



ARTIGO ORIGINAL

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NEONATAL NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM*

HUMANIZATION OF NEONATAL CARE IN THE OPTICS OF NURSING PROFESSIONALS
HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA NEONATAL EN LA ÓPTICA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Juliana Vanessa da Silva Costa¹, Clara Frões de Oliveira Sanfelice², Elenice Valentim Carmona³

RESUMO

Objetivo: identificar a percepção da equipe de Enfermagem sobre a humanização da assistência prestada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório. Entrevistaram-se 22 profissionais, dos quais um enfermeiro e 21 técnicos de enfermagem. Coletaram-se os dados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, transcritas e analisadas seguindo a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática. **Resultados:** revelaram-se quatro categorias: a) Humanização enquanto segurança para os pais, profissionais e neonatos; b) Cuidado que abrange o recém-nascido e a família; c) Humanização como cultura da equipe e política institucional e d) Contradições do cuidado humanizado. **Conclusão:** evidencia-se a necessidade de se promover atividades educativas para que a abordagem humanizada seja melhor compreendida e implementada no cuidado neonatal. **Descritores:** Humanização da Assistência; Recém-Nascido; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Neonatal; Equipe de Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to identify the perception of the Nursing team about the humanization of care provided in a Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** this is a qualitative, descriptive, exploratory study. 22 professionals were interviewed, including one nurse and 21 nursing technicians. Data was collected through semi-structured interviews, audio recorded, transcribed and analyzed following the technique of Content Analysis in the Thematic Analysis modality. **Results:** four categories were revealed: a) Humanization as safety for parents, professionals and newborns; b) Care that covers the newborn and the family; c) Humanization as a team culture and institutional policy; and d) Contradictions of humanized care. **Conclusion:** there is a need to promote educational activities so that the humanized approach is better understood and implemented in neonatal care. **Descriptors:** Humanization of Assistance; Newborn; Neonatal Intensive Care Units; Neonatal Nursing; Nursing, Team; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: identificar la percepción del equipo de Enfermería sobre la humanización de la atención brindada en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. **Método:** este es un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio. Se entrevistaron 22 profesionales, entre ellos un enfermero y 21 técnicos de enfermería. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, audio grabado, transcrito y analizado siguiendo la técnica de Análisis de Contenido en la modalidad de Análisis Temático. **Resultados:** se revelaron cuatro categorías: a) Humanización como seguridad para los padres, profesionales y recién nacidos; b) Cuidado que cubre al recién nacido y la familia; c) La humanización como cultura de equipo y política institucional, y d) Contradicciones de la atención humanizada. **Conclusión:** es necesario promover actividades educativas para que el enfoque humanizado se entienda mejor y se implemente en la atención neonatal. **Descriptor:** Humanización de la Atención; Recién Nacido; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Enfermería Neonatal; Grupo de Enfermería; Investigación Cualitativa.

¹Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil.  <https://orcid.org/0000-0002-2707-6668> ^{2,3} Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP), Brasil. ² <https://orcid.org/0000-0003-1920-3193> ³ <https://orcid.org/0000-0001-9976-3603>

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso << A humanização da assistência neonatal segundo profissionais de enfermagem >>. Universidade Estadual de Campinas. 2017.

Como citar este artigo

Costa JVS, Sanfelice CFO, Carmona EV. Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais de enfermagem. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e242642 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242642>

INTRODUÇÃO

Identifica-se, no cenário da automatização de uma sociedade altamente tecnológica e especializada, a necessidade de se discutir a humanização e implementar políticas para direcionar o cuidado humanizado.¹⁻² Discute-se o termo “humanização” quando se percebe que o cuidado à saúde se tornou um conjunto de atitudes e práticas profissionais impessoais e desumanizadas, fomentando-se, assim, as propostas de mudança na assistência.³

Sabe-se que a humanização do parto e do nascimento,⁴ por exemplo, é permeada pelo princípio da integralidade do cuidado, visando a uma assistência à saúde orientada pelas relações de respeito entre usuários, profissionais e instituições, bem como por dignidade, vínculo e acolhimento.⁵⁻⁶ Nota-se que o contexto do cuidado neonatal exige do profissional envolvimento, disponibilidade, responsabilidade e sensibilidade, além de empatia, simpatia e a aceitação da condição da mulher-mãe, sem julgamentos.⁷⁻⁸

Considera-se que a individualidade, estabelece uma relação de confiança, oferecer apoio, informação e proximidade e aceitar as diversas formas do conhecimento são aspectos que devem marcar a relação profissional-família. Constata-se, assim, que envolver a família no cuidado pode, além de atender a tais necessidades, enriquecer a experiência da equipe de saúde.⁹

Observa-se que, no âmbito na hospitalização neonatal, ainda que muito se discuta sobre a humanização da assistência, as estratégias para se sistematizar formalmente o apoio às mulheres e famílias ainda são incipientes e intermitentes, sendo, em sua grande parte, implementadas de forma pontual e partindo de alguns profissionais que se sensibilizam em relação à questão.^{2,10}

Depreende-se, logo, a relevância do enfermeiro capacitado para avaliar questões subjetivas, identificar fenômenos de Enfermagem e propor intervenções,¹⁰⁻¹¹ estando, também, aberto a esclarecer as dúvidas específicas das mães (permanência na unidade, expectativas e necessidades), além do cuidado a ser prestado ao neonato.^{5,9,11-2} Salienta-se que, nesse cenário, toda a equipe de Enfermagem deve estar preparada para oferecer o cuidado humanizado ao paciente e à família.

