

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AOS PAIS DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UTI PEDIÁTRICA: O ESTADO DA ARTE

HUMANIZED ASSISTANCE TO THE COUNTRY OF CHILDREN IN A PEDIATRIC ICU: THE STATE OF ART

Danielle Caiado de Castro Dragalzew¹
Évelyn Borges Braga²
Laís Ferreira Carrijo³
Larissa Nunes de Almeida⁴

RESUMO

Este artigo versa sobre o estado da arte da importância da assistência humanizada a família de crianças internadas em UTI pediátrica. A necessidade de tornar o atendimento mais humanizado ao paciente, bem como à sua família, tem sido uma preocupação constante na formação dos futuros profissionais de saúde. A metodologia consiste em um artigo de revisão, onde se analisa como a temática vem sendo debatida. Constata-se que a familiaridade com o tema da humanização, a comunicação efetiva entre equipe de saúde e progenitores e o nível de satisfação com o atendimento são aspectos ligados à percepção dos pais quanto a existência de humanização da assistência no ambiente da UTI pediátrica.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Assistência humanizada. Pediatria.

ABSTRACT

This article deals with the state of the art of the importance of humanized care to the family of children hospitalized in pediatric ICU. The need to make care more humane to the patient, as well as to his family, has been a constant concern in the training of future health professionals. The methodology consists of a review article, which analyzes how the topic is being debated. It is observed that familiarity with the topic of humanization, effective communication between the health team and parents and the level of satisfaction with care are aspects related to the perception of the parents regarding the existence of humanization of care in the environment of the pediatric ICU.

Keywords: Intensive Care Unit. Humanized Assistance. Pediatrics

¹ Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Unievangélica.

² Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Unievangélica.

³ Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Unievangélica.

⁴ Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Unievangélica.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa versa sobre o estado da arte da importância da assistência humanizada a família de crianças internadas em UTI pediátrica. A necessidade de tornar o atendimento mais humanizado ao paciente, bem como à sua família, tem sido uma preocupação constante na formação dos futuros profissionais de saúde. A metodologia consiste em um artigo de revisão, onde se analisa como a temática vem sendo debatida.

Durante a assistência à criança hospitalizada não se incluía a permanência dos pais durante sua internação. Esta presença, que é de suma importância para a recuperação das crianças, passou a existir após a criação de uma legislação que tornou a permanência dos pais ou responsáveis pela criança no hospital efetiva, através do artigo 12 da Lei n.º 8.069, de 1990 – Lei do Estatuto da Criança e de Adolescente.

A referida Lei reconhece e valoriza a importância da presença e da participação da família no processo de recuperação da saúde da criança e do adolescente, e implica a tentativa de adequar a unidade quanto à infraestrutura e habilitar os profissionais de saúde para oferecerem assistência adequada ao binômio criança/adolescente e família (ECA, 1990).

É notório que para a família vivenciar a hospitalização de um filho é uma experiência penosa, sofrida e traumatizante. Tal situação requer dos profissionais de saúde o atendimento de necessidades não apenas clínicas, mas também emocionais, afetivas e sociais. Dessa forma, os pais passam a ser envolvidos no cuidado dos seus filhos (DIAS, 2009).

Promulgada em 1988, a Constituição Federal Brasileira, no seu Art. 196, afirma que a saúde pública é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Criada dois anos depois, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Art. 2º afirma que a saúde é um direito fundamental de qualquer cidadão, devendo o Estado garantir as condições essenciais ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

Posteriormente foram elaborados alguns alicerces que sustentam o programa de humanização no país. No ano de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que objetivou incentivar uma nova prática de atendimento à saúde no

Brasil. Dessa maneira, entende-se o processo de humanização como uma valorização dos diferentes indivíduos atuantes na produção de saúde: trabalhadores, usuários e gestores (BRASIL, 2006).

1 Funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

O Regulamento Técnico para o Funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva da Associação de Medicina Intensiva Brasileira de 2009, em sua definição 3.1.7, dispõe que a Humanização da atenção à saúde consiste na:

valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas. (AMIB, 2009, p. 2).

Segundo esse mesmo Regulamento, o atendimento na UTI pediátrica deve ser destinado à pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite dependente das rotinas hospitalares internas.

A equipe da UTI deve ser composta de:

- Um Médico Coordenador (MC), legalmente habilitado, com título de especialista em medicina intensiva, específico para a modalidade de assistência da UTI sob sua responsabilidade (adulto, neonatal ou pediátrica);
- Um médico diarista para no máximo 10 (dez) leitos ou fração (ver), com título de especialista em medicina intensiva específico para a modalidade de assistência da UTI na qual está lotado;
- Um médico plantonista, exclusivo da unidade, para no máximo 10 (dez) leitos ou fração, por turno;
- Um enfermeiro coordenador, responsável pela coordenação da equipe de enfermagem, exclusivo da unidade na qual está lotado, capacitado para atendimento em terapia intensiva e com experiência de, no mínimo, 03 (três) anos de trabalho no tipo de UTI que estará coordenando;
- Um enfermeiro assistencial, exclusivo da unidade, para no máximo 05 (cinco) leitos ou fração, por turno;

- Um fisioterapeuta, exclusivo da unidade, para no máximo 10 (dez) leitos ou fração, por turno;
- Um técnico de enfermagem exclusivo da unidade, para no máximo 02 (dois) leitos, por turno;
- Um auxiliar administrativo exclusivo da unidade;
- Um funcionário responsável pelo serviço de limpeza, exclusivo da unidade, por turno.

