"CUIDAR É SIMPLESMENTE OLHAR PRA UM MUNDO QUE VOCÊ NÃO VÊ"[1]: RELATOS SOBRE A HUMANIZAÇÃO EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Karen Cristiane Pereira de Morais [2]

Andressa Botton[3]

Isolina Maria Alberto Fruet[4]

Resumo: Esta pesquisa aborda o trabalho humanizado do(a) enfermeiro(a) residente multiprofissional em saúde. Objetiva conhecer o processo de formação desses(as) profissionais na Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde e como aplicam seu conhecimento sobre humanização nas práticas cotidianas. Em uma pesquisa de campo, realizou-se entrevistas semiestruturadas com residentes da Residência Multiprofissional e os dados foram qualitativamente analisados através da Análise de Conteúdo, originando duas categorias temáticas. Constatou-se nos relatos das participantes, que mesmo expressando verbalmente as dificuldades em efetivar o trabalho humanizado em suas rotinas profissionais, elas conseguem exercê-lo segundo alguns princípios delineados na política de humanização. Além disso, percebeu-se que não basta o trabalho humanizado individual de cada membro da equipe, pois é preciso que a gestão institucional pense e provoque maneiras da humanização ser considerada uma ferramenta no trabalho do(a) enfermeiro(a) e de todos(as) os(as) profissionais envolvidos no cuidado.

Palavras chaves: Humanização da saúde. Enfermagem. Residência Multiprofissional.

INTRODUÇÃO

Em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 e nº 8.142/90. É considerado o resultado de um processo do Movimento da Reforma Sanitária e de diversas pessoas comprometidas com o reconhecimento dos direitos

[1] NANDO REIS. Luz Antiga. Disponível em < http://www.vagalume.com.br/nando-reis/luz-antiga.html>. Acesso em 29 dez 2013.

[2] Enfermeira pós-graduanda em Gestão de Organização Pública em Saúde (UFSM), Membro Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Hospitalar e Educação na Saúde-HUSM/CNPq.

[3] Psicóloga. Mestre em Psicologia. Psicóloga da Universidade Federal de Santa Maria – Câmpus Cachoeira do Sul. E-mail: andressa_botton@hotmail.com.

[4] Enfermeira Assistencial CTCRIAC/HUSM. Especialista em Oncologia. Mestranda PPGEnf/UFSM Membro do grupo de pesquisa Trabalho, saúde, educação e enfermagem.

sociais, ao determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no país. O processo de consolidação do SUS implicou em mudanças na legislação brasileira, buscando uma melhor implementação do sistema onde possa acompanhar as transformações econômicas e sociais do Brasil.

Sua finalidade, dentre outras, é alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão/cidadã. Tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços de qualidade e adequados às necessidades dos sujeitos, independente do seu poder aquisitivo (BRASIL, 2013). No mundo da saúde, humanizar significa fazer referência ao homem e à mulher em tudo que engloba saúde, para garantir um ambiente que favoreça uma vida sã e harmoniosa em nível físico, emotivo, social e espiritual (BRUSCO; PINTOR, 2001).

Rios (2009) destaca que, na área da saúde, surgiram várias iniciativas com o nome de humanização. É provável que esse termo tenha sido forjado há cerca de duas décadas, quando os acordes da luta antimanicomial, na área da Saúde Mental, e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento, na área da Saúde da Mulher, começaram a ganhar força e a repercutir suficientemente para registrar uma mudança histórica.

Refletindo os contextos históricos tanto do SUS quanto da Humanização, instigou-se a estudar neste artigo como seria a visão dos(as) enfermeiros(as) residentes no trabalho de humanização do cuidado. Até 2003, havia uma série de iniciativas de humanização que tinham como característica a dinâmica de programas de políticas públicas, a baixa transversalidade entre os programas e setores do Ministério da Saúde e a imprecisão conceitual sobre o objeto humanização da saúde. Assim, a Política Nacional de Humanização (PNH) vem com o objetivo de ampliar a oferta dessa política aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; incentivar a inserção dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; divulgar a PNH e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições, sendo norteados por três diretrizes: a transversalidade, a

indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos (BRASIL, 2013).