Entende-se, a partir destas considerações e das poucas publicações específicas sobre o tema,^{3,5,9,13-4} a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) como um local propício para investigações sobre a implementação da humanização nas ações de Enfermagem. Compreende-se que, no contexto da assistência, ocorrem experiências intensas ao lidar com a dor e a tristeza de mães e familiares, o que exerce um impacto emocional nos profissionais,

demandando que eles estejam munidos de valores e virtudes pessoais e profissionais que os levem a melhor atender às necessidades do cuidado. Devem-se alinhar as habilidades clínicas, os conhecimentos e os valores éticos para o melhor cumprimento do papel profissional.^{2,6,11}

Destaca-se, entre os problemas que impedem a implementação de uma política de humanização, a compreensão que os profissionais têm desta proposta.^{2,6,11,14} Aponta-se que não se pode pensar na humanização da assistência desatrelada a aspectos como o protagonismo do sujeito (corresponsabilização), as condições de trabalho do profissional e a gestão participativa.^{1,6,9,11} Dessa forma, contar com a participação dos trabalhadores e dos sujeitos a serem cuidados para se mudar a organização da rotina, em diferentes instâncias do gerenciamento, facilita a legitimação dos processos e a personalização das ações.^{3,6,11} Faz-se necessário, então, investigar as visões e as práticas dos profissionais que trabalham na UTIN, a respeito de uma assistência humanizada, bem como os seus sentimentos diante das imposições do trabalho, para uma reflexão acerca da sua postura e formação e os meios de se viabilizar e praticar, de fato, um cuidado humanizado. Partindo-se do exposto, este estudo visou investigar a percepção da equipe de Enfermagem sobre a humanização da assistência neonatal e analisar como os profissionais a vivenciam na prática clínica.

OBJETIVO

- Identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização da assistência prestada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório. Optou-se por tal abordagem pelo propósito de identificar-se as características e os significados das experiências humanas, tais como são descritas pelos sujeitos e interpretadas pelo pesquisador. Informa-se que são investigados, pela pesquisa qualitativa, significados, motivos, crenças, valores e atitudes de maneira subjetiva, possibilitando o entendimento das particularidades dos indivíduos, sem a necessidade de se preocupar com a quantificação de variáveis.^{2,15}

Revela-se que o estudo foi desenvolvido em uma unidade neonatal com 22 leitos (12, de cuidados intensivos e dez, semi-intensivos) de um hospital público de ensino, assistência e pesquisa localizado na cidade de Sumaré, em São Paulo.

Destaca-se que a unidade conta com nove enfermeiros – sendo uma a coordenadora da UTIN – e 52 técnicos de Enfermagem, distribuídos por quatro plantões: manhã, tarde, noite A e noite B.

Convidaram-se a participar aqueles que atuavam na referida UTIN há, pelo menos, um ano. Excluíram-se os profissionais em cargo de coordenação (o que pode significar não estar regularmente envolvido na assistência direta) e em afastamento durante o período da coleta de dados.

Utilizou-se o critério de saturação de dados para determinar o número de participantes. Percebe-se que, a inclusão de novos sujeitos foi interrompida ao se perceber que os discursos eram suficientes para se responder às indagações da pesquisa e as informações se tornaram repetitivas.¹⁶ Coletou-se os dados de janeiro a abril de 2017, sendo realizada uma única entrevista com cada participante, individual, privativa e gravada em áudio.

Informa-se que a questão norteadora “O que significa, para você, a humanização da assistência neonatal?” serviu como fio condutor para a apreensão da percepção do profissional sobre o tema. Esperava-se a livre exposição de sentimentos e experiências. Relata-se que outros questionamentos foram realizados quando o entrevistado não abordou a temática espontaneamente, como, por exemplo: “Como você tem vivenciado a humanização da assistência na sua prática clínica?” e “Como você tem percebido a humanização da assistência nessa unidade?”

Afirma-se que os discursos dos sujeitos foram transcritos pela primeira autora e submetidos à Análise do Conteúdo Temática, proposta por Bardin, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.¹⁷ Ressalta-se que o estudo está em conformidade com a Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 1.872.959. Os profissionais receberam orientações quanto aos objetivos da pesquisa, aceitaram participar após ler, entender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma delas em seu poder.

