



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PORTARIA/MEC Nº 251 DE 07/07/2011.

DAYANE FERREIRA DA SILVA

IZA RAYANE FRANCO COUTO

MARCELA CRISTINA LOPES PAZ

**ATENDIMENTO HUMANIZADO: percepção dos pacientes
hospitalizados no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.**

Itaituba – PA

2020

DAYANE FERREIRA DA SILVA
IZA RAYANE FRANCO COUTO
MARCELA CRISTINA LOPES PAZ

**ATENDIMENTO HUMANIZADO: percepção dos pacientes
hospitalizados no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação de
Enfermagem da Faculdade de Itaituba, em
cumprimento a exigência para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Enf. Mestre Thalyta Mariany
Rêgo Lopes.

**Itaituba – PA
2020**

SILVA, Dayane Ferreira da; COUTO, Iza Rayane Franco; PAZ, Marcela Cristina Lopes

ATENDIMENTO HUMANIZADO: percepção dos pacientes hospitalizados no Hospital Municipal de Itaituba, Pará / Dayane Ferreira da Silva; Iza Rayane Franco Couto ; Marcela Cristina Lopes Paz. Itaituba: FAI, 2020.

62 f. : il.

Orientadora: Enf. Mestre Thalyta Mariany Rêgo Lopes

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) Graduação em Enfermagem – Faculdade de Itaituba – FAI, 2020.

1. Enfermagem. 2. Atendimento Humanizado I. Lopes Thalyta.

II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2020.

DAYANE FERREIRA DA SILVA
IZA RAYANE FRANCO COUTO
MARCELA CRISTINA LOPES PAZ

**ATENDIMENTO HUMANIZADO: percepção dos pacientes
hospitalizados no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação de
Enfermagem da Faculdade de Itaituba, em
cumprimento a exigência para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Enf. Mestre Thalyta Mariany
Rêgo Lopes.

BANCA EXAMINADORA

Orientador Presidente: _____ Nota: _____
Prof.

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof.

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof.

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba – PA ____ de _____ 2020.

AGRADECIMENTOS

Dayane Ferreira da Silva

Agradeço primeiramente a **Deus** por proporcionar a realização desse sonho, por me fortalecer perante as dificuldades ao longo do curso, e plantar em meu coração o desejo de cursar enfermagem como minha profissão e para concretização desse sonho ter levantado pessoas para me auxiliar, me trazendo palavras de fortalecimento e fazendo lembrar que com você Pai, Deus do impossível, tudo podemos perante vossa vontade e nosso merecimento. A minha querida **Mãe Romilda Silva**, que esteve desde a minha infância muito presente, me orientando cada dia a sempre ser um ser humano melhor, agradeço por todo ensinamento, dedicação, e todos os dias que esteve em oral em prol da minha vida e a todos da família Silva: **Mãe avó M^a Raimunda, Pai Avô Pedro**, tios e tias **Renilda, Claudison, Rosely, Regiane, Rogério, Rodrigo, Ronildo e Melriane** que ajudaram a cuidar de mim enquanto minha mãe trabalhava e meus primos que também estiveram sempre celebrando comigo minhas conquistas.

Aos meus filhos Pedro e Caroline, por me abastecerem de amor e toda compreensão por todas as vezes que me ausentei para me dedicar à minha formação. A **todos os docentes** da Faculdade de Itaituba que foram como base para a minha formação, cada um em sua especialização e exemplo de personalidade que propiciaram uma postura ética exemplar a qual sempre me lembrarei em especial ao **Prof. Silvio Jadão** que me fez ver que determinados momentos de fragilidade é normal de todo ser vivente, mas que nossa determinação, fé, força de vontade pode nos levar a patamares nunca imaginados, e também a nossa coordenadora **Enf. Juliane Lira**, por toda sua paciência, maestria e sabedoria, nos proporcionando todo apoio e atenção. A nossa orientadora **Enf. Thalyta Rego**, que mesmo com tantas atribuições no término do seu mestrado, aceitou esse desafio, e abraçou com carinho nosso tema, disponibilizando seu precioso tempo conosco, respondendo nossos questionamentos até mesmo nos feriados. Aos colegas de sala que por cinco anos podemos estar juntos em harmonia e companheirismo, e ao nosso trio **Marcela Paz, Iza Couto e eu**, que possamos levar essa parceria por toda uma vida, companhias que se uniram em propósito, crescimento pessoal e profissional.

