

Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva

Conceptual reflections on health humanization: conception of nurses from Intensive Care Units
Reflexiones conceptuales sobre la humanización de la salud: la óptica de los enfermeros
de Unidades de Cuidados Intensivos

Vita Guimarães Mongiovi^I, Rita de Cássia Cordeiro Bastos Leite dos Anjos^{II},
Suellem Beatriz Holanda Soares^{III}, Tânia Maria Lago-Falcão^{III}

^I Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

^{II} Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife-PE, Brasil.

^{III} Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas. Recife-PE, Brasil.

Submissão: 08-05-2012 Aprovação: 22-01-2014

RESUMO

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde se configura como uma política pública complexa que abarca os aspectos estruturais, técnicos e relacionais do serviço de saúde, não estabelecendo as demarcações de suas atividades e com isso também uma deficiência em termos conceituais da humanização. Este estudo teve por objetivo realizar uma reflexão acerca da humanização da saúde, através de uma análise conceitual do próprio termo na interpretação das falas de enfermeiros assistencialistas atuantes em Unidades de Terapia Intensiva, coletadas numa pesquisa qualitativa. Concluiu-se que os enfermeiros possuem uma compreensão intuitiva sobre a definição de humanização, entendendo a necessidade da realização de uma assistência holística para além da mera técnica e abarcando igualmente desde aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais do cuidado. Ao mesmo tempo demonstram o despreparo na formação profissional para a execução dessa assistência dita humanizada.

Descritores: Humanização da Assistência; Terapia Intensiva; Política de Saúde.

ABSTRACT

The National Policy of Care Humanization and Health System Management are configured as a complex public policy which encompasses the structural, technical and relational aspects of the health service. However, this policy has failed at establishing the boundaries of its activities and the conceptual aspects of the humanization term. This study aimed to perform a reflection about the humanization of health through a conceptual analysis of the term itself and in the interpretation of speeches of nurses working in Intensive Care Units, collected in a qualitative research. It was concluded that nurses have an intuitive insight of the definition of humanization, understanding the necessity of conducting a holistic assistance beyond mere technique and also covering the physiological, psychological, social and spiritual aspects of care. At the same time they demonstrate the lack of preparation in professional education for the implementation of this humanized assistance.

Key words: Humanization of Assistance; Intensive Care; Health Policy.

RESUMEN

La Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del Sistema de Salud se configura como una política pública compleja que abarca los aspectos estructurales, técnicos y relacionales de los servicios de salud, mas no establece los límites de sus actividades y también presenta una discapacidad en términos conceptuales de la humanización. Este estudio tiene como objetivo desarrollar una reflexión sobre la humanización de la salud, a través de un análisis conceptual del término en sí mismo y en la interpretación de los discursos de las enfermeras que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos, colectados por medio de entrevistas semi-estructuradas en una investigación cualitativa. Se concluyó que las enfermeras tienen una comprensión intuitiva de la definición de la humanización, comprendiendo la necesidad de llevar a cabo una asistencia integral más allá de la mera técnica, que abarca también desde la atención fisiológica, psicológica, social y espiritual. Al mismo tiempo, muestran la falta de preparación en la formación profesional para la ejecución de esta asistencia humanizada.

Palabras clave: Humanización de la Atención; Cuidados Intensivos; Política de Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE

Vita Guimarães Mongiovi

E-mail: vitamongiovi@gmail.com

INTRODUÇÃO

A humanização da saúde é vista no contexto atual como um movimento integrador das relações da saúde, buscando uma melhoria do atendimento e um ambiente propício para o desenvolvimento do cuidado. Apesar da extensa produção científica sobre o tema e o desenvolvimento de políticas públicas visando o resgate de tal perspectiva, ainda permanece confuso o conceito relativo à humanização da saúde e a determinação de sua aplicabilidade dentro da área.

No ano de 2003, foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH), também chamada de HumanizaSUS partindo da ideia de reformulação das práticas assistenciais em saúde no Brasil, que já vinham sendo discutidas desde 1999 com a criação e implementação do Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), até então voltado somente para o circuito hospitalar⁽¹⁾. A política expandiu essa perspectiva de humanização para todos os âmbitos da saúde, tendo como princípios norteadores, dentre outros: “a valorização da dimensão subjetiva e direito dos usuários, a sua autonomia e protagonismo, a construção de redes cooperativas e solidárias de produção de saúde, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional”⁽²⁾.

