

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA.
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARÍLIA GABRIELY ALEXANDRE DE ANDRADE

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO REALIZADAS POR
ENFERMEIRAS, DURANTE A CONSULTA DE PUERICULTURA SOB A ÓTICA
DOS RESPONSÁVEIS FAMILIARES.**

JOÃO PESSOA

2025

MARÍLIA GABRIELY ALEXANDRE DE ANDRADE

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO REALIZADAS POR ENFERMEIRAS, DURANTE A CONSULTA DE PUERICULTURA SOB A ÓTICA DOS RESPONSÁVEIS FAMILIARES.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de pesquisa: Saúde da criança

Orientadora: Prof^ª.Msa. Ilana Vanina Bezerra de Souza

JOÃO PESSOA

2025

A568a

Andrade, Marília Gabriely Alexandre de

Análise das práticas de humanização realizadas por enfermeiras durante a consulta de puericultura sob a ótica dos responsáveis familiares / Marília Gabriely Alexandre de Andrade. – João Pessoa, 2025.

47f.

Orientadora: Prof.^a Ma. Ilana Vanina Bezerra de Souza.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Acolhimento. 2. Humanização. 3. Saúde da Criança. I. Título.

CDU: 616-083:616-053.2

MARÍLIA GABRIELY ALEXANDRE DE ANDRADE

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO REALIZADAS POR ENFERMEIRAS, DURANTE A CONSULTA DE PUERICULTURA SOB A ÓTICA DOS RESPONSÁVEIS FAMILIARES.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Marília Alexandre de Andrade, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, que obteve o conceito 8,0, conforme apreciação da banca examinadora.

Aprovado em 17 de novembro de 2025

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Msa. Illana Vanina Bezerra de Souza – Membro (FACENE)

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

Prof^ª. Dra. Eliane Cristina da Silva Buck – Membro (FACENE)

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

Prof^ª. Dra. Vagna Cristina Leite Pereira – Membro (FACENE)

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

AGRADECIMENTOS

À minha bisavó, primeira mestra do cuidado, que me guiou com paciência e ternura enquanto segurava minha mão nas primeiras tentativas de escrever, ainda que, nos últimos meses, sua presença física já não habitasse o mesmo plano que o meu, permaneceu em mim, serena e eterna, como a essência que me ensinou que o amor não se finda com a ausência, apenas muda de forma para continuar habitando o que somos. Através dela, cheguei à parte mais importante e luminosa do meu entendimento: nada é mais libertador e profundamente nosso do que o conhecimento e compreendi que cuidar é também aprender, refletir e transmitir o que há de mais humano em nós.

EPÍGRAFE

“Age de tal modo que trates a humanidade, tanto na tua
pessoa como na de qualquer outro, sempre ao mesmo
tempo como um fim e nunca simplesmente como um
meio.”

(Immanuel Kant, 1785)

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO REALIZADAS POR ENFERMEIRAS, DURANTE A CONSULTA DE PUERICULTURA SOB A ÓTICA DOS RESPONSÁVEIS FAMILIARES.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender a prática da humanização realizada por enfermeiras durante consultas de puericultura nas redes pública e privada de saúde do município de João Pessoa, Paraíba, sob a perspectiva dos responsáveis familiares. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas e observação indireta. A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, os resultados evidenciaram discrepâncias entre a percepção dos familiares sobre humanização e as práticas efetivamente desenvolvidas pelas enfermeiras; identificou-se que fatores como sobrecarga de trabalho, tempo reduzido de atendimento e limitada disponibilidade profissional interferem na experiência de cuidado humanizado. Ainda assim, os participantes relataram vivências positivas relacionadas à atenção, sensibilidade e postura ética das enfermeiras. Conclui-se que, mesmo diante de limitações estruturais e operacionais, as profissionais buscam implementar ações humanizadas, demonstrando comprometimento ético e sensibilidade às necessidades das crianças e de seus familiares

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Humanização; Saúde da criança.

ABSTRACT

This study aimed to understand the practice of humanization carried out by nurses during childcare consultations in public and private healthcare services in the municipality of João Pessoa, Paraíba, from the perspective of family caregivers. This is an exploratory-descriptive field research with a qualitative approach, conducted through semi-structured interviews and indirect observation. Data analysis followed Bardin's content analysis technique, the results revealed discrepancies between the families' perception of humanization and the practices actually implemented by nurses; factors such as work overload, limited consultation time, and restricted professional availability were found to influence the perceived experience of humanized care. Nevertheless, participants reported positive experiences related to nurses' attentiveness, sensitivity, and ethical conduct. It is concluded that, despite structural and operational challenges, nurses seek to implement humanized care practices, demonstrating ethical commitment and sensitivity to the needs of children and their families. This study aimed to understand the practice of humanization carried out by nurses during well-child visits in the private and public health network in the municipality of João Pessoa, Paraíba, from the perspective of family caregivers. This is an exploratory-descriptive field research with a qualitative approach, using semi-structured interviews and indirect observation as data collection instruments. The analysis of the information followed Bardin's content analysis technique.

KEYWORDS: Child health; Humanization; Reception.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	10
1.1OBJETIVOS.....	13
1.1.1 Objetivo Geral.....	13
1.1.2 Objetivo Específicos	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E SEUS FUNDAMENTOS.....	14
2.2A CONSULTA DE PUERICULTURA E AS ESPECIFICIDADES DO CUIDADO INFANTIL.....	15
2.3 ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NA CONSULTA DE PUERICULTURA.....	17
2.4 DESAFIO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA.....	20
2.5 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO PEDIÁTRICO: PERCEPÇÕES DOS RESPONSÁVEIS SOBRE O IMPACTO EMOCIONAL NA CRIANÇA.....	20
2.6 COMUNICAÇÃO HUMANIZADA NA CONSULTA DE PUERICULTURA: A VOZ DOS RESPONSÁVEIS NO PROCESSO DO CUIDADO.....	22
3 METODOLOGIA.....	24
3.3 TIPO E NATUREZA DA PESQUISA.....	24
3.4 LOCAL DA PESQUISA.....	24
3.5 PARTICIPANTES E ASPECTOS ÉTICOS.....	24
3.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	25
3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES.....	49

1. INTRODUÇÃO

A humanização na assistência à saúde constitui um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essencial para garantir o cuidado integral, ético e respeitoso aos usuários. No contexto da puericultura, a atuação da enfermagem desempenha papel central na promoção da qualidade do atendimento às crianças e às suas famílias, ao integrar aspectos técnicos e relacionais que asseguram a integralidade do cuidado. (Brasil, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece diretrizes voltadas à reorganização dos processos de trabalho e gestão nos serviços de saúde, enfatizando a escuta qualificada, o acolhimento e a participação ativa dos usuários no processo de cuidado (Brasil, 2009). Em 2025, a Lei nº 15.126, sancionada em 29 de abril, incluiu a atenção humanizada como um dos princípios da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), reforçando a obrigatoriedade da implementação de práticas humanizadas em todos os níveis de atenção e consolidando o direito do usuário a um cuidado digno e integral (Brasil, 2025).

Complementarmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) orienta a atenção à saúde infantil desde a gestação até os nove anos de idade, com foco na promoção do desenvolvimento saudável e na redução das desigualdades sociais e regionais (Brasil, 2015). Nesse sentido, a puericultura ultrapassa o acompanhamento do crescimento físico, abrangendo dimensões psicossociais e familiares, o que reforça a necessidade de práticas humanizadas que estimulem o vínculo, a escuta ativa e o protagonismo dos responsáveis no cuidado infantil (Brasil, 2009; Brasil, 2015).

A atuação da enfermagem nesse contexto deve estar pautada na sistematização do cuidado, utilizando o Processo de Enfermagem como instrumento técnico e científico que assegura qualidade, segurança e humanização do atendimento (COFEN, 2024). Esse processo compreende etapas interligadas como coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação que permitem identificar as necessidades individuais da criança e de sua família, promovendo intervenções assertivas, empáticas e centradas no usuário.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), ao regulamentar o Processo de Enfermagem e enfatizar a responsabilidade técnica do enfermeiro, confere respaldo legal e ético à implementação de práticas humanizadas na puericultura. Dessa forma, ao alinhar protocolos clínicos aos princípios da PNH e da PNAISC, o enfermeiro integra a avaliação objetiva do desenvolvimento infantil a estratégias que favorecem o bem-estar, o fortalecimento do vínculo familiar e a adesão às orientações de saúde (COFEN, 2024; Souza et al., 2025).

O acompanhamento, as consultas e o tratamento de crianças representam momentos de grande impacto emocional tanto para os pacientes quanto para seus responsáveis. O ambiente clínico pode ser percebido como ameaçador, gerando estresse, ansiedade e insegurança em relação ao tratamento e ao bem-estar da criança. Nesse cenário, a humanização do atendimento prestado pelos profissionais de saúde tem papel essencial na minimização desses sentimentos negativos, proporcionando um cuidado mais acolhedor, empático e eficiente (Abud et al., 2024). Sob o ponto de vista conceitual, humanizar significa reconhecer a dimensão subjetiva e social do cuidado, atribuindo às ações e interações profissionais um propósito ético e sensível, que valoriza o ser humano em sua totalidade (Cardoso et al., 2023).

A comunicação, nesse contexto, assume papel central, pois possibilita ao profissional compreender o contexto vivencial do paciente e de sua família, favorecendo um relacionamento terapêutico baseado na empatia, no respeito e na escuta (Gregório; Barbosa; Bezerra, 2024). A atuação humanizada envolve também a participação ativa dos pais e responsáveis, reconhecendo-os como parceiros no cuidado, e não apenas como acompanhantes. Essa abordagem respeita suas vivências, saberes e afetos, valorizando o protagonismo familiar no processo de promoção da saúde infantil (Costa; Bezerra; Martins, 2023).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990, considera-se criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos (Brasil, 1990). Contudo, no âmbito das políticas públicas de saúde, especialmente nas ações de atenção primária, a puericultura é direcionada com maior ênfase às crianças de 0 a 5 anos, faixa etária considerada estratégica para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e formação de hábitos saudáveis (Brasil, 2024). Essa delimitação visa favorecer intervenções preventivas e educativas que contribuam para o desenvolvimento integral e para o fortalecimento dos vínculos com os serviços de saúde.

