

BRUNA SORAIA DA SILVA VIEIRA

**A HUMANIZAÇÃO E A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS HOSPITALARES:  
Uma análise da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de  
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Enf.<sup>a</sup> Mestranda Rosângela de Aguiar  
Rodrigues

Itaituba, PA

2019

BRUNA SORAIA DA SILVA VIERIA

**A HUMANIZAÇÃO E A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS HOSPITALARES:  
Uma análise da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Enf.<sup>a</sup> Mestranda Rosângela de Aguiar Rodrigues

**BANCA EXAMINADORA**

Presidente: Enf.<sup>a</sup> Mestranda Rosângela de Aguiar Rodrigues      Nota: 100

Avaliador: Prof. Esp. Raimisson Antônio Abreu Santos      Nota: 95

Avaliador: Prof. Me. Marcio Silva da Conceição      Nota: 90

Resultado final: 95

Itaituba, PA: 12 de março de 2019.

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus por me tornar capaz e a todos os meus familiares por serem as pessoas mais importantes da minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, a quem devo a minha vida, que faz o impossível se tornar possível, por me dar forças e sempre estar ao meu lado guiando esta caminhada e por permitir a realização de mais um sonho.

Aos meus pais, **Carlos Macêdo** e **Solange Martins**, pelo amor que me dão e por estarem sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis dessa jornada e por serem fundamentais para que eu cumprisse mais essa etapa da minha vida.

A minha tia **Carla Fonseca** que foi a minha maior motivadora para começar a cursar enfermagem. Obrigado por todos estes ensinamentos.

Aos meus irmãos, **Bruno Martins**, **Carla Eduarda**, **Diogo Neto** pelo apoio e por serem pessoas muito especiais na minha vida, que me ensinaram muitas coisas e uma delas é que devemos aproveitar todos os momentos de nossas vidas ao máximo, por mais simples que sejam, pois o que realmente importa é poder estar ao lado de quem amamos e de quem nos quer bem. Obrigada por fazerem parte da minha vida!

Em especial a minha amiga **Valeria Alencar dos Santos**, que está comigo desde o ensino médio, só tenho a agradecer, pois no momento em que resolvi desistir deste sonho ela me deu forças para tentar nem que fosse pela última vez e foi assim que tive a oportunidade de poder estar aqui agradecendo não só por isso, mas por tudo que vivemos juntas.

A todos os amigos e amigas, em especial **Melquesedequi**, **Sherlle**, por me ajudarem sempre que possível, sempre me mostrando que por mais difíceis que fossem os obstáculos eu nunca estaria sozinha. Obrigada por sempre estarem ao meu lado me dando forças e carona rsr.

A todos os professores do curso, em especial **Josehan Frota** que foi tão importantes na minha vida acadêmica e na realização deste trabalho. Obrigada por todos os ensinamentos e motivação repassada em todas as aulas.

Quero agradecer imensamente, a minha orientadora **Rosangela Aguiar**, pois se não fossem os seus ensinamentos eu não estaria concretizando este projeto, obrigado por todos os puxões de orelha, lhe agradeço muito.

Quero agradecer muito ao **Thadeu Vieira** por ter sido a pessoa que mais me apoiou durante toda essa jornada, me motivando todas as vezes que pensei em desistir.

Quero agradecer a toda a minha turma de enfermagem, pois quando decidi entrar no curso, vocês me acolheram e com certeza conheci pessoas que vou levar comigo para o resto da vida, se Deus permitir.

Enfim, é com amor e carinho que ofereço os meus sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma contribuíram para esse momento tão especial.

*“ Todo bom profissional de Enfermagem é um guerreiro por enfrentar um sistema injusto, escala de trabalho pesada, salários baixos, dificuldade de exercer a profissão e dê dá uma boa assistência para o paciente. Trabalhamos muitas vezes em cenário de guerra e sobrevivemos. Somos forte”.*

*Peggy Anderson*

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Princípios do Sistema único de Saúde.....	21
<b>Quadro 2</b> - Diretrizes do Sistema Único de Saúde.....	22
<b>Quadro 3</b> - Cuidado Humanizado, descritos por ano, autor e título da Obra	35
<b>Quadro 4</b> - Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde, descritos por ano, autor e título da Obra.....	37
<b>Quadro 5</b> - Fatores que contribuem para um mau atendimento do enfermeiro, descritos por ano, autor e título da Obra.....	40

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Seleção do material.....	34
-------------------	--------------------------	----



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- COREN** - Conselho Regional de Enfermagem
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS** - Ministério da Saúde
- ONG** - Organização Não Governamental
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde

## RESUMO

A qualidade no cuidar em serviços de saúde hospitalar é buscada pelo profissional enfermeiro, mesmo com tantas dificuldades nos dias atuais, ou seja, prestar um atendimento humanizado aos pacientes/clientes em âmbito hospitalar. Diante disso, os serviços de saúde possuem algumas particularidades em relação aos serviços da indústria e comércio, pois o paciente ao buscar atendimento com profissionais de saúde inclui expectativas mais subjetivas. Buscou-se tecer uma abordagem em todo o processo de atendimento ao cliente/paciente, que deve ser feito com ordem, zelo e principalmente, com humanização do cuidado, buscando assim, fazer uma reflexão crítica, com capacidade de obter aspectos que contribuam para a satisfação dos usuários atendidos em unidades hospitalares. O método de pesquisa científica abordado neste estudo foi de revisão bibliográfica de natureza descritiva, de caráter qualitativo. A pesquisa evidenciou que ainda nos dias de hoje há uma necessidade constante de averiguar a qualidade de vida do trabalhador, principalmente do enfermeiro, pois este tem uma relevância como ator social e para o desenvolvimento dos sistemas de saúde e cada vez mais é exigido a qualidade nos serviços prestados, e é essa a qualidade de atendimento que os usuários dos esperam. Foi sintetizado ainda, o cuidado humanizado e os fatores que interferem nesse processo. A humanização no atendimento e nas relações interpessoais da equipe, estabelece uma mudança nessas afinidades profissionais buscando torná-las mais saudáveis. Não adianta uma unidade hospitalar disponibilizar de estrutura física moderna, equipamentos apropriados e considerados de última geração, se a satisfação dos clientes e dos quadros de funcionários que visam o atendimento, não ocorram de forma humanizada. Após a análise delineada dos dados alocados nessa pesquisa, foram encontrados 82 artigos, sendo selecionados 64 incluídos em todo o projeto e 31 artigos utilizados na discussão metodológica. Desta forma, acreditamos que este trabalho traz contribuições para a comunidade acadêmica, ou a quem possa interessar, e fica a sugestão para que haja maiores investimentos em treinamentos para os profissionais de modo que estes percebam a importância de atender bem o usuário dos serviços de saúde.

**Palavras-Chave:** Humanização. Satisfação Usuário. Hospitalar

## **ABSTRACT**

The quality of care in hospital health services is sought by the professional nurse, even with so many difficulties these days, that is, to provide a humanized care to the patients / clients in a hospital setting. Given this, health services have some peculiarities in relation to the services of industry and commerce, since the patient when seeking care with health professionals includes more subjective expectations. It was sought to provide an approach in the whole process of customer / patient care, which should be done with order, zeal and, above all, with humanization of care, seeking to make a critical reflection, with the capacity to obtain aspects that contribute to the satisfaction of the users served in hospital units. The method of scientific research addressed in this study was a bibliographic review of descriptive nature, of a qualitative nature. The research evidenced that still today there is a constant need to ascertain the quality of life of the worker, especially of the nurse, as this has a relevance as a social actor and for the development of health systems and is increasingly required quality in the services provided, and this is the quality of service that users expect. It was also synthesized, the humanized care and the factors that interfere in this process. The humanization of care and interpersonal relationships of the team, establishes a change in these professional affinities in order to make them healthier. It is not appropriate for a hospital unit to have a modern physical structure, appropriate equipment and considered to be of the latest generation, if the satisfaction of the clients and of the staff that aim to provide care do not occur in a humanized way. After the delineated analysis of the data allocated in this research, 82 articles were found, being selected 64 included in all the projects, 18 were excluded and 31 articles were used in the methodological discussion. In this way, we believe that this work brings contributions to the academic community, or to whom it may concern, and it is suggested that there be greater investments in training for professionals so that they realize the importance of attending well to the user of health services.

**Keywords:** Humanization. Satisfaction User. Hospital

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA</b> .....	15
2.1 HISTÓRICO DE SAÚDE DA ASSISTENCIA HOSPITALAR.....	15
2.2 O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	16
2.3 TRAJETÓRIA DO ATENDIMENTO EM SERVIÇOS PUBLICOS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	16
<b>2.3.1 Gestão Humanizada em Saúde</b> .....	19
2.3.1.1 Método.....	20
2.3.1.2 Princípios.....	21
2.3.1.3 Diretrizes.....	22
<b>2.3.2 O Direito ao Atendimento Humanizado</b> .....	24
2.4 A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	25
<b>2.4.1 Da Satisfação dos Usuários</b> .....	28
2.5 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA UM MAU ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO.....	29
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	31
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES .....	31
3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS .....	32
3.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	32
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
3.7 CRITERIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	32
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	34
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	45
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46

## 1 INTRODUÇÃO

Na saúde desde os seus primórdios no início onde o atendimento era médico-hospitalar, já havia uma preocupação com a qualidade. Ainda hoje, nas instituições hospitalares, busca-se um atendimento com qualidade e que este sobreviva aos mais complexos processos organizacionais, que por muitas vezes estes processos são incoerentes e acabam afetando a eficácia da assistência prestada, pois apresenta um alto grau de dificuldade até porque exigem mudanças nas atitudes dos profissionais em todos os planos (SANTOS; OLIVEIRA; CASTRO, 2006).

