quando necessário, a mesma é encaminhada para a assistência social e a psicologia como forma de dar-lhe apoio para o enfrentamento da internação da criança no setor. O acolhimento é uma maneira de confortar o paciente e família, pois ao interagir o profissional escuta as necessidades do usuário buscando entendê-las, supri-las e isso permite que a humanização aconteça. Acolher deve fazer parte do tratamento e ser oferecido continuamente por qualquer integrante das equipes de saúde (AMARAL; CALEGARI, 2016).

A maioria das falas relataram como estratégia de assistência humanizada o cuidado

coma família, conversar com os pais dando a possibilidade deles se abrirem e falar as dificuldades. Subsidiar sua estada no setor, oferecendo-lhe cobertas, chá, água, sanando as dúvidas existentes, explicando as rotinas e como funcionam as regras da UTIP. A experiência de ter um filho hospitalizado é bastante dolorosa tanto para a criança como para seus pais. Por isso, há por parte do trabalho dos profissionais que atuam nessa área a preocupação inerenteem assistiras famílias de maneira humanizada (VILLA et al., 2017).

A criação de uma relação de confiança com a criança por meio de uma comunicação terapêutica se destacou como uma forma de humanizar a assistência. Referiram importante comunicar-se e dar atenção ao paciente fora do momento de realizar procedimentos, como forma de desmistificar a enfermagem apenas como uma profissão que realiza procedimentos dolorosos, mas também como alguém em quem confiar. Percebe-se em seus resultados que a enfermagem mantém a essência da profissão, que é o cuidar do outro com preocupação e o faz por meio da comunicação terapêutica efetiva, considerando a presença de sentimentos humanos nas ações de cuidar tão importantes quanto as atividades técnicas (MORAES et al., 2017).

Os profissionais procuram humanizar a assistência por meio do uso de atividades lúdicas: brincadeiras, desenhos para pintar, livros de histórias, DVDs com desenhos animados, possibilidade de ser trazido de casa um brinquedo que a criança gosta muito. Tudo com o intuito de aproximar a Unidade do mundo infantil e para que as crianças se sintam mais próximas do que seria na sua casa, familiarizando-se com mais facilidade ao setor. As estratégias para o desenvolvimento da humanização, como as práticas lúdicas podem ser transformadoras. Essas práticas podem converter alguns elementos negativos da doença e da hospitalização em elementos ou momentos positivos, representando a transição da angústia para a alegria. As práticas lúdicas possuem um papel importante na vida da criança hospitalizada bem como ferramenta para o profissional de enfermagem, visto que, é possível cumprir o seu trabalho inserindo a humanização como peça importante na interação entre paciente e o hospital (PEREIRA et al.,2018).

O uso de uniformes coloridos foi evidenciado como uma estratégia de humanização na UTIP, pois evita que as crianças sintam medo dos profissionais. O uso de capas de super-heróis estimulam as crianças a caminhar e se locomover pela unidade. Os profissionais e os pais também fazem uso das capas para incentivar as crianças. O estudo de Silva et al (2018), também mostrou que os profissionais de saúde usam os jalecos coloridos estampados com personagens infantis como uma estratégia para diminuir o medo que as crianças sentem no momento da realização de procedimentos (SILVA et al., 2018).

A utilização da ludicidade, da afetividade e da interação do profissional com os familiares das crianças, durante o atendimento pediátrico, demonstra uma estratégia prática e que exige pouco investimento. Essa estratégia é facilmente acessível a qualquer âmbito da enfermagem, sem necessidade de muitos esforços. (ZENI; MONDADORI, TAGLIETTI, 2016).

Realizar a flexibilização de horários para a realização de procedimentos e o agrupamento de procedimentos como HGT, punção, para fazer tudo em um só horário, possibilitando o repouso da criança e que ela seja incomodada o menos possível também apresenta como maneiras de humanizar a assistência. Durante a hospitalização uma das situações mais estressantes pelas quais as crianças passam é a realização de procedimentos, o que as deixam ansiosas, inseguras e com medo, expressando-se por meio de choro, raiva e agressão (PEREIRA et al.,2018). Estudo acerca do efeito da manipulação excessiva da criança na UTI reforçou a importância do cuidado voltado as sinalizações comportamentais do mesmo, do agrupamento das atividades a fim de proporcionar ambiente que favoreça seu descanso durante a hospitalização (MAKI et al., 2017).