O acompanhamento sistemático da saúde infantil é determinante para a qualidade de vida e o desenvolvimento pleno da criança, entretanto, muitos responsáveis relatam dificuldades em compreender as orientações fornecidas durante as consultas, bem como percebem o processo clínico como frio e impessoal; esse distanciamento pode gerar medo, angústia e insegurança na criança, comprometendo a adesão ao cuidado. Nesse contexto, a humanização emerge como estratégia indispensável para reduzir o sofrimento e proporcionar um ambiente acolhedor, onde as necessidades emocionais do paciente pediátrico e de sua família sejam respeitadas (Silva; Pereira, 2021).

A relação entre equipe, paciente e responsáveis deve ser permeada pela empatia, pelo respeito e pela clareza nas informações. O acolhimento dos familiares, a escuta ativa e o suporte

emocional contribuem para um ambiente clínico mais seguro, harmonioso e menos traumático (Brasil, 2021). Oliveira e Santos (2022) ressaltam que a valorização do brincar, da expressão de sentimentos e da presença contínua dos responsáveis é um componente essencial da humanização, favorecendo o desenvolvimento saudável e a recuperação emocional da criança.

Apesar dos avanços nas políticas e diretrizes de humanização, a efetivação dessas práticas na puericultura ainda enfrenta desafios, como sobrecarga de trabalho, limitação de recursos materiais e resistência a mudanças culturais dentro das instituições de saúde (Souza et al., 2025). Assim, torna-se relevante investigar como as enfermeiras têm incorporado as diretrizes da PNH e da PNAISC em suas práticas durante as consultas de puericultura, sob a ótica dos responsáveis familiares.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender sob a ótica dos responsáveis familiares a prática da humanização realizada por enfermeiras durante a consulta de puericultura na rede privada e pública de saúde, no município de João Pessoa-PB.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Investigar estratégias utilizadas durante a consulta de puericultura que favoreçam a humanização.
- Conhecer os principais desafios na humanização em puericultura.
- Verificar se os aspectos comunicacionais envolvidos na consulta de puericultura facilitam a humanização, com foco na escuta ativa dos responsáveis.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E SEUS FUNDAMENTOS.

A humanização na saúde é um conceito que vem ganhando força nas últimas décadas, sobretudo a partir das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída em 2003. Este movimento visa aprimorar a qualidade da atenção e da gestão em saúde, centrando-se na valorização do sujeito, tanto usuários quanto profissionais, e na construção de vínculos solidários e respeitosos entre todos os envolvidos no processo de cuidado (Brasil, 2020).

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, propõe diretrizes para reorganização dos serviços de saúde de maneira mais acolhedora, resolutiva e equânime, dentre seus princípios, destacam-se: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos (Brasil, 2021).

Os princípios orientam práticas que valorizam a escuta qualificada, o respeito à subjetividade e o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários; ainda segundo a PNH, humanizar é considerar os sujeitos em sua integralidade, valorizando a dimensão ética das relações no processo de cuidar, além de promover a corresponsabilidade entre profissionais, gestores e usuários. A proposta exige mudanças tanto nas atitudes individuais quanto nos processos institucionais, tornando o cuidado mais sensível, ético e inclusivo (Brasil, 2021).

Segundo Costa et al. (2022), a humanização é um processo que busca superar a fragmentação do atendimento em saúde, promovendo práticas que respeitem a singularidade, a autonomia e os direitos dos pacientes. A abordagem humanizada também implica na transformação dos modos de gestão, promovendo a participação ativa da equipe multidisciplinar. A Política Nacional de Humanização (PNH) estrutura-se a partir de princípios fundamentais como a indissociabilidade entre atenção e gestão, a transversalidade das ações e a inseparabilidade entre sujeitos, coletivos e instituições (Brasil, 2020).

De acordo com Silva e Santos (2021), práticas de humanização demonstram impacto positivo tanto na qualidade do atendimento quanto na satisfação dos usuários; pacientes que se sentem acolhidos e respeitados tendem a aderir melhor aos tratamentos, apresentando melhores resultados clínicos e emocionais, ademais, trabalhadores que atuam

em ambientes pautados pela humanização relatam maior satisfação profissional, menor índice de adoecimento e maior envolvimento com os objetivos institucionais.

Entretanto, a implementação efetiva da humanização enfrenta desafios, como a resistência a mudanças culturais, a escassez de recursos e as dificuldades estruturais do sistema de saúde. Para superar essas barreiras, Oliveira et al. (2023) defendem a necessidade de formação contínua dos profissionais, bem como a criação de políticas institucionais que priorizem a humanização como eixo do cuidado, porém os fundamentos e diretrizes da humanização na saúde apontam para a necessidade de construção de uma nova cultura de cuidado, na qual os sujeitos sejam reconhecidos em sua integralidade e protagonismo. A consolidação da humanização depende, portanto, do compromisso ético e político de todos os envolvidos no processo de produção da saúde.

2.2 A CONSULTA DE PUERICULTURA E AS ESPECIFICIDADES DO CUIDADO INFANTIL.

A puericultura é uma prática estruturante da atenção integral à saúde da criança, constituída por um conjunto de ações preventivas, promocionais e educativas voltadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em todas as suas dimensões. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), essa prática é realizada prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como eixo central a vigilância do desenvolvimento físico, psíquico, emocional e social da criança, desde o nascimento até, pelo menos, os nove anos de idade (Brasil, 2022).

A consulta de puericultura representa, portanto, um momento de escuta qualificada, avaliação clínica e educativa, na qual são verificadas as condições de vida da criança, seu ambiente familiar, as práticas de cuidado e os fatores de risco ou proteção para sua saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2023), a puericultura deve ocorrer de forma periódica: semanalmente no primeiro mês de vida, mensalmente até os seis meses, bimestralmente até um ano, e com frequência ajustada conforme a idade e necessidade, sendo, após os dois anos, preferencialmente anual. Essa sistematização permite uma vigilância contínua e oportuna dos marcos do desenvolvimento infantil.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130/2015, organiza as diretrizes do cuidado infantil sob uma perspectiva ampliada, interdisciplinar e intersetorial. A puericultura está inserida em todas as suas diretrizes, principalmente no eixo de promoção do desenvolvimento integral. A PNAISC reconhece que

o cuidado com a infância saudável é estratégico para a redução da morbimortalidade infantil e para o rompimento de ciclos intergeracionais de vulnerabilidade social. Desta forma, o papel do enfermeiro é central e bem delimitado pelas normativas do exercício profissional.

De acordo com a Lei nº 7.498/1986 e a Resolução COFEN nº 358/2009, os enfermeiros possuem competência legal e técnica para conduzir a consulta de enfermagem, que inclui avaliação clínica, solicitação de exames dentro de protocolos, orientações e encaminhamentos. Nas consultas de puericultura, o enfermeiro atua na coleta de dados da história de vida da criança, análise de condições de risco, aferição de medidas antropométricas (peso, estatura, perímetro cefálico), acompanhamento do calendário vacinal, orientação sobre alimentação, higiene, sono, segurança domiciliar, uso de telas, além da observação de sinais de alerta quanto ao desenvolvimento neurológico e comportamental (Brasil, 2022).

Com o avanço das políticas públicas de saúde e a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), o enfermeiro passou a assumir um papel cada vez mais ativo na atenção à criança (Brasil, 2015). Nos últimos anos, iniciativas do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem vêm fortalecendo esse movimento, incluindo a elaboração, em 2024–2025, das Diretrizes e do Protocolo Nacional de Assistência de Enfermagem em Puericultura, que visam ampliar a autonomia técnica do enfermeiro e padronizar fluxogramas clínicos para o acompanhamento infantil na APS (Cofen, 2024; Cofen, 2025^a; Cofen, 2025^b). Essas diretrizes reforçam o papel estratégico da enfermagem na promoção da saúde infantil, prevenção de agravos, redução da mortalidade evitável e fortalecimento dos vínculos entre família e serviço de saúde, prática que demanda conhecimento técnico, sensibilidade social e compromisso ético com a infância e seus direitos fundamentais.

O atendimento pediátrico possui características próprias, exigindo dos profissionais sensibilidade para compreender as necessidades da criança enquanto sujeito em desenvolvimento. De acordo com Silva et al. (2020), o cuidado pediátrico humanizado deve considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também as dimensões emocionais, cognitivas e sociais da criança, respeitando seu ritmo, suas expressões e suas relações familiares. O atendimento pediátrico ultrapassa o diagnóstico e tratamento de doenças, buscando promover o desenvolvimento saudável e a qualidade de vida desde os primeiros anos de vida (Brasil, 2022).

Segundo Almeida et al. (2023), o cuidado infantil exige uma abordagem diferenciada que reconheça a criança como sujeito de direitos e respeite suas particularidades, tais como a imaturidade do sistema imunológico, a dependência emocional e a necessidade de vínculos seguros com seus cuidadores. Assim, o profissional que exerce a pediatria deve aliar

competência técnica com sensibilidade humana para garantir um atendimento que promova a saúde integral. Uma das principais especificidades do cuidado infantil é a comunicação.