Mesmo com tantas dificuldades, o profissional enfermeiro busca aprimorar a sua prática do cuidar com qualidade, e precisa planejar-se com a implantação e implementação da gestão da qualidade no gerenciamento do cuidado prestado nas instituições de saúde, uma vez que pelo desenvolvimento do seu processo de trabalho, tem a oportunidade de interagir diretamente com o cliente e se aproximar do seu referencial para compreender seus anseios e expectativas, e com base em tais informações, planejar a assistência que será prestada pela equipe a fim de atender as expectativas dos clientes (SANTOS, 2010).

Diante disso, os serviços de saúde possuem algumas particularidades em relação aos serviços da indústria e comércio, pois os pacientes ao buscarem atendimento com profissionais de saúde, inclui expectativas mais subjetivas no propósito do atendimento, por outro lado, os profissionais, lidam com os aspectos de qualidades mais difíceis do que vender um produto, mas esses precisam “vender” empatia e sensibilidade (SALLES, 2007).

Nessa ótica, é muito importante que o atendimento seja feito de forma pessoal e que toda a equipe de enfermagem precisa ser diligente e requerer de si próprio o desenvolvimento para que permita conhecer as demais áreas de relação com o paciente para garantir que a assistência de saúde aconteça com qualidade (GABRIEL, 2010).

Levando em consideração o exposto, surgiu a seguinte pergunta, quais os fatores que podem influenciar negativamente para uma assistência de enfermagem ineficaz?

E diante de tal questionamento, essa pesquisa buscou discutir os fatores que influenciam negativamente na assistência humanizada de enfermagem com os usuários atendidos nos serviços hospitalares, buscando assim especificamente: explicar o conceito de cuidado humanizado, relatar quais os fatores que prejudicam

a equipe de enfermagem a prestar uma assistência de qualidade com os pacientes e esclarecer como é avaliada a qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros em unidades hospitalares.

Justifica-se a escolha do tema, pois sabe-se que há muitas pesquisas que afirmam que nos dias de hoje, há várias formas de mensurar e avaliar a qualidade de um atendimento, seja nos componentes organizacionais relacionados a estrutura, aos processos e resultados esperados, ou nas ações e serviços de saúde oferecidos. Estes devem focalizar os direitos do atendimento integral e as necessidades de cada um dos pacientes (GABRIEL, 2010).

Sendo assim, é relevante discutir os efeitos de um bom preparo profissional do enfermeiro, pois estes podem ser refletidos nas pessoas que buscam melhorias na saúde e bem estar pessoal, e para que se chegue à qualidade desejada, é necessário que cada enfermeiro aplique dentro de si diversos fatores que contribuem para uma assistência eficaz.

Assim, buscou-se tecer uma abordagem em todo o processo de atendimento ao cliente/paciente, que deve ser feito com ordem, zelo e principalmente, com humanização do cuidado, buscando assim, fazer uma reflexão crítica, com capacidade de obter aspectos que contribuam para a satisfação dos usuários atendidos em unidades hospitalares.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 HISTÓRICO DE SAÚDE DA ASSISTENCIA HOSPITALAR

Segundo Foucault (2004), antes do século XVII, precisamente na era do positivismo, o conceito de hospital era de uma instituição de assistência dirigida aos pobres, já que os ricos levavam os profissionais médicos para suas casas (FOUCAULT, 2004).

Apesar de ser uma instituição de assistência, o hospital servia também como recurso de exclusão social, pois, o pobre tinha necessidade de assistência e, se fosse também doente, poderia ter alguma doença contagiosa, além disso, o pobre poderia estar louco, ou seja, oferecer perigo maior, pelos conceitos da época. Além disto, não se pretendia a cura para o usuário do hospital até o século XVII, mas sim uma assistência material e espiritual, em alguns casos pretendia-se dar os últimos cuidados ou o último sacramento (BALLONE, 2005).

Nos anos 70, a saúde no Brasil era assegurada apenas aos trabalhadores com carteira assinada, pagadores da Previdência Social, enquanto o restante da população tinha que dispor de seus próprios recursos para obter serviços médicos (SILVA, 2006).

Porém, isso mudou a partir do Movimento da Reforma Sanitária. Surge o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa resolver os graves problemas enfrentados pelo setor público, como a falta de atendimento para toda a população. O SUS ainda é um projeto inacabado, distorcido ao longo do tempo com a massificação dos atendimentos, porém é o germe de uma política de humanização da saúde no Brasil (SECO *et al.*, 2010).

As primeiras noções ligadas à saúde e à doença, estão relacionada com a dor e o sofrimento do homem pré-histórico, e que a percepção de sentir-se bem e de sentir-se mal tenha surgindo através de comparações de condições do próprio corpo (ALVES; ZUCOLOTTO, 2015).

No período paleolítico, as evidencias eram que as terapêuticas eram baseadas em noções mágicas, através de utilização, pelas mulheres, de vegetais e da atividade do homem como xamã. Já no período Neolítico, a percepção de saúde, devido à cultura, ainda permanecia-se mítica, porém com certos estabelecimentos de causa e efeito a respeito de medidas terapêuticas diversas (SANTOS; GUIMARÃES, 2011).

Assim, nos dias atuais o significado de saúde reflete a conjuntura econômica, social, cultural e política, ou seja, ela diversificará dependendo da época, local, classe social, ou até mesmo dos valores individuais, das concepções científica, filosóficas e/ou religiosas (SECO *et al.*, 2010).

Ficando assim, que o conceito mundialmente aceito de saúde foi divulgado na carta de princípios, em sete de abril de 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu saúde como “um estado de mais completo bem-estar, físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades”. Em objeção ao conceito da OMS, a saúde seria a ausência de doença, por afirmar que a classificação dos homens como saudáveis ou doentes é objetiva (SCLIAR, 2007).

## 2.2 O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR

O ambiente hospitalar, como favorável a causar danos à saúde. Ao falar das especificidades das instituições hospitalares, aponta que o hospital, é uma unidade integrante do sistema de saúde, sendo uma organização de alta complexidade que difere das outras organizações em um grande número de características (ALVES; ZUCOLOTTO, 2015).

O profissional de enfermagem enfrentam carga de trabalho fatigante, situações limítrofes, riscos, tensão, longas jornadas de trabalho, além de plantões noturnos e extensos, ambiente que prejudicam a integridade física e mental dos profissionais de enfermagem (ELIAS; NAVARRO, 2006).

No que se refere ao trabalho hospitalar, as funções exercidas pelo enfermeiro merecem muita atenção, pois se houver em ambos os contextos, tanto na parte assistencial como na administrativa, deve ser resolvida o mais rápido possível, estando este profissional em constante estado de alerta para satisfazer suas funções que são altamente estressantes, por serem exercidas diante de situações críticas pelas quais passam os seres humanos (FONSECA; SOARES, 2006).

## 2.3 TRAJETÓRIA DO ATENDIMENTO EM SERVIÇOS PÚBLICOS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A década de 80 foi marcada por manifestações que exigiam melhorias nas condições sociais e de saúde pública. Nesse período só tinha direito a saúde pública contribuintes do Instituto de Previdência Social (MORAES; WUNSCH, 2013).



Foi uma luta pelos direitos constitucionais, onde reivindicavam a reestruturação da democracia e os direitos iguais para todos os cidadãos brasileiros (LIMA; GERSCHMAN, 2005).

A criação do Sistema Único de Saúde propôs que, o direito funcionasse da mesma maneira em todo território Brasileiro e quem se responsabilizaria seria o Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal, criando programas garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira (MELLO, 2008).

A constituição de 1988 e a Lei orgânica de 1990 serviram de base para o fundamento Legal do Sistema Único de Saúde.

A Saúde e direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art.º 196).

A lei que regulamentou o Sistema Único de Saúde, garante a população Brasileira três Doutrinas a serem seguidas, a primeira Universalidade, que dá o direito a saúde a todas as pessoas independentemente de cor, renda financeira, sexual, etnia. Segunda a Equidade, garante o direito a saúde igual para todos que busquem os serviços do Sistema Único de Saúde, mas atendidos conforme necessidade, diminuindo a desigualdade e a terceira a Integralidade que tem como objetivo não só a doença, mas considera todos os fatores biológico, psicológico e social (FONSECA; SOARES, 2006).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) assumiu a responsabilidade da Universalidade, Integridade, e Equidade da saúde. Sob essa ótica não que as pessoas não adoeceriam, mas teriam uma melhor qualidade de vida, entretanto é evidente que grandes são os desafios em promover saúde com qualidade. E nesta trajetória muitos foram os avanços e somando-se a isso, fatores consideráveis precisaram de soluções urgentes (BRASIL, 2004).