Foi referido pelos profissionais a conversa com a criança, tentando explicar o que está acontecendo e reduzir seu receio. Conversar mesmo com a criança intubada ou sedada apresenta-se como estratégia para prestar uma assistência humanizada. Utilizar a comunicação interpessoal como estratégia de cuidar faz com que o profissional da enfermagem auxilie o paciente no enfrentamento de seu processo de adoecimento. Pode utilizar como estratégica a comunicação verbal e não verbal para subsidiar o cuidar humanizado em enfermagem, sendo esta comunicação verbal empregada como fio condutor para proporcionar apoio, segurança, confiança, transmitir força e esperança. (MORAES et al., 2017).

Distrair as crianças ajudando-as a olhar a paisagem pelas janelas, olhar a lagoa e os barcos, foi referido pela profissional como estratégia de humanização da assistência. A teoria humanística não se baseia somente em conceitos primitivos, mas traz novos horizontes, que permitem um olhar ao cuidado como: encontro, relação, presença, chamado e resposta, objetos, tempo e espaço. (ROLIM et al, 2005).

Realizar mudanças de decúbito nos bebes para evitar lesões por pressão foi relatado como um cuidado importante por uma participante. Em UTIP, os pacientes revelam alto risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, pois são considerados críticos, apresentando instabilidade e risco de falência de um ou mais sistemas fisiológicos. Devido à restrição mecânica ou a quadros patológicos, como, paralisia, coma, dor, trauma e sedação, apresentam

déficit de mobilidade que os restringe ao leito, requerendo cuidados contínuos em busca da manutenção da integridade da pele e tecidos subjacentes (BARBOSA; BECCARIA; POLETTI,2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou conhecer o significado do cuidado humanizado na percepção dos profissionais da equipe de enfermagem, no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Verificou-se que a humanização é permeada pela realização de um cuidado integral ao paciente, contemplando os aspectos físicos, sociais, familiares, psicológicos, indo além do cuidado técnico. É aquela que busca proporcionar conforto físico e emocional ao paciente e ao familiar. Contempla uma assistência não mecanicista, realizada de forma automática. Envolve também o cuidado à família de forma respeitosa e empática.

A formação acadêmica foi referida como importante para a realização de uma assistência humanizada. Os profissionais se capacitaram para a realização de uma assistência humanizada por meio da realização de um curso específico acerca do tema no local de trabalho e cursos virtuais. Mas a maioria dos participantes referiu não ter realizado nenhuma capacitação sobre humanização. Capacitam-se, também, por meio de conversas entre a equipee de reuniões multidisciplinares.

Citaram como facilidades para garantir uma assistência humanizada o reduzido número de pacientes do setor, ter uma boa carga horária, o fato de cada profissional ficar com apenas uma criança, o trabalho em equipe multidisciplinar , a troca de experiências entre os membros da equipe, a remuneração salarial boa, uma boa comunicação com a liderança, a colaboração e o comprometimento da equipe, o hospital ser voltado para a questão da humanização, a estrutura física da UTIP e a realização de atividades lúdicas.

Alguns profissionais referiram não encontrar dificuldades para realizar a humanização no setor. No entanto, a falta de empatia e motivação, o pouco tempo e a falta de profissionais, o convívio com o país das crianças internadas, a criação de um vínculo de confiança com a criança devido a sua gravidade, a falta de espaço e conforto para os pais na UTIP, a prestação de um cuidado mais técnico e de uma assistência mecanicista, as dificuldades individuais de cada pessoa em trabalhar com determinadas situações e não ter nenhum profissional que possa acalmar e dar suporte ao familiar durante as situações de urgência foram referidos como dificuldades.

Como estratégias utilizadas para humanizar a assistência destacaram a inclusão da família no cuidado à criança no setor, a realização de reuniões entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar com os pais, a criação de uma relação de confiança com a criança por meio de uma comunicação terapêutica, o uso de atividades lúdicas, a flexibilização de horários para a realização de procedimentos e o agrupamento de procedimentos, a conversa com a criança, tentando explicar o que está acontecendo para reduzir seu receio e a realização de mudançasde decúbito para evitar lesões por pressão.