Como destaca Silva e Fonseca (2021), a criança muitas vezes não consegue expressar seus sintomas de forma verbalizada, exigindo dos profissionais a capacidade de interpretar sinais não verbais, comportamentos e relatos de responsáveis. Essa comunicação ampliada implica também a construção de uma relação de confiança com a família, fundamental para a adesão ao tratamento e o sucesso terapêutico; Além disso, o cuidado infantil deve considerar fatores sociais, culturais e econômicos que interferem na saúde da criança. De acordo com Pereira et al. (2024), a vulnerabilidade social, a insegurança alimentar e o acesso precário aos serviços de saúde são determinantes que precisam ser abordados de forma integral na prática pediátrica.

Em suma, a pediatria demanda um olhar sensível, ético e multidisciplinar, capaz de respeitar e valorizar a criança em sua singularidade, garantindo um cuidado de qualidade que promova saúde, proteção e desenvolvimento integral (Gomes et al., 2024). A criança é um ser em formação e, portanto, encontra-se em uma situação de vulnerabilidade frente aos processos clínicos e de adoecimento. Assim, torna-se fundamental oferecer um ambiente acolhedor, que minimize o sofrimento e fortaleça a confiança nos profissionais. (Coelho; Cunha; Pereira, 2023).

2.3 ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NA CONSULTA DE PUERICULTURA.

A humanização no atendimento pediátrico é um componente essencial para garantir a qualidade e a integralidade do cuidado à criança. O atendimento pediátrico humanizado busca respeitar a singularidade infantil, promover o acolhimento das famílias e reduzir os impactos emocionais decorrentes das situações de adoecimento e hospitalização. A Política Nacional de Humanização (PNH), implementada pelo Ministério da Saúde, orienta a adoção de práticas que valorizem o protagonismo da criança, o respeito às suas necessidades e o fortalecimento dos vínculos afetivos durante o cuidado (Brasil, 2022).

A PNH no contexto da saúde da criança envolve a implementação de múltiplas estratégias que valorizem a criança como protagonista do cuidado e que promovam ambientes seguros, acolhedores e estimulantes. Tais práticas não apenas melhoram a experiência clínica como também impactam positivamente os desfechos clínicos (Gomes et al., 2024). A consolidação da humanização na pediatria depende de políticas institucionais, capacitação

profissional e, sobretudo, da sensibilidade ética dos que atuam no cuidado infantil (Coelho; Cunha; Pereira, 2023).

Acolhimento e Escuta Qualificada:

O acolhimento é uma estratégia central para a humanização na saúde, especialmente na pediatria. De acordo com Santos e Lima (2023), acolher uma criança em um serviço de saúde não se limita ao atendimento técnico, mas envolve criar um ambiente de escuta ativa, empatia e atenção às demandas expressas e não expressas; a escuta qualificada permite reconhecer as emoções da criança e da família, fortalecendo a confiança e a segurança necessárias para o tratamento, além disso, o acolhimento deve ser orientado para a integralidade do cuidado, articulando aspectos físicos, emocionais e sociais.

Como enfatizam Cardoso e Martins (2022), a escuta atenta é capaz de identificar vulnerabilidades sociais e emocionais que influenciam diretamente o estado de saúde da criança, favorecendo intervenções mais assertivas e humanizadas.

Brincar como Ferramenta Terapêutica:

O brincar é uma linguagem fundamental da infância e constitui uma estratégia terapêutica potente no contexto clínico. Conforme aponta Oliveira et al. (2024), atividades lúdicas ajudam a aliviar o estresse, a ansiedade e o medo associados ao adoecimento e aos procedimentos médicos. O brincar proporciona um ambiente de normalidade e possibilita a expressão de sentimentos que, muitas vezes, a criança não consegue verbalizar; dessa forma, a implementação de brinquedotecas, oficinas de arte, contação de histórias e atividades recreativas contribui para humanizar o ambiente e melhora a experiência da criança no serviço de saúde. Ainda segundo Oliveira et al. (2024), tais práticas favorecem a adesão aos tratamentos e a recuperação clínica.

Presença dos Pais e Responsáveis:

A presença contínua dos pais ou responsáveis durante o processo clínico é outra estratégia de humanização amplamente reconhecida, a separação da criança de seus cuidadores

principais pode gerar medo, insegurança e retardar a recuperação (Souza; Almeida, 2023). Dessa forma, permitir e estimular a permanência dos familiares junto à criança, inclusive durante procedimentos sempre que possível, contribui para o fortalecimento dos vínculos afetivos e para o enfrentamento do adoecimento.

Comunicação e Informação Adequada:

Informar a criança sobre seu estado de saúde, sobre procedimentos e sobre o que ela pode esperar é uma prática fundamental para respeitar sua autonomia e minimizar o sofrimento conforme estudos de Freitas et al. (2023), a comunicação adequada deve considerar o nível de desenvolvimento cognitivo da criança, utilizando linguagem simples, figuras, brincadeiras ou dramatizações para tornar as informações compreensíveis, a transparência reduz a ansiedade e o medo, contribui para o fortalecimento da confiança no profissional de saúde e torna a criança parte ativa do seu processo de cuidado.

Ambientes Acolhedores e Adequados à Infância:

O espaço físico também desempenha papel importante na humanização do atendimento pediátrico. Ambientes clínicos frios e padronizados tendem a gerar desconforto e medo, por isso, a criação de ambientes mais coloridos, com elementos visuais amigáveis, espaços para o brincar e a convivência, tem se mostrado eficaz na promoção do bem-estar infantil (Carvalho; Gomes, 2022). Pequenas adaptações, como decoração temática, acesso a brinquedos, uso de uniformes mais descontraídos pelos profissionais e a ambientação sonora adequada, são estratégias que tornam a experiência hospitalar menos traumática para a criança (Oliveira; Pinheiro; Santos, 2023).

Capacitação Contínua dos Profissionais:

A formação contínua dos profissionais de saúde em temas como comunicação, ética do cuidado, psicologia infantil e direitos da criança é imprescindível para consolidar práticas humanizadas. Programas de educação permanente fortalecem a sensibilização dos profissionais e contribuem para mudanças culturais nas instituições de saúde (Fernandes; Lima, 2024).

É fundamental que os profissionais reconheçam a criança como sujeito de direitos e atuem de forma interdisciplinar, respeitando suas necessidades e potencialidades. Segundo Oliveira et al. (2020), o ambiente clínico pode ser um fator gerador de medo e ansiedade para a criança. A inserção de brinquedotecas, murais coloridos, uniformes diferenciados dos profissionais e atividades recreativas são estratégias eficazes para reduzir o estresse e facilitar a adesão ao tratamento.

2.4 DESAFIO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA.

Apesar dos avanços promovidos pela PNH e da crescente valorização do cuidado humanizado, ainda existem desafios significativos para sua consolidação na prática cotidiana dos serviços de saúde. A sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos, a rigidez institucional e a formação tecnicista dos profissionais são barreiras que dificultam a efetivação dos princípios da humanização (Brasil, 2020).

A humanização na saúde é um princípio fundamental para a promoção do cuidado integral e respeitoso, valorizando os sujeitos em sua singularidade e dignidade; instituída formalmente pela Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização propõe a mudança de práticas tradicionais para modelos de atenção que priorizem o acolhimento, a escuta ativa, a autonomia e o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais (Brasil, 2022). No entanto, a efetivação dessas diretrizes no cotidiano dos serviços de saúde ainda enfrenta diversos desafios estruturais, organizacionais e culturais; um dos principais entraves para a implementação da humanização é a precariedade estrutural de muitas unidades de saúde.

De acordo com Ribeiro e Souza (2023), a falta de recursos materiais, a superlotação, a escassez de profissionais e as condições inadequadas dos espaços físicos dificultam a oferta de um atendimento acolhedor e centrado nas necessidades dos usuários, essas limitações impactam diretamente no tempo de atendimento e na qualidade das relações estabelecidas entre profissionais e pacientes, ambientes insalubres, falta de privacidade e ausência de espaços específicos para acolhimento são obstáculos significativos para a prática humanizada (Martins; Almeida, 2023).

A desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde também configura um desafio, a fragmentação dos serviços compromete a continuidade do cuidado e dificulta a construção de vínculos de confiança, essenciais para uma atenção integral e humanizada (Fernandes; Nascimento, 2024).

2.5 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO PEDIÁTRICO: PERCEPÇÕES DOS RESPONSÁVEIS SOBRE O IMPACTO EMOCIONAL NA CRIANÇA.

Segundo Andrade et al. (2023), a percepção dos responsáveis acerca da humanização está diretamente relacionada à maneira como a equipe de saúde se comunica, acolhe e permite sua participação ativa nos processos de cuidado; à atenção personalizada, a empatia nas interações e o respeito às singularidades familiares são apontados como fatores que promovem maior sensação de segurança emocional para a criança e seus cuidadores. A ausência de tais práticas, por outro lado, pode agravar o sofrimento clínico, prolongar o tempo de tratamento e comprometer o vínculo de confiança entre família e equipe.

A literatura aponta que o envolvimento dos familiares nas práticas assistenciais favorece a sensação de controle e pertencimento, contribuindo para a estabilidade emocional da criança (Costa; Freitas, 2020). Assim, a humanização se configura como prática que engloba acolhimento, comunicação eficaz, estímulo à autonomia e respeito à individualidade de cada paciente e sua família.

De acordo com Moura e Nascimento (2020), as práticas humanizadas impactam diretamente o desenvolvimento psicológico da criança. A percepção dos responsáveis é de que o cuidado que valoriza o brincar, a comunicação clara e a escuta atenta reduz os danos emocionais do processo clínico, favorecendo a preservação da autoestima e da confiança da criança em si mesma e nos adultos que a cercam. Tais práticas, por sua vez, demandam formação contínua e sensibilização da equipe de saúde para a importância da dimensão emocional do cuidado

Vieira et al. (2022) reforçam que a escuta ativa das famílias permite que os profissionais compreendam as necessidades específicas de cada criança, adaptando o atendimento de maneira a fortalecer os laços afetivos e proporcionar maior sensação de acolhimento. A partir dessa escuta, a equipe de saúde é capaz de humanizar não apenas o procedimento técnico, mas também o ambiente como um todo, reconhecendo que cada criança e cada família vivenciam o processo de maneira única; com isso, a humanização do cuidado na pediatria também implica considerar os contextos socioculturais dos pacientes.