2 Funcionamento Hospitalar

O modelo de atenção à saúde direcionado à criança e aos seus respectivos responsáveis surge como uma tentativa de transformação da realidade vivida em uma hospitalização infantil. Os profissionais de saúde, que optam pela assistência humanizada, devem buscar compreender a importância da relação pais-filhos, e incentivar o relacionamento dos pais com a criança durante a hospitalização, a fim de consolidar os laços de afetividade entre ambos (COSTA, 2001).

Após a hospitalização de um membro familiar, há uma mudança no cotidiano da família. Nenhuma das partes está preparada para lidar com a nova rotina. Há a insegurança dos pais pelo sofrimento do filho, a desestruturação familiar e alteração no orçamento familiar. Em contrapartida, para a criança há a dor propriamente dita e o medo do desconhecido (LAMEGO, 2005).

Através da assistência humanizada, os pais se sentiriam mais tranquilos no compartilhamento do cuidado com a equipe hospitalar. Os profissionais de saúde voltariam sua atenção não apenas para os cuidados técnicos, mas também para o preenchimento do afeto à criança (FAQUINELLO; COLLET, 2003).

Esta pesquisa consiste em mais um empenho no sentido de entender este processo de humanização que, segundo o Ministério da Saúde, não deve ser vista como um programa, mas como política pública que deve atravessar e transversalizar todas as ações e instancias gestoras do SUS (BRASIL, 2009). Ademais, pretende contribuir para a compreensão de certos parâmetros que norteiam a importância da humanização no tratamento aos pais com filhos internados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A sensível importância do tratamento humanizado na UTI pediátrica tem sido ressaltada em alguns estudos. Pesquisas demonstram a importância do acolhimento aos pais pelos profissionais da saúde. Isto é percebido e muito valorizado, pois assim a comunicação acontece de forma respeitosa, inclusiva e atenciosa (MOLINA, 2009).

3.1 A relação entre pais e filhos diante da internação na UTI

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica apresenta um ambiente de fortes emoções, conflitos e sentimentos, que engloba desde as crianças e pais até a equipe de saúde. Através de vertentes diferentes, cada um apresenta uma vulnerabilidade que deve ser atendida (RAAD, 2006).

No âmbito da hospitalização é possível deparar-se com o conceito da “Psicologia Hospitalar” que retrata a compreensão e terapêutica dos fatores psicológicos que permeiam o processo do adoecimento. A doença não se constitui somente no processo orgânico, mas envolve diversas questões psicológicas que podem se manifestar no paciente, no núcleo familiar ou na equipe de profissionais da saúde (SIMONETTI, 2004).

De uma maneira geral, a doença surge inesperadamente. Quando é essencial uma internação hospitalar, nem os pais, nem a criança apresenta estrutura emocional para lidar com essa mudança repentina no cotidiano. Para a criança, há o medo, o sofrimento físico e psicológico relacionado à internação. Para a família, há a insegurança relacionada à doença e suas repercussões, assim como a dor pelo sofrimento do filho (OLIVEIRA; COLLET, 1999).

Estudos relatam a dificuldade da família no cotidiano da hospitalização. O ambiente hospitalar é visto por alguns familiares como um lugar estranho e não confiável, um ambiente que implica em sofrimento e se contrapõe à comodidade de estar em casa. Além disso, a rotina familiar é modificada de modo a incluir, além das responsabilidades comuns anteriores à enfermidade, os encargos das atividades e das demandas financeiras advindas da internação hospitalar. Devido à hospitalização

incorrer em gastos financeiros, o fator socioeconômico familiar também influencia na experiência da internação. Assim, caso haja desprovimento monetário, a situação se dificulta, agravando a ansiedade e preocupação dos pais das crianças internadas (PINTO et al., 2005).

Ter um filho criticamente enfermo internado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) faz com que a família sofra intensamente, esses sentem-se em uma situação de ameaça constante, uma condição de estresse inesperado. Esse contexto de estresse é observado diretamente em alguns familiares com repercussões sintomáticas como manifestações de choros, gritos, crise hipertensiva súbita, insônia, anorexia, como também perda de motivação para viver (CÔA; PETTENGILL, 2011).

A experiência vivenciada por famílias de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, primeiramente é marcada pela ruptura familiar, isto é, a perda da convivência com a criança, assim como a incapacidade de participação e a intimidade que antes a criança detinha com a família. A criança passa então a fazer parte da equipe de UTI, mesmo que temporariamente (ROUSSO; ANGELO, 2001).

A família encontra-se vulnerável, com sentimento de ameaça à sua autonomia, distanciamento, alterações na vida familiar, impotência, insegurança, submissão à situação. Estudos apresentam que essa vulnerabilidade é desencadeada quando a família teve episódios anteriores de internações e está sob influência dessa situação, o que a torna mais fragilizada e temerosa, pois os membros familiares trazem o significado negativo à situação atual. Também, a inexperiência contribui para o mesmo sentimento, pois há o desconhecimento em relação a procedimentos e condutas médicas a serem realizadas (CÔA; PETTENGILL, 2011).