Com isso a PNH emerge da convergência de três objetivos centrais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (PASCHE et al., 2011). Assim, a humanização é mais uma estratégia a ser empregada pelo(a) profissional de saúde, onde se deixa de ter um trabalho tecnicista e se tem um olhar que busca saúde além da doença. Nessa perspectiva, basear esta pesquisa em dados provenientes da Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde é um resgate ao cuidado e a todas as suas possibilidades de expressão não apenas nas residências, mas em outros campos de atuação do profissional de enfermagem.

Logo, a enfermagem vem se consolidando, especialmente nas três últimas décadas, à luz de uma base humanista de atenção, que busca significado na existência do ser humano por meio do cuidado com a pessoa e com a vida, momento em que se dá a verdadeira identificação profissional, pois a essência dessa profissão se constrói a partir da relação com o outro (PAGANINI, 2000).

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa é conhecer de que forma é aplicado o conhecimento sobre a humanização do(a) enfermeiro(a) na Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde em suas práticas cotidianas. Ressaltamos assim que os títulos dessas categorias, assim como o título deste artigo, foram inspirados em letras de músicas brasileiras, na tentativa de mostrar que os aspectos da saúde e da humanização podem ser enxergados em inúmeras produções humanas, e não somente nos aspectos acadêmicos e científicos.

1 MÉTODO

Este é um trabalho com abordagem qualitativa em que foi realizada uma pesquisa de campo que, para Gil (2002*),* procura significativamente o aprofundamento das questões

propostas em um dado estudo. Foram entrevistas sete residentes, do sexo feminino, sendo uma residente do primeiro ano (R1) e uma residente do segundo ano (R2) de cada área de cuidado da Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Esclarece-se que os sujeitos foram selecionados por conveniência, devido à localização das residentes.

A profissão de enfermeiro(a) foi escolhida como público para realização desta pesquisa devido à aproximação com a profissão da primeira autora deste artigo. Watson (2012) defende que a realização do processo de cuidar, tanto dos indivíduos, famílias e grupos é o enfoque mais importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano para humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro. Em concordância com esse modo de pensar e trabalhar na enfermagem há alguns anos, notando a difusão das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), identifica-se uma perspectiva de ruptura com as práticas que valorizam apenas o mercado de tecnologias, o que vem possibilitando, assim, a construção de saberes coletivos

Entre as perguntas realizadas destacam-se os conceitos das participantes em relação à humanização da saúde, se (e como) realizam dentro de seu cotidiano de trabalho as práticas humanizadoras, além da percepção das participantes sobre os momentos em que a humanização da saúde não é praticada em suas rotinas de trabalho.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros(as) residentes do primeiro e do segundo ano de residência multiprofissional. Foram excluídos aqueles que estavam em licença de qualquer natureza. Ressalta-se, ainda, que também foi utilizado o critério de saturação dos dados para a aplicação da entrevista, chegando-se, dessa forma, ao referido número de participantes. Para melhor descrição dos sujeitos da pesquisa, apresenta-se o quadro a seguir:

QUADRO 1 – DESCRIÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participante	Sexo	Idade	Tempo de formação	Tempo de experiência antes da RMS	R1 ou R2
P1	Feminino	30 anos	6 anos	Com 4 anos de experiência	R2

P2	Feminino	28 anos	3anos	Não tem experiência	R1
P3	Feminino	22 anos	7 meses	Não tem experiência	R1
P4	Feminino	23 anos	1anos e 6 meses	Não tem experiência	R2
P5	Feminino	23 anos	2 anos	Não tem experiência	R2
P6	Feminino	38 anos	3 anos	Não tem experiência	R1
P7	Feminino	25 anos	3 anos	Não tem experiência	R2