Mais do que um conjunto de princípios idealistas para nortear as práticas em saúde dentro do sistema assistencial do país, o termo *Humanização* pressupõe uma conjuntura complexa de posturas e atividades que compreendem algumas modificações no setor saúde, que persistem, ainda em dias atuais, com um modelo de atenção biomédico, com frágeis relações entre usuários e equipe de saúde e a precarização do acesso aos serviços⁽³⁾.

Como uma proposta de mudança, a humanização visa à melhoria do atendimento em saúde como um todo, na associação entre o lado subjetivo e objetivo do cuidado ao ser humano em condições de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, através do reconhecimento da importância dos aspectos psicológico, emocional, espiritual e social paralelamente a intervenção técnica e o cuidado fisiológico, o que pressupõe uma estrutura assistencial de uma prática dita holística. Afirma-se, igualmente, algumas concepções de humanização podendo o termo ser entendido como uma escuta atenta, uma boa relação com o paciente, reorganização logística dos processos de trabalho facilitando acesso, até a melhoria dos ambientes de cuidados⁽⁴⁾.

Por outro lado, seu conjunto de iniciativas abrangentes capazes de serem enumeradas e reclamadas resulta em perspectivas multifocais de ações em saúde, caracterizando uma proposta de difícil conceituação e um perfil polissêmico ao próprio termo⁽⁵⁾. Assim, todos estes horizontes aos quais a humanização se expande acabam por fragmentar o seu conceito, tornando-o uma tarefa de difícil compreensão de foco e abrangência. Segundo Deslandes, “como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas”⁽⁶⁾.

Para que haja a verdadeira aplicação de seus princípios norteadores, a humanização da saúde requer uma delimitação bem estruturada de seu conceito, logo, suas possibilidades de

execução, fazendo com que esses parâmetros sejam sempre revistos em prol da implementação das diretrizes de uma política a ser vivenciada na realidade dos serviços de saúde. Este aspecto reafirma a necessidade de discussões e reflexões que visem o esclarecimento conceitual da humanização da saúde, na tentativa de efetivar a proposta no cotidiano da prática assistencial.

Entretanto, talvez pela referida dificuldade em conceituar, logo, também sistematizar a proposta da humanização, muitos ambientes de assistência em saúde ainda carecem desse tipo de atenção diferenciada, mesmo dentro do circuito hospitalar, obtendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como um de seus maiores exemplos. Por se configurar como um local de prestação de cuidados à pacientes em estado crítico de saúde, a UTI normalmente constitui-se de equipamentos de grande sofisticação tecnológica, recursos humanos altamente especializados e capazes de atribuir assistência ininterrupta ao doente internado⁽⁷⁾. A própria dinâmica habitual deste setor pode provocar desconforto ao usuário pelo excesso de estímulo de ruídos e iluminação da maquinaria, pela falta de privacidade decorrente da necessidade de observação contínua, pelo isolamento e afastamento da família/sociedade e a constante experiência de morte presente na rotina das unidades⁽⁷⁾.

Todos esses fatores desencadeiam num ambiente estressante e favorecedor de inseguranças aos usuários internados, que já se encontram vulneráveis pela sua própria condição de adoecimento. Por esta condição particular, a equipe multiprofissional da UTI deve apta a realizar o requerido cuidado humanizado, capaz de contemplar todas as necessidades do usuário, para além do mero aspecto teórico-técnico da assistência, ou seja, não só sua demanda fisiológica, mas também psicoemocional, social e espiritual⁽⁸⁾.

Reconhecendo a dificuldade em estabelecer a definição e a abrangência para o termo Humanização e entendendo que este fator dificulta a efetivação da conduta que se têm demandado dos serviços, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de realizar uma reflexão sobre o seu conceito partindo da concepção dos enfermeiros atuantes em UTI.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, realizado com onze profissionais de Enfermagem lotados em UTI Adulto de três hospitais, situados no município de Recife-PE, no ano de 2010. O projeto de pesquisa foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, onde obteve aprovação mediante protocolo de número 1673.