A rotina estressante das visitas à UTI modifica as atividades cotidianas normais domésticas, de trabalho e lazer dos pais. A atenção especial fornecida à criança internada pode dificultar a relação desses pais com os outros filhos, pois a atenção familiar fica extremamente focada no enfermo em detrimento da atenção aos demais. O cotidiano das visitas a UTI e suas implicações emocionais, aliada à interrupção do ciclo sono-vigília ocasionada por estresse, preocupação com o risco de morte ou seqüela nos filhos são fatores que devem ser estudados (BALDINI, 1997).

Contudo, o conjunto de experiências vivenciadas pela família evidencia estratégias de elaboração dirigidas à preservação da estrutura familiar. Quando há a união dos pais e familiares, há o surgimento de forças e esperanças para superar qualquer adversidade, buscando seguir em frente. No entanto, nem sempre os pais conseguem superar todas as dificuldades sozinhos. Nesse momento é necessário um suporte profissional, por meio de médicos, enfermeiros, da equipe de saúde, através da assistência humanizada, incentivando aos pais acompanharem a evolução e os cuidados com seu filho (ROUSSO; ANGELO, 2001).

O desenvolvimento dos laços emocionais dos pais em relação ao seu filho ocorre através do desenvolvimento do chamado “apego”. O vínculo pais-filho pode resistir durante longos períodos de distância e separação, ainda que os sinais evidentes de sua existência não estejam tão aparentes. Tal laço é de extrema importância para a recuperação e desenvolvimento adequado de qualquer criança (BEE, 2003).

No entanto, para a manutenção do vínculo pais-crianças, pesquisas estão sendo realizadas com o intuito de promover a participação dos pais através da elaboração de projetos, programas de pais participantes, mãe acompanhante, etc, com o intuito de prestar uma assistência integral à criança. Ou seja, a integralidade está vinculada a participação da mãe e do pai na interação com a criança, por meio de brincadeiras, conversas e gestos. Logo, a assistência integrada compreende um trabalho multidisciplinar, em que a equipe de saúde juntamente com os familiares, estão envolvidos nos cuidados com o enfermo (OLIVEIRA; COLLET, 1999).

Pesquisas mostram a necessidade do tratamento considerando a criança internada e sua família como um só cliente, envolvendo assim, toda a esfera de convívio familiar desse menor hospitalizado e que se faz presente no ambiente do hospital. Ao se avaliar a relação dos pais, percebe-se seu papel de intermediário do processo terapêutico, funcionando como amparo, fonte de segurança e ajuda, essenciais para o enfrentamento da enfermidade na conjuntura da hospitalização infantil (FAQUINELLO, 2007).

De acordo com estudos, a partir do instante que a criança não encontra suporte psicoemocional, como no caso de permanecer por longos períodos longe dos pais, há uma maior tendência a doenças virais, atraso no desenvolvimento psicomotor, e até mesmo distúrbios de personalidade. Os efeitos fatais da privação

do contato repercutem em uma necessidade forte de amor, o que se transforma muitas vezes, em quadros depressivos e ansiosos (FAQUINELLO; COLLET, 2003).

Pesquisas constataram que a presença dos pais no ambiente hospitalar não foi frequente, por falta de condições financeiras, sociais e familiares, além dos horários estabelecidos pela UTI não serem adequados para aqueles que trabalham, devido ser normalmente durante o período comercial. Outros não referem interesse em acompanhar a internação. No entanto, a grande maioria referiu participar dos cuidados prestados pela equipe de saúde (RAAD, 2006).

O choque da internação hospitalar, nas relações familiares, não fica claro para os trabalhadores da saúde no dia a dia. É importante observar aspectos como a especificidade das atividades, a concepção profissional e as questões particulares dos trabalhadores da equipe que acabam por não se atentar para a situação impactante da família do enfermo para cumprir as cobranças de seu papel profissional, assumindo uma postura de distanciamento. Revelar isso pode ser benéfico para se compreender a vivência e os sentimentos dos familiares, facilitando, dessa forma, a comunicação entre os trabalhadores de saúde e os familiares do paciente (NIEWEGLOWSKI; MORE, 2008).

Devido ao que foi exposto, é importante ressaltar que a humanização na UTI pediátrica, praticada pelos profissionais que prestam cuidados aos pacientes críticos necessitam utilizar a tecnologia aliada à empatia, a experiência pessoal e profissional e a compreensão no cuidado prestado embasado no relacionamento terapêutico, a fim de oferecer um tratamento responsável, seguro e ético. Contudo, tal cuidado não deve ser focado somente na vulnerabilidade do paciente internado, mas também aos pais desses, através da resolução e apoio dos seus medos, anseios e fragilidades diante de um momento tão difícil. O “Cuidar” em UTIs é mais que somente um dever profissional, mas é um ato de amor ao qual está vinculado: o comprometimento, a postura ética, moral e as características familiares, pessoais e sociais (LEVANDOWSKI; PICCINI, 2006).

3.2 Aspectos da internação pediátrica

A família é a unidade principal no que tange os cuidados às pessoas. O momento de hospitalização de uma criança é considerado uma experiência difícil (e

muitas vezes traumatizante), ao qual ela irá ser privada, mesmo que momentaneamente, de sua liberdade. O cuidar do filho, para algumas mães, é considerado não somente uma necessidade, como também uma dádiva especial àqueles que dependem de sua atenção. Entretanto, mesmo que estes acompanhantes sejam o alicerce para suas crianças, eles também necessitam atender às próprias necessidades básicas. É nessa hora que se faz necessário o processo de humanização também no ambiente hospitalar (SAMPAIO et al., 2010).