O primeiro momento para efetivar a pesquisa foi entrar em contato com as residentes, convidando-as a participar da mesma, explicando os objetivos do trabalho, os procedimentos éticos e a importância da participação de cada entrevistada, a fim de obter a autorização para sua realização no local escolhido pela participante em caso de a mesma estar de acordo. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada, realizada individualmente em lugar reservado e escolhido pela participante. A análise dos dados coletados nas entrevistas foi qualitativa, sendo submetidos à análise de conteúdo, segundo a proposta de Bardin (2011). Assim foi realizada a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Após a transcrição completa do material gravado, o mesmo foi classificado em subcategorias para melhor entendimento.

Para Oliveira (2008) as Construções de Categorias são operações de classificação dos elementos participantes de um conjunto, iniciando pela diferenciação e, seguidamente por reagrupamento, a partir de um conjunto de critérios. Implica impor uma nova organização intencional às mensagens, distinta daquela do discurso original.

Para dar cumprimento aos aspectos éticos, este estudo foi encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, e após a aprovação pelo órgão, foi efetuado o contato pessoal com as participantes, a fim de apresentar a pesquisa, seus objetivos, informar quanto aos direitos que possuem, quanto ao anonimato e sigilo dos dados, bem como o direito de recusar-se a participar da pesquisa e de retirar o consentimento em qualquer momento da mesma sem que disto lhe resulte em algum prejuízo, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos resultados, foram originadas duas categorias temáticas descritas a seguir:

2.1 "Vivo nesse abandono e tudo eu tomo por mim" [5]: As barreiras da humanização

Estuda-se na história do SUS e do cuidado como, em décadas passadas, o ser humano era deixado de lado e a patologia, muitas vezes, mais evidenciada que a saúde integral do sujeito. Até hoje o modelo biomédico influencia na atenção à saúde, seja em consultórios médicos privados ou no SUS, sendo visto pela forma como o médico faz sua entrevista e observação clínica ao atender um(a) usuário(a), focando principalmente nos seus sinais e sintomas com perguntas do tipo: "O que você está sentindo?". Ressalta-se que, embora importante, tal indagação não é determinante para o restabelecimento desse(a) usuário(a). Na atualidade, percebemos que a mídia mostra como a atenção à saúde está em crise, com filas intermináveis, falta de equipe de saúde, péssimos atendimentos ou, até mesmo, a falta deles, culminando na negligência frente a inúmeros(as) usuários(as). Dessa maneira, vendo o homem e a mulher como uma máquina, tendo o conceito de saúde como a ausência de doença e tendendo-se para a especialização e fragmentação, perde-se a visão holística do sujeito, em suas dimensões psicológicas e sociais. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, o processo fisiopatológico que ganham espaço (CUTOLO, 2006).

Assim, é nesse contexto que a humanização vem tentando firmar-se como uma ferramenta de trabalho, pois é importante que o(a) profissional de saúde empenhe-se em "transcender" a doença e buscar, por trás das suas manifestações, o indivíduo que sofre e que precisa ser confortado com o mesmo empenho dedicado ao combate à doença. A arte de curar transcende o conhecimento científico e, por isso, necessita de um equilíbrio entre o talento do(a) profissional, sua formação e uma visão humanista do seu ofício, permeada por noções básicas de psicologia, que o ajudariam a separar a doença do doente (ISMAEL, 2002).

[5]PAULO MIKLOS. Abandono. Disponível em:< http://letras.mus.br/paulo-miklos/763426/>. Acesso em: 20 set. 2015.