RESULTADOS

Entrevistaram-se 22 profissionais de Enfermagem dos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), sendo 21 deles técnicos de Enfermagem e um enfermeiro, com idades entre 27 e 60 anos. Informa-se que o tempo de profissão variou de cinco a 37 anos, e o tempo de atuação na UTIN, de dois a 16 anos. Destaca-se que somente um entrevistado é do sexo masculino. Atribuíram-se aos sujeitos nomes de flores, aleatoriamente, para se garantir que não fossem identificados.

Detalha-se que os dados oriundos dos discursos dos participantes foram analisados e organizados

em quatro categorias: a) Humanização enquanto segurança para os pais, profissionais e neonatos; b) Cuidado que abrange o recém-nascido e a família; c) Humanização como cultura da equipe e política institucional e d) Contradições do cuidado humanizado. A seguir serão apresentados segundo as categorias.

◆ Humanização enquanto segurança para os pais, profissionais e neonatos

Relatou-se, pelos entrevistados, que a humanização da assistência fortalece a segurança proporcionada aos pais, uma vez que a equipe de Enfermagem permanece 24 horas por dia com os seus filhos, durante o período de internação:

[...] chamar os pais à atenção para o bebê, conversar sobre o bebê. [...] é segurança, também, que você passa, né?! Porque os pais, eles vêm aqui, veem a gente cuidar, mas, depois, vão embora [...]. Tenho certeza que fica aquela preocupação [...]. (Lobélia)

Informam-se que os profissionais mencionaram também que, quando os pais confiam no seu trabalho, sentem-se mais seguros para continuar realizando a assistência:

[...] não só a segurança do paciente, como a segurança para nós, funcionários, também. [...] porque vem uma mãe de longe, aí, deixa o filho aí, e não sabe o que vai acontecer com o filho. Então, ela, vendo a nossa assistência, os nossos cuidados, né?! A humanização, elas ficam mais... confiantes... isso aí ajuda na, principalmente, na evolução... do bebê [...]. (Semânia)

Apontaram-se também a relação entre a humanização e a segurança do paciente, ao longo dos cuidados:

[...] evitar o máximo de risco pra criança em cada cuidado, então, a gente preza muito isso. [...] O que, como tem que ser o passo a passo pra evitar danos, né?! [...]. (Frésia)

[...] eu tento não errar [...] pra não [...]. Pra manter o cuidado mais humanizado possível [...]. (Dália)

◆ Cuidado que abrange o recém-nascido e a família

Destaca-se que os profissionais apresentaram falas sobre o cuidado humanizado enquanto algo mais amplo, um cuidado que vai além do prescrito e inclui os familiares (geralmente, a mãe). Verifica-se que oferecer uma atenção especial à mãe também aparece como um dos pilares da humanização da assistência, na ótica destes profissionais. Nota-se a percepção de que a mãe precisa de cuidado e incentivo, tanto quanto o bebê, bem como ser compreendida, apontamentos recorrentes nos discursos:

[...] engloba muita coisa [...]. Tudo [...]. Como a gente trata [...]. Como a gente recebe esse pai e essa mãe... desde como a gente cuida das crianças... Ah, porque, assim: a internação do RN [recém-nascido], a gente entende que é muito complicado, é um [...] um momento de muito

estresse pra família, né?! Então, eles chegam com muita dúvida, muito medo, muitas angústias [...]. Tem mãezinha que chora o tempo todo, então, eu acho que vai muito da gente [...]. Parar pra pensar o lado deles e tentar [...]. Amenizar [...] o [...] máximo possível de [...] de dor e de angústia no momento da internação [...]. (Violeta)

[...] a mãe, ela chega carente, ela chega... com os sentimentos todos aguçados, na verdade, né?! [...] Com depressão, algumas. Então, a gente tem que tratar, primeiramente [...]. O bebê já está sendo tratado. Mas, primeiramente, a mãe [deve ser cuidada] [...]. Eu acredito que humanização é um todo. Não é só um neném, porque a mãe... ela precisa de mais suporte ainda do que o neném [...]. (Begônia)

[...] quando as mães chegam aqui, elas... é um mundo totalmente diferente pra elas. Então, a gente tem que explicar tudo, tem que conversar [...]. Elas ficam [...] ah [...] com medo até de tocar na criança [...]. (Gerânio)

Ressalta-se que os depoimentos dos profissionais também apontam o cuidado humanizado como o “cuidar como se fosse da sua família”, “como se fosse meu filho”. Elencaram-se, também, a importância de colocar-se no lugar do outro e pensar que o cuidado deve ser direcionado pela perspectiva de “como gostaria de ser tratado”:

[...] se colocar no lugar [...] da família [...] se colocar no lugar, “se fosse meu filho”, né?! “Como que eu gostaria de ser tratado”, “como eu trataria [...]”. E tratar como se fosse, né, um parente, um filho, alguma coisa minha [...]. Acho que isso é humanização. É tratar com respeito, com dignidade, né?! [...]. (Primula)