Conforme apontado por Costa (2021), práticas sensíveis à diversidade cultural e às especificidades familiares ampliam o alcance da humanização, promovendo equidade e respeito. Para os responsáveis, sentir-se compreendidos em sua cultura e valores é essencial para estabelecer uma relação de confiança com a equipe e para fortalecer a colaboração no cuidado transpessoal à criança

Assim, a compreensão dos responsáveis sobre a importância da humanização no cuidado pediátrico, no contexto da puericultura, destaca a necessidade de práticas que transcendam o procedimento técnico e valorizem a dimensão subjetiva do atendimento; promover o acolhimento, a escuta, o brincar, a comunicação eficaz e o respeito às particularidades familiares são estratégias que repercutem positivamente no desenvolvimento emocional da criança e no sucesso do tratamento, reforçando a premissa de que cuidar é também um ato de reconhecer os aspectos humanos do outro (Felício,2022).

2.6 COMUNICAÇÃO HUMANIZADA NA CONSULTA DE PUERICULTURA: A VOZ DOS RESPONSÁVEIS NO PROCESSO DO CUIDADO.

A compreensão dos responsáveis sobre a comunicação com a equipe de saúde é diretamente influenciada pela forma como os profissionais abordam as questões emocionais. Segundo Costa (2021), os responsáveis frequentemente relatam que, quando a comunicação é realizada de maneira humanizada, eles se sentem mais preparados para lidar com a situação de hospitalização e mais confiantes nas decisões tomadas pela equipe médica. Essa confiança é um fator determinante para a adesão ao tratamento e para a manutenção de um ambiente de cuidado positivo e colaborativo, além disso, a comunicação humanizada implica em uma troca de informações que seja bidirecional.

Como destaca Batista e Corrêa (2022), é fundamental que a equipe de saúde esteja disposta a ouvir as opiniões, dúvidas e preocupações dos responsáveis, criando um espaço para o diálogo aberto. Esse processo de comunicação compartilhada possibilita que os responsáveis se sintam mais empoderados no cuidado da criança, reforçando a ideia de que eles são parceiros no processo terapêutico.

A habilidade de se comunicar de forma humanizada também requer a adaptação dos profissionais às necessidades emocionais das famílias. Moura e Nascimento (2020) ressaltam que a comunicação não deve ser somente técnica, mas também acolhedora, buscando entender e lidar com as angústias, frustrações e medos dos responsáveis.

Quando a equipe de saúde reconhece o sofrimento dos familiares e oferece suporte emocional adequado, cria-se um ambiente mais favorável ao acolhimento da criança e ao bemestar da família, influenciando diretamente o sucesso do tratamento. Segundo Vieira et al. (2022), quando os responsáveis compreendem claramente o estado de saúde da criança, eles são mais capazes de seguir as orientações, o que pode reduzir complicações e melhorar os resultados clínicos.

Assim, a comunicação eficaz não só fortalece o vínculo afetivo entre equipe e família, como também se reflete na eficácia do tratamento e na recuperação da criança; por fim, a humanização da comunicação pode ser vista como uma ferramenta essencial na construção de um ambiente clínico mais acolhedor, empático e eficaz.

A abordagem respeitosa e sensível da equipe de saúde contribui para uma melhor experiência hospitalar e fortalece os vínculos entre a criança, os responsáveis e os profissionais envolvidos no cuidado. Portanto, a comunicação humanizada não é apenas uma técnica, mas um valor essencial para a promoção de um cuidado pediátrico integral e de qualidade (Alves; Costa, 2023).

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO E NATUREZA DA PESQUISA:

Trata-se de um estudo de campo, de natureza exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, direcionado a compreender, sob a ótica dos responsáveis familiares, as práticas de humanização realizadas por enfermeiras durante a consulta de puericultura. A escolha da abordagem qualitativa justifica-se pela necessidade de compreender experiências subjetivas e os significados atribuídos ao cuidado humanizado (Silva; Souza, 2022).

3.2 LOCAL DA PESQUISA:

A coleta de dados foi realizada em duas unidades que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de João Pessoa – Paraíba. Uma unidade sendo da rede privada e a outra da rede pública de saúde, essas unidades foram selecionadas por apresentarem características típicas da atenção primária, realizarem consultas de puericultura rotineiras e sua proximidade local gerando assim uma perspectiva sobre os seus aspectos na comunidade.

3.3 PARTICIPANTES E ASPECTOS ÉTICOS

Participaram do estudo seis responsáveis familiares, sendo três de cada unidade. A amostragem intencional considerou critérios de disponibilidade e interesse em relatar experiências com as consultas de puericultura. Essa estratégia permitiu aproximação direta com

os participantes, garantindo diversidade de experiências e representatividade adequada aos objetivos exploratórios do estudo (Pedraza et al., 2023).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, assegurando-se o direito à recusa ou desistência a qualquer momento, sem prejuízo algum. O material coletado foi utilizado exclusivamente para fins científicos, preservando o anonimato e a integridade dos participantes, conforme os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Brasil, 2012). Os participantes foram escolhidos através da apresentação do projeto pela aluna, sua compreensão do que tratava-se a pesquisa, sua aceitação oral e escrita através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram respeitados os critérios de inclusão e exclusão dos participantes previamente Estipulados. O anonimato foi assegurado através da identificação codificada dos participantes por nome de flores, além do compromisso assumido quanto ao uso das informações somente para os fins desse estudo.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTODE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados desta pesquisa, foram utilizados dois instrumentos principais, entrevistas semiestruturadas conduzidas com perguntas abertas sobre a percepção da humanização; estratégias adotadas pelas enfermeiras; comunicação e desafios enfrentados. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e codificadas para análise e observação indireta participante: realizada conforme orientação de Bardin (2016) e atualizações metodológicas recentes (Dalla Valle; Ferreira, 2025). Esse método permitiu perceber comportamentos e interações que não emergem espontaneamente em entrevistas formais, promovendo um ambiente de maior naturalidade e conforto; a observação respeitou rigorosamente os aspectos éticos e emocionais dos participantes.

As entrevistas semiestruturadas foram direcionadas aos responsáveis familiares das crianças atendidas nas consultas de puericultura, com o objetivo de compreender suas percepções sobre as práticas de humanização realizadas pelas enfermeiras durante o atendimento. O roteiro de perguntas foi elaborado a partir dos objetivos do estudo e fundamentado em referenciais teóricos sobre a humanização da assistência de enfermagem, a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização prévia dos participantes, de modo a garantir fidelidade às respostas e possibilitar posterior transcrição literal para análise. O roteiro de observação indireta foi aplicado durante o acompanhamento das consultas de puericultura, buscando identificar aspectos relacionados à comunicação, acolhimento, vínculo e escuta ativa entre a enfermeira e o responsável familiar.

A coleta de dados foi realizada em unidades de atenção básica de saúde de baixa e média complexidade no município de João Pessoa (PB), em período previamente acordado com as gestões das unidades. O material coletado foi utilizado exclusivamente para fins científicos, preservando o anonimato e a integridade dos participantes, conforme os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Brasil, 2012).

Os participantes foram escolhidos através da apresentação do projeto pela aluna, sua compreensão do que tratava-se a pesquisa, sua aceitação oral e escrita através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram respeitados os critérios de inclusão e exclusão dos participantes previamente estipulados.

Todo o processo atendeu aos padrões éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram garantidos o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações, em consonância com os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 2012).

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas com os responsáveis familiares e dos registros de observação indireta foi conduzida segundo os princípios da Análise de Conteúdo temática proposta por (Bardin, 2016) e atualizada por (Dalla Valle; Ferreira, 2025); reconhecido pela sua relevância na interpretação de dados qualitativos, esse método permitiu identificar categorias temáticas que emergiram dos discursos dos participantes, possibilitando compreender o significado atribuído às práticas. Essa técnica permitiu interpretação das falas dos responsáveis familiares e dos registros observacionais, de modo a compreender a prática da humanização exercida pelas enfermeiras em unidade pública e privada do município de João Pessoa–PB.

A aplicação da técnica seguiu as três etapas clássicas indicadas por Bardin:

- I. Pré-análise - Leitura flutuante das transcrições e registros de observação, identificação de temas emergentes e definição do corpus de análise.
- II. Exploração do material - Codificação indutiva, fragmentação do conteúdo em unidades de registro e organização em categorias temáticas.
- III. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação - Confrontação das categorias emergentes com o referencial teórico e a literatura recente, possibilitando uma interpretação aprofundada das práticas de humanização na consulta de puericultura.

O procedimento de categorização foi complementado pela triangulação de dados entre entrevistas e observações, fortalecendo a validade interpretativa (Pedraza et al., 2023). Conforme recomendações metodológicas recentes que reforçam a importância da transparência, categorização e inferência sistemática no tratamento de dados qualitativos (Bardin, 2016).

E juntamente com a observação indireta permitiu perceber comportamentos e interações que não emergem espontaneamente nas entrevistas, promovendo um ambiente de maior naturalidade para os responsáveis, que se mostraram mais confortáveis quando sabiam que não estavam sendo diretamente entrevistados. Esse procedimento fortalece a interpretação qualitativa ao captar gestos, expressões e atitudes que refletem a percepção de humanização (Bardin, 2016).