A percepção dos pais frente à humanização do atendimento hospitalar baseia-se em ser bem cuidado e tratado com atenção e respeito. Assim, uma das qualidades importantes consideradas pelas mães em relação ao profissional de saúde é saber ouvir as informações fornecidas pelas progenitoras das crianças e dar atenção aos pedidos maternos. Além disso, pesquisas têm elencado sobre o papel das relações interpessoais entre pais e equipe de profissionais de saúde como colaborativas para o processo terapêutico (FAQUINELLO, 2007).

Em se tratando da hospitalização pediátrica, há a imperativa da compreensão das necessidades que vão além das obrigações do tratamento médico das crianças internadas. Pesquisas mostram a relevância de se tornar o ambiente de saúde mais acolhedor, ou seja, um ambiente físico integrador que favoreça as necessidades do paciente e de seu acompanhante. Dessa forma, a edificação do ambiente do cuidado pode colaborar para a humanização de espaços de saúde, tal como a hospitalização pediátrica (OLIVEIRA, 2012).

A presença de equipe multidisciplinar tem se mostrado vantajosa nas unidades de internação hospitalar. Pesquisadores observaram o benefício de tratamentos inovadores como a musicoterapia que estimula a participação benéfica e mais efetiva de familiares acompanhantes no processo da internação (PICADO et al., 2007).

Além disso, a brinquedoteca hospitalar também representou uma aliada no processo de interação pais e filhos para o enfrentamento da internação. Assim, as brincadeiras em grupo harmonizam o ambiente que se torna então, um lugar de descontração e de colaboração (OLIVEIRA et al., 2009).

É nessa etapa de vida que as crianças associam o ato de “brincar” com um estado de calma, alegria e desenvolvimento. Desse modo, quando a equipe de saúde proporciona um espaço próprio no hospital com esta finalidade, a criança se sente

mais segura nesse local considerado por elas “hostil” (associado a procedimentos muitas vezes dolorosos, como puncionar veias, administrar medicações, fazer curativos, entre outros métodos). Mais ainda, as brincadeiras envolvendo a participação dos pais podem proporcionar oportunidades para que a família fique mais “à vontade”, demonstrem seus sentimentos, resgatem situações de conflito e também diminuem o estresse gerado pelo adoecer (RODRIGUES, 2000).

A situação crônica ou aguda dos pacientes pediátricos denota distinções quanto ao modo como a criança vê o ambiente hospitalar, quanto à construção de vínculo entre paciente e acompanhante (que na maioria das vezes é representada pela figura materna). A criança em situação crônica aprende a lidar com o cotidiano hospitalar, estabelece vínculos mais fortes de ternura e parceria com seus acompanhantes e se mantém mais calma em relação à internação do que os pacientes admitidos recentemente no ambiente hospitalar, devido ao maior conhecimento do ambiente. Crianças admitidas de modo recente na unidade hospitalar revelam-se mais inseguras e amedrontadas diante do ambiente desconhecido. A presença dos pais na conjuntura da internação deve ser considerada com maior efetividade na existência de auxílio de planos terapêuticos que possibilitem integração da assistência (ALVES et al, 2009).

Desse modo, como ressalta Costa e Junior (2014), o acesso livre dos pais na hospitalização da criança, representa elemento-chave no processo de enfrentamento da doença, estimulando o desenvolvimento de habilidades e apoio emocional. Contudo, como afirmam Mensorio e Kohlsdorf (2009), é importante salientar a ajuda dos acompanhantes na própria elaboração de estratégias de enfrentamento, como uma forma eficaz para promover a participação no tratamento das crianças. Sendo assim, a equipe de saúde estaria ajudando no desenvolvimento emocional os pais ao longo da hospitalização e estes se tornariam proativos durante este processo, reconhecendo seu valor e seu papel durante o processo de recuperação dos seus filhos.

3.3 Humanização: da legislação à prática

O conceito de humanização engloba a propagação do ideal de amor ao semelhante. Quando a equipe de saúde se coloca no lugar dos pais e dos doentes,

ele assume a responsabilidade não apenas do arcabouço profissional, mas do respeito e da dignidade, então este profissional está colocando em prática a humanização. Nesta perspectiva o atendimento hospitalar deixa de ser apenas técnico e mecânico, e torna-se consciente da essência e da busca pelo outro (VILA, 2002).

Humanizar é o valor ético da palavra e da linguagem. Para a assistência humanizada ocorrer, o sofrimento, a dor, os prazeres expressos pelo sujeito devem ser compreendidos pelo outro. A comunicação entre a equipe de saúde e a família, os pais e os filhos, e até mesmo entre os profissionais de saúde e os pacientes, passa a ter um caráter primordial para a humanização definitivamente acontecer no ambiente hospitalar (DESLANDES, 2004).

A comunicação engloba a observação da situação física, psíquica e social da criança e dos familiares, de forma a compreender seus costumes e valores. Para isso, os profissionais da saúde necessitam demonstrar atenção e disponibilidade para escutar e ao mesmo tempo comunicar, tornando-se instrumentos imprescindíveis na prática do cuidado (OLIVEIRA; COLLET, 1999).