Nessa perspectiva, esta categoria temática revela as dificuldades da realização do cuidado humanizado na concepção das residentes e como é realizada a prática humanizada na rotina dos(as) profissionais de saúde. A PNH propõe que para humanizar práticas de gestão e de cuidado, bem como as práticas pedagógicas, é necessário que se incluam os diferentes sujeitos que participam desde suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do(a) trabalhador(a) de saúde (BRASIL, 2010). As falas a seguir demonstram como existe uma grande dificuldade para efetivação, na concepção das participantes, do trabalho humanizado:

> Profissionais que tem carga horária muito elevada, trabalham em dois ambientes, às vezes eles não tem a mesma paciência e cuidado para tratar com o paciente. Profissionais que não tiveram toda essa leitura, esse estudo, esse conceito também tem dificuldade de entendimento do que seria, falta de tempo. Às vezes o trabalho é muito intenso, o número reduzido de profissionais. Cobrança de números e não de qualidade, falta de interesse, comodismo, pode ser um problema, uma falha para que a humanização não aconteça (P2).

> Esse é o grande problema, porque, muitas vezes, os enfermeiros, tanto a gente se vê muito em só fazer, fazer, fazer, e pouco em pensar a saúde e fazer humanização de verdade. Assim, quando percebo que isso acontece, quando os profissionais só veem a doença do paciente, não tem paciência para conversar com ele, só ficam reclamando e não fazem nada para além da administração da medicação, não fazem nada, além disso, da prática tecnicista, da técnica em si (P4).

> A gente pode dizer que por parte muitas vezes de algum profissional que está mais afastado, educação em saúde às vezes deixa um pouco a desejar. Mas a gente percebe por parte de alguns núcleos profissionais muitas vezes a falta dessa percepção dessa sensibilidade de orientar, comunicar alguns procedimentos ou os próprios direitos dos usuários que muitas vezes eles desconhecem. Eu acho que os profissionais de saúde têm que estar a par desses direitos dos usuários e tem que orientar esses usuários quanto a isso que faz parte também do nosso papel essa orientação, de repente uma questão própria de conceito de profissão acharem que não é do seu papel (P7).

Sabemos que o modelo biomédico estruturou-se na saúde durante o século XIX, onde o que importava era a doença, a lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia, que são levadas em consideração pela proposta da humanização (MATTA; MOROSINI, 2013). Vicente (2012) acrescenta que a prática da Medicina tem sido vista como uma atividade ligada ao exercício do poder e do saber dos profissionais médicos, e podemos, porque não dizer, de outros profissionais da saúde, uma vez que o modelo biomédico de saúde

confere-nos controle sobre a saúde e a doença em detrimento das próprias pessoas, mesmo que colida com as questões de ordem ética e moral dos doentes pondo em causa o seu direito à autonomia.

É costume percebermos, através das práticas profissionais cotidianas, cada profissional atuando com o seu saber individual e não com um saber coletivo e integrado, agindo de acordo com o seu conhecimento, unicamente, e não participando de espaços em que possa haver a troca de informações e desse conhecimento com outros profissionais. Essa objetividade do olhar biomédico, quando confrontada com a subjetividade do(a) usuário(a), geralmente propicia uma relação mais centrada na doença do que no doente, na prática de uma medicina curativa e não preventiva.

Campos (2006) afirma que a racionalidade clínica predomina em enfermarias e ambulatórios e a de saúde coletiva em controle de epidemias e programas de saúde pública. É importante assinalar que todas as profissões e especialidades da área da saúde trabalham valendo-se de uma ou de outra destas modalidades: há uma clínica do(a) enfermeiro(a), do(a) psicólogo(a), do(a) médico(a), assim por diante.

Com a fala da residente P4 infere-se que a dificuldade de realizar a humanização vem da própria equipe, da rotina do serviço e até da gestão da instituição, como se descreve a seguir:

> Muitas pessoas pensam que humanização da saúde é: 'ai vou pintar essa parede de azul, vou pintar essa parede verde, de amarelo, de rosa'. Não sei, acho que o conceito de humanização é muito mais, além disso... A gente se vê muito no só fazer, fazer, fazer,e pouco em pensar a saúde e fazer humanização de verdade (P4).