Os dados possibilitaram concluir que a assistência de enfermagem na UTIP é complexa. Para a equipe o conceito de humanização da assistência é amplo e contempla tanto a criança quanto a família. A abordagem da temática durante a formação acadêmica é referida como importante, mas ainda se dá de forma superficial. O fato da maioria dos profissionais da equipe formar-se antes do advento da PNH indica a possibilidade dos novos profissionais terem tido uma formação mais direcionada à humanização. No entanto, verificou-se a necessidade de realizarem capacitações acerca da temática, apesar de termos verificado seu interesse e participação em cursos de Educação Continuada e Permanente.

Apesar das facilidades citadas pelos profissionais, sendo a principal ser a humanização parte da política do HU, ainda há muitas dificuldades a serem superadas. Os profissionais precisam enfrentar o desafio de atuarem com crianças em estado crítico e seus pais, minimizando seu sofrimento, qualificando a assistência e sendo parte de sua rede de apoio neste momento. Precisa haver um esforço no sentido de melhorar a estrutura física da unidade de forma garantir o conforto para a permanência da família nas 24 horas do dia de forma que esta não se constitua como elemento de desumanização.

A humanização da assistência faz parte da preocupação dos profissionais atuantes na unidade, tendo em vista as diversas estratégias utilizadas pelos mesmos para prestar um cuidado de qualidade. Verificou-se que os membros da equipe de enfermagem consideram a prática humanizada na UTIP importante, enfrentando desafios para cuidar a criança em estado crítico e sua família. Acredita-se que o conhecimento produzido neste estudo possibilitará a discussão acerca da temática entre os membros da equipe de enfermagem, qualificando o seufazer.

Apresenta-se como limitação do estudo ter sido realizado em um único contexto e coma participação apenas da equipe de enfermagem. Sugere-se a realização de novos estudos que contemplem a percepção de toda a equipe multidisciplinar atuante no setor e em outras UTIP acerca da temática com o enfoque, principalmente, nas estratégias utilizadas para

humanizar assistência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Isabella Rocha et al. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, p. 131-137, 2006. acesso 2021 Ago 14] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a02v19n2.pdf

ALONSO-OVIES, Ángela; LA CALLE, Gabriel Heras. ICU: a branch of hell?. **Intensive caremedicine**, v. 42, n. 4, p. 591, 2016. DOI: https://www.proquest.com/openview/4c372c1af70781eee2a5f19766266c5a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=48752

ALVES, Cristina Garcia Lopes; MARTINEZ, Maria Regina. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 159-169, 2016.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; ARTMANN, Elizabeth; TRINDADE, Zeidi Araujo. Humanization health at emergency service in a public hospital: comparison on social representation of professional before and after training. **Ciencia & saude coletiva**, v. 16, p. 1115, 2011. acesso em 06 agosto 2021 Disponivel em: » http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700043

ASPESBERRO, François; MANGIONE-SMITH, Rita; ZIMMERMAN, Jerry J. Health-relatedquality of life following pediatric critical illness. **Intensive care medicine**, v. 41, n. 7, p. 1235-1246, 2015. DOI: https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-015-3780-7

AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; LANÇONI, Antônio Carlos; CREPALDI, Maria Aparecida. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3653-3666, 2017. DOI: https://web.archive.org/web/20200323101345id_/https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n11/3653-3666/pt

BAGGIO, Maria Aparecida. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des) cuidado de sido profissional de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 409, 2007. Acesso em 14 agosto 2021. Disponível em http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4695/259

BRAGA, Lorena Carvalho et al. Demandas de atenção do enfermeiro em unidade de terapia intensiva pediátrica: uma investigação qualitativa. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 4, p. 52-57, 2015. DOI: https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/103

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez.2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização.** 1ª edição, 1ª reimpressão, Brasilia – DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 23 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critériosde classificação para as unidades de tratamento intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 13 de agosto de 1998. Seção I, p. 109-10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 23 de abril de 2020. Seção 1, p. 90.