Foram incluídos na pesquisa somente os profissionais de Enfermagem, de nível superior, que atuassem enquanto assistentes e gerentes em unidades de cuidados intensivos em hospitais de ensino universitário públicos e filantrópicos desta cidade. A determinação proposital das unidades participantes da pesquisa se deu a partir da realização de uma tipificação das instituições entendidas como de grande representação social em saúde e ensino universitário no município e que, igualmente, concederam anuência de representante legal para participação neste estudo. Foram excluídos, para tanto,

os hospitais de caráter particular, aqueles que não apresentaram atividades de ensino, bem como, os que não demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Após esta etapa, iniciou-se a execução da pesquisa por meio de coleta dos dados. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as diretrizes que regulamentam a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil, sendo devidamente esclarecidos sobre o objetivo, o método de coleta dos dados e o desenvolvimento da pesquisa.

A coleta de dados se deu nas UTI, ambiente de trabalho dos participantes, por meio de entrevistas semiestruturadas com gravação de voz em aparelho digital, concomitante a anotações realizadas em diário de campo por meio de observação direta, ambos registrados pelas próprias pesquisadoras. O instrumento de coleta de dados constitui-se de um roteiro pré-formulado totalizando dezesseis perguntas, podendo ter havido alguma variação conforme necessidade de maiores esclarecimentos por parte das pesquisadoras. O roteiro seguiu-se com questionamentos acerca do entendimento do profissional sobre humanização; o desenvolvimento de práticas consideradas humanizadas em sua unidade de trabalho; os aspectos entendidos como influências positivas e negativas de tal conduta; sua relação particular com os pacientes e os familiares das unidades; posturas profissionais durante intervenções; relação com a equipe multidisciplinar, entre outros. A etapa de coleta de dados foi encerrada quando se encontrou um nível de saturação onde o critério de confiabilidade das informações recebidas pôde ser admitido, evitando a mera repetição de afirmativas por parte dos entrevistados⁽⁹⁾.

Posteriormente ocorreu a interpretação dos dados, conforme metodologia de análise de conteúdo para pesquisa qualitativa⁽¹⁰⁾. Inicialmente houve uma etapa de transcrição das entrevistas e sua enumeração aleatória, de modo a preservar a identidade dos participantes e desvios de análise das pesquisadoras. Cada entrevista transcrita recebeu a enumeração e denominação de E1, E2, E3, em diante, referente a cada enfermeiro em conformidade a ordem de sorteio das entrevistas. Foi realizada uma pré-análise dos dados com leitura minuciosa buscando a compreensão do material sintático e semântico do conteúdo coletado, codificando-os em unidades de registro. Em seguida, houve a diferenciação dos dados e posterior agrupamento de conteúdos similares na definição de categorias de afirmativas que emergiram dos discursos. As categorias definidas foram: *Compreensão/entendimento da humanização*; *Condutas adotadas na lida diária pelos profissionais*; *Relações interpessoais com paciente/familiares/equipe de saúde*; *Fatores conjunturais que influenciam no desenvolvimento da humanização*.

Neste artigo descrevemos a primeira categoria definida, *Compreensão/entendimento da humanização*, captada por meio da pergunta condutora da pesquisa “*O que você entende por humanização?*”, um dos questionamentos que mais revelou ambiguidades nas respostas. Ao final seguiu-se uma etapa de inferência, onde os dados foram interpretados e analisados levando-se em consideração o contexto vivenciado pelos entrevistados seguido do cruzamento teórico com a literatura selecionada sobre o tema⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A concepção dos enfermeiros de UTI sobre humanização apresentou algumas variações em suas respostas, reforçando a já mencionada polissemia deste termo. As definições foram pouco precisas e relataram desde aspectos referentes à postura do profissional perante o usuário, as condutas que devem ser adotadas na assistência em saúde concordantes às definições da PNH, até a insuficiência na formação profissional para compreensão e desenvolvimento de tal perspectiva. No intuito de favorecer o entendimento do conteúdo, agrupamos as respostas em três subcategorias sendo elas: Humanização como empatia pelo paciente; Humanização como cuidado holístico; e Humanização na formação do profissional.

Humanização como empatia pelo paciente

Pudemos constatar que os enfermeiros que trabalham em UTI possuem uma compreensão aparentemente intuitiva sobre o conceito de humanização, partindo de uma perspectiva de empatia pelo usuário. A empatia é um instrumento valioso no processo de humanização, onde o indivíduo tenta se por no lugar do outro e passa a agir de acordo com ideais e valores, qualificando o cuidado prestado⁽¹¹⁾.