Rios (2009) complementa que a verdadeira atitude humanizada precisa de uma educação dos(as) profissionais da saúde dentro dos princípios da humanização – que são a inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, a transversalidade e a autonomia, o protagonismo dos sujeitos – e o desenvolvimento de ações protetoras contra as situações de sofrimento e estresse decorrentes do próprio trabalho e ambiente em que se dão as práticas de saúde. Nessa perspectiva, a PNH elege a Educação Permanente como principal estratégia para o desenvolvimento profissional na área da Saúde. Quando há esse diálogo entre a equipe, consegue-se realizar um diagnóstico do trabalho e

melhorias, entretanto, não será em um curto espaço de tempo que essas mudanças irão acontecer, por isso precisa-se de comprometimento de todos(as) para atingir tal objetivo.

A fala descrita abaixo demonstra que a residente consegue perceber esse fato na rotina de seu trabalho, o que nos faz refletir mais sobre o assunto:

> Pensando mais que a gente faz, discutindo mais sobre os pacientes e sobre o processo de trabalho em si, como a gente pode organizar melhor, de uma melhor forma... Dentro desse contexto que a gente falou do SUS e mudanças de práticas e principalmente de fortalecimento de rede do SUS... Quando não se discute os casos e faz por fazer as coisas, quando não tem discussão entre chefia, profissional e residente, principalmente, quando não tem apoio da gestão do hospital, percebo muito esses casos (P4).

Assim, conforme Backes et al. (2006) não haverá humanização se não houver grandes mudanças na gestão e na organização do trabalho, resgatando da sua equipe o protagonismo, a dignidade, o respeito e a sensibilidade que se deseja ver aplicados no cuidado aos(às) usuários(as). Caso contrário, conclui-se que a prática profissional continuará sendo um exercício de técnica pela técnica, sem nenhuma reflexão.

2.2 "É preciso amar as pessoas, como se não houvesse amanhã":[6] E agora, o que é a humanização?

Esta unidade temática explica as práticas humanizadoras diante dos conceitos da PNH e dos exercícios das residentes em suas unidades de trabalho. Embora elas opinem que a rotina dificulte a prática humanizada, os relatos demonstram que elas entendem a sua prática em conformidade com as propostas teóricas e reconhecem a importância de realizar este trabalho, como se pode ver nos trechos a seguir:

> É você atender de forma que você atenda integralmente esse indivíduo, respeitando os aspectos éticos e também todas as particularidades do indivíduo... Atender ele, não somente nos aspecto da doença em si, mas com todo o cotidiano dele, com todas as singularidades do indivíduo. Então não trabalha só o corpo do indivíduo, tu trabalha o todo, então essa parte entra bastante na humanização (P1).

[6] LEGIÃO URBANA. Pais e Filhos. Disponível em:<http://www.cifraclub.com.br/legiao-urbana/pais-filhos/>. Acesso em: 15 nov. 2013.

> A gente tem o acolhimento, a gente conversa com o paciente antes mesmo de saber qual vai ser o protocolo que ele vai fazer então isso é o que a gente tenta fazer, juntamente com a assistência social, enfermagem, psicologia então a gente dá sempre um aporte para esse paciente que vai iniciar o tratamento (P3).

> A questão do acolhimento é uma questão que eu acho primordial para qualquer setor, serviço ou unidade tanto de internação quanto uma atenção básica, como pronto socorro. O acolhimento é essencial porque é através dele que a gente percebe as necessidades reais do usuário, tanto no acolhimento como também em qualquer procedimento técnico que for fazer: a questão do diálogo, da orientação principalmente para os usuários, essa orientação pro usuário, pro familiar, então tudo isso prepara a questão da humanização e faz uma diferença... Acho que é aí que engloba toda a questão da humanização (P7).