Percebeu-se, também, a humanização, na ótica dos profissionais, enquanto manifestação do amor, do carinho e do aconchego:

[...] é o carinho, o cuidado e o amor. [...] É o cuidado além do [...]. daquele cuidado que a gente já está acostumado [...]. (Gérbera)

[...] procuro cuidar [...] com paciência, com carinho [...] né?! Conversando [...]. Eu acredito que a criança [...] também [...] é, é [...]. Entende [...]. E precisa saber o que está acontecendo [...]. (Primula)

[...] a criança gosta [do cuidado humanizado], porque é um jeito mais aconchegante de cuidar deles [...]. Não precisa acalmar eles com uma chucha [mamadeira], com uma [...] chupeta. Acalma os bebês com... com o jeitinho [...]. É o [...] método mais [...] prático é o Canguru, né?! Eles ficam aconchegados ali, se acalmam [...] e não dá trabalho, né?! [sorri] [...]. Bem mais gostoso [...]. Você joga uma chupeta na boca, você não vê se ela está sugando, você não vê se ele está bem [...] porque o choro também é uma maneira de falar. Por exemplo, ele [...] está sentindo alguma coisa que ele precisa de você [...]. (Hortênci)

Entende-se que, em oposição a essa visão do cuidado de Enfermagem enquanto demonstração de amor, alguns profissionais trouxeram a obrigação profissional de se prestar cuidado humanizado:

[...] eu acredito que [...] a gente que trabalha na UTI Neonatal, a gente tem que sempre dar o melhor [...]. São bebês, eles precisam da gente, né?! Do cuidado, do cuidado humanizado, [...] né?! Eu sempre escutei que eles [os pacientes] não pedem para estar aqui. Mas, nós pedimos. Então, nós temos obrigação de trabalhar, né?! De forma humanizada, tanto com os bebês, quanto com as mães, né?! [...]. É, eu acho que [...]. Não faz mais que a obrigação [...]. (Jasmim)

◆ Humanização como cultura da equipe e política institucional

Nota-se que, na ótica dos profissionais entrevistados, a humanização da assistência e as técnicas de trabalho caminham em paralelo, reproduzindo uma cultura institucional já consolidada na unidade:

[...] essa cultura [de humanização] é tão grande aqui dentro que os profissionais acabam aprendendo... não só a técnica, né?! [Técnica] básica que a gente aprende [...]. Mas, aprendem que já [...] já fazendo a técnica, já tem que fazer a técnica humanizada. Então, a cultura dentro dessa unidade é bem grande. (Dália)

[...] são as normas e rotinas que já tem aqui, né?! Que já é protocolo mesmo [...]. Nós temos [...] é [...] a humanização na pesagem, nós temos a humanização na hora de aspirar o tubo [...]. (Orquídea)

[...] a gente aprende várias técnicas pra humanizar o cuidado, então, eu acho que humanização, pra mim, é eu aplicar essas técnicas. [...] Expor o quanto menos o RN [...]. (Dália)

Revela-se que, para promover a assistência humanizada, os profissionais sentem que precisam gostar do trabalho e ter o preparo psíquico para as suas responsabilidades:

[...] quem trabalha em UTI Neo tem que gostar mesmo de criança, tem que amar essa profissão e criança, né?! Tipo, assim: você tem que não se importar com choro. É porque, assim, dá muito dó, né?! Você fala assim: “Ah, é criança e já está sofrendo”. Então, assim, o emocional do profissional tem que ser bem forte [...]. Como é muito tempo que fica com a gente, a gente acaba se apegando [...]. Isso, muitas vezes, você tem que trabalhar o seu psicológico. É uma criança que você está cuidando que você não vai ver mais a vida inteira, porém, você vê que, assim, você ajudou, você contribuiu de alguma forma pra essa criança estar indo pra família [...]. (Frésia)

Aponta-se que, ofertando um cuidado humanizado, os profissionais também percebem o retorno recebido, tanto pessoal quanto profissional:

[...] *interagir com o ser humano, você aprende muito [...]. Não é só você dar, você recebe. Você recebe mais do que você dá [...]. Aqui, no, no quesito [...] no paciente, família, é tudo, né?! É uma troca [...].* (Zínia)

[...] *a humanização, acho que é um respeito a mais que a gente tem que ter [...]. Te torna um profissional um pouquinho melhor, né?! Em questão de humaniza [...] de [...], de um ser humano mesmo [...]. Conseguindo prestar um melhor atendimento, né?! Você consegue receber também um melhor atendimento da pessoa que você tá prestando o cuidado, do parente, né?! Da família [...]. A gente vê que os pais aqui respeitam bem mais a gente do que em outros locais [...].* (Gérbera)

Norteia-se que o cuidado humanizado passa a ser naturalizado nas atividades do dia a dia:

[...] *a gente punçiona o bebê, a gente tenta acalmar ele, conter ele, [...] embrulha ele pra ele se sentir mais seguro. A gente faz a técnica em duas pessoas, [...] tenta fazer menos ruído, deixar a luz apagada. [...] Acesso [venoso] difícil, a gente não tenta diversas vezes. [...] Bebezinho que nasce muito prematuro [...] procura deixar ele com cuidados mínimos: faz uma vez por plantão. Então, toda vez que a gente trabalha, trabalha em bloco. Faz tudo junto. [...] vai aspirar, a gente procura aspirar ele com ele também confortável, num ambiente mais tranquilo, pra ter menos problema de estresse. [...].* (Dália)

[...] *na hora de dar o leite, também, tem que ser o método mais [...] correto [...]. Até para o colo da mãe, dar o seio, tem que ser [...] do jeito mais confortável [...] então, a gente vê tudo isso. Então, você vê que é o jeito correto [...].* (Hortência)

Detalha-se que os profissionais mencionaram as relações de trabalho como parte da humanização da assistência, uma vez que o bom relacionamento interpessoal entre eles afeta positivamente a metodologia de trabalho empregada, dando o tom do trabalho e garantindo a sua continuidade:

[...] *a gente tem um vínculo muito gostoso assim de [...] trabalhar. [...] sempre que a gente percebe alguma [...] alguma coisa ali, que está faltando uma melhora, então, a gente sempre procura [falar] de uma forma [...] é, amigável [...]. A gente aqui tem [...]. Uma boa equipe que [...] a gente consegue se [...] enturmar bem [...].* (Estátice)

[...] *a gente tenta dentro do nosso, da nossa limitação, a gente tenta [...] falar a mesma língua cem por cento. Então, a gente chega, pega o nosso plantão, a gente tenta cuidar da mesma forma [...].* (Amamélis)

◆ **Contradições do cuidado humanizado**

Ressalta-se que os discursos trazem a humanização como inerente à rotina da unidade neonatal, sendo percebida por meio da assistência segura, do vínculo estabelecido e dos cuidados estendidos à mãe e à família, que transcendem os

protocolos técnicos. Afirmaram-se, entretanto, algumas contradições referentes a um modelo humanizado são encontradas na fala dos profissionais, caracterizadas por situações de julgamento moral, imposições e, até mesmo, intimidações que ocorrem durante os cuidados ofertados:

[...] *uma mãe [...] que ela [...] prostituta [...] Disse que trabalhou até uma semana antes [...] de ter o neném. [...] ela só conseguiu ir embora com a criança porque [...] o pai dela [...] assumiu [...] que ia cuidar dela e da criança e ela [...] disse [...] que [...] ia sair, né, dessa vida [...]. Tomara, Deus, que tenha saído, porque a neném era uma bonequinha [...].* (Prímula)

[...] *quando o bebê chega, a gente já dá todas as orientações. [...] nós temos uma pasta, né, com todas as orientações do pai. [...] Passa pra ele, olha: "Você tem os direitos, tem os deveres e as obrigações aqui dentro" [...].* (Zínia)

[...] *ela TEM [ênfase] que amamentar, então, ela tem que estar bem [...].* (Begônia)

[...] *as mães são muito observadoras. [...] elas observam bastante a maneira com que o técnico trabalha, como ele se posiciona [...]. Então, a gente também tem que ter cuidado, entendeu?! [...] [fala para as mães] "Se você estressar o neném, o neném pode perder peso" [...]. Perder peso é o [...], o topo, porque elas morrem de medo do neném perder peso e não ter alta [...].* (Amamélis)

DISCUSSÃO

Sabe-se que a categoria **humanização enquanto segurança para os pais, profissionais e neonatos**, apresenta a presença dos princípios da Política Nacional de Humanização nas falas dos entrevistados, bem como interpretações pessoais e relações com outros conceitos discutidos e difundidos em saúde. Considera-se que a percepção do profissional e a forma como ele se apropria de um conceito são importantes, pois podem interferir na sua atuação.

Determina-se que, nesta categoria, os participantes transitam entre os significados da humanização da assistência e da segurança do paciente quando tentam definir o cuidado humanizado. Nota-se, no entanto, que incluir os usuários (no caso, os acompanhantes) no cuidado desempenha um papel central no modelo de cuidado centrado no paciente, aumentando, de fato, a segurança da assistência à saúde, bem como a satisfação dos usuários.⁶ Acrescenta-se que cuidar, pela dimensão da prática social do cuidado, significa minimizar riscos e evitar danos preveníveis que são ligados à assistência em saúde.¹¹ Ressalta-se que, o que reafirma a relação humanização-segurança estabelecida pelos profissionais. Aponta-se, assim, que a humanização da assistência neonatal deve se voltar para a garantia da tecnologia que possibilite

a segurança do bebê e o acolhimento a ele e à sua família.¹⁴

Pontua-se, no que se refere à **categoria cuidado que abrange o recém-nascido e a família**, que os profissionais mencionaram família, pais e pai. Afirma-se que, as mães foram as mais presentes em suas falas, uma vez que, dentre todos os outros membros da família, são quem vivencia intensamente o contexto da hospitalização neonatal. Pode-se depreender, considerando os relatos, que os profissionais reconhecem o impacto da hospitalização do RN para pais e família, reconhecendo também que cabe à equipe oferecer atenção especial, sendo acolhedora e identificando necessidades que devem ser supridas.