Essa metodologia possibilitou uma compreensão profunda e interpretativa das percepções dos responsáveis familiares, contribuindo para a identificação de elementos que reforçam ou fragilizam a humanização da consulta de puericultura no contexto da enfermagem.

I Pré-análise

Na fase de pré-análise foi realizada a leitura flutuante das transcrições e observações indiretas, permitindo familiarização com o material e identificação de temas recorrentes, como acolhimento, comunicação, vínculo e barreiras institucionais, o que possibilitou um primeiro contato com o conteúdo e a identificação de temas recorrentes e a organização do corpus analítico. Foram considerados para análise os trechos que se relacionavam diretamente à prática da humanização, à comunicação entre enfermeira e responsável e às percepções dos entrevistados sobre o acolhimento.

Essa etapa inicial permitiu compreender o contexto discursivo e emocional das falas, promovendo uma aproximação empática com os sentidos atribuídos pelos participantes,

procedimento essencial em pesquisas qualitativas de abordagem interpretativa (Dalla Valle; Ferreira, 2025). Foram selecionados os trechos mais significativos, de acordo com a relevância para os objetivos do estudo, estabelecendo o corpus analítico. Esse procedimento garantiu que os conteúdos fossem tratados de forma sistemática e ética, alinhado às recomendações de Bardin(2016) e atualizações recentes na análise qualitativa (Dalla Valle; Ferreira, 2025).

II. Exploração e Categorização do material

Na segunda etapa, o material foi submetido à codificação e categorização. As falas foram fragmentadas em unidades de registro (palavras, expressões ou frases significativas) e posteriormente agrupadas em unidades de contexto, permitindo a formação de categorias temáticas; o processo ocorreu de forma indutiva, respeitando a emergência natural dos sentidos expressos pelos participantes (De Quadros; Silveira, 2025). O anonimato foi assegurado e os princípios éticos respeitados, por meio da identificação codificada das participantes por nome de flores, como: Verbena, Lavanda, Tulipa e assim por diante, além do compromisso assumido quanto ao uso das informações obtidas apenas para fins deste estudo.

Desse processo emergiram três categorias principais, diretamente relacionadas aos objetivos da pesquisa:

Categoria 1 – Estratégias que favorecem a humanização na consulta de puericultura;

Categoria 2 – Desafios enfrentados na implementação e prática da humanização;

Categoria 3 – Aspectos comunicacionais e escuta ativa dos responsáveis familiares, como instrumentos de humanização.

O processo de categorização e codificação, fundamentado em Bardin (2016), permitiu identificar três eixos interpretativos centrais sobre a humanização na consulta de puericultura: práticas promotoras da humanização, desafios na efetivação dessas práticas e a comunicação como ferramenta de cuidado humanizado. As categorias emergiram da análise das falas e da triangulação com as observações de campo, garantindo coerência teórica e fidelidade ao sentido atribuído pelos participantes, assim, evidenciou-se que a humanização se concretiza na articulação entre atitudes empáticas, condições institucionais e processos comunicacionais, configurando o cuidado como um ato técnico, ético e relacional.

Categoria 1 – Estratégias que favorecem a humanização na consulta de puericultura: Esta categoria abrange práticas e atitudes das enfermeiras percebidas como promotoras da humanização do cuidado. Os códigos resultantes revelam comportamentos baseados em acolhimento, vínculo, empatia e atenção individualizada.

Códigos descritivos:

Atenção personalizada e segurança emocional: indica a percepção de cuidado centrado na pessoa, que gera confiança e conforto ao responsável.

Empatia e manejo afetivo da criança: reflete a capacidade da enfermeira em compreender e acalmar a criança, promovendo bem-estar emocional.

Atenção integral e olhar ampliado: traduz o cuidado que considera a criança em sua totalidade, observando aspectos físicos, emocionais e sociais.

Familiaridade e continuidade do cuidado: expressa o fortalecimento do vínculo entre profissional e família, gerando sensação de pertencimento e acolhimento.

Categoria 2 – Desafios enfrentados na implementação e prática da humanização: Esta categoria reúne os códigos relacionados às dificuldades estruturais, organizacionais e comunicacionais que interferem na efetividade da humanização no serviço.

Códigos descritivos:

Falta de comunicação e necessidade de buscar informação fora do serviço: expressa a ausência de explicações claras e o sentimento de insegurança por parte do responsável.

Sobrecarga e dificuldade de acesso: traduz os entraves logísticos, como alta demanda de atendimentos e demora nas consultas, que dificultam a continuidade do cuidado.

Atendimento rápido e ausência de escuta: evidencia a falta de tempo e de diálogo, o que gera frustração e prejudica a relação entre profissional e família.

Categoria 3 – Aspectos comunicacionais e escuta ativa dos responsáveis familiares, como instrumentos de humanização: A terceira categoria engloba códigos que refletem a importância da comunicação clara, empática e acessível no processo de humanização do cuidado.

Códigos descritivos:

Comunicação limitada e ausência de explicações: expressa interações superficiais e pouco empáticas, que geram insegurança e desinformação.

Comunicação didática e linguagem acessível: evidencia o esforço da profissional em traduzir informações técnicas de forma compreensível à família.

Clareza nas recomendações: mostra a relevância do diálogo e da linguagem simples na promoção da adesão ao cuidado.

Escuta ativa e acolhimento comunicativo: revela a valorização da fala do responsável e o estímulo à participação no processo de cuidado.

III. Tratamento dos resultados e interpretação à luz da literatura

Na etapa final da análise, procedeu-se à interpretação dos resultados, articulando as categorias emergentes com o referencial teórico e com as evidências científicas contemporâneas sobre humanização e puericultura. A utilização da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) demonstrou-se metodologicamente adequada aos objetivos propostos, pois permitiu identificar e interpretar, de forma sistemática e fundamentada, tanto os sentidos explícitos quanto os implícitos presentes nos discursos dos participantes.

Essa abordagem possibilitou uma leitura crítica e aprofundada do fenômeno estudado, assegurando rigor científico e coerência interpretativa entre as falas e o contexto observado seguindo as recomendações procedeu-se à interpretação dos resultados, relacionando as categorias emergentes com o referencial teórico e com estudos atuais sobre humanização e puericultura (Dalla Valle; Ferreira, 2025).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise das entrevistas, sua compreensão e codificação sob a perspectiva da literatura com o objetivo de compreender o conhecimento, os desafios, e as estratégias encontradas pela equipe de enfermagem e os responsáveis familiares quanto à humanização; surgiram três categorias temáticas, que visam responder separadamente os objetivos específicos da pesquisa, e o geral de forma sistemática a luz da literatura, observações e entrevistas; as categorias dividem-se em:

Categoria 1 – Estratégias que favorecem a humanização na consulta de puericultura:

A categoria contempla práticas que promovem a humanização do cuidado, como o acolhimento, o fortalecimento do vínculo, a comunicação efetiva, a atenção à individualidade, a continuidade do cuidado, o respeito e a participação da família, além da escuta ativa. Esses elementos refletem a atuação sensível e empática da enfermeira, que busca estabelecer relações de confiança e corresponsabilidade com os responsáveis, favorecendo um ambiente de cuidado integral e humanizado.

As falas a seguir dialogam diretamente com esses fatores:

Categoria 1 - Estratégias que favorecem a humanização na consulta de puericultura.	
Participante - rede:	Falas:
Verbena – Pública	<i>“Sempre venho acompanhada e conheço o pessoal, então tô acostumada.”</i>
Lavanda – Pública	<i>“somente conforto térmico e o ambiente.”</i>
Tulipa – Pública	<i>“(…) me dava atenção e segurança em algumas questões.”</i>
Camélia - Privada	<i>“Perfeita é a palavra correta, super atenciosa (...) ela faz os procedimentos, olha a caderneta, olha a criança e é diferente com os médicos.”</i>
Magnólia - Privada	<i>“(…) ele se sente melhor no ambiente após crianças.”</i>
Lírio - Privada	<i>“ela recomenda algumas coisas boas e explica bem.”</i>

Abud et al. (2024) destacam que o cuidado humanizado em contextos pediátricos envolve o reconhecimento da subjetividade do outro, o diálogo constante e a construção de confiança entre profissional e família são elementos também observados neste estudo.

As respostas dos responsáveis familiares evidenciam a presença de estratégias humanizadoras nas consultas de puericultura, expressas por percepções de acolhimento, atenção, vínculo e segurança transmitidos pela equipe de enfermagem; corroborando estudos recentes que apontam o acolhimento e a comunicação como pilares da humanização em consultas pediátricas e puericultura (PEDRAZA et al., 2023; VIEIRA et al., 2023).

Essas práticas refletem o princípio da integralidade do cuidado, que reconhece a criança como sujeito inserido em um contexto familiar e social, ressaltando a importância da comunicação afetiva e da sensibilidade profissional para atender às necessidades emocionais do binômio criança-família (Unipacto, 2022) Abud et al. (2024) destacam que o cuidado humanizado em contextos pediátricos envolve o reconhecimento da subjetividade do outro, o diálogo constante e a construção de confiança entre profissional e família são elementos também observados neste estudo, além disso, a continuidade da assistência e a familiaridade com a equipe de enfermagem configuram-se como estratégias humanizadoras, pois geram segurança, pertencimento e fortalecimento do vínculo terapêutico (BVS, 2021).

Em consonância, estudos recentes destacam que o relacionamento interpessoal, a escuta ativa e a valorização da subjetividade são dimensões essenciais da prática humanizada, reforçando o papel da enfermeira como mediadora entre o saber técnico e o cuidado sensível (Periódico Health & Science, 2023). Dessa forma, observa-se que os discursos dos entrevistados convergem com os princípios teóricos da humanização, evidenciando que o acolhimento, o vínculo e a atenção integral constituem pilares indispensáveis para a efetivação do cuidado humanizado em puericultura.