Quando perguntados “*O que você entende por humanização?*”, muitos afirmaram um conjunto de atitudes centradas no usuário da unidade de cuidados intensivos, numa tentativa de reconhecê-lo enquanto ser humano semelhante. Os entrevistados fizeram menção à sensibilidade através de uma assistência atenciosa em que fosse necessário *se colocar no lugar do outro*, na busca de entender como o paciente gostaria de ser tratado, ou mesmo de tratá-lo como a um familiar ou a si mesmo.

O que eu entendo por humanização é você tentar tratar o paciente quando ele chega na UTI da melhor forma possível, como se fosse seu próprio parente. Né? Porque todos corremos o risco de um dia precisar de um leito de UTI não é isso? Ninguém ia ficar satisfeito com mau-trato. (E8)

Nas respostas dos entrevistados, percebe-se a relação que é estabelecida entre o cuidado baseado numa capacidade de envolvimento com o usuário em questão e a possibilidade de vislumbrar as suas necessidades fundamentadas numa compreensão de bem-estar pessoal. Cabe, portanto, ao profissional reconhecer suas limitações perante as convicções do outro, paciente e/ou familiar, na busca por uma atuação de promoção de cuidados diferenciados visando prioritariamente o conforto e satisfação deste sujeito em questão partindo de seus próprios ideais.

Humanização como cuidado holístico

Foi afirmada também, uma preocupação com uma atuação integral do cuidado de enfermagem na tentativa de atender ao usuário percebendo suas demandas físicas atreladas ao sofrimento psicológico, social e espiritual existente na condição de adoecimento, havendo referência à humanização como uma atitude de cuidado holístico, na realização de ações para além do tratamento da patologia.

(...) é tudo que você pode usar como artifício para você atender o paciente de forma holística. Você ter uma visão de todas as necessidades dele para tentar atender e tratá-lo da melhor forma que você possa, não só com a parte fisiológica, necessidades fisiológicas, mas vendo tudo que está relacionado... À questão emocional, a questão espiritual (...). (E9)

Percebemos nas respostas dos entrevistados um reconhecimento da necessidade de modificação no modelo de intervenção para com o usuário do serviço, entendendo a necessidade de uma atenção aos diversos aspectos da vida daquele paciente que é antes de tudo um ser humano. Tais demandas integrais foram afirmadas como necessidades persistentes, ainda que em situação de adoecimento e da necessidade de cuidados intensivos pelo usuário.

Cabe ressaltar que, apesar da possível compreensão das entrevistadas sobre a melhor forma de assistir integralmente ao usuário na UTI, foi afirmado que muitas dessas ações são perdidas no cotidiano das unidades, onde se constata o desenvolvimento de práticas mecanicistas baseadas no modelo biomédico. A situação crítica do paciente e a demanda existente em termos de cuidados técnicos, observação contínua e maquinaria necessária, foram afirmados como obstáculos, onde a dificuldade de desenvolvimento do cuidado humanizado residiria também na relação entre a execução das atividades técnicas rotineiras em saúde juntamente às ações de caráter relacional e subjetivas, de forma que o indivíduo que recebe os cuidados possa ser entendido como sujeito e não apenas como usuário/paciente do sistema.

(...) se tem um ambiente muito hostil, o paciente fica muito só, a parte de equipamentos é uma coisa muito assustadora (...) eu confesso que o cuidado humanizado também é meio complicado por conta do dia a dia, da natureza do trabalho, os pacientes que a gente está acostumado a receber são pacientes críticos. (...) Mas com relação ao profissional, eu acho que se cada um fizer um pouquinho, dá pra fazer um cuidado humanizado (...). (E4)

Entendemos que apesar da concordância quanto à proposta de humanização em saúde pelos profissionais entrevistados, isso não implicaria no convertimento facilmente aplicável dessas diretrizes com regularidade em sua prática diária.