Salienta-se que a mulher soma, aos seus diferentes papéis e preocupações com o dia a dia fora do hospital, a necessidade e a importância de estar junto ao RN hospitalizado. Faz-se fundamental, assim, o apoio dos profissionais de saúde para que mulher e família realizem o enfrentamento quanto à hospitalização do bebê. Nota-se, para tanto, os profissionais precisam interagir com as mulheres e compreendê-las, podendo ajudá-las a planejar estratégias que contemplem tanto as necessidades do bebê hospitalizado quanto as da mulher.⁵ Define-se, nesse sentido, a assistência humanizada como o "cuidado ampliado": a preocupação em se integrar os acompanhantes no cuidado durante a internação. Considera-se esta uma forma de se diminuir o impacto causado pelo ambiente hospitalar, muitas vezes, hostil, devido ao aparato tecnológico desconhecido e à linguagem caracterizada por termos técnicos,³ além da imposição da vivência da maternidade de uma forma totalmente distinta daquela que foi idealizada ao longo da gestação.¹⁰

Observa-se também que o relacionamento entre a equipe de saúde e o usuário possibilita o estreitamento do vínculo quando a família se sente compreendida e com necessidades atendidas. Percebe-se que os profissionais têm a oportunidade de alterar o foco da doença para a experiência da criança e da sua família, passando a ser mais presentes, interessados e preocupados com eles, e criando, dessa forma, um vínculo de cumplicidade.¹⁴ Detalha-se, neste ponto, interface entre as duas primeiras categorias, quanto à sensação de segurança que a equipe promove aos pais, ao criar o vínculo com eles e ao demonstrar o cuidado executado.

Verifica-se, entretanto, que as características estruturais da humanização são a "preocupação com o outro que não sou eu",¹ a disponibilidade para o outro e, principalmente, o reconhecimento de que os seres humanos sempre são diferentes entre si.¹ Avalia-se, dessa forma, que o cuidado de Enfermagem não é apenas uma prática profissional

apreendida por meio de manuais e rotinas; mais que técnica, é, também, um cuidado atencioso, cauteloso e reflexivo. Percebe-se que colocar-se no lugar do outro é "um cuidado flexível, eficiente, ético, responsável, dinâmico, inacabado e exclusivo à Enfermagem"¹¹. Torna-se necessário, porém, atentar-se para não tomar decisões pelo paciente, baseando-se em se imaginar no seu lugar; as interpretações do profissional de saúde quanto às demandas do paciente devem sempre ser validadas por ele e pela família. Considera-se o que o outro quer, sem tal validação, poderá levar o profissional ao erro e/ou desrespeito.

Relata-se que as falas de alguns entrevistados trazem reflexões que parecem pautadas em uma forma menos profissional de se discutir o cuidado, relacionando-o com um fazer maternal e intuitivo. Entende-se que é relevante questionar se quando o profissional não "amar o paciente", se ele deixará de cuidar dele como deveria. Define-se, portanto, a responsabilidade e a ética profissional devem prevalecer, também motivando o cuidado ofertado de forma segura e com qualidade, mesmo quando não se estabelecerem sentimentos como amor e do carinho. Explicam-se que algumas falas trazem uma visão romântica de que a "Enfermagem é amor", o que pode levar a deixar de lado o rigor científico que o cuidado de Enfermagem seguro demanda, bem como a atualização de conhecimentos que o profissional deve buscar continuamente e o desenvolvimento de habilidades para desempenhar bem o seu papel.

Aponta-se, em outro estudo,⁵ desenvolvido em unidade neonatal, também corrobora com essa visão dos profissionais de que o apoio oferecido à família pela equipe e instituição, apontado como uma prática humanizada, consiste em "tratar a criança e a família com carinho e cordialidade". Identifica-se, em outra pesquisa¹¹ que os profissionais consideram que ser enfermeiro relaciona-se a ter a capacidade de observação para além do que se vê, decodificando comportamentos e desempenhando "o cuidado com amor e atenção".