Os princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde são a Regionalização e Hierarquização, que são os caminhos que a população deve percorrer para ter acesso aos serviços de saúde, buscando primeiro o nível primário que são as Unidades Básica de Saúde, secundário são os centros mas especializados, e o nível terciário que são os hospitais de referência; A

Descentralização é onde o município deve ter o poder de decisão para a resolução dos problemas locais de saúde; Participação dos cidadãos no processo de formulação das políticas de saúde; Complementaridade do Setor Privado que é a contratação dos serviços privados, conforme os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (MELLO, 2008).

Um Levantamento feito pelo Ministério da Saúde, sobre o atendimento nos serviços de saúde, trouxe novos pontos, que mostram a má qualidade dos serviços prestados aos usuários, e essa foi uma das principais urgências que o Ministério da Saúde precisou realizar no Sistema único de Saúde (BRASIL, 2001).

Conforme verificado, um país com tantas diversidades, desigualdade social e econômica, o profissional da saúde desvalorizado, carga horária de trabalho extensa, precárias condições de trabalho, falta de reciclagem dos trabalhadores, entretanto seria um erro, de dizer que a culpa é só dos profissionais de saúde, a deficiência da gestão também colabora para esse cenário desumanizado, e a isso ainda podemos acrescentar a fragilidade do vínculo, profissional e paciente (BRASIL, 2004).

Pode-se dizer nesse contexto de insatisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde, ficou clara a necessidade da criação de uma política pública que mudasse esse cenário. A partir de então foi criado a Programa Nacional de Humanização (MELLO, 2008).

Como consequência de muitas lutas para melhoria da saúde pública, meados do ano de 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) com intuito de melhorar o atendimento nos hospitais pelo Brasil e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais da saúde e implantado em 2003 o Programa Nacional de Humanização, com o propósito de pôr em prática os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, no dia a dia dos profissionais e gestão, e para que haja um melhor relacionamento entre gestores, profissionais e usuários do serviço (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde entende por uma Assistência Humanizada o aumento da responsabilidade na produção da saúde e mudanças na cultura do atendimento, e mudanças na gestão de trabalho (BRASIL, 2013).

Humanizar é dar qualidade ao relacionamento entre paciente e profissional de saúde, e poder ver o paciente além da patologia, no momento de fragilidade do corpo e do emocional. Nesse universo de tantas angústias, dor, medo do

desconhecido, o profissional precisa ter habilidades humanas e científicas (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Para que haja sucesso na implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), fazem-se necessárias estratégias compostas por eixos à serem seguidos como: financiamento com recursos para humanização, instituições do SUS com planos de governo estadual e municipal, educação, permanentes qualificação profissional, mídia promovendo discursos amplos sobre saúde, atenção ampliação a saúde, gestão da política apoiando pesquisas relacionadas a humanização, juntos possibilitam a sociedade a receber os benefícios da Assistência Humanizada (MORAES; WUNSCH, 2013).

Contudo, isto pode ser considerado um estilo de operar os processos que trabalham na saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, escutando todas as suas demandas e tomando uma atitude capaz de abastecer suas carências, dirigindo, se for o caso, o paciente e a família em contato com outros serviços de saúde para o prosseguimento da assistência (HUMANIZASUS, 2004).

Segundo Brasil (2013), faz-se uma análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde, onde se toma por base as experiências bem sucedidas de Humanização do SUS que dar certo, onde parte as orientações para a Política Nacional de Humanização onde é traduzida em método, princípios e diretrizes.

A valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo, bem como o fomento da autonomia e do Protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais; a mudança dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e do atendimento (PASSOS, 2006).

### **2.3.1 Gestão Humanizada em Saúde**

Houve uma transformação nos fatores de organização crescente que implicara em exigir novos aspectos de lidar com as pessoas dentro desses conceitos de organizações, ou seja, com condução humanista (LEITÃO; LAMEIRA, 2005).

Na concepção humanista, e no campo da economia neoliberal, o homem deixará de ser apenas mais um fator de produção dependente aos interesses do capital e do procedimento, para ser o principal artifício de todo processo produtivo. As demais se reivindicam a contentamento das prioridades humanas tais como a dignidade e a valorização do usuário no ambiente de trabalho (BRASIL, 2013).

A gestão humanizada que passa a ser uma precisão no novo modelo organizacional. Pois, tem como finalidade incentivar uma alteração do perfil do gestor em transferência ao estilo autocrático para poder torná-lo um líder e assim ter a capacidade de captar e desenvolver a sua habilidade criativa e conseqüentemente seus talentos que a organização vai lhe dispor (SILVA, 2006).

Este perfil de comando, portanto, é ativo e multifacetado que visa em transformar o gestor em uma pessoa influente de mudanças via a arte de conduzir pessoas, movimentando energias para a característica dos serviços públicos (LEITÃO; LAMEIRA, 2005).

O ministério da saúde fez um levantamento das dificuldades vivenciadas na saúde, e mediante resultados, tornou necessário tomar por modelo o SUS que dá certo, e dele saem às políticas que norteiam o programa nacional de humanização, que são transformadas em métodos, princípios e diretrizes (BACKES *et al.*, 2006).

#### 2.3.1.1 Método

Acredita-se que a linguagem autoriza a análise dos sentidos, humanizar equivale então garantir à expressão a sua dignidade ética e a precisão de ser distinguida pelo outro, sem conversação não há humanização (GADAMER, 2005).

Já que a objetividade científica utilitarista e positivista atributo da prática médica em busca de conhecimento causam uma oposição perante a ciência-tecnologia e da dignidade ética por meio das palavras (GADAMER, 2005).

Só a partir do modelo determinado pela solidariedade realizado pelo encontro intersubjetivo e intercedido pela palavra é competente de originar a humanização, passando por cima da neutralidade do modelo da medicina científica e a exteriorização de cara ao objeto de estudo da enfermidade e não mais o doente, levando em conta que tal procedimento só será finalizado com uma mudança da cultura de organização, uma alteração estrutural do acolhimento já que humanizar o auxílio é humanizar a produção dessa assistência (BRASIL, 2013).

A inclusão dos trabalhadores nas tomadas de decisões da gestão contribui na melhoria, da prestação de serviços de saúde e a inclusão de pacientes e familiares no processo de cuidar é importante para a restabelecimento da saúde (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, muitos profissionais, frente aos dilemas éticos decorrentes, vêm demonstrando estarem cada vez mais interessados em encontrar respostas que lhes garantam mais amplitude humana baseados nessas relações profissionais, em especial as associadas à autonomia, à integridade e à prioridade de respeito à dignidade de um indivíduo humano (BACKES *et al.*, 2006).

### 2.3.1.2 Princípios

O SUS é constituído por princípios e diretrizes e estão relacionados em um grupo arranjado e articulado de serviços e ações de saúde, em conjunto com as organizações públicas de saúde em esfera municipal, estadual e federal. Pois, dá suporte à efetivação da política da saúde no Brasil (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Conforme o estabelecido pela Associação Paulista de Medicina (2008), o SUS suas bases em três princípios: integralidade, universalidade, e equidade como constam na Lei nº 8.080, 7 de setembro de 1990 e prevista no art. 7º, esta ampliada pela Constituição Federal, e faz referência à atos de serviços públicos e privados de saúde, conforme apresentando no quadro 1.

Quadro 1- Princípios do Sistema único de Saúde.

<b>Transversalidade</b>	A Política Nacional de Humanização se faz presente e está incluída nessas políticas e programas do SUS. A PNH procura modificar as relações de trabalho por parte do acrescentamento de grau de contato e do entendimento entre as pessoas e seus conjuntos, fazendo a retiradas das mesmas do isolamento ou relacionadas ao poder constituídos de níveis. Transversalizar reconhecer que as dessemelhantes, especialidades e práticas de saúde podem dialogar com a experiência daquele que é ajudado. Acoplado, esses conhecimentos podem incentivar a saúde de forma mais co-responsável.
	As deliberações da gestão intervêm absolutamente na

<p><b>Indissociabilidade Entreatenção e gestão</b></p>	<p>atenção à saúde. Deste modo, trabalhadores e usuários necessitam buscar atentar-se como se trabalha a gestão dos serviços e da rede de saúde, bem como também participar de maneira eficaz do processo de adoção de decisão nas organizações de saúde e nos atos de saúde coletiva. Espontaneamente, o cuidado e a assistência em saúde não se restringirão aos encargos do quadro de saúde. Por sua vez o usuário e sua rede sócio familiar precisam também se tornar responsáveis pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo um caráter principal relacionados a sua saúde e a daqueles que lhes são custosos.</p>
<p><b>Protagonismo, corresponsabilidade de E autonomia dos sujeitos e coletivos</b></p>	<p>Qualquer transformação na gestão e atenção é mais realista se arquitetada com o acrescentamento da autonomia e aspiração das pessoas abrangidas, que tem responsabilidades compartilhadas. Os clientes não são apenas pacientes, os trabalhadores não só desempenham ordens: as variações acontecem no reconhecimento do papel que cada um. Um SUS humanizado está reconhecendo cada pessoa como autêntica cidadã de direitos e valorizando e incentivando sua performance na produção de saúde</p>

Fonte: Brasil (2013).