A efetiva propagação do processo de humanização no recinto hospitalar não exige grandes investimentos econômicos ou mudanças exacerbadas no ambiente físico. O mais importante é promover a sensibilização com relação à problematização da realidade, a partir da equipe multidisciplinar (FAQUINELLO, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, a humanização não deve ser vista apenas como mais um programa implantado no Sistema Único de Saúde (SUS). Mas sim, como uma política que funcione concomitante a todas as redes que compõe o SUS. Trata-se, portanto, da interação do sujeito com as diversas gestões, garantindo a autonomia, a participação e a corresponsabilidade nos processos de atenção (BRASIL, 2003).

Desde a década de 70, a humanização é um tema em vigor nos Estados Unidos. No Brasil, só a partir de 1990, a humanização passou a ser considerada como uma prioridade no campo da saúde. Inicialmente, foi proposta como um conjunto que apontava a desumanização da assistência prestada pelos profissionais de saúde, para mais tarde transformar-se em uma Política Nacional de Humanização, a qual visa a modificação das práticas assistenciais (SOUZA, 2010).

Em 1990 também foi regulamentado o Estatuto da Criança e do Adolescente, por meio da Lei Nº 8069, que em seu Artigo 12 estabelece a

permanência de um dos pais ou responsável, em todo o período de internação da criança/adolescente (ECA, 1990). No Brasil, atualmente, o Ministério da Saúde possibilita que os pais e/ou responsáveis participem da estrutura hospitalar e aprendam sobre as técnicas utilizadas nos cuidados com seus filhos, a fim de que cooperem na assistência humanizada prestada as crianças (LIMA *et al.*, 1999).

Historicamente, as culturas antigas acreditavam que a comunidade era um espaço de cuidados. Isto é, o doente só curava se a sociedade lhe proporcionasse “calor”. Para isso, era criado um “ninho”, em que as pessoas cercavam o doente de atenção, até que o mesmo melhorasse. Na visão ampliada da saúde, essa concepção refere-se ao tratamento que vai além da clínica e da cirurgia, aponta para a criação de um ambiente de segurança, em que o contato com membros do círculo familiar torna-se uma confirmação da existência para o indivíduo internado. O paciente diminui seu estado de ansiedade e alerta, permitindo assim a manifestação da vitalidade, e conseqüentemente favorecendo a eficácia do tratamento (BRASIL, 2010).

O processo do desenvolvimento e aperfeiçoamento do “cuidado” na assistência hospitalar brasileira ocorreu através de um processo bastante árduo e ao longo de muitos anos. Entretanto, a preocupação com o chamado “humanismo” na história da saúde brasileira, ou seja, o ser humano colocado em um patamar acima das outras necessidades é algo relativamente antigo. Em meados de 1543, por exemplo, foi criada a Santa Casa de Misericórdia de Santos cujo objetivo principal era de tornar-se o atendimento médico mais amplo à uma maior parte da população e de uma forma mais higiênica, uma vez que os atendimentos ocorriam somente através de pessoas sem nenhum tipo de instrução (como por exemplo, as chamadas “parteiras” e os padres jesuítas) (GALLO; MELLO, 2009).

Depois, com o passar dos anos, a saúde, no Brasil tornou-se cada vez mais ampla a uma grande parte da população. Entretanto, ela ainda era fundamentada no caráter objetivo da doença, vendo o paciente somente com um detentor de alterações fisiológicas, sem qualquer alteração psicossocial. Somente depois da década de 70, as mudanças políticas exigiram ajustes permanentes no sistema de saúde, sendo que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo de ser universal, humanizado e de qualidade (GALLO; MELLO, 2009).

Tradicionalmente, o objetivo da internação era apenas tratar a doença. A assistência à criança hospitalizada concomitante à parceria com os pais nos cuidados

à saúde é uma proposta recente. Logo, em muitas instituições essa perspectiva de cooperação ainda não foi construída, e o processo de humanização não foi implantado (LIMA et al., 1999).

No contexto da internação pediátrica e da humanização é importante encontrar no ambiente hospitalar meios para desenvolver questões de educação em saúde, ou seja, encontrar espaços para que se edifique o envolvimento dos pais no cuidado infantil juntamente com a equipe de saúde. Isso inclui ações educativas em saúde. No entanto, conforme estudos, o objetivo do desenvolvimento de ações educativas, não é impor uma mudança de realidade às famílias das crianças internadas, mas sim fortalecer o vínculo e a confiabilidade dos pais com os profissionais de saúde, além de promover a reflexão sobre a realidade vivida e as oportunidades existentes para mudança do cenário em que se encontram (SILVEIRA, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada e lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, cuja finalidade principal é proporcionar uma mudança significativa dos modelos de gestão, atenção e cuidado, oferecidos no cotidiano dos serviços de saúde. A PNH ajuda a concretizar os princípios do SUS, ressaltando a obrigação de garantir atenção integral à população e estratégias para expandir a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos (BRASIL, 2004).

Aperfeiçoar as relações entre profissional de saúde e usuário é objetivo do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) de 2001, que propõe ações em conjunto com intuito de modificar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos, a fim de tornar os serviços mais eficazes e efetivos. Dessa forma, atualmente, de acordo com o PNHAH, tem-se procurado respeitar a condição de ser humano do usuário do Sistema Único de Saúde, na medida em que se consideram os aspectos de modernidade, dinamicidade e solidariedade nas organizações de saúde (BRASIL, 2004).