Categoria 2 – Desafios enfrentados na implementação e prática da humanização:

Ao serem questionados sobre suas experiências durante as consultas de puericultura, os responsáveis familiares relataram a presença de desafios estruturais e organizacionais que comprometem a efetividade das práticas de humanização. Entre os principais obstáculos mencionados destacam-se a elevada demanda de atendimento, e o atendimento limitado.

Observa-se que, embora prevaleçam atitudes empáticas por parte das enfermeiras, a percepção negativa em relação a determinados aspectos do atendimento já se mostra enraizada

no cotidiano dos serviços, revelando fragilidades que limitam a consolidação de um cuidado integral e humanizado.

As respostas apresentadas a seguir expressam essa percepção:

Categoria 2 - Desafios enfrentados na implementação e prática da humanização.	
Participante - Rede:	Falas:
Verbena – Pública	<i>“(…) é difícil ficar com a criança aqui esperando, porque demora mesmo chegando cedo”</i>
Lavanda – Pública	<i>“Atendimento rápido (…) ela não me explicava os procedimentos, aí eu me sentia mal e acaba a afetando a criança.”</i>
Tulipa – Pública	<i>“A agenda é cheia, tem que agendar com antecedência e nem sempre dá porque trabalho (…) aí atrasa algumas consultas, e quando chega aqui demora.”</i>
Camélia – Privada	<i>“As vezes tem muita gente na sala, é desconfortável.”</i>
Magnólia - Privada	<i>“Eu fico um pouco tímida para perguntar algumas coisas, é muita coisa”</i>
Lírio - Privada	<i>“Tem que ter tempo (…) eu só venho quando precisa”</i>

As falas dos responsáveis revelam obstáculos significativos para materialização das práticas humanizadoras no contexto da consulta de puericultura, manifestando-se pela sobrecarga de agendas, demora no atendimento, comunicação insuficiente e necessidade de busca autônoma por informações; essas limitações são corroboradas por Barbosa (2024), que afirma que as condições físicas e organizacionais ainda representam um dos principais entraves à consolidação de práticas humanizadoras na atenção básica; além disso, estudos recentes reforçam que a sobrecarga de trabalho e a falta de infraestrutura dificultam a implementação plena das diretrizes de humanização, comprometendo o vínculo o tempo destinado à escuta (Abud et al., 2024; Pedraza et al., 2023)

A literatura recente reconhece que a implementação do cuidado humanizado enfrenta entraves relacionados à precariedade de recursos, à insuficiência de tempo para a escuta ativa, à falta de clareza na comunicação e à insuficiente participação da família no processo assistencial (Xavier; Tenório; Santos, 2024).

No âmbito da atenção básica, recenseiam-se desafios como a escuta qualificada, a responsabilização e a identificação das necessidades individuais dos usuários como pontos críticos para a consolidação de práticas humanizadas (Silva; Assis, 2024). Dessa forma, as evidências das entrevistas são coerentes com o referencial teórico que aponta que além das boas intenções, a efetivação do cuidado humanizado depende de condições organizativas, comunicacionais e relacionais bem estabelecidas. Sem o enfrentamento desses desafios, o cuidado tenderá a permanecer centrado na tecnologia ou nos procedimentos, em vez de ser verdadeiramente centrado na criança e em sua família.

Categoria 3 – Aspectos comunicacionais e escuta ativa dos responsáveis familiares, como instrumentos de humanização:

A comunicação efetiva emergiu como elemento central para o fortalecimento do vínculo entre enfermeira e responsável, sendo reconhecida pelos participantes como um dos principais instrumentos de humanização no cuidado. As entrevistas mostram que o uso de linguagem acessível, o incentivo à participação da família e o esclarecimento adequado de dúvidas contribuem para um atendimento mais acolhedor, claro e seguro. Esses aspectos reforçam a importância da escuta ativa e do diálogo sensível como práticas fundamentais na relação profissional-família.

As falas apresentadas a seguir ilustram como esses elementos comunicacionais são percebidos na prática assistencial:

Categoria 3 – Aspectos comunicacionais e escuta ativa dos responsáveis familiares, como instrumentos de humanização.	
Participante- Rede:	Falas:
Verbena – Pública	“Sim, as dúvidas são esclarecidas de forma clara.” “(...) <i>muito seca e direta, não me dava</i>
Lavanda – Pública	<i>explicações, aí eu acabava tendo que olhar na internet.</i> ” “(...) <i>bem didática, explicava tudo com calma, os procedimentos eu não</i>
Tulipa – Pública	<i>entendia mas sabia para o quê eram.</i> ” “ <i>O jeito que ela explica, as recomendações é fácil de entender.</i> ”
Camélia – Privada	“ <i>Ela sempre me deixa bem a vontade (...) explica bem, de forma realmente clara.</i> ”
Magnólia- Privada	“Desde as primeiras consultas sempre foi explicativa, então eu gosto dela.”
Lírio- Privada	

A literatura recente destaca que a humanização concretiza-se quando a informação é compartilhada de maneira compreensível, empática e respeitosa, permitindo ao cuidador participar ativamente do cuidado (Souza; Rodrigues, 2024).

Esses resultados convergem com os achados de Vieira et al. (2023), que demonstram que a escuta ativa e o diálogo favorecem a corresponsabilização da família no cuidado infantil. De modo semelhante, a pesquisa de Abud et al. (2024) aponta que a comunicação empática amplia a compreensão e a adesão às orientações de saúde, essas evidências indicam que o ato de comunicar-se humanamente vai além da transmissão de informações, trata-se de um encontro dialógico que reconhece o outro como sujeito de direitos, emoções e saberes (BARBOSA, 2024).

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciam que, embora muitos profissionais de enfermagem não possuam um conhecimento técnico aprofundado sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), suas práticas demonstram, de forma implícita, valores éticos e morais que sustentam atitudes humanizadoras. Essa constatação revela que a essência da humanização

transcende a aplicação normativa de políticas, manifestando-se, sobretudo, nas relações empáticas, na escuta ativa e na comunicação acolhedora estabelecida com os responsáveis familiares.

As falas dos participantes demonstram que o acolhimento, o vínculo e a atenção à individualidade são reconhecidos como práticas que conferem à consulta um caráter mais humano e significativo. O cuidado de enfermagem é percebido como sensível, ético e comprometido, ainda que, por vezes, limitado por fatores estruturais, como sobrecarga de trabalho, tempo reduzido de consulta e deficiências organizacionais. Essa dicotomia entre a intenção ética do cuidar e as restrições institucionais reflete o desafio cotidiano enfrentado pela enfermagem na efetivação da humanização, o que corrobora os achados de Abud et al. (2024) sobre a influência das condições laborais na qualidade da assistência.

Os resultados desta pesquisa convergem com estudos nacionais que apontam a ética do cuidado como o eixo norteador das práticas humanizadas, mesmo na ausência do domínio conceitual da PNH. De acordo com Vieira et al. (2023) e Barbosa (2024), o agir ético da enfermagem se traduz em gestos simples, mas dotados de profundo valor humano, como o olhar atento, a escuta sensível e a disposição em acolher o outro na sua singularidade. Essas atitudes constituem expressões concretas da moral profissional, delineada pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017), que orienta a profissão a pautar-se no respeito à dignidade, na solidariedade e na responsabilidade social.

A comunicação efetiva, identificada como uma das categorias centrais deste estudo, mostrou-se determinante para o fortalecimento do vínculo entre a enfermeira e o responsável familiar, quando exercida com clareza, empatia e paciência, ela favorece a compreensão mútua e o compartilhamento de decisões, tornando o cuidado mais participativo e humanizado. Essa dimensão relacional do cuidado reforça a ideia de que a humanização não se resume a um conjunto de protocolos, mas é, sobretudo, um ato ético-relacional, construído na interação entre sujeito que cuida e sujeito que é cuidado (Sampaio; Lyra, 2021).

Apesar dos desafios identificados, a enfermagem demonstra, em sua prática cotidiana, que a humanização é sustentada por uma moral do cuidado que antecede e ultrapassa o conhecimento técnico sobre políticas públicas. Mesmo diante da falta de tempo, da pressão institucional e da ausência de reconhecimento formal, os profissionais se orientam por valores éticos, tais como respeito, empatia e compromisso com o bem-estar da criança e de sua família. Essa postura reafirma que a humanização não depende apenas de diretrizes, mas da consciência moral e do compromisso ético que permeiam o exercício da enfermagem.

Portanto, entende-se que, ainda que a PNH não seja amplamente conhecida em sua totalidade teórica entre os profissionais de enfermagem, seus princípios se manifestam de forma concreta e espontânea nas práticas cotidianas de cuidado. A ética e a moral profissional, expressas no compromisso com a vida, na promoção da dignidade humana e no respeito à subjetividade do outro, sustentam o verdadeiro sentido da humanização na consulta de puericultura. Assim, a enfermagem reafirma-se não apenas como uma ciência técnica, mas como uma profissão essencialmente ética, relacional e humanizadora.

5 CONCLUSÃO

Constatou-se que o cuidado humanizado na enfermagem não depende exclusivamente do conhecimento formal sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), mas sustenta-se em valores éticos e morais que orientam a prática cotidiana. O ato de cuidar, nesse sentido, emerge como expressão da ética profissional e da moral solidária que constituem o núcleo da enfermagem enquanto ciência e assistência; a enfermagem mantém uma postura de cuidado humanizado que ultrapassa o cumprimento técnico e normativo, traduzindo-se em gestos de respeito, acolhimento e compromisso com o outro.