### 2.3.1.3 Diretrizes

Segundo Costa (2009), as diretrizes organizativas têm como base planejar e organizar o funcionamento do sistema de saúde, a coordenação do SUS baseia-se em:

Quadro 2 -Diretrizes do Sistema Único de Saúde.

<p><b>Acolhimento</b></p>	<p>Acolher é fazer com que o outro traz como legítima e individual necessidade de saúde. O acolhimento deve assistir e amparar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Buscando valorizar das práticas de saúde, o acolhimento é identificado de forma conjunta, ocorrendo a partir do diagnóstico dos procedimentos de</p>
---------------------------	--

	trabalho e objetiva em focar na construção de relações de confiança, compromisso e estabelecendo vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e paciente com sua rede sócio afetiva.
<b>Gestão participativa e cogestão</b>	Cogestão quer dizer tanto a inserção de novos subalterna nos processos de análise e tomada de decisão bem quanto o aumento dos afazeres da gestão que ainda pode se transformar em lugar de concretização de análise dos contextos, da política de um modo geral e da saúde privada, em lugar de formulação e de pactuação de trabalhos e de estágio coletivo.
<b>Ambiência</b>	Designar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que reverenciem a particularidade, que sejam propíciéis a mudanças neste processo de atividade e sendo lugares de encontro entre as pessoas.
<b>Clinica aplicada e compartilhada</b>	A unidade de saúde expandida é um método teórico e prático cuja intenção é dar contribuições para uma abordagem clínica do doente e da aflição, que medite a individualidade do sujeito e a complexidade do que e este processo saúde/doença. Permitindo o enfrentamento da fragmentação das informações e das obras de saúde e seus referentes danos e ineficácia.
<b>Valorização do trabalhador</b>	É relevante possibilitar a visibilidade à experiência dos trabalhadores e colocando-os na tomada de decisão, acreditando na sua capacidade de avaliar, definir e classificar os processos de trabalho.
<b>Defesa dos direitos do usuário</b>	As pessoas que utilizam os serviços de saúde têm direitos assegurados por lei e os serviços de saúde necessitam promover o conhecimento desses direitos e ao mesmo tempo assegurando que eles sejam executados em todas as fases do processo do cuidado, desde a entrada até a alta.

Fonte: Brasil (2013).

A um conjunto de atuações e de serviços oferecidos à saúde e alcançados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por institutos a ele acopladas ao qual denominamos Sistema Único de Saúde, sendo um dos principais responsáveis por promover, garantir prevenção e auxiliar na assistência a saúde (PEREIRA, 2008).

### **2.3.2 O Direito ao Atendimento Humanizado**

Nesse sentido, buscar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica em críticas que permitam abranger além da instrumentalidade, um envolvimento de dimensões filosóficas que lhe imprimem um significado (SANTOS, 2009).

A teoria do auto cuidado, afirma que a enfermagem é uma ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, tornando independente desta assistência quando possível, através do ensino do auto cuidado, recuperando, mantendo e promovendo a saúde em colaboração com outros profissionais (BARAÚNA, 2005).

O papel do enfermeiro vai além do cuidar de sinais e sintomas físicos apresentados pelo cliente, mas deve identificar os problemas, assistir o indivíduo, visando suprir as necessidades apresentadas avaliando a assistência prestada e garantindo a eficácia de sua recuperação (SANTOS, 2009).

Nesses conceitos, a história da assistência humanizada à saúde vem sendo compreendida desde muitas décadas. No entanto, a demanda emerge numa realidade na qual os usuários dos serviços de saúde queixam-se dos maus-tratos (ANDRADE *et al.*, 2009).

A humanização é um processo de construção gradual, realizada através da doação de conhecimentos e de sentimentos. No entanto essa doação, é um processo amplo, demorado e complexo, com resistências, pois envolve mudanças de comportamento que sempre despertam insegurança (MARTINS, 2001).

Em outras explanações, a humanização pode ser também entendida como: Princípio de conduta de base humanista e ética; Movimento contra a violência institucional na área da Saúde; Política pública para a atenção e gestão no SUS; Metodologia auxiliar para a gestão participativa e Tecnologia do cuidado na assistência à saúde (MEZZOMO, 2001).



Ou seja, segundo o autor supracitado, explica que a humanização se caracteriza no respeito e na valorização da pessoa humana, e constituindo num processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços.

Esse conceito amplo abriga as diversas visões da humanização como abordagens complementares, que admitem a realização dos propósitos para os quais aponta sua definição. Portanto, a participação, a autonomia, a responsabilidade e a atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (WAIDMAN, 2009).

A humanização é operação que busca resgatar as relações com as pessoas, com as técnicas, com o ambiente ou outros locais onde ocorrem as assistências, minimizando as dificuldades encontradas pelos profissionais na assistência humanizada (SILVA, 2008).

Humanizar é tornar humano, civilizar, dar condição humana. Sendo assim, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências sendo promovida e submetida pelo próprio homem. A humanização possibilita ao ser humano exercer suas potencialidades criativas, desde que as condições ambientais e profissionais sejam facilitadoras (BACKES; FILHO; LUNARDI, 2006).

Enfim, humanizar de acordo com poeticamente é pôr a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, é entregar-se de maneira sincera e leal ao outro, é saber ouvir com ciência e paciência as palavras e o silêncio. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é nesse momento de troca, que se faz a humanização (LIMA, 2011).

#### 2.4 A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O termo qualidade, apresenta características que dificultam sua definição devido ao fato de não ser um termo técnico exclusivo, usado só por especialistas no assunto, trata-se de um termo popularizado, de domínio público, incluído no senso comum das pessoas (PALADINI, 2004).

A evolução do processo de qualidade passou por diversas fases. Sendo que a preocupação inicial era com os produtos tangíveis (bens), porém, em decorrência da ampliação do escopo da qualidade, essa preocupação chegou aos produtos intangíveis (MARSHALL JUNIOR, 2006).

Desta forma, os processos e atividades que, no passado, buscavam garantir a qualidade de aspectos puramente tangíveis foram adequados para serem aplicados também às atividades cujos resultados são predominantemente intangíveis (LIMA, 2011).

Para um mercado cada vez mais competitivo, há uma dificuldade de se manter a fidelidade ao cliente e que para mantê-lo como cliente não é suficiente satisfazê-lo, é necessário mais do que isso, é preciso encantá-lo, ofertando produtos e serviços com qualidade superiores a dos seus concorrentes (DAVIS *et al.*, 2001).

Em se tratando do serviço de enfermagem, diz que esse serviço tem características próprias que o distinguem dos outros serviços no hospital, mas também em termos de qualidade deve ser pensado e tratado de forma diferenciada (MARSHALL JUNIOR, 2006).

A enfermeira Florence Nightingale como pioneira no assunto no assunto sobre melhoria na qualidade do atendimento em saúde, pois foi durante a guerra da Criméia em 1855 desenvolveu métodos de atendimento que qualificaram o cuidado prestado aos feridos de campanha. Nesse foco, percebe-se que para que ocorra qualidade no atendimento em saúde é fundamental que os serviços disponham de recursos físicos, humanos e materiais adequados e valorize o vínculo afetivo como elo na relação usuário-trabalhador (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011).

As instituições de saúde devam motivar os funcionários, reconhecendo falhas, instituindo ações educativas e construtivas, prevenindo riscos e promovendo a saúde dos mesmos (BARBOSA; MELO, 2008).

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação, direção e avaliação, controle das atividades desenvolvidas. É interessante ressaltar que segundo o autor para se medir a qualidade em serviços e programas de saúde faz-se necessário a elaboração e monitoramento de indicadores (LOPES, 2009).

Atendimento é uma arte em que atividades humanas são empreendidas com a finalidade de satisfazer os clientes. Tais atividades, aptas ao comportamento das pessoas envolvidas na relação comercial, estão diretamente conectadas à prestação

de serviços, necessariamente conduzidas pelos recursos humanos ligados à organização (BARBOSA; MELO, 2008).

Nesse sentido, o referido autor estabelece que a excelência no atendimento está atrelada à uma interação entre os seguintes elementos: Aparência; Instalações; Pessoal; Recursos de comunicação; Disposição para servir; Segurança, evidenciada pelo conhecimento e domínio completos do serviço por parte dos vendedores; Habilidade em propiciar um clima de confiança e certa intimidade com os clientes; Customização, que ocorre quando a organização presta um atendimento tal que identifica os clientes como pessoas, com uma dose extra de carinho e sinceridade que os funcionários dispensam aos clientes de maneira encantadora; Capacidade da organização, reparando os erros cometidos em prejuízo do cliente, no esforço de recuperá-los e transformar uma eventual insatisfação num promissor elo de fidelidade ou laço de lealdade entre as partes.