BRASIL. Ministéro da Educação. **Análise sobre a expansão das universidades federais 2003a 2012. Relatório da Comissão Constituída pela Portaria nº 126/2012. Brasília: MEC**; 2012. [acesso em 02 agosto 2021]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_ docman&view=download&alias=12386- analise-expansao-universidade-federais-2003-2012- pdf&Itemid=30192

CARDOZO, Elizabeth Esperidião; MUNARI, Denize Bouttelet. A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 163-170, 2005.

CARVALHO, Vilma de. Sobre a identidade profissional na Enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 24-32, 2013.acesso em 23 abr.2021]; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea03.pdf

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 156-162, 2014. acesso em 13 março 2021]; Disponível em: http://dx.doi. org/10.5935/1414-8145.20140023

COUTINHO, Milena Oliveira; LIMA, Indiara Campos; BASTOS, Rodrigo Almeida. Terapia do riso como instrumento para o processo de cuidado na ótica dos acadêmicos de enfermagem. **ABCS health sci**, p. 163-167, 2016. doi: http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v41i3.906

DA SILVA, Vanilson Pereira; MAIA, Maria Zoreide Britto. Humanização em unidades de terapia intensiva: a importância da análise de estressores para pacientes internados. Revisão deliteratura. **AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH**, v. 3, n. 4, p. 32 a 35-32 a 35, 2015. DOI: http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/990

DE ANDRADE SAMPAIO, Allana et al. Cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais. **Rev Rene**, v. 18, n. 4, p. 515-520, 2017. DOI:https://www.redalyc.org/jatsRepo/3240/324053756013/324053756013.pdf

DE KONINC, T.; BLONDEAU, D. Dignité et respect de la personne humaine. **Blondeau D, direction. Ethique et soins infirmiers. Montreal. Presses de l'université de Montreal**, p. 61-95, 2013.

DE MORAES, Adrelina Maria Machado et al. Importância da assistência de enfermagem humanizada. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN**,
v. 2178, p. 2091, 2017. DOI: http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/REAS68.pdf

DE NEGREIROS RODRIGUES, Elcy; DE CARVALHO OLIVEIRA, Edneya Raylany; DE SOUSA JULIÃO, Alcineide Mendes. Assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção do acompanhante. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 4, p. 39-49, 2015. DOI: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/492

DO AMARAL, Lídia Faria Prado; CALEGARI, Tatiany. Humanização da assistência de enfermagem à família na unidade de terapia intensiva pediátrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2016. DOI: https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483653826010/483653826010.pdf

DO NASCIMENTO, Francisneide Gomes Pego; DA SILVA, Vilma Ribeiro. Importância da

visita à criança em unidade de terapia intensiva pediátrica: opinião dos acompanhantes. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3920-3927, 2017. DOI: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/25367/pdf

DOCA, Fernanda Nascimento Pereira; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz. Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 17, n. 37, p. 167-179, 2007. doi: https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000200002.

DOS SANTOS, Emilenny Lessa et al. Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018. DOI: https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/23680

DOS SANTOS, Priscila Mattos et al. A percepção da criança hospitalizada quanto ao ambiente da unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 3, n. 1, p. 331-40, 2020. DOI: https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/19 Acesso em 10 jun. 2021.

EVANGELISTA, Viviane Canhizares et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, p. 1099-1107, 2016. DOI: https://www.scielo.br/j/reben/a/X6SSkkfXsxNVPQd5qcBk6Yz/?lang=pt

FERREIRA, José Hernevides Pontes; DO AMARAL, João Joaquim Freitas; DE OLIVEIRA LOPES, Márcia Maria Coelho. Equipe de enfermagem e promoção do cuidado humanizado em unidade neonatal. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 741-749, 2016. DOI: http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/6455

GARCÍA-SALIDO, A.; LA CALLE, G. Heras; GONZÁLEZ, A. Serrano. Narrative review of pediatric critical care humanization: Where we are?. **Medicina Intensiva (English Edition)**, v.43, n. 5, p. 290-298, 2019.DOI: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173572719300827

GARCÍA-SALIDO, Alberto; SERRANO-GONZÁLEZ, Ana. Knock, knock, knockin'… on critical care's door. **Intensive care medicine**, v. 43, n. 2, p. 232-232, 2017. DOI: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-016-4619-6.pdf