(...) É possível. Só que a maioria das vezes a gente deixa passar despercebido. Já pelo fato de a gente estar acostumado com aquele setor, com o que está acontecendo e muitas vezes passa despercebido esse tipo de coisa. (...) essa questão de respeito que não há (...) as palavras a serem usadas, a forma de ser tratado, às vezes os profissionais chegam estressados de algum canto, de outro plantão, aí o paciente tem alguma queixa, aí não dá muita importância à queixa, então trata ele mal, com grosseria (...) o barulho de máquinas, incomoda muito, gritos que ele não entende o que é (...) e a pessoa fica mais angustiada também. (E11)

As atitudes entendidas como humanizadas tendem a serem

sufocadas no cotidiano dos serviços devido à sobrecarga de trabalho, a natureza contínua e crítica da atenção designada em UTI e até mesmo despreparo para a realização de tais condutas, entre outros⁽¹²⁾. A efetivação dos princípios da humanização que não é, muitas vezes, sistematizada dentro da rotina das unidades, resultaria principalmente do esforço independente de cada profissional em conduzir a assistência guiada pelo seu bom senso no entendimento dessa proposta e sua disposição individual em efetivá-la.

Humanização na formação do profissional

Outro aspecto que surgiu nas respostas dos enfermeiros quando questionados sobre o entendimento de humanização é concernente à formação dos profissionais da área para atuação mediante as diretrizes da política HumanizaSUS, configurando uma fragilidade na relação entre a teoria e a prática.

(...) poderiam ter alguns treinamentos para capacitar melhor os profissionais, porque muitas vezes você quer fazer, mas não sabe exatamente como. E aí, você tendo uma capacitação, você fazendo algumas oficinas para desenvolver esse lado... Às vezes na graduação você não é trabalhado para ter um atendimento humanizado. Você é trabalhado para ter um atendimento mais mecânico. (E9)

Apesar das possíveis intenções do profissional de enfermagem em realizar uma assistência humanizada, permanece ainda o fator de despreparo em termos educativos formais para a sua execução de modo que contemple os diversos aspectos biopsicossociais e relacionais que se demanda. Entendemos que muitas das ações entendidas como desumanizadas que são evidenciadas com frequência nos diversos âmbitos da atenção em saúde, podem ocorrer por insegurança do profissional em modificar as rotinas de cuidados já estabelecidas em seus meios de atuação, bem como, na incapacidade de sistematizar ações de humanização devidamente aplicáveis aos diversos cenários assistenciais. Nesse contexto, persiste a certeza de que a formação do profissional deve abarcar os conteúdos teóricos, técnicos, políticos e éticos, referentes ao desenvolvimento do cuidado em enfermagem⁽¹³⁾.

(...) a ideia que se tem em saúde de humanização é você tratar o paciente respeitando a individualidade dele, respeitando os limites e crenças dele, que é aquela noção que você tem de teoria na faculdade e que na prática depende mais de cada pessoa. Se você é uma pessoa que não respeita o próximo, não tem como você colocar humanização numa pessoa dessa. (E3)

Desde a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁽¹⁴⁾ dos cursos de saúde no ano de 2001, tem havido por parte das Instituições de Ensino Superior (IES) em saúde uma maior abertura para a aceitação de conteúdos relativos aos conteúdos que abarquem os aspectos de formação integral, ensino crítico-reflexivo e ético na construção de novos desenhos curriculares dos cursos de saúde⁽¹³⁾. Entretanto, ainda coexistem falhas em termos de formação moral do profissional

da área de forma que o desenvolvimento de sua compreensão e sua competência para atuação em conformidade aos pressupostos da humanização da saúde em que afirmam.

O desenvolvimento de uma consciência reflexiva nos profissionais é condição básica estruturante para que estes sejam, posteriormente, capazes de executar o cuidado ético e humano quando no momento de sua atuação assistencial. Entretanto, para atingir este ideal esperado urge ainda que se repense as práticas em termos da valorização de novos saberes, bem como quanto à aquisição de uma postura mais dialógica também entre as equipes e com usuários e a revisão de posturas políticas e ideológicas entre os gestores⁽¹⁵⁾.