Sabe-se, que a responsabilidade não surge de uma obrigação que parte do eu profissional da saúde, nem é uma qualidade própria. Defende-se, assim, que o profissional é livre para escolher em que e como atuar, amando ou não o que faz, mas se torna responsável por tudo aquilo que fizer, a partir das suas escolhas.⁸

Sinalizam-se que, na categoria **Humanização como cultura da equipe e política institucional**, os depoimentos dos entrevistados entendem que a humanização deve fazer parte das suas atividades como algo previamente instituído, baseado em pesquisas. Denotam-se que algumas falas trazem clareza a respeito ao papel profissional, bem como quanto às atribuições legais de uma dada

profissão, inserida em um contexto de políticas públicas que direcionam a atuação e a qualidade da assistência. Depreende-se quem, segundo as falas, a instituição tem como premissa oferecer um cuidado humanizado. Reforça-se, por outro lado, isso se torna questionável quando a humanização da assistência é colocada como um protocolo de cuidado, como verificado em alguns discursos.

Usa-se um protocolo para padronizar ações e guiar atividades dentro de um modelo de atenção. Isto posto, não é adequado pensar a humanização como um protocolo, ainda que seja possível, sim, se tornar em uma cultura – visto que é uma abordagem que pode ser disseminada.

Define-se que a humanização não deveria ser definida como um protocolo, mas como uma abordagem em que se reconhece a importância de se atuar respeitando as individualidades pessoais, de forma a se personalizar a assistência. Entende-se, além disso, que o ato de se humanizar em saúde também se liga à política e à economia, no sentido da igualdade de acesso à assistência. Relaciona-se, ainda, à competência profissional daqueles que oferecem o cuidado.¹⁸ Verifica-se, por fim, que a humanização também deve abranger o cuidado a esses profissionais, o que corrobora os depoimentos apresentados. Apontaram-se que para os participantes a humanização é fundamental nas relações entre os profissionais e afeta os seus desempenhos.

Pontua-se que, se por um lado a perspectiva da humanização remete ao olhar holístico e empático, ao acolhimento, ao vínculo e à comunicação, por outro, também traz pressupostos para quem cuida, considerando a gestão do serviço. Ressalta-se que a apropriação das políticas públicas referentes à humanização é fundamental para que haja a implementação de mudanças em tal gestão.¹⁴ Considera-se, assim, necessário valorizar o profissional e promover a participação dos trabalhadores nos espaços de discussão, preconizando-se a gestão participativa e as ações de educação permanente.³

Revela-se que, a categoria **Contradições do cuidado humanizado** traz algumas considerações sobre a necessidade de um processo educativo direcionado a auxiliar os profissionais a perceberem algumas práticas que não contemplam a abordagem humanizada que defendem e discursam realizar. Relata-se que, não tendo clareza das ações que contribuem para as melhores práticas nesse contexto de assistência, os profissionais acabam por assumir uma postura de controle em que se consideram melhores cuidadores que a mãe, por meio de ações e comentários que situam as mães, dentro da unidade, sob uma série de regras a serem seguidas, destituindo-as do seu papel e as

submetendo à supervisão para se aproximar do filho.¹⁰⁻¹

Identificou-se que o mesmo profissional que fala do cuidado que só se pode executar com amor, reafirma obrigações da mãe; aquele que fala da segurança no cuidado descreve um cuidado automático e, ainda, aquele que se sensibiliza com as limitações impostas às mães para terem os filhos nos braços afirma que prefere um vínculo mínimo com as mães mais questionadoras. Denota-se, a partir destas contradições, a relevância da supervisão das relações que são estabelecidas entre os familiares e a equipe, visto que a própria equipe, em posição de poder (ou na busca por ser empática, como mencionado anteriormente), pode não se dar conta das iatrogenias que comete na relação mãe-filho-família e da falta de humanização no cuidado prestado, bem como da desvinculação da responsabilidade do ser profissional.

Informa-se que o emprego de práticas humanizadas parece estar associado à atuação individual dos profissionais, o que sofre influência dos seus conhecimentos (formação, educação continuada e experiência clínica), habilidades, experiência pessoal, valores, bem como a resposta emocional ao vivenciar diferentes situações no trabalho. Compreende-se, no contexto da realização de tais práticas, que o cuidado realmente executado pode se distanciar do teórico, científico e recomendado,³ bem como do estabelecido institucionalmente. Incoerência essa que ocorre em uma estrutura de trabalho que é hierárquica, centralizadora e na qual os profissionais são mais valorizados pelo domínio de conhecimento, técnicas e do aparato tecnológico, enquanto executam tarefas rotineiras e padronizadas, em detrimento de ações no campo relacional.^{2,14}

Aponta-se, como limitação deste estudo, o reduzido número de enfermeiros em relação ao maior contingente de técnicos de Enfermagem, o que impossibilitou a discussão ampliada da percepção de enfermeiros na amostra. Ressalta-se, por outro lado, que, na realidade brasileira, os técnicos são a maioria entre os profissionais de Enfermagem. Reafirma-se que as características da amostra do estudo são representativas da prática clínica, assim, é pertinente que sejam adequadamente orientados e acompanhados sobre as abordagens propostas nas políticas públicas de saúde para que essas sejam realmente implementadas e tenham impacto na saúde da população.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os profissionais compreendem a humanização da assistência neonatal como uma maneira de cuidar que promove a segurança para

eles, os pais e os neonatos, enquanto consideram seguir um protocolo no qual se oferece algo a mais ao paciente e à família, além do cuidado que normalmente ofereceriam. Definem-se também que a humanização como uma cultura que permeia a atuação da equipe e que se trata de uma cultura institucional, sendo discutida desde a sua admissão na instituição e devendo estar presente nas relações entre os profissionais. Apresentam-se também contradições relacionadas às interações com as mães, que são permeadas por relações de familiaridade, carinho, compreensão, mas também poder, controle e rivalidade.