O enfermeiro busca aprimorar a sua prática do cuidar com qualidade, e precisa planejar-se com a implantação e implementação da Gestão da Qualidade no gerenciamento do cuidado prestado nas instituições de saúde, uma vez que pelo desenvolvimento do seu processo de trabalho, tem a oportunidade de interagir diretamente com o cliente e se aproximar do seu referencial para compreender seus anseios e expectativas, e com base em tais informações, planejar a assistência que será prestada pela equipe a fim de atender as expectativas dos clientes (SANTOS, 2006)

Todas às atividades executadas pela enfermagem, o cuidado sistematizado de enfermagem é validado através das leis, normas e diretrizes junto ao órgão regulamentador – COFEN, o que permite ao enfermeiro a deliberação de sua liderança, comunicação eficiência, visão clínica, destreza, capacidade de administrar e gerenciar, planejar, programar entre outras (AGUIAR, 2008).

Por outro lado, Elucida e Pistono (1994), informa que a qualidade no atendimento de organizações de saúde deve ser considerada além dos processos e resultados, mas também em sua estrutura, e nesse fator os fatores visuais das instalações prediais e dos equipamentos físicos impactam de forma positiva num primeiro momento da avaliação do atendimento prestado.

### 2.4.1 Da Satisfação dos Usuários

O termo satisfação do paciente é compreendido como sendo o grau de propriedade entre as expectativas do paciente quanto ao cuidado de enfermagem e sua percepção sobre o cuidado recebido. Em citação a outros autores, diz que a satisfação do paciente é uma avaliação positiva das dimensões do cuidado de saúde e também uma percepção subjetiva que pode ser considerada como realidade (OLIVEIRA, 2006).

Para uma melhor avaliação, é preciso uma busca pela melhoria da qualidade, e esta fazer parte da rotina dos profissionais, mas para tanto se faz necessário o controle da qualidade da assistência fundamentado em avaliações sistematizadas do cuidado, por meio de indicadores que demonstrem sua evolução, ao longo do tempo e permitam a comparação com referenciais internos e externos (SANTOS, 2006).

Um dos indicadores de qualidade da atenção é a satisfação dos usuários, que representa uma forma de medida que os prestadores de cuidados podem usar para entender as expectativas dos consumidores. Assim, o atendimento de enfermagem sendo decisivo para a satisfação dos usuários com a atenção a saúde em geral, primordial para se avaliar a qualidade da assistência em serviços de saúde (MENDES *et al.*, 2009).

Por outro lado, a medida da satisfação dos usuários/pacientes é considerada uma avaliação pessoal dos cuidados e serviços de saúde que são prestados. Portanto, a perspectiva do usuário fornece informação especial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços, constituindo-se numa medida de otimização dessas ações (NOVAES *et al.*, 2010).

A perspectiva do usuário, acercar-se por meio de sua satisfação, implica um julgamento sobre as características dos serviços e fornece informação primordial para completar e equilibrar a qualidade da atenção direcionada (SISSON *et al.*, 2011).

Corroborando com o citado, Lima, Cabral e Vasconcelos (2010) diz que o nível de satisfação do usuário, e que a avaliação da qualidade de assistência à saúde deve medir o ajuste do serviço à demanda e ser capaz de detectar em que medida esse serviço atende ou não às expectativas.

Nesse sentido, vale ressaltar que nos últimos anos, a satisfação do paciente tem sido analisada como um critério para avaliar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde, não somente pelo fato da satisfação do paciente ser um fator

importante para aumentar a demanda de serviços e ter efeitos na conduta dos profissionais que prestam o cuidado, mas por ser considerado um indicador para avaliar a qualidade da assistência (OLIVEIRA 2006).

Ainda segundo o autor ora citado, informa que outros fatores que merecem destaque, no diz respeito à satisfação do paciente, são os fatores como características de personalidade do enfermeiro, incluindo aspectos do seu comportamento como empatia, comunicação e proficiência no cuidado que requer conhecimento, domínio técnico e habilidade organizacional, tem demonstrado influência na satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem.

## 2.5 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA UM MAU ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO

Antes de um bom atendimento, é preciso saber que há o profissional que atende, assim Costa (2009), informa que dentro do modelo de saúde vigente o acolhimento torna-se um desafio na construção da integralidade do cuidado, e em virtude disso, destacamos, além da do bom atendimento ao usuário, é também desatacado uma atenção especial também ao profissional de saúde, que muitas vezes vivencia sobrecarga de trabalho, o que gera estresse, cansaço físico e mental, entre outros fatores que irão gerar um mau atendimento.

Daí a necessidade de que o acolhimento seja uma prática também presente dentro do processo de trabalho das equipes, tanto por meio de programas de capacitação e de espaços de escuta pela gestão quanto por incentivos, salários, ou cuidado ao cuidador (COSTA 2009).

Na atenção à saúde dos trabalhadores são indissociáveis as ações preventivas, de promoção e proteção da saúde, assistência, ou recuperação e reabilitação (FERREIRA JUNIOR, 2000). Segundo o mesmo as características principais da atenção à saúde dos trabalhadores são sintetizadas na integralidade das práticas ou ações preventivas, curativas, dinamismo decorrentes das mudanças nos processos produtivos e a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos das ações de saúde.

Ressalta que o trabalho deve ser como propiciador ao homem o domínio das condições de vida, promovendo um ambiente adequado para sua sobrevivência, reprodução e bem-estar, mas nem sempre acontece, as condições de trabalho ao

qual o trabalhador está inserido podem, muitas vezes, estar longe de garantir seu bem estar físico e psíquico (NOVAES *et al.*, 2010).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Este estudo baseou-se em uma estratégia qualitativa de pesquisa, de caráter descritivo, por meio de uma pesquisa bibliográfica. O estudo descritivo correlaciona fatos ou fenômenos sem alterá-los. Procura então descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (COSTA, 2006).

O estudo de revisão bibliográfica de acordo com Gil (1999) é uma revisão rigorosa da literatura de matérias já publicados, como artigos científicos e livros, este tipo de pesquisa, permite uma cobertura mais ampla do fenômeno a ser estudado.

O estudo inclui: artigos, teses, dissertações, monografias, livros e manuscritos. Com base em todo material revisado procura-se fazer uma discussão entre os autores, avaliando os pontos positivos e negativos para chegar a um resultado final.

#### **3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES**

Foi inicialmente identificado as fontes capazes de dar resposta à solução do problema em questão. Foi realizada uma busca por artigos e trabalhos acadêmicos mais atuais, além de teses, periódicos, visando encontrar o maior número de informação possível para o embasamento teórico deste trabalho. Os termos de busca utilizados para essa pesquisa foram: “atendimento”, “qualidade” e “enfermeiro”.

O processo envolveu uma ampla revisão da literatura a fim de identificar os estudos buscassem discutir os fatores que influenciam negativamente na assistência humanizada de enfermagem com os usuários atendidos nos serviços hospitalares, Para isso foram pesquisados artigos de várias bases de dados, optando por utilizar as bases de dados Scielo e Lilacs, por entender que foram nessas onde mais se encontrou temas relevantes ao assunto abordado, pesquisadas e selecionadas entre os meses de março a novembro de 2018.

#### **3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS**

A tarefa de análise implica, em um primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências

e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado (GIL, 2010).

As referências bibliográficas de todos os estudos pesquisados e considerados relevantes para o trabalho em questão foram examinadas detalhadamente os autores foram todos mencionados de acordo com as informações retiradas dos artigos, mediante a necessidade de esclarecimento dos dados. Os títulos e resumos depois de selecionados foram avaliados pela orientadora para verificar a relevância do estudo para esta revisão. Os estudos considerados relevantes foram avaliados em comum acordo com orientadora e acadêmica a fim de discutir a inclusão ou exclusão nesta revisão.

### 3.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Gil (2010) refere que após o fichamento do material selecionado e antes da redação do relatório se faz necessário a organização das principais ideias obtidas de modo a atender aos objetivos do estudo. Assim, durante a leitura minuciosa do material selecionado, foram produzidas as categorias de análise. Foram identificadas as seguintes categorias: Cuidado Humanizado; Avaliação da qualidade dos serviços de saúde e Fatores que prejudicam o atendimento do Enfermeiro

### 3.5 CRITERIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Durante esse período foram pesquisados e selecionados 82 artigos científicos; dentre os quais foram incluídos 64 neste projeto, excluídos 18 estudos que não priorizavam a temática de qualidade de serviço em questão e foram usados 31 artigos para a análise e discussão dos resultados. Visando uma pesquisa mais atualizada e com mais ênfase na atuação da enfermagem, no processo de apoio e incentivo para o sucesso da alimentação.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

De forma a atender os preceitos éticos de um estudo de referência bibliográfica, todos os autores utilizados nesta pesquisa foram minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando a lei de direitos autorais.



#### 4 RESULTADO E DISCURSSÃO

Foram encontrados 82 artigos através de uma leitura preliminar dos quais foram excluídos 18, totalizando 64 artigos para uma leitura integral, criteriosa e objetiva. Destes 64 foram selecionados apenas 31 que perfizeram o total da amostra, como podemos observar na figura 01.