Verificou-se também que os responsáveis familiares, embora muitas vezes não dominem o conceito técnico de humanização, reconhecem-na no modo como são acolhidos e orientados pelas enfermeiras. Essa compreensão empírica e afetiva demonstra que a humanização é, antes de tudo, uma vivência relacional, construída no diálogo, na confiança e na atenção às singularidades de cada família e criança. Assim, o cuidado humanizado se manifesta não apenas na técnica, mas na presença ética e sensível da profissional diante das fragilidades humanas.

Dessa forma, a enfermagem mostra-se essencial na consolidação da humanização como princípio norteador da atenção à saúde da criança. Mesmo sem o domínio teórico integral sobre a PNH, a categoria exerce atos humanizadores pautados na ética, na empatia e na moral profissional, reafirmando seu papel como sustentáculo da humanização em saúde; a dimensão ética da enfermagem que integra ciência, técnica e sensibilidade, transforma o cuidado em um ato moral e socialmente significativo, capaz de resgatar a dignidade e o sentido de humanidade nas relações de cuidado.

Conclui-se, portanto, que a humanização no contexto da puericultura transcende a normatização institucional e se realiza na interação genuína entre profissional e família. A enfermeira, ao acolher, educar e promover o cuidado, atua não apenas como técnica da saúde, mas como agente transformadora de realidades, mediadora de vínculos e guardiã do desenvolvimento humano desde seus primeiros estágios. A puericultura, enquanto espaço privilegiado de promoção da saúde infantil, evidencia a potência da enfermagem em materializar o cuidado humanizado em cada gesto, palavra e escuta.

REFERÊNCIAS

1. ABUD, A. C. F. et al. **Técnicas de humanização na assistência pediátrica hospitalar: uma revisão integrativa.** *Research, Society and Development*, v. 13, n. 2, p. e13913245138, 2024 . DOI: 10.33448/rsd-v13i2.45138. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45138>. Acesso em: 14 maio 2025.
2. ALMEIDA, P. R.; SOUZA, L. M.; LIMA, V.A. **Cuidado integral à criança: desafios e estratégias para a prática pediátrica.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 23, n. 1, p. 157-164, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/180693042023000100009>. Acesso em: 19 abr. 2025.
3. ALVES, M.F.; COSTA, L. R. **Formação profissional e práticas de humanização: desafios na educação em saúde.** *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, p. e220215, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220215>. Acesso em: 2 abr. 2025
4. ANDRADE, Laura M.; SOUZA, Cláudia B.; PEREIRA, Lucas A. **A importância do cuidado humanizado em pediatria: percepção dos responsáveis.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 1, p. e20230124, 2023.
5. AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde.** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
6. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011
7. BATISTA, Renata L.; CORRÊA, Viviane S. **Formação do vínculo terapêutico em unidades pediátricas: práticas e desafios.** *Revista Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, v. 14, n. 1, p. e1429, 2022.
8. BARBOSA, A. P.; SOUZA, L. G. **Participação social e humanização: reflexões sobre práticas em saúde.** *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 2, p. e210254, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210254>. Acesso em: 23 abr. 2025.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 33: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção integral à saúde da criança. 2.**
Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/ptbr/acessoainformacao/acoes-e-programas/humanizasus>.
Acesso em: 14 maio 2025.
 12. . Brasil. **Lei nº 15.126, de 29 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080/1990 para incluir a atenção humanizada como princípio da Lei Orgânica da Saúde**. Diário Oficial da União,
Brasília, 29 abr. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/15126.htm. Acesso em: 08 de out.2025
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
 14. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Atualizado até 2024.
Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 14 maio 2025.
-
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
Acesso em:
28 mar. 2025.
 16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para a implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
Disponível
em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_crianca.pdf.
Acesso
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_crianca.pdf.
Acesso em:
06 abr. 2025.

17. BRASIL. **Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_texto_base.pdf. Acesso em: 06 abril, 2025.
18. BRASIL. **Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Cadernos HumanizaSUS, v.1).** Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 06 abr. 2025.
19. BRASIL. **Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
20. BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 1986.
21. BRASIL. **Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família.** Brasília: Ministério Da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/composicao/saes/atencao_basica Acesso em: 25 jun. 2025
22. BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito em do** https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm Acesso em: 25 jun. 2025
23. BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Presidência da República, 1990.**
24. BRASIL. **Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
25. BRASIL. **Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a saúde da criança na atenção primária à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 23 jun. 2025.
26. BRASIL. **Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: saúde da criança – crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 23 jun. 2025.

27. BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 ago. 2015.
28. CAMILA, C. B. N. P. **Representações sociais da humanização em pediatria hospitalar entre profissionais da saúde.** *Psicologia em Estudo*, v.28, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.54532>. Acesso em: 14 maio 2025.
29. CARDOSO, A. C. B. et al. **A importância da correlação entre humanização e tecnologia nas unidades de terapia intensiva: uma revisão narrativa.** *Research, Society and Development*, v. 12, n.4, p.e41035, 2023 . DOI: 10.33448/rsd-v12i4.41035. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41035>. Acesso em: 14 maio 2025
30. CARDOSO, T. F.; MARTINS, P. S. **A escuta qualificada como prática de humanização no atendimento pediátrico.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 5, p. e20220331, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0331>. Acesso em: 20 abr. 2025
31. CARVALHO, S. M.; GOMES, A. L. **Ambientes hospitalares e acolhimento infantil: contribuições para a humanização da saúde.** *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056000318>. Acesso em: 20 abr. 2025.
32. CARVALHO, S. M.; LIMA, T. R. **Humanização em saúde: resistências e possibilidades de mudança.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 22, n. 3, p. 789-796, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042022000300015>. Acesso em: 23 abr. 2025.
33. COELHO, Braiéty Luzia Munhoz; CUNHA, Karoline de Lima; PEREIRA, Maria Helenade Oliveira. **A importância da assistência da enfermagem no pós-operatório infantil: atendimento mais humanizado na hospitalização infantil, com o uso do boneco terapêutico** . Itapetininga, 2023 Trabalho de conclusão de curso (Curso Técnico em Enfermagem) – ETEC Darcy Pereira de Moraes,. Disponível em: <https://ric.cps.sp.gov.br/handle/123456789/18347>. Acesso em: 14 maio 2025.

34. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados.
35. COFEN. **Cofen e Ministério da Saúde discutem protocolo para consulta de Enfermagem em Puericultura.** Brasília, 27 set. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-eministerio-da-saude-discutem-protocolo-paraconsulta-de-enfermagem-em-puericultura/>. Acesso em: 20 out. 2025.
36. COFEN. **grupo de trabalho inicia elaboração do protocolo de assistência de enfermagem em puericultura.** Brasília, 26 fev. 2025^a. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/grupode-trabalho-inicia-elaboracao-do-protocolo-deassistencia-de-enfermagem-empuericultura/>. Acesso em: 20 out. 2025.
37. COFEN. **Cofen e Ministério da Saúde constroem Diretrizes para Assistência de Enfermagem em Puericultura.** Brasília, 19 mar. 2025^b. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-e-ministerio-da-saude-constroem-diretrizesparaassistencia-de-enfermagem-em-puericultura/>. Acesso em: 20 out. 2025.
38. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.7.Brasil.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013.Seção 1, p. 59.
36. COSTA, Ana L.; FREITAS, Juliana M. **Participação dos responsáveis no cuidado pediátrico: impacto no processo de humanização hospitalar.** Revista de Saúde Coletiva, v. 30, n.5, p. 1123-1138 , 2020.
37. COSTA, A. D.; BEZERRA, O cuidado centrado na E. P.; MARTINS, M. M. **família em pediatria: revisão integrativa.** Revista de Enfermagem da UFPE, v. 13, n. 1, p. 91-99, 2019.
38. COSTA, L. F. da; MORAES, E. C.; ALMEIDA, M. R. A. **Humanização do cuidado: reflexões para a prática em saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 1, p. e20210032, 2022 . DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0032. Acesso em: 19 abr. 2025.
39. COSTA, Rafael T. **Práticas humanizadas na clínica pediátrica: um olhar para a diversidade cultural.** Revista Psicologia e Saúde, v. 13, n. 2, p. 89-101, 2021.
40. DALLA VALLE, P. R.; FERREIRA, J. L. **Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: Contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa.** Educação em Revista, v. 41 , 2025. Disponível em :https://educac.fc.corg.br/scielo.php?lng=pt&nrm=is_o&id=S010246982025000100202&script=sci_abstract. Acesso em: 28 set. 2025.

41. DE QUADROS, J. P. V.; SILVEIRA, R. M. C. F. **Método de análise de conteúdo de Bardin na pesquisa educacional em Ciência, Tecnologia e Sociedade**. Aracê, v. 7, n. 3, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3983>. Acesso Em: 08 out. 2025
42. DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
43. DIAS, R. A.; SOARES, C. F.; ALMEIDA, M. A. **A cultura organizacional e os desafios da humanização nos serviços de saúde**. *Revista Gestão & Saúde*, v. 14, n. 2, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18673/g.s.v14i2.3687>. Acesso em: 24 abr. 2025.
44. FELÍCIO, Luanna Lua Sousa. **Protocolo de acolhimento e acompanhamento mediado pelo brincar: contribuições da psicologia histórico-cultural na pediatria hospitalar** 2022 . Dissertação (M trado Profissional em Psicologia da Saúde) – Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Vitória da Conquista, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36465>. Acesso em: 14 maio 2025.
-
45. FERNANDES, L. R.; LIMA, K. P. **Educação permanente em saúde e humanização do atendimento pediátrico: uma revisão integrativa**. *Saúde em Debate*, v. 48, n. 139, p. 460-470, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042024E139>. Acesso em: 20 abr. 2025.
46. FERNANDES, J. M.; NASCIMENTO, J. L. **A fragmentação do cuidado em saúde e seus impactos na humanização: uma análise crítica**. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 34, n. 1, p.5564, 2024.
47. FREITAS, T. R.; PEREIRA, G. A. **Saúde mental dos profissionais e práticas humanizadas: desafios em tempos de crise sanitária**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p.e00012424 , 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012424>. Acesso em: 24 abr. 2025.
48. FREITAS, R. M.; OLIVEIRA, D. S.; NASCIMENTO, T. S. **Comunicação emsaúde com crianças: desafios e estratégias para a humanização**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. e00215223 , 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00215223>. Acesso em: 21 abr. 2025.
49. GREGÓRIO, A.; BARBOSA, A.; BEZERRA, L. **Humanizaçãodoscuidadosde**

enfermagem em cirurgias pediátricas. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 11, p.3728–3740 , 2024. Acesso em: 14 maio 2025.