GEQUELIN, Juliane et al. Percepção de acompanhantes sobre a criança intubada em UTI Pediátrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2014. DOI:

https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/33434/23219

GUERRA, Carolina Marchi; CHESANI, Fabíola Hermes; BOSSARDI, Carina Nunes. Unidadede terapia intensiva pediátrica: visão da criança sobre o processo de internação. **Revista Univap**, v. 25, n. 48, p. 176-188, 2019. doi: http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v25i48.2205

LA CALLE, Gabriel Heras; OVIÉS, Ángela Alonso; TELLO, Vicente Gómez. A plan for improving the humanisation of intensive care units. **Intensive care medicine**, v. 43, n. 4, p. 547-549, 2017. DOI: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-017-4705-4

LOURO, Thiago Quinellato et al. A terapia intensiva e as tecnologias como marca registrada. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 3, p. 2465-2482, 2012. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750894028. Acesso em: 23 maio 2021.

MACHADO, Eidiani Radeski; SOARES, Narciso Vieira. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016. DOI: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1011

MARTINS, Júlia Trevisan et al. Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015. DOI: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41521

MENEZES, M. A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização. Florianópolis. Tese Doutorado em Psicologia [Programa de Pós Graduação em Psicologia] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. DOI: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103271

MICHELAN, Vanessa Cecilia de Azevedo; SPIRI, Wilza Carla. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 372-378, 2018. DOI: https://www.scielo.br/j/reben/a/dFxvZ3XkkhzxJLRGZF3xZyR/?lang=pt&format=html

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social; teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petropólis, RJ: Vozes, 2010.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto; HIGARASHI, Ieda Harumi; MARCON, Sonia Silva. Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 60-67, 2014. DOI: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100060&script=sci_arttext

MONGIOVI, Vita Guimarães et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, p. 306-311, 2014. DOI: https://www.scielo.br/j/reben/a/sbcLDjgByW9g3BRpgYKkyCy/abstract/?lang=pt

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega; COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 639-646, 2009. DOI: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Zd4qYQqQgdTHsZqn3VWBzVG/abstract/?lang=pt&format=html

MORALEDA, S. et al. End-of-life care in a Spanish Pediatric Intensive Care Unit: staff and parental evaluation. In: **Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)**. 2008. p. 346-352. DOI:https://europepmc.org/article/med/18394378

MORTAMET, Guillaume et al. Is there a role for clowns in paediatric intensive care units?. **Archives of disease in childhood**, v. 102, n. 7, p. 672-675, 2017. DOI: https://adc.bmj.com/content/102/7/672.abstract

NUNES, G. C.; NASCIMENTO, M. C. D.; LUZ, M. A. C.A. Pesquisa Científica: conceitos básicos. Id on Line **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, n.29, p. 144-151, 2016. http://idonline.emnuvens.com.br/id

PÊGO, Carina Oliveira; BARROS, Marcela Milrea Araújo. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: expectativas e sentimentos dos pais da criança gravemente enferma. **Rev. bras. ciênc. saúde**, p. 11-20, 2017. DOI: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965439

PEREIRA, Carla Rodrigues et al. A humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada: uma revisão integrativa. **Revista Intercâmbio**, v. 11, p. 70-85, 2018. DOI: http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/224

POLES, Kátia; BOUSSO, Regina Szylit. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.14, p. 207-213, 2006.

PONTES, Elaine Pereira et al. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 152-163, 2014. DOI: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/915

POZZATTI, Rogério et al. Enfrentamento da internação da criança em UTI-Ped pelo familiar/cuidador. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 18, n. 1, p. 157-168, 2017. DOI: https://enade.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2259

REIS, Camila Calhau Andrade; SENA, Edite Lago da Silva; FERNANDES, Marcos Henrique.Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **J Res: Fundam Care [internet]**, v. 8, n. 2, p. 4212-22, 2016. DOI: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754104040_5.pdf

RIBEIRO, Kaiomakx Renato Assunção et al. Dificuldades encontradas pela enfermagem paraimplementar a humanização na unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPI**, p. 51-56, 2017. DOI: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1033929

RODRIGUES, Amanda Cunha; CALEGARI, Tatiany. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016. DOI: http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20160003

ROLIM, Karla Maria Carneiro; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; CARDOSO, Maria VeraLúcia M. Leitão. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 432-440, 2005.