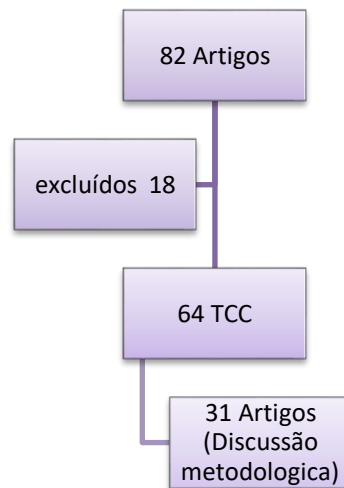


Figura 01 – Seleção do material

Destes 82 artigos foram escolhidos para a análise exploratória e seletiva, com os temas: humanização no atendimento, qualidade nos serviços de saúde, satisfação dos usuários com o atendimento do enfermeiro. Destes setenta e nove, somente 64 fizeram a composição do Trabalho de Conclusão de Curso, e 31 serviram para embasar a discussão metodológica.

Neste capítulo, os artigos que compuseram o Resultado e Discussão metodológica, foram divididos em:

1. Cuidado Humanizado
2. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde
3. Fatores que prejudicam o atendimento do Enfermeiro

Cada análise buscou discutir os fatores que influenciam negativamente na assistência humanizada de enfermagem com os usuários atendidos nos serviços hospitalares, Dentro dessa análise e discussão teórica, foi analisado a visão dos autores sobre o referido assunto, podendo contrastar as ideias de que são várias as ações do enfermeiro no que diz respeito a um atendimento humanizado e consequentemente a satisfação do paciente/cliente,

Em cada análise ainda, foi apresentando um quadro, informando o ano da publicação da obra, o nome do autor e o título da obra, conforme apresentando nos quadros 1 a 4 a seguir:

Quadro 03 - Cuidado Humanizado, descritos por ano, autor e título da Obra

<b>ANO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>TÍTULO DA OBRA</b>
2004	Salla	Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde.
2007	Barbosa	O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo.
2007	Maruiti e Galdeano	A Enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente.
2009	WAIDMAN <i>et al.</i>	Atentando para as singularidades humanas na atenção a saúde por meio do diálogo e acolhimento.
2011	Guimarães	A. Gerenciamento do Pessoal de Enfermagem com Estabilidade no Emprego: Percepção de Enfermeiros
2011	Cardoso e Hennington	Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança.
2014	Moraes e Campos	Estudo comparativo entre séries de graduação em enfermagem: representações dos cuidados ao corpo do cliente
2016	Brasil	Política Nacional de Humanização.

De acordo com Moraes e Campos (2014), o cuidado é ou deveria ser, holístico, baseado na integralidade do ser, relacionar-se de forma interpessoal com o familiar é a extensão desse cuidado, assim o dia a dia se torna menos mecanizado, à medida que se dá passos largos para a humanização. A tecnologia é um fator que pode tornar o cuidado somente técnico.

Para Guimarães (2011), humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do Ser Humano e construir "um espaço concreto nas instituições de saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas".

Assim, para Barbosa (2007) informa que para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação. Neste contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados.

Conforme Maruiti e Galdeano (2007), um cuidado humanizado fortalece os vínculos e a confiança por parte do familiar, que tem plena certeza que seu ente está sendo bem tratado. A disponibilidade e a atenção são ferramentas de desenvolvimento para esse cuidado.

Nesta concepção, Boff (200) acredita que o cuidado em um conceito amplo pode incorporar diversos significados, como: solicitude, desvelo, zelo, diligência, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade.

Sob o ponto de vista de Guimarães, o cuidado é prioridade, e representa uma atitude de preocupação, de responsabilidade, de ocupação e de envolvimento afetivo com o outro.

Para Waidman *et al.* (2009), saber cuidar é algo inerente ao ser humano, mas os enfermeiros possuem várias alternativas para fazê-lo. Cuidar, além dos papéis, das técnicas e das burocracias existentes nas instituições de saúde. Deve-se visionar um cuidado com o desejo de realmente promover uma mudança e para isso é preciso competência, responsabilidade, compromisso e conhecimento, ou seja, ética.

De acordo com Cardoso e Hennington (2011), a humanização para profissionais de saúde, é meio contraditória, pois na maioria das vezes esses profissionais são tratados de forma desumana, com desvalorização salarial, jornada de trabalho extensa, falta de condições de trabalho, fazendo com que o profissional se desgaste físico e emocionalmente, levando a desmotivação para o atendimento, impedindo as mudanças de atuação, humanizar quer dizer que precisa investir nos profissionais de saúde para que eles tenham condições de prestar um atendimento humanizado.

Conforme Brasil (2016), o profissional de saúde precisa ser olhado com diferencial, sendo ele um dos protagonistas destas políticas e diretrizes da Política Nacional de Humanização, ele está ali fazendo com que o cliente, paciente tenha sua saúde restabelecida com qualidade e valorização do ser humano, pois ele é o elo entre gestão e atenção. Precisa reconhecer as limitações e proporcionar um espaço de diálogo, com o objetivo de proporcionar ao profissional de saúde a sua valorização profissional.

Nesta linha de pensamento Salla (2004), relaciona que o cuidado humanizado sofre variações dependendo do profissional que o executa: sua situação mental e física, fadiga e dificuldade em realizar determinadas tarefas podem atingir seu estado psicológico.

Nesse caso, Cardoso e Hennington (2011), relata que se faz necessário um cuidado de quem se responsabiliza pôr cada área com o número de profissionais, devendo estar baseado pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) para que este cuidado seja adequado, para que os próprios profissionais apresentem condições de escutar o paciente, dando atenção às suas reclamações em relação às coisas simples, mas que para ele naquela ocasião é importante para o bem estar dos mesmos.

Diante do exposto, a pesquisa detalha o segundo ponto: qualidade nos Serviços de Saúde.

Quadro 04 - Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde, descritos por ano, autor e título da Obra

<b>ANO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>TÍTULO DA OBRA</b>
1998	Malik e Schiesari	Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde.
2006	Pinho e Torres	Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal.
2007	Zanei e Whitaker	Estresse do enfermeiro em unidade de emergência.
2008	Barbosa e Melo	O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridade de atendimento e sua qualidade.
2008	Assis	Os profissionais de enfermagem frente à

		humanização do cuidado no ambiente hospitalar
2009	Lopes	Atendimento de emergência no Brasil
2009	Santos e Beresin	A qualidade de vida dos enfermeiros do centro-cirúrgico.
2010	Silveira e Monteiro	Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI.
2011	Lima	Saúde e Democracia Historia e Perspectivas do SUS
2011	Bellucci; Júnior e Matsuda	O Enfermeiro no Gerenciamento à Qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: Revisão Integrativa da Literatura.
2011	Furlan	Avaliação da Qualidade do Atendimento Hospitalar: o esperado e o percebido por clientes acompanhantes.

Lima (2011), em se tratando do serviço de enfermagem, diz que esse serviço tem características próprias que o distinguem dos outros serviços no hospital, mas também em termos de qualidade deve ser pensado e tratado de forma diferenciada.

Bellucci Júnior e Matsuda (2011) apontam a enfermeira Florence Nightingale como pioneira no assunto no assunto sobre melhoria na qualidade do atendimento em saúde, pois foi durante a guerra da Criméia em 1855 desenvolveu métodos de atendimento que qualificaram o cuidado prestado aos feridos de campanha. Nesse foco, percebe-se que para que ocorra qualidade no atendimento em saúde é fundamental que os serviços disponham de recursos físicos, humanos e materiais adequados e valorize o vínculo afetivo como elo na relação usuário-trabalhador.

Em se tratando de avaliação em qualidade de saúde, Furlan (2011) diz que foi proposto o modelo Donabedian, e que de acordo com Malik e Schiesari (1998) para a avaliação da qualidade em saúde, está fundamentado na Tríade estrutural de Sistemas: estrutura, processo e resultado, correspondentes à Teoria Geral de Sistemas.

Assim, para Donabedian e Furlan (2011), a avaliação dos serviços de saúde deve considerar as dimensões técnica e de relacionamento pessoal. Relata que tão

importante quanto a estrutura física é a capacidade de relacionamento dos funcionários de uma instituição; que a condução do relacionamento interpessoal deve atender ao que o indivíduo espera dentro do conhecimento técnico, porém transmitindo confiança, honestidade, sensibilidade. Sinaliza, assim, para a necessidade de plano de cuidado humanizado, tratando das características e anseios individuais de cada cliente.

Barbosa e Melo (2008) apoiam que as instituições de saúde devam motivar os funcionários, reconhecendo falhas, instituindo ações educativas e construtivas, prevenindo riscos e promovendo a saúde dos mesmos. Acrescenta ainda que vários fatores interferem na qualidade do atendimento, como falta de equipamentos e falta de organização, fazendo com que a equipe fique impedida de prestar o tratamento adequado para restabelecer a saúde.

Segundo Lopes (2009), medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação, direção e avaliação, controle das atividades desenvolvidas.