Iza Rayane Franco Couto

Agradeço primeiramente a **Deus** pois nada é impossível as tuas mãos, durante todo meu percurso até alcançar este grande sonho em todos os momentos senti que não estava só, e por isso agora que conclui esta etapa, meu coração está carregado de gratidão, sinto que nada foi em vão, valeu a pena todo esforço e minha dedicação. Que me continues acompanhando nos próximos passos e que meu futuro seja aquilo que quiseres.

Em memória a minha querida avó (**Maria José**) que foi minha maior força e inspiração para realização desse sonho, sei que sempre estive comigo nessa caminhada guiando meus passos, onde estiveres sei o quanto está feliz com esse sonho realizado.

A minha Mãe **Idenise** que sempre estive ao meu lado a quem eu devo a vida e todas as oportunidades que nela tive, espero um dia poder retribuir tudo que a senhora já fez por mim.

Ao meu esposo **Elias** que me incentivou desde o começo a realizar meus sonhos, sempre me apoiando em todos os momentos, ouvindo-me, aconselhando-me, sendo compreensível e acima de tudo estando ao meu lado.

Aos meus colegas de faculdade **Maria Aparecida, Aline, Erivan**, sempre dispostos a ajudar.

As minhas colegas de faculdade e companheiras de TCC **Dayane, Marcela** onde estivemos juntas nesses cinco anos, e estamos concretizando mais esse sonho também juntas, que Deus ilumine nossos caminhos sempre.

A todos os meus professores que me acompanharam durante a minha graduação em especial a **Enf. Bruna Santana** e **professor psicólogo Silvio Jadão** por sempre mostra o quanto a humanização é importante.

Aos **pacientes** que contribuíram para realização da nossa pesquisa.

Finalizo assim agradecendo a nossa orientadora **Enf. Thalyta Mariany** por acredita em nós e no nosso tema por dividir seus conhecimentos, pela paciência, compreensão, disponibilidade, incentivo, obrigado por tornar nosso sonho realidade.

Marcela Cristina Lopes Paz

Primeiramente, agradeço a Deus por me abençoar com a bolsa de estudos que me possibilitou a graduação no curso de enfermagem, por me conceder saúde e coragem para prosseguir nos momentos em que me faltaram forças e ânimo.

Aos meus pais amados **Fernando e Linda**(In memorian) por terem me criado com amor e dedicação, por sempre me mostrarem o quão longe posso chegar, sei que de onde estiverem estão felizes com essa conquista.

A meus filhos **Pietro Fernando e Nicolas Brunner** por serem a luz que ilumina meus dias e o combustível para lutar pelos meus sonhos, a vocês dedico todo meu amor. Meu esposo Rafael Pablo, pelas palavras de incentivo e apoio incondicional durante estes 5 anos de caminhada.

A minha amada amiga, prima e irmã **Paula Cristina**, por me mostrar o caminhos que me permitiram chegar ate a graduação.

As minhas companheiras de faculdade **Dayane e Iza Rayane**, pelos 5 anos em que pudemos caminhar juntas, e por todo amor e dedicação empregados na construção deste estudo. Aos meus colegas Luiza Caroline, Dilma Rodrigues e Wesley por me darem suporte no desenvolvimento de minhas tarefas acadêmicas quando perdi meu computador. Pode parecer pouco, mas seu gesto de generosidade teve grande significado para mim, a vocês dedico minha gratidão.