Da mesma forma, a formação profissional deve também conduzir-se em termos morais, onde possam ser discutidos dilemas presentes no cotidiano das equipes, para que a humanização possa ser vivenciada de forma genuína e não somente repassada enquanto teoria e afirmações idealizadas. Este é um fator necessário para apropriação de uma postura profissional em que sejam respeitados os valores do paciente e de seus familiares, consideradas as demandas biopsicossociais de cada indivíduo e o desenvolvimento justo das condutas em saúde condizentes à dignidade intrínseca a cada ser humano. Portanto, a formação para atuação humanística pressupõe a reflexão tanto de conteúdos objetivos em termos de revisões na conduta gestora, aperfeiçoamento e qualidade de atendimento, até os aspectos mais subjetivos da assistência como o autoconhecimento dos sujeitos envolvidos no processo, a empatia e a melhoria das relações interpessoais com o usuário, familiares, gestores e intraequipe⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que a problemática conceitual da humanização provoca limitações na tentativa de modificação do cenário assistencial em saúde, uma vez que ela perpassa desde aspectos técnicos, relacionais, éticos e até mesmo, questões de ordem estrutural dos ambientes e assistência. Com a interpretação dos dados coletados, podemos perceber que os enfermeiros envolvidos no cuidado dentro do ambiente da UTI possuem algum conhecimento sobre o tema, que foram afirmados de forma não sistematizada, mas ainda assim, em concordância aos direcionamentos que a política de humanização preconiza. Apesar disso, foi igualmente mencionada à existência de falhas na concretização dessa assistência nas unidades e o despreparo para sua implementação.

A empatia foi afirmada como prerrogativa essencial para a vivência da humanização, sendo esta a condição para o entendimento das necessidades do paciente, que apesar da situação de adoecimento, é antes de tudo, um ser humano e semelhante. Entendemos que geralmente os profissionais atuam de forma intuitiva na busca por um melhor atendimento aos usuários, utilizando da sua própria compreensão de bem-estar como principal norteador para ações de cuidado.

Afirmou-se a importância da realização de uma atenção integral ao paciente intervindo nos aspectos de caráter fisiológico associado à manutenção de boas condições psicológicas, espirituais e sociais. Apesar de a conduta holística ter sido mencionada nas falas dos entrevistados, e facilmente diferenciada enquanto fatores biopsicossociais de importância na garantia de melhoria de saúde, estas não foram necessariamente afirmadas na realidade dos serviços. A nosso ver, este é um cenário que ainda carece de maiores aprofundamentos, pois o mero fato de poder replicar o discurso sobre as perspectivas da humanização da saúde, não implica diretamente no seu real entendimento pelo profissional, ou na sua disposição para atuação mediante estas demandas, nem mesmo na competência para implementação de tais condutas em seu cotidiano de serviço.

Os profissionais reconheceram seu despreparo em termos de educação formal para atuar na assistência conforme a proposta da humanização, e legitimaram a necessidade de haver melhorias na formação do profissional de enfermagem relativas ao tema em questão. Ao contrário, foi afirmada a formação em enfermagem com vistas ao desenvolvimento de condutas prioritariamente mecanicistas. Diante dessa realidade, constata-se a importância da orientação para humanização em saúde ideologicamente e sistematicamente desde a graduação, de forma que valorize, acima de tudo, um processo de desenvolvimento de competências ético-morais que orientem suas futuras práticas. Entendemos também, a importância do constante estímulo aos profissionais já atuantes, pelas suas instituições de trabalho através de educação permanente e discussões concernentes ao tema visando o esclarecimento e sistematização dessas ações, além da promoção de debates e trocas de experiências entre todos integrantes das equipes de saúde.

Acreditamos ter atingido aqui os objetivos deste estudo, mas reconhecemos a necessidade de aprofundamentos sobre a temática, pois o conceito de humanização requer ainda maiores análises conceituais que promovam aproximações sobre sua definição, na tentativa de estabelecer as delimitações teóricas que culminem no favorecimento e desenvolvimento efetivo de suas práticas.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):44-57.
2. Ministério da Saúde. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Cotta RMM, Reis RS, Campos AAO, Gomes AP, Antonio VE, Siqueira-Batista R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(1):171-9.
4. Ferreira J. O Programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde Soc.* 2005;14(3):111-8.

5. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(17):389-406.
6. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2004;9(1):7-14.
7. Caetano JA, Andrade LM, Soares E, Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007;11(2):325-30.
8. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm.* 2002;10(2):137-44.
9. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* 9ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2011. p. 64-89.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(4):564-70.
12. Salicio DMB, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Rev Eletrônica Enferm.* 2006;8(3):370-6.
13. Casate JC Corrêa AK. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(1):219-26.
14. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem.* Brasília: Ministério da Educação; 2001.
15. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2008;32(4):482-91.
16. Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(4):686-93.