50. LIMA, Patrícia R.; SOUZA, Danielle V. **A participação dos responsáveis no cuidado hospitalar pediátrico: um enfoque na humanização. Revista de Ciências da Saúde, v. 9, n.3, p. 155-168** , 2023.
51. MARTINS, C. S.; ALMEIDA, V. F. **Infraestrutura e humanização: dilemas nos serviços de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, v.28, n.5, p.1391-1400** , 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.06632022>. Acesso em: 24 abr. 2025.
52. MOURA, Priscila A.; NASCIMENTO, Gabriel S. **A hospitalização infantil e a necessidade do cuidado humanizado. Revista de Pediatria Moderna, v. 36, n. 4, p. 4553**, 2020.
53. OLIVEIRA, D. C. et al. **Práticas lúdicas na pediatria: estratégias para humanização. Revista Baiana de Enfermagem, v. 34, e35584**, 2020.
54. OLIVEIRA, Mariana F.; SANTOS, Heloísa T. **Humanização e o brincar terapêutico em hospitais pediátricos: percepções dos cuidadores. Revista Ciência e Saúde, v. 7, n. 3, p. 77-91**, 2022.
55. OLIVEIRA, Ana Paula dos Santos; PINHEIRO, Maria Carolina de Souza; SANTOS, Renata Ferreira dos. **Ambientes criativos para a humanização da internação pediátrica: brinquedotecas e ambientação lúdica. PARC: Pesquisa em Arquitetura e Construção, Campinas, v. 14, e202314**, 2023.
- Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/parc/article/view/8669295>.
- Acesso em: 14 maio 2025.
56. OLIVEIRA, J. P. de; FERREIRA, R. S.; PEREIRA, T. M. **Desafios e perspectivas da humanização no SUS: uma revisão integrativa. Saúde em Debate, v. 47, n. 137, p. 380390**, 2023. DOI: 10.1590/0103-11042023E137. Acesso em: 19 abr. 2025.
57. OLIVEIRA, J. F.; SILVA, M. C.; SOUZA, P. B. **O brincar como estratégia terapêutica em contextos hospitalares pediátricos. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 35, p. e2445**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.22386149.v35e2445>. Acesso em: 21 abr. 2025
58. PEREIRA, S. C.; OLIVEIRA, D. S.; FREITAS, R. F. **Determinantes sociais da saúde infantil: implicações para a prática clínica. Saúde em Debate, v. 48, n. 138, p.**

- 202210, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042024E138>. Acesso em: 20 abr. 2025.
59. Pedraza, D. F. et al. **Consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família: estudo avaliativo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 7, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RND3CkFhQw839D6COMwPnfx/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025. 16.
60. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
61. RIBEIRO, L. A.; SOUZA, P. C. **Humanização no Sistema Único de Saúde: desafios na prática cotidiana.** *Revista de Políticas Públicas em Saúde*, v.8, n. 1, p.75-84, 2023.
62. 17. SAMPSIO, R. C.; LYRA, D. **Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação.** Brasília :EM AP, 2021. Disponível em: https://Enap.gov.br/1/Analise_de_conteudo_categorial_final.pdf. Acesso em: 28 set. 2025.
63. SANTOS, A. P.; LIMA, C. R. **Acolhimento e humanização em saúde: práticas no atendimento infantil.** *Jornal de Pediatria*, v. 99, n. 2, p. 153-159, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2022.07.001>. Acesso em: 21 abr. 2025.
64. SANTOS, R. F.; OLIVEIRA, M. R. **Gestão e humanização: o papel dos gestores na promoção de práticas acolhedoras.** *Revista de Administração em Saúde*, v. 23, n. 1, p. 13-22, 2023.
65. SANTOS, Heloísa T.; ALMEIDA, Mariana F. **Comunicação e acolhimento na clínica pediátrica: um estudo com familiares.** *Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 131144, 2020.
66. SANTOS, T. F. dos; RODRIGUES, E. G. **O brincar como estratégia de humanização na internação pediátrica.** *Revista de Enfermagem Pediátrica*, v. 3, n. 2, p. 45-52, 2020.
67. SILVA, Camila R.; PEREIRA, João V. **A visão dos pais sobre a humanização do atendimento hospitalar infantil.** *Revista de Humanização em Saúde*, v. 5, n. 2, p. 5667, 2021.

68. SILVA, A. L.; FONSECA, R. A. **Comunicação no cuidado infantil: desafios para a prática clínica.** *Jornal de Pediatria*, v.97, n. 5, p.523-528 , 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.01.002>. Acesso em: 19 abr. 2025.
69. SILVA, A. P.; OLIVEIRA, M. C. C. **Humanização da assistência hospitalar: percepções dos acompanhantes de crianças internadas.** *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v.10, n.1, p. 1-10 , 2020.
70. SILVA, G. M.; OLIVEIRA, D. F.; NASCIMENTO, K. L. **Carga de trabalho, esgotamento profissional e a humanização do cuidado em saúde.** *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 22, n.4, p.253-260 , 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/167944352024-22-4-253>. Acesso em: 24 abr. 2025.
71. SILVA, M. G. da; SANTOS, A. C. dos. **Acolhimento e humanização: impactos na prática assistencial em saúde.** DOI: 10.1590/0102-311X00151221. Acesso em: 19 abr. 2025.
72. SILVA, M. J. da; ASSIS, W. D. de. **Humanização: os desafios do enfermeiro que atua nas USFs.** [S.l.: s.n.], 2025. Disponível em: 79. <https://www.iesp.edu.br/sistema/uploads/arquivos/publicacoes/humanizacao-os-desafiosdoenfermeiro-que-atua-nas-usfs.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.
73. SOUZA, J. F.; ALMEIDA, V. R. **A presença dos pais como estratégia de humanização em unidades pediátricas.** *Revista de Enfermagem em Saúde Pública*, v. 8, n. 1, p. 4250, 2023.
74. VIEIRA, Paula A. et al. **Comunicação e acolhimento no ambiente hospitalar pediátrico: percepções de familiares.** *Revista Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, v. 14, n. 1, p. e1425, 2022.
75. Vieira, D. S. et al. 21. **Intervenção educativa com enfermeiros sobre consulta de puericultura: efeitos em conhecimento e prática.** *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 32, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/KzxJtQCJGCBVndzTCsFwdBj/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025.
76. XAVIER, H. L. P.; TENÓRIO, H. A. De A.; SANTOS, E. A. Dos. **Os desafios do enfermeiro na humanização da atenção básica à saúde: uma revisão da literatura.** *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 7, n. 14, p.e141194 , 2024. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1194>. Acesso em: 20 out. 2025

APÊNDICE A — Instrumento de coleta de dados (entrevista semiestruturada)

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação do Respondente:

Local: UBS () C.S.N.E ()

Data: ___/___/___ Identificação do instrumento:

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS PARTICIPANTES

Grau de parentesco com a criança:

Idade:

Ocupação:

Escolaridade:

Estado civil:

Número de filho:

Idade da criança em atendimento na puericultura:

1. Como você descreveria a maneira como a enfermeira acolheu você e a criança durante a consulta de puericultura?
2. Quais atitudes da enfermeira fizeram você se sentir mais confortável e seguro(a) durante a consulta de puericultura?
3. De que forma a comunicação durante a puericultura, contribuiu para que você compreendesse os procedimentos e recomendações fornecidos pela enfermeira?
4. Como o ambiente físico (salas, equipamentos, brinquedos, conforto) influenciou sua experiência na consulta à sua criança?
5. Quais as principais dificuldades você identificou na consulta de puericultura?

APÊNDICE B - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das práticas de humanização realizadas por enfermeiras durante a consulta de puericultura, sob a ótica dos responsáveis familiares.

Pesquisador: Ilana Vanina Bezerra de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92111125.7.0000.5179

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.871.889

Apresentação do Projeto:

Este é um parecer de 1ª versão Protocolo da 3ª reunião extraordinária, dia 29/09/2025, projeto de protocolo do CEP, 124/2025.

Trata-se de um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, da Faculdades Nova Esperança, do curso de Enfermagem intitulado de Análise das práticas de humanização realizadas por enfermeiras durante a consulta de puericultura, sob a ótica dos responsáveis familiares.

Resumo:

Este trabalho tem como objetivo compreender sob a ótica dos responsáveis familiares, a prática da humanização realizada por enfermeiras durante a consulta de puericultura em unidades de baixa/média complexidade no município de João Pessoa-PB. A pesquisa possui caráter exploratóriodescritivo, com abordagem qualitativa, fundamentada nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe a valorização do sujeito e do vínculo entre profissionais, usuários e gestores no processo de cuidado. A puericultura, enquanto prática sistematizada de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, é um momento privilegiado para a escuta, o acolhimento e o fortalecimento dos vínculos entre equipe de saúde e família. As entrevistas serão utilizadas como instrumento de coleta de dados, pois permitem apreender as percepções e experiências subjetivas dos participantes, respeitando suas singularidades.

Endereço: Avenida Frei Galvão, 12
Bairro: Gramame **CEP:** 58.067-695
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)2106-4790 **Fax:** (83)2106-4777 **E-mail:** cep@facene.com.br