Destaca-se que os profissionais entrevistados não discorreram sobre o conceito de humanização, mas sobre a forma como a percebem e aplicam no contexto de assistência em que atuam. Considera-se que esclarecer o conceito de humanização, bem como acompanhar como os profissionais o apresentam nas suas ações, poderia conduzi-los a aperfeiçoar tal abordagem no cuidado neonatal, visto que demonstram disponibilidade e sensibilidade para tanto.

Apontam-se que os resultados deste estudo têm a necessidade do aprimoramento da compreensão do conceito de humanização enquanto abordagem inerente ao cuidar de Enfermagem, com atividades educativas sobre o vínculo mãe-filho no contexto da UTIN, o relacionamento interpessoal e exercícios práticos para o desenvolvimento da percepção quanto à própria atuação junto às mães.

REFERÊNCIAS

1. Silva RMCRA, Oliveira DC, Pereira ER. The discursive production of professionals about humanizing health: singularity, rights and ethics. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015 Sept/Oct;23(5):936-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0505.2634>
2. Todres L, Galvin KT, Holloway I. The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2009 July;4:68-77. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482620802646204>
3. Souza KMO, Ferreira SD. Humanized attention in neonatal intensive-care unit: senses and limitations identified by health professionals. *Ciêns Saúde Colet*. 2010 Mar;15(2):471-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200024>
4. Ministério da Saúde (BR), Universidade Federal do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. *Cadernos Humaniza SUS* [Internet]. Ministério da Saúde: Brasília; 2014 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf

5. Spir EG, Soares AVN, Wei CY, Aragaki IMM, Kurcgant P. The accompanying mothers' perception about humanization of assistance at a neonatal unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Oct;45(5):1048-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500003>
6. Silva RN, Freitas FDS, Araújo FP, Ferreira MA. A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization: implications for nursing. *Int Nurs Rev*. 2016 Dec;63(4):572-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12331>
7. Schmidt KT, Terassi M, Marcon SS, Higarashi IH. Practices of nursing staff in the process of preterm baby hospital discharge. *Rev Bras Enferm*. 2013 Nov/Dec;66(6):833-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600004>
8. Almeida DV. Humanization of health care: a reflexive theoretical essay based on the philosophy of emmanuel lévinas. *Texto contexto-enferm*. 2014 July/Sept;23(3):767-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000340013>
9. Jiang S, Warre R, Qiu X, O'Brien K, Lee SK. Parents as practitioners in preterm care. *Early Hum Dev*. 2014 Nov;90(11):781-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.019>
10. Carmona EV, Coca KP, Vale IN, Abrão ACFV. Mother role conflicts in studies with mothers of hospitalized newborns: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Apr;46(2):505-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200032>
11. Carmona EV, Lopes MHBM, Shimo AKK. The performance of maternal role at neonatal care unit - literature review. *Online braz j nurs* [Internet]. 2006 Dec [cited 2019 Mar 15];5(3):1. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/552>
12. Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA, Vieira CS, Frison SS, Maia MA, et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. *Rev Bras Enferm*. 2016 Nov/Dec;69(6):1240-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>
13. Purdy IB, Melwak MA, Smith JR, Kenner C, Chuffo-Siewert R, Ryan DJ, et al. Neonatal Nurses NICU quality improvement: embracing EBP recommendations to provide parent psychosocial support. *Adv Neonatal Care*. 2017 Feb; 17(1): 33-44. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.000000000000035>
14. Silva LJ, Leite JL, Scochi CGS, Silva LR, Silva TP. Nurses' adherence to the Kangaroo Care Method: support for nursing care management. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015

May/June;23(3):483-90. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0339.2579>.

15. Reis LS, Silva EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Humanization of healthcare: perception of a nursing team in a neonatal and paediatric intensive care unit. Rev Gaúcha Enferm. 2013 June;34(2):118-24. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200015>

16. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7th ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

17. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. Cad Saúde Pública. 2011 Feb;27(2):389-94. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>

18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec;2014.

19. Waldow VR, Borges RF. Caring and humanization: relationships and meanings. Acta Paul Enferm. 2011 June;24(3):414-8. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>

Correspondência

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice

E-mail: csanfelice@fenf.unicamp.br

Submissão: 09/09/2019

Aceito: 03/10/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.