A PNH é aplicada através da cogestão que se faz no trabalho em equipe, através de uma união coletiva em que todos detêm poder e deveres, compartilhados por meio de decisões, análises e avaliações coletivas. Através dessa ação conjunta (médicos, enfermeiros, entre outros profissionais de saúde) busca-se oferecer qualidade de serviços e compreender a dimensão subjetiva dos pacientes e familiares. Isto faz parte do exercício de uma medicina mais humanizada. Assim, se faz

necessário compreender as expectativas, necessidades e angústias dos pacientes e seus familiares visando oferecer uma melhor qualidade de atendimento e eficácia dos serviços prestados.

A humanização proporciona atendimento de qualidade, aliando os avanços tecnológicos ao acolhimento e incluindo a melhoria de ambientes de cuidado (BRASIL, 2004). Neste contexto, o principal objetivo da humanização é o de respeitar as características e as necessidades individuais, além de promover mudanças que repercutem nas estatísticas mundiais de atendimento hospitalar (BRASIL, 2003).

Com a implantação do PNH, espera-se que a instituição ofereça um tratamento digno e acolhedor por parte dos profissionais que ali atuam, não apenas como um “direito”, mas como uma etapa importante na conquista da cidadania. Para esses, a PNH implica em uma oportunidade de colocar em prática o verdadeiro sentido de suas ações como profissionais que oferecem não somente a cura das alterações fisiológicas, como também alívio emocional e apoio integral em todos os seus medos e anseios.

Entretanto é importante salientar que a PNH visa o trabalho, e esse é produzido por sujeitos e produtor de subjetividade. Ou seja, não há humanização da assistência ao paciente sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a praticam. Não há PNH sem uma ação conjunta em que toda a organização se reconheça como peça fundamental de um processo importante e, nele, se revalorize. Logo, o objetivo fundamental é resgatar as relações entre profissional de saúde e o próprio paciente, da equipe de saúde entre si e da instituição com seus trabalhadores e com a própria comunidade.

Nos últimos tempos a área da saúde tem apresentando um crescimento, contribuindo para o desenvolvimento da qualidade técnica dos serviços oferecidos pelos hospitais no Brasil. Porém, o cuidado nas unidades de terapia intensiva (UTI), com aspectos mais diretamente relacionados ao atendimento psicossocial do paciente e, principalmente, da família, não tem acompanhado esse crescimento (COMASSETTO; ENDERS, 2009).

Pesquisas demonstram que a aproximação entre os profissionais de saúde e os pais torna-se um desafio diário, porém a equipe de saúde percebe que aqueles que apresentam o acompanhamento dos familiares durante a internação, apresentam uma recuperação mais precoce, pois, os pais cuidadores já apresentam um vínculo

com a criança, e nesse momento não é apenas necessário a cura da doença, mas também dos aspectos emocionais (SILVEIRA, 2012).

O grande desafio, hoje, a ser enfrentado pelos profissionais nas UTIs é a humanização da assistência, já que a tecnologia cada vez mais se supera e, muitas vezes, verifica-se que estão envolvidos com as máquinas, ansiosos e atentos ao que elas mostram, esquecendo de que estão cuidando de pessoas (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

Apesar de não observar uma relação direta entre aumento da tecnologia e aperfeiçoamento das práticas humanizadas, sabe-se que o serviço de saúde deve ter como eixo central a humanização e os aspectos subjetivos da condição humana. Estudos demonstram que a equipe intensivista vem despertando para a assistência holística do paciente e valorizando a presença do familiar do paciente internado na UTI (COMASSETTO; ENDERS, 2009).

Estudos relacionados evidenciam que o conceito de humanização está comprometido mais a um discurso, do que propriamente à prática clínica. A permanência de pais/responsáveis no ambiente hospitalar é defendida como um benefício humanístico no tratamento das crianças internadas. Sobretudo, para que esse objetivo seja estabelecido são necessárias modificação na estrutura e na organização profissional de saúde. O intuito maior está no acolhimento, promovendo menos angústia e estresse dos pais, e uma maior confiança na equipe de saúde (PAULI, 2003).

Nesse contexto, um estudo aponta que a família não é valorizada no cenário hospitalar, poucos são os profissionais da saúde que conseguem compartilhar seus espaços com ela e vê-la como um cliente. Na maioria das vezes, ela é vista como um intruso, alguém que está ali para atrapalhar, fiscalizar, reclamar, impedindo que o profissional realize seu trabalho (BARBOSA; RODRIGUES, 2004)

Em análise da produção científica sobre atendimento em saúde constatou-se aspectos que denotam desrespeito ao cuidado humanizado, como o tratamento visando à doença e não a pessoa, a despersonalização, o anonimato e a ausência de preparação psicológica para a situação da enfermidade. Além disso, há também a constatação de uma relação de conflito entre o desenvolvimento tecnológico e a humanização. A supervalorização da técnica em prejuízo de um cuidado humanizado (CASATEL; CORREA, 2005)

Pesquisas demonstram que a falta da assistência humanizada é sentida e cobrada pelos familiares, que criticam o descompromisso na assistência de alguns profissionais com o ser humano enquanto pessoa, ensejando a transformação da realidade na qual se encontram inseridos. Os sujeitos do estudo evidenciam desencanto quanto à ausência de atitudes dos profissionais de saúde, direcionados à assistência humanizada nos hospitais em geral; desejam os seus direitos e costumes respeitados (COMASSETTO; ENDERS, 2009).