Assim, podemos perceber que o conceito de humanização não é completamente incompreendido pelas participantes, pois é preciso considerar que as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos(as) diferentes atores(as) envolvidos(as) no campo da saúde constituem a política em ações materiais e concretas (BRASIL, 2004). Dessa maneira, a Enfermagem vem sendo construída, dentro desta base humanizada de atenção, que busca significado na existência do ser humano, deixando de vê-lo apenas como uma doença, e ouvindo mais, procurando atender todas as demandas que cada um traz ao(à) profissional. E é através desse cuidado com o enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, pois a essência da Enfermagem se constrói a partir da troca com o outro (PAGANINI, 2000).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é um desses instrumentos para a concretização desse cuidado humanizado, como podemos observar nas palavras da participante que revela que, além da união dos serviços de saúde, temos que ter uma visão ampliada do cuidado e integração dos dispositivos de cuidado.

> Na assistência então nem se fala principalmente na assistência é o contato mais direto, que muita gente pensa que só na assistência direta ao paciente que se pode implementar a humanização, mas acredito que não só na assistência direta como eu disse na parte da gestão e a residência proporciona essa visão melhor para gente. Proporciona tu fazer essa relação assistência-processo gerencial-processo de trabalho-gestão, eu acho que essa união dos campos que faz a diferença (P7).

Portanto, consideramos que a participação da equipe não pode estar restrita apenas ao seu trabalho individual, mas que esta participação deve ser valorizada e incentivada no cotidiano dos serviços do SUS, sendo ampliada gradativamente, pois os(as) trabalhadores(as)

de saúde participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Podemos, também, atribuir isso ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa. Entretanto, uma gestão mais compartilhada torna-se também mais democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de trabalho que envolve as relações e os encontros entre usuários(as), sua família e rede social. Ou seja, devem-se alterar os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos por cada um dos(as) trabalhadores(as) (BRASIL, 2010).

Sendo assim, ter uma gestão corresponsável onde todos saibam seu papel diante do cuidado com o(a) usuário(a) e na dinâmica institucional, permite efetivar, cada vez mais, a humanização da saúde, que se dá através do diálogo e da motivação da equipe em realizar este trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo a Política Nacional de Humanização tendo sido formulada há mais de uma década, nota-se a dificuldade de sua implementação nos serviços de saúde e até mesmo sua discussão na academia. Estudar essa temática no enfoque da residência multiprofissional tornou-se um desafio o qual nos fez refletir até mesmo sobre os próprios conceitos e vivência no trabalho.

Ao analisar as falas das participantes percebemos a relevância em desenvolver esse trabalho e tentar realizar mais discussões sobre essa temática além das salas de aula, como com as equipes de saúde, por exemplo. Com este estudo foi possível perceber que, ainda que existam diversos conceitos sobre a humanização do cuidado, as profissionais da RMS conseguem perceber sua prática no seu cotidiano de trabalho. Porém, percebemos que uma ampliação desse trabalho é muito importante para que se tenha a efetiva realização do trabalho humanizado.

Os resultados surpreenderam em relação aos conceitos evidenciados pelas participantes e a visão que elas possuem sobre a humanização e a residência, pois, inicialmente, quando se pensava em construir esta pesquisa as ideias eram que em função da

rotina intensa não se conseguiria realizar um trabalho humanizado. Não surpreendeu, todavia, a questão da dificuldade de implementação desse trabalho, pois sabemos que trabalhar com um conceito diferente do qual a equipe já está habituada (devido a muitos(as) desses(as) profissionais serem formados antes da implementação da PNH), pode tornar difícil a aceitação entre os demais membros desse grupo, pela resistência ao desconhecido e à mudança. No entanto, após a conclusão deste estudo e leituras adicionais sobre o tema, é possível afirmar que a realização de práticas humanizadas faz com que os(as) usuários(as) tenham maior adesão ao tratamento.