SAIZ-VINUESA, M. D. et al. Effectiveness of implementing the reiki method to reduce the weaning failure. A clinical trial. **Enfermeria intensiva**, v. 27, n. 2, p. 51-61, 2016.DOI: https://europepmc.org/article/med/26803374

SANTOS, Priscila Mattos dos et al. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, p. 646-653, 2016. DOI: https://www.scielo.br/j/reben/a/jC8Q5RRKfNgTNzbYtVzPbWN/?lang=pt

SERAFIM, Camila Maia; LIMA, C. B. Unidade de terapia intensiva pediátrica, sob o olhar doacompanhante da criança hospitalizada. **João Pessoa: Temas em Saúde**, v. 16, n. 3, 2016. DOI:http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16323.pdf

SIMIONI, Gabriela Bovo et al. A influência do lúdico no processo de hospitalização infantil: a visão do palhaço. **Archives of health investigation**, v. 6, n. 1, 2017. DOI: http://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/article/view/1773

SOARES, Larissa Gramazio et al. UTI pediátrica: o significado do cuidar na perspectiva da mãe Pediatric ICU: the meaning of taking care in the mother's perspective. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 4965-4971, 2016. DOI: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/download/3953/pdf

SOLEIMANPOUR, Hassan et al. An analytical comparison of the opinions of physicians working in emergency and trauma surgery departments at tabriz and vienna medical universities regarding family presence during resuscitation. **PloS one**, v. 10, n. 4, p. e0123765, 2015.DOI: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123765

SOSSELA, Cláudia Roberta; SAGER, Fábio. A criança e o brinquedo no contexto hospitalar. **Revista da SBPH**, v. 20, n. 1, p. 17-31, 2017. DOI: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100003

SOUSA, Francisca Georgina Macedo et al. O Familiar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: um contexto revelador de necessidades. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, p. 77-94, 2015. DOI:https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949007.pdf

SOUZA, Daniela Carla de. **Avaliação da estrutura das unidades de terapia intensiva pediátrica neonatal do município de São Paulo**. 2003. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. DOI: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-19102005-121204/?gathStatIcon=true

SUNDAL, Hildegunn. Children's Co-Determination During Challenging Procedures: Nurses and Parents Experiences of Caring Under Short-Term Hospital Stays in Norway. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 57, p. e34-e39, 2021.

VAN SLUISVELD, Nelleke et al. Improving clinical handover between intensive care unit andgeneral ward professionals at intensive care unit discharge. **Intensive care medicine**, v. 41, n.4, p. 589-604, 2015.DOI: https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-015-3666-8

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidadohumanizado em unidade de terapia intensiva:" muito falado e pouco vivido". **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 10, p. 137-144, 2002. acesso em 10 agosto 2021 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692002000200003&script=sci_arttext&tlng=pt

VILLA, Louise Lisboa de Oliveira et al. A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, p. 187-192, 2017. DOI: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5800033

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Rosi Muller, sou aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, e estou realizando esta pesquisa intitulada "significado do cuidado humanizado na percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva pediátrica**"**, sob orientação da professora Dra. Giovana Calcagno Gomes. Após realizar o processo de consentimento, gostaria de convidar você para participar do estudo, respondendo ao questionário eletrônico que será aberto a seguir. Os dados coletados serão usados somente nesta pesquisa, que possui como objetivo geral: Conhecer o significado do cuidado humanizado na percepção dos profissionais da equipe de enfermagem, no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Os objetivos específicos serão: Identificar o conceito de humanização da assistência expresso pela equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Identificar as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para a implementação da humanização da assistência na Unidade de terapia Intensiva Pediátrica; Identificar como se deu a formação acadêmica dos profissionais da enfermagem voltada para a humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Identificar como ocorre a atualização dos profissionais de enfermagem acerca da humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Identificar as facilidades vivenciadas pela equipe de enfermagem na implementação da humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Identificar as dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem na implementação da humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Os riscos dessa pesquisa são mínimos, como o desconforto emocional, frente a estes riscos o pesquisador se compromete em garantir para você a assistência integral e gratuita. Sua participação é livre de despesas pessoais e compensação financeira, se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Você tem o direito de se manter

informado sobre os resultados parciais e finais, os quais serão publicados em eventos e periódicos científicos, mantendo-se o anonimato de sua identidade. É garantida a liberdade de retirada do consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você, para tanto entre em contato comigo (e-mail: muller-ro@hotmail.com telefone: (41)988259508) ou com a pesquisadora responsável (e-mail: giovanacalcagno@furg.br,telefone: (32331144) ou ainda pelo CEP-FURG (Endereço: segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS, e- mail: cep@furg.br, telefone: 3237.3011). O CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade justiça social. Você receberá uma via deste termo e a outra ficará com a pesquisadora. Você aceita participar?