Há comprovações sobre a influência da comunicação entre equipe de saúde e família. Esta afeta de forma decisiva a interação no âmbito da UTI, na qualidade laboral dos profissionais e na extensão do sofrimento emocional da família do paciente. Além disso, constatou-se a necessidade de se observar a interpretação dos pais quanto às mensagens verbais e não verbais que a equipe de saúde emite (NIEWEGLOWSKI; MORE, 2008).

É importante salientar que em muitos casos a equipe de profissionais que atua em UTIs está exposta a um nível grande de estresse, porque prestam diariamente assistência direta aos pacientes e aos familiares, tendo que resolver os problemas profissionais ao mesmo tempo que devem lidar com suas próprias emoções e conflitos. Isso pode gerar um conflito na relação interpessoal entre esses profissionais e os responsáveis, comprometendo assim a humanização no cuidado prestado.

As evidências científicas sugerem que o bem-estar da família colabora diretamente para o bem-estar da criança. Sendo assim, em lugar de impor barreiras para evitar a aproximação dos pais com a criança, os profissionais de saúde devem propor estratégias para facilitar a adaptação da família ao contexto da UTI, realizando o cuidado com o foco na família como um todo. Por isso, permitir que a família se mantenha fortalecida e autônoma na situação de crise é um dos princípios fundamentais do cuidar que envolve dimensões de respeito ao ser humano (CÔA; PETTINGILL, 2011). Assim, as ações de saúde devem ser voltadas para as carências da criança e não apenas da enfermidade. Dessa forma aos pais cabe o direito de acompanhar e participar do cuidado, proporcionando que eles se sintam mais calmos e seguros (LIMA et al., 1999).

Dessa forma, compreender a amplitude do sofrimento paterno e materno e suas implicações em suas próprias vidas e na vida do filho internado em estado grave,

ajuda a equipe de saúde responsável a efetivar suas ações visando à assistência da criança como um todo, bem como à sua família, buscando alternativas que possam minimizar o impacto emocional da rotina da UTI e na enfermaria pediátrica.

CONCLUSÃO

A assistência humanizada é essencial quando se pensa na visão biopsicossocial que considera o paciente em todos os aspectos de sua saúde. Portanto, a revisão crítica da literatura permite concluir que a assistência aos pais e a percepção que eles têm do atendimento de seus filhos são fatores importantes para a produção do cuidado plenamente humanizado na circunstância da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

O livre acesso dos pais na hospitalização da criança é um elemento-chave no processo de enfrentamento da doença, estimulando o desenvolvimento de habilidades e apoio emocional. Assim como a humanização ao atendimento aos pais, este é um elemento que precisa ser levado em conta quando se trata do atendimento aos pais que tem seus filhos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

REFERÊNCIAS

AMIB. *Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva*. 2009. Disponível em: <http://www.amib.org.br/fileadmin/RecomendacoesAMIB.pdf>. Acesso em 12 jun. 2017.

ALVES, C.A.; DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. *Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade*. Interface (Botucatu). Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009.

BALDINI, S.M. *Avaliação das técnicas de apoio psicológico a crianças internadas em unidade de terapia intensiva pediátrica e a seus pais*. 147f. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BARBOSA, E.C.V.; RODRIGUES, B.M.R.D. *Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica*. Acta. Scientiarum. Health Sciences. Maringá-PR, v. 26, n. 1, p. 205–212, 2004.

BEE, Helen. *A criança em desenvolvimento*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

Danielle Caiado de Castro Dragalzew, et all. *Assistência humanizada aos pais de crianças internadas em uti pediátrica: o estado da arte*

BRASIL. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Regulamento Técnico para o Funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva*. Brasília-DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação Orgânica da Saúde*. Brasília-DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização Hospitalar*. Brasília-DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização Hospitalar*. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Cadernos HumanizaSUS. v. 1. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. HumanizaSUS. Brasília–DF, 2004.

BRASSOLATTI, M.M. et al. *A presença dos pais e a promoção do desenvolvimento da criança hospitalizada: análise da literatura*. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. v.13, n.1, p 37-45, 2013.

CASATEL, J.C.; CORREA, A.K. *Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.13, n.1, 2005.

CÔA, T.F; PETTENGILL, M.A.M. *A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Rev. Esc. de Enferm. USP. São Paulo-SP. p. 825-832, 2011.

COMASSETO, I.; ENDERS, B.C. *Fenômeno Vivido por Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva*. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre-RS, p. 46-53, 2009.

COSTA e JÚNIOR, Antonio Gil; COSTA, Carlos Eduardo de Mira. *Um (Re)Pensar sobre a Saúde Pública no Brasil: a Importância da Humanização no Ambiente de Trabalho*. P@rtes, São Paulo, Janeiro de 2014.

COSTA, R. *A responsabilidade do enfermeiro na humanização da assistência em terapia intensiva neonatal*. Rev Enferm UNISA, n.2 p. 44-4, 2001.

DESLANDES, S. *Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar*. Ciência & Saúde Coletiva, v.9 n.1 p.7-14, 2004.

DIAS, D.L. *Humanização na Assistência aos Pais dos Recém-nascidos Prematuros Internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição*. Porto Alegre: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Porto Alegre, 2009.

ECA. Lei nº 8.069. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 13 de julho, 1990.

Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

FAQUINELLO, P.; COLLET N. *Vínculo afetivo mãe/criança na unidade de alojamento conjunto pediátrico*. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre-RS. v.24 n.3 p.294-304, 2003.

FAQUINELLO, P. *O Atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. v.16 n.4 p.609-16, 2007.