Dessa forma Pinho e Torres (2006), ainda revelam que ao contexto hospitalar, à enfermagem constituem-se na maior força de trabalho, e suas atividades são frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dirigido por um líder, o dimensionamento qualitativo e quantitativo é insuficiente, situação de exercício profissional que tem repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças comprometendo a qualidade de vida tanto do profissional quanto do seu atendimento ao cliente/paciente.

Vale ressaltar que quando se trata de avaliar qualidade no atendimento, não se pode deixar de olhar a qualidade de vida no trabalho. Na pesquisa de Paschoa; Zanei e Whitaker (2007), declaram que a equipe de enfermagem é composta, em sua maioria, por mulheres, que estão sujeitas a vivenciar conflitos em razão das exigências profissionais e de sua vida pessoal, em decorrência da dupla ou tripla jornada de trabalho, quando se refere à família, como marido e filhos.

Outro fator que não poderia deixar de ser apontando nesta pesquisa, está referenciando pó Silveira e Monteiro (2010), onde diz que o trabalho de enfermagem é desgastante, no que se refere ao convívio com o sofrimento, a dor e a morte.

Santos e Beresin (2009), contribuindo com a afirmativa acima, descrevem que o trabalho realizado leva a um desgaste profissional decorrente principalmente do

ambiente, da sobrecarga de trabalho, dos problemas de relacionamento com a equipe multiprofissional, somados aos acontecimentos como morte, sofrimento e dor. Todos esses fatores geram desgaste, comprometendo a sua Qualidade de vida do profissional e conseqüente ao atendimento.

E por fim, no quadro 03, vários autores demonstram alguns fatores que prejudicam a qualidade dos serviços de enfermagem.

Quadro 05 - Fatores que contribuem para um mau atendimento do Enfermeiro, descritos por ano, autor e título da Obra

ANO	AUTOR	TÍTULO DA OBRA
2014	Robazzi <i>et al.</i>	Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse.
2009	Costa	Saúde da família – Uma abordagem multidisciplinar.
2006	Coronetti <i>et al.</i>	
2006	Iwamoto e Anselmi	Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba, Minas Gerais
2008	Veloso <i>et al.</i>	Percepção do estresse entre enfermeiro que atuam em terapia intensiva.
2009	Cabanelos	O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas.
2009	Nascimento <i>et al.</i>	Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar.
2009	Stancato e Neves	Absenteísmo: estudo de revisão bibliográfica
2010	Secco <i>et al.</i>	Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem, Brasil.
2011	Neta	Dimensões da qualidade e gestão da qualidade total em organizações médico-

		hospitalares.
2011	Melo <i>et al.</i>	Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem, Brasil.
2011	Chiavaneto	Introdução à teoria geral da administração

Costa (2006) ressalta que o trabalho deve ser como propiciador ao homem o domínio das condições de vida, promovendo um ambiente adequado para sua sobrevivência, reprodução e bem-estar, mas nem sempre acontece, as condições de trabalho ao qual o trabalhador está inserido podem, muitas vezes, estar longe de garantir seu bem estar físico e psíquico e assim contribuir para uma assistência ineficaz.

Robazzi *et al.* (2014), em sua pesquisa buscou estudar a jornada de trabalho para os profissionais da saúde e, principalmente, para a enfermagem tem constituído um dos fatores que vêm alimentando uma discussão acerca de sua interferência nos resultados e na qualidade dos serviços prestados, em razão de ser exaustiva. Jornadas de trabalho longas para a enfermagem interferem nos resultados de alguns indicadores hospitalares, por refletirem diretamente na qualidade do cuidado ao usuário e na segurança do trabalhador.

Esses fatos, ainda segundo o autor acima citado, podem levar ao surgimento de riscos ocupacionais, podendo originar efeitos crônicos à saúde dos trabalhadores de Enfermagem. Nesse contexto, a jornada de trabalho constitui-se em uma dimensão importante na qualidade da assistência prestada, repercutindo na segurança e saúde do profissional, refletindo em desgaste físico e emocional nos aspectos pessoais e familiares, assim como na organização dentro da instituição.

Outro fator citado por Cabanelas (2009), que colabora negativamente para uma assistência ruim, é o problema do estresse ocupacional em profissionais da saúde e em particular em enfermeiros é um tema contemporâneo de debate e investigação. Assim, os estudos têm vindo a evidenciar que os enfermeiros representam uma classe profissional particularmente exposta a elevados níveis de pressão e estresse e esse fator acaba prejudicando o atendimento.

Segundo Neta (2011), o estresse que é decorrente por fatores relacionados ao trabalho tem se destacado não só para pesquisadores, mas também para instituições governamentais, enfatizando que medidas devem ser tomadas, para



poder prevenir o impacto do estresse ocupacional nos trabalhadores e até mesmo na sociedade em geral, por causa do ritmo acelerado ocorrido das mudanças no trabalho e no dia a dia de todos.

Número insuficiente de profissionais. Para Nascimento *et al.* (2008), o número insuficiente de profissionais de enfermagem tem afetado negativamente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Corroborando com o exposto, o estudo de Coronetti *et al.* (2006), comprovou-se nos depoimentos dos entrevistados que o aumento do ritmo das atividades de enfermagem, em decorrência do número insuficiente de profissionais, reduz consideravelmente a efetividade, interferindo na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Concordando com sua pesquisa Secco *et al.* (2010), também evidenciou no processo da assistência de enfermagem, um quantitativo de pessoal deficitário, argumentando que o aumento do quantitativo de pessoal é relevante para a melhoria das condições de trabalho no ambiente hospitalar, pois assim, reduziria notavelmente a sobrecarga de trabalho, como também, beneficiaria a efetividade e qualidade da assistência prestada à clientela assistida por esses profissionais. Por estar diretamente lidando com vidas, todo cuidado é pouco, então se procura suprir a necessidade de funcionários, para que o trabalho flua sem intercorrências oriundas da falta de mão de obra na realização dos cuidados.

Outro ponto, a má remuneração. Velosso *et al.* (2008), buscou nas palavras de outros autores que a remuneração dos enfermeiros é um dos fatores mais citados pelas respostas dos entrevistados. No resultado de sua pesquisa, realizada no hospital de Base de São Jose do Rio Preto 20% dos enfermeiros abandonam a profissão devido à baixa remuneração, e 58,8% estão insatisfeitos financeiramente, mas continuam exercendo a profissão. Essa frustração econômica leva o profissional a assumir mais de um emprego para manter condições dignas de vida, gerando também a rotatividade e desligamento do emprego.

Melo *et al.* (2011), acrescenta ainda que o trabalho é uma maneira de o profissional alcançar sua satisfação, valorização e realização pessoal, e dessa forma o mesmo não supre somente as necessidades financeiras, e sim se sente realizado com a profissão, caso sua remuneração não alcance seu contentamento, isto acarretara a insatisfação deste trabalhador.

Nesse contexto, estar satisfeito é um indício referente à qualidade de assistência prestada, pois quando há satisfação no trabalho o profissional interage e se compromete mais com a empresa e colherá bons frutos financeiramente, caso aconteça o contrário, os pontos negativos serão mais relevantes para a sobrecarga deste profissional da enfermagem.

Rotatividade, outro ponto em abordagem, a rotatividade do quadro de funcionários em qualquer setor de atuação pode trazer impactos relevantes para o aumento de trabalho, considerando que com a saída do profissional pode haver um adiamento dos serviços já planejado pela equipe ou colaborador que foi desligado do cargo. Dependendo de algumas instituições, o desfalque de funcionários pode se estender por muito tempo, ocasionando um prejuízo no andamento das funções. Nesse contexto, é comum ocorrer com qualquer um o fenômeno da sobrecarga de trabalho. Este é um aspecto que não é dada uma devida importância, e como consequências dessa situação são substituídas, a qualidade pela quantidade de trabalho, prejudicando não só a instituição de trabalho, como também a própria vida pessoal, que por muitas vezes o estresse e o cansaço de tanto trabalho acabam ocasionando um afastamento interpessoal da vida particular. (CHIAVENATO, 2011).

Para Iwamoto e Anselmi (2006), concordando com o contexto acima, aborda outro item que colabora com uma má assistência, que é a sobrecarga de trabalho. Ele afirma que a sobrecarga de trabalho do profissional enfermeiro está relacionada a rotatividade de pessoal, que compreende a mensuração do número de trabalhadores que passa pelos postos de trabalho de uma seção, empresa, setor ou ramo, num determinado período de tempo com o fluxo de entrada e saída de colaboradores no ambiente.

Chiavenato (2011) relata que o desligamento dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem não só comprometem a qualidade da assistência prestada como também ao acarretamento de tarefas para a equipe, gerando a descontentamento, decorrente da sobrecarga das tarefas para os membros que permanecem no setor hospitalar. Assim, a sobrecarga de trabalho termina por arrastar para um círculo vicioso, pois um gerente sobrecarregado não tem tempo nem disposição para treinar sua equipe, assim como prestar assistência a quem precisa dentro do cargo que exerce função de liderança.