A nossa orientadora de TCC, Enf. **Talyta Maryane**, por nos acolher e ajudar com suas orientações e incentivo. Aos colegas de turma e professores que estiveram ao nosso lado no decorrer destes 5 anos, pelos ensinamentos de enfermagem e de vida, e nossa coordenadora **Enf. Juliane Lira** pelos cuidado e ensinamentos valiosos dados a nossa turma . Agradeço em especial **Enf. Bruna Santana** por me mostrar o quão possível é tornar a enfermagem humanizada, através do amor e dedicação na prestação dos cuidados, ao **Enf. Raimessom** por sempre enfatizar o quanto é importante humanizar a enfermagem mesmo em meio as dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho, e **Dr. Josehan** por despertar em mim o amor pela docência. Os levarei como referencial aonde for.

E finalizo agradecendo a minha vizinha, dona Fatima, por plantar em minha infância o gosto pela leitura e o desejo de estudar, a semente que plantou na vida daquela garotinha hoje esta gerando frutos. A senhora dedico meu carinho e a minha eterna gratidão.

“Os pescadores sabem que o mar é perigoso e a tormenta terrível, mas este conhecimento não os impede de lançar-se ao mar”

Vicent Van Gogh

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso cante, ria, dance, chore e viva intensamente cada momento de sua vida, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos”.

Charles Chaplin

Depois de um tempo você aprende a diferença, a sutil diferença, entre dar a mão e acorrentar uma alma. [...] Aprende que o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida[...].

William Shakespeare

RESUMO

A humanização é um fator essencial para o atendimento do paciente hospitalizado e seus familiares, sendo primordial na abordagem dos serviços de saúde, portanto é necessário as instituições demonstrarem preocupação em ofertar um atendimento permeado pelos princípios que embasam uma prática assistencial humanizada. Nesse contexto, essa pesquisa possui uma temática bastante oportuna para ser abordada, haja vista que ainda são poucos os estudos relacionados a essa problemática. Outrossim, essa pesquisa tem o intuito de compreender como o bom preparo profissional (práticas humanizadas) da equipe de enfermagem pode refletir nos clientes que buscam melhorias na saúde e bem-estar pessoal e para que se chegue a qualidade desejada. O hospital é considerado um ambiente estressante, visto que é dotado de normas e rotinas próprias, e sua maioria desconhecidas para o paciente e também para a família. Assim, o ambiente hospitalar torna-se por via de regra, um local não muito aprazível ou acolhedor tanto para o usuário quanto para seus acompanhantes. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção dos pacientes/clientes hospitalizados sobre o atendimento humanizado prestado pela equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. A pesquisa foi desenvolvida no HMI(Hospital Municipal de Itaituba); foram inclusos na pesquisa pacientes que se encontravam hospitalizados no setor de clínica médica e clínica cirúrgica. A coleta de dados se deu por meio de um questionário de entrevista semiestruturada, constituído de duas partes: a primeira parte composta de dados socioeconômicos dos participantes da pesquisa e a segunda de perguntas abertas sobre a percepção do paciente internado acerca do atendimento humanizado recebido durante a hospitalização. A análise de dados se deu pela técnica de Bardin(2016). A percepção dos clientes sobre o atendimento de enfermagem, a grande maioria dos participantes da pesquisa demonstraram estarem satisfeitos com o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem, ficou evidente que os entrevistados relacionam a humanização como ponto importante para o reestabelecimento da saúde, No tocante a avaliação e sugestões relacionadas ao atendimento de enfermagem dentre as sugestões para a melhoria no atendimento, destacaram-se o uso da comunicação, atenção e empatia pelo próximo.

Palavra-chaves: Humanização. Enfermagem. Paciente hospitalizado.

ABSTRACT

Humanization is an essential factor for the care of hospitalized patients and their families, being essential in the approach to health services, therefore it is necessary for institutions to