Nesse sentido, percebe-se que é necessário investir em processos educativos e rever as estratégias que são utilizadas nos diversos tipos de práticas, sendo notada, também, a necessidade de uma gestão dedicada e de motivação da equipe para uma atuação em conjunto. Essa é a visão que as residentes possuem em relação ao cuidado e à prática da humanização, enfim, um fator muito importante para que, futuramente, não se percam as conquistas que se construíram com a PNH.

Por fim, sugere-se que este estudo seja ampliado além da percepção do(a) enfermeiro(a), para todas as profissões dentro da Residência Multiprofissional e também para Residência Médica. Isso porque, quanto maior o alcance das discussões sobre o referido tema e a prática, maiores poderão ser as melhorias realizadas diante do cuidado do(a) usuário(a). Nessa perspectiva, a RMS proporciona um olhar diferenciado em relação a todo o trabalho realizado pela equipe de saúde e a interação desses olhares faz com que o trabalho tenha mais força e qualidade, como as instituições tanto prezam. Comprova-se, assim, que realizar um cuidado humanizado e discutir este assunto com a equipe faz com que se reforcem, cada vez mais, esses conceitos e difunda-se o trabalho que beneficia, de forma integral, o(a) usuário(a).

"CARING IS SIMPLY LOOKING AT A WORLD THAT YOU DON'T SEE": REPORTS OF HUMANIZATION IN A MULTIDISCIPLINARY RESIDENCY

Abstract: This research deals with the humanized labor of the multi-professional resident nurse. It aims to know the graduating process of those professionals at Integrated Multidisciplinary Residency in Management and Hospital Care in the Public Health System

and how they apply their knowledge of humanization in daily practices. In a field survey, carried out in a semi-structured interview with residents of the Multidisciplinary Residency, the data were qualitatively analyzed using Content Analysis, resulting in two thematic categories. The reports of the participants, even verbally expressing the difficulties in carrying out the humanized work in their professional routines, show that they can exercise it according to some principles outlined in the humanization policy. In addition, it was noticed that the individual humanized work of each team member is not enough. It is necessary to be considered a tool in the workplace by all professionals involved in this field.

Keywords: Health Humanization. Nursing. Multi professional Residence.

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO; Wilson; LUNARDI Valéria Lerch. O processo de humanização o ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Relato de pesquisa, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 2, p. 221-227. 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo,Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos.** Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: 2012.

BRASIL, **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627/>. Acesso em: 12 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 12 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRUSCO, Angelo; PINTOR, Sérgio. **Tras las huellas de Cristo médico - Manual de teologia pastoral sanitária.** Santander: Sal Terrae, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas:** teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/monicarochag/clnica-e-sade-coletiva-compartilhadas-teoria-paidia> Acesso em 14 set 2015.

CUTOLO, Luís Roberto Agea. Modelo Biomédico, Reforma Sanitária e a Educação Pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4. 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ISMAEL, José Carlos. **O médico e o paciente:** breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz; 2002.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à saúde. **Dicionário de educação profissional em saúde.** Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 10 nov. 2013.

OLIVEIRA, Denize Cristina. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERG**, Rio de Janeiro. 2008.

PAGANINI, Maria Cristina. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. **Cogitare Enfermagem**, v. 5, p. 73-82, jan-jun. 2000.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élida Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde:** prática e reflexão. São Paulo: Aurea, 2009.

VICENTE, Inês Pedro. **De um modelo biomédico da saúde a um modelo reflexivo de saúde:** controvérsias em Torno do testamento vital. Anais do VII Congresso Português de Sociologia: Sociedade, Crise e Reconfigurações. Universidade do Porto, Faculdade de Letras, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2012. Disponível em: <http://www.aps.pt/vii_congresso/papers/finais/PAP1016_ed.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

WATSON, Jean. **Enfermagem Ciência Humana e Cuidar:** Uma teoria de Enfermagem. Lusociência: Loures, 2012.