GALLO, A.M.; MELLO, H.C. *Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência*. Revista F@pciência, Apucarana-PR, v.5, n. 1, p. 1–11, 2009.

GOMES, G.G.; OLIVEIRA, P.K. *Vivências da Família no hospital durante a internação da criança*. Rev. Gaúcha Enferm, n.33, p.165-171, 2012.

HARDICRE, J. *Nurses' experiences of caring for the relatives of patients in ICU*. Nurs Times, v. 99, n. 29, p. 34- 37, Jul 22-28, 2003.

LAMEGO, D.T.C. *Desafios para humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica*. Ciencia & Saude Coletiva. v.10 n.3 p.669-675, 2005.

LAMY, Z.C. et al. *A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal*. Jornal de Pediatria. v.13, n.5, 1997.

LEVANDOWSKI, D.C.; PICCINI, C.A. *Expectativas e sentimentos em relação à paternidade entre adolescentes e adultos*. Revista Psicologia: teoria e pesquisa, v.22, n.1, p.17-28, 2006.

LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. *Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, abril 1999.

MACHADO, H.B.; SOUZA, M.G.; MACHADO, C.; REBELLO B. *Percepção de Familiares de Crianças Internadas sobre o papel dos Cuidadores*. Fam. Saúde Desenv. Curitiba, v.8, n.1, p.49-55, 2006.

MAIA, J.M.A.; SILVA, L.B.; FERRARI, E.A.S. *A Relação da Família com Crianças Hospitalizadas na unidade de Terapia Intensiva Neonatal com a Equipe de Enfermagem*. Revista Enfermagem Contemporânea, p.154-164, 2014.

MAMAN, M.P. *Percepção da família de crianças hospitalizadas sobre os cuidados da enfermagem*. Monografia apresentada ao Centro Universitário UNIVATES. Lajeado. Julho, 2013

MENSORIO, Marinna Simões; KOHLSDORF, Marina. *Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento*. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 158-176, abr. 2009

MOLINA, R.C.M. *A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.43, n.3, sept, 2009.

NIEWEGLOWSKI, V.H.; MORE, C.L.O.C. *Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização*. Campinas, v.25, n.1, mar, 2008.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N. *Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança/família*. Rev.latino-am.enfermagem. Ribeirão Preto, v.7, n.5, p.95-102, dez 1999.

OLIVEIRA, J.S. *Humanização em Saúde: Arquitetura em Enfermarias Pediátricas*. Juiz de Fora-MG 195f. Dissertação (Mestrado em Ambiente Construído) Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

OLIVEIRA, K.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I.H.; CORRÊA, D.A.M. *Vivências de Familiares no Processo de Nascimento e Internação de seus filhos em UTI neonatal*. Esc. Anna Nery n.17, 2013.

OLIVEIRA, L.D.B. et al. *A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência*. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. São Paulo, v.19, n.2, ago, 2009.

OLIVEIRA, L.M.A.C. *O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: A tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado em enfermagem*. Tese do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde - Convênio Rede Centro-Oeste para título de doutor em ciência da saúde. Goiânia-GO, 2006.

PAULI, M.C. *Crenças que Permeiam a Humanização da Assistência em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica*. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto-SP. v.11 n.3 p.280-6, 2003.

PICADO, S.B.R.; EL-KHOURI, R.N.; STREAPCO, P.T. *Humanização hospitalar infantil: intervenções musicoterapêuticas no Centro Clínico Electra Bonini*. Pediatría, São Paulo-SP, v. 29, n. 2, p. 99-108, 2007.

PINTO, J.P.; RIBEIRO, C.A; SILVA, C.V. *Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto-SP, v.13, n.6, dez, 2005.

RAAD, A.J. *A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal*. Revista de Psicologia da Vetor. Editora, São Paulo, v. 7, n.2, p. 85-92, jul-dez. 2006.

RODRIGUES, A. L. *Sensibilizando a equipe humanizando o cuidado*. Monografia de especialização apresentada a UFPR-PR. Curitiba, p. 22, 2000.

ROUSSO, R.S.; ANGELO, M. *Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI*. Rev.Esc.Enf. USP, v.35, n.2, p.172-9, jun, 2001.

SAMPAIO NETO, Rui de Alencar et al. *Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde*. Rev. bras. ter. intensiva, v.22, n.4, p.369-374. ISSN 0103-507X, Dez 2010.

SCHNEIDER, C.M.; MEDEIROS, L.G. *Criança Hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais*. UNOESC & Ciências – ACHS, Joaçaba, v.2, n.2, p.140-154, jul-dez, 2011.

SILVEIRA, A. *A Família de Crianças/Adolescentes Hospitalizados: O Grupo como Estratégia de Cuidado*. Rev. Ciencia Cuidado e Saude, Maringá v.11 n.2 p.402-407, 2012.

SILVEIRA, R.S. et al. *Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na uti*. Texto contexto - enferm. Florianópolis v.14, p. 125-130, 2005.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOARES, L.O. SANTOS, R.F. et al. *Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal*. Out-Dez. Rev Enfermagem Florianópolis, p.644-45, 2010.

SOUZA, K, FERREIRA SD. *Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde*. Rev Ciência e Saúde Coletiva, v.15 n.2 p.471-480, 2010.

VILA, V. *O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: Muito Falado e Pouco Vivido*. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo. v.10 n.2 p.137-44, 2002.