Li e concordo em participar desta pesquisa.

_____

Assinatura do(a) participante/responsável. Data _/_/_____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Identificação

Idade:
Sexo:
Profissão:
Estado civil:
Número de filhos:
Tempo de formado:
Tempo de Atuação na UTIP:
Cursos de Pós-graduação realizados:

Questionário

1. O que tu entendes como uma assistência de enfermagem humanizada?

2. Que dificuldades a equipe de enfermagem tem para garantir a assistência humanizada naUnidade de Terapia Intensiva Pediátrica?

3. Quais as tuas estratégias para evitar esses acontecimentos e para prestar um cuidado humanizado?

4. Como se deu tua formação acadêmica para a realização de uma assistência humanizada naUnidade de Terapia Intensiva Pediátrica?

5. Como ocorre a capacitação profissional para a realização da humanização do cuidado no setor?

6. Que facilidades a equipe de enfermagem tem para garantir a assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica?

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Pesquisador: Giovana Calcagno Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04098118.2.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Relatório final do Comitê de Ética.

Data do Envio: 14/10/2020

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.420.078

Apresentação da Notificação:

O presente estudo objetiva conhecer a percepção dos membros da equipe de enfermagem acerca da pratica humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de cunho qualitativo que será realizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Universitário no sul do Brasil no primeiro semestre de 2019. Os participantes serão profissionais da equipe de enfermagem atuantes no setor. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados serãoanalisados pela técnica de Análise

Temática. Serão respeitados os princípios éticos da pesquisa conforme a resolução 466/12. Acredita-se que o conhecimento produzido neste estudo possibilitará a discussão acerca da temática entre os membros da equipe de enfermagem e o levantamento das estratégias utilizadas para garantir a humanização no setor.

Objetivo da Notificação:

Objetivo Primário

Conhecer a percepção dos membros da equipe de enfermagem acerca da assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Objetivo Secundário

- Identificar o conceito de cuidado humanizado utilizado pelos membros da equipe de enfermagem para garantir a assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos membros da equipe de enfermagem para garantir a assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- Identificar como se deu a formação acadêmica do profissional para a realização de uma assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;- Identificar como ocorre a capacitação profissional para a realização da humanização;
- Identificar as facilidades da equipe de enfermagem para garantir a assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- Identificar as dificuldades da equipe de enfermagem para garantir a assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os profissionais podem negar-se a participar do estudo, o que inviabilizará sua realização. No entanto, serão orientados de que sua participação é livre e voluntária. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste será disponibilizada consulta com a psicóloga do Serviço de Psicologia do HU para oferta de apoio emocional.

Benefícios

O estudo possibilitará aos profissionais de enfermagem participantes do estudo expor suas perceções sobre a prática da assistência humanizada na UTIP e as estratégias que os mesmos utilizam para implementar o cuidado humanizado no setor. Buscar-se-á possibilitar uma melhor compreensão da sua prática assistencial. Além disso, espera-se que o conhecimento produzido, neste estudo, incentive a enfermagem a prestar uma assistência humanizada.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Pesquisa concluída em 06/07/2019

Foram previstos 20 participantes, mas foram alcançados 17 participantes. Não houve intercorrências.

Os resultados foram apresentados e não foram encaminhados para publicação

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Relatório apresentado conforme Art. 28 da Resolução 510 de 2016, item V e item XI.2.d. da Resolução466/2012.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	relatrio_cep_furg.docx	14/10/2020 22:03:43	Giovana Calcagno Gomes	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO GRANDE, 25 de Novembro de 2020

Assinado por: Camila Daiane Silva(Coordenador(a))