Lembrando que existe outros fatores que contribuem para uma má assistência, no entanto, destaca-se nessa pesquisa, o absenteísmo, que segundo os

autores Stancato e Neves (2009), afirmam que o absenteísmo passa a ser um problema na medida em que sua frequência interfere na qualidade de trabalho em equipe e, principalmente, reflete na qualidade da assistência ao cliente que usufrui do serviço de saúde.

Com o decorrer dessa atividade que se torna na maioria dos casos mecânica, por se tornar rotineira, traz malefícios não apenas para profissionais, mas também para usuários do serviço, pois cada paciente internado tem sua particularidade, cada um tem uma aceitação diferente de sua doença, aceitação diferente ao tratamento, exigindo do profissional que está à frente na tomada de decisão uma posição adequada para uma prestação do atendimento direcionado a cada situação, respeitando as recusas e tentando entrar em consenso, dessa forma percebe-se a necessidade de profissionais capacitados e de bem com o exercício da sua profissão. (STANCATO, NEVES 2009).

## 5 CONCLUSÃO

Após a análise delineada dos dados alocados nessa pesquisa, é possível afirmar que ainda nos dias de hoje há uma necessidade constante de averiguar a qualidade de vida do trabalhador, principalmente do enfermeiro, pois este tem uma relevância como ator social e para o desenvolvimento dos sistemas de saúde e cada vez mais é exigido a qualidade nos serviços prestados, e é essa a qualidade de atendimento que os usuários dos esperam.

Essa qualidade de serviço deve estar em equilíbrio com todos os fatores já discutidos no decorrer desta pesquisa, e a qualidade da assistência prejudicada pode gerar muitos transtornos para a equipe de profissionais atuantes e diretamente ao usuário destes serviços. Vale frisar, que o paciente que procura por atendimento entrega a equipe de cuidados sua vida, confiando no comprometimento humano desses profissionais, é o que se espera em qualquer setor, que atendam suas expectativas para que dali saia melhores do que entraram, sem experiências traumáticas.

A pesquisa sintetizou ainda, o cuidado humanizado e os fatores que interferem nesse processo. A humanização no atendimento e nas relações interpessoais da equipe, estabelece uma mudança nessas afinidades profissionais buscando torná-las mais saudáveis, respeitando e, especialmente, investindo na capacitação humana da equipe, para que assim passem a designar um cuidado mais humanizado e com um fundamento ético.

Não adianta uma unidade hospitalar disponibilizar de estrutura física moderna, equipamentos apropriados e considerados de última geração, ter um aparato de atividades médicas e uma administração criativa, mas se tudo isso não for voltado para a satisfação das demandas dos clientes e dos quadros de funcionários que visam o atendimento, antes de se pensar em estrutura física, paredes, móveis e equipamentos, tem que avaliar a valorização das relações interpessoais, pois dela começará a estrutura humanizada.

Desta forma, acreditamos que este trabalho traz contribuições para a comunidade acadêmica, ou a quem possa interessar, e fica a sugestão para que haja maiores investimentos em treinamentos para os profissionais de modo que estes percebam a importância de atender bem o usuário dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M. **Causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho**. São Paulo, 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, 1996.

ARAÚJO, M. A.; SOUZA, J. C. **Qualidade de vida dos professores de enfermagem**. 4 Ed. Rio de Janeiro: Passo Fundo, 2011.

ASSIS, C. F. Os profissionais de enfermagem frente à humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **Repositório Institucional Fio Cruz**. Porto alegre, v. 6, n. 3, p. 23-46, 2008.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. D. Filho. A humanização hospitalar como expressão. **Revista Latino-am Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 13-15, 2006.

BARBOSA, R. A. Z.; MELO, R. A. O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridade de atendimento e sua qualidade. **Rev Nursing**, v. 73, n. 7, p. 24-29, 2004.

BARBOSA, R. O. M. **O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2007.

BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. O Enfermeiro no Gerenciamento à Qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 32, n. 4, p. 797-806, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Ministério da saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações**. Brasília: Imprensa oficial, Ministério da Educação, SEESP. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégica, n. 1, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política da Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** n. 2, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Humaniza SUS na Atenção Básica** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde.** 1ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2016.

CABANELOS, M. P. A. O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.33-38, jun. 2009.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 85-112, 2011.

CHIAVENATO, L. **Introdução à teoria geral da administração**. 8 Ed. São Paulo: Campus, 2011.

CORONETTI, A. M.; GODOY, S. C. B.; CARVALHO, L. P.; SOUZA, M. J. B. Percepção gerencial sobre a qualidade de atendimento dos trabalhadores de serviços hospitalares. **Rev Mineira Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 53-60, 2007.

COSTA, E. M. A. Sistema Único de Saúde. In: COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família – Uma abordagem multidisciplinar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p. 4-10. 2009.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A. relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Recife, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FONSECA, A. M.; SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam em ambiente de hospital. **Rev. Rene**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 91-97, 2006.

FURLAN, C. E. F. B. **Avaliação da Qualidade do Atendimento Hospitalar: o esperado e o percebido por clientes acompanhantes**. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2011.

GABRIEL, C. S. Qualidade na Assistência de Enfermagem Hospitalar: Visão de Alunos de Graduação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 529-535, 2010.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: EDUSF, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GATTI, M. F. Z. **Triagem de Enfermagem em Serviço de Emergência**. 2008.

GUIMARAES, A. Gerenciamento do Pessoal de Enfermagem com Estabilidade no Emprego: Percepção de Enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 905-911, 2011.

IWAMOTO, H. H.; ANSEMI, M. L. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba, Minas Gerais. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 443-453, 2006.

LEITÃO, S. P.; LAMEIRA, V. J. Humanismo e mudança organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 731-751, 2005.

LIMA, N. T., GERSCHMAN, S., EDLER, F. C., & SUARES, J. M. **Saúde e Democracia História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

LOPES, L. **Atendimento de emergência no Brasil**. (Especialista em conduta de enfermagem no paciente crítico) – Centro Educacional São Camilo – Sul, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2009.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de Enfermagem. **Estudos de psicologia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 79-85, 2007.

MARUILI, M. J. P.; GALDEANO, A. P. A Enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. **Rev. Paul. Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 114 - 119, 2007.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo: Editora Fundação Petrópolis, 1998.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 01-09, 2011.

MELLO, M. I. **Humanização da Assistência hospitalar no Brasil**. 1. Ed. São Paulo, 2008.

MEZZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Barueri: Manole, 2001.

MORÃES, R. C.; CAMPOS, J. B. S. Estudo comparativo entre séries de graduação em enfermagem: representações dos cuidados ao corpo do cliente. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 379-86, 2014.



MORAIS, T. C.; WUNSCH, D. S. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 100-113, 2013.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A.; FREITAS, W. G.; PADILHA, K. G. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 92-105, 2009.

NETA, M. H. **Dimensões da qualidade e gestão da qualidade total em organizações médico-hospitalares**. Rio de Janeiro: Artes Gráficas, 2011.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-310, 2007.

PEREIRA, A. L. Programas de atenção à saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano: Yendis, 2008, p. 255-275.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. Ed, São Paulo: Loyola, 2006.

PINHO, D. L. M.; TORRES, E. O. Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 207-215, 2006.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MENDES, A. M. O. C.; SILVA, L. A.; DALRI, R. C. M. B. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Macapá, v. 22, n. 6, p. 959-965, 2014.

SANTOS, I.; OLIVEIRA, S. E. M.; CASTRO, C. B. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto e Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 393-400, 2006.

SANTOS, J. L. G.; L., SILVA, M. A. D. S. Gerenciamento do Cuidado: Ações dos Enfermeiros em um Serviço Hospitalar de Emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, 2011.

SALLA, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2004.

SILVA, M. J. P. **O amor é o caminho**. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 2005.

SANTOS, M. R. A.; BERESIN, R. A qualidade de vida dos enfermeiros do centro-cirúrgico. **Einstein**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 152-8, 2009.

SANTOS, S. R. **Administração Aplicada a Enfermagem**. 3ª ed. João Pessoa, PB: Ideia, p. 234-250, 2007.

SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SOUZA, F. E. A.; SHIMIZU, D. S. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem, Brasil. **Rev Eletrônica Saúde Mental**, v. 12, n. 6, p. 50- 58, 2010.

SILVA, P. S. C. Gestão Humanizada no Setor Público. Instituto Anísio Teixeira. **Ver.Enferm.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 34-43, 2006.

SILVEIRA, V. A.; MONTEIRO, M. I. Qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Campinas: Ipes, p. 161-206, 2010.

STANCATO, K.; NEVES, J. F. Absenteísmo: estudo de revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Enfermagem**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 194-217, 2009.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 532-60, 2006.

VELOSSO, M. V. G, FERREIRA, V.; CARVALHO, A. P. Percepção do estresse entre enfermeiro que atuam em terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, 2008; v. 19, n. 3, p. 310-5, 2008.

VIEIRA, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2001.

WAIDMAN, D. A. Atentando para as singularidades humanas na atenção a saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Rev. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 55-61, 2009.

ZANEI, K. M.; WHITAKER, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 14, n. 4, p. 534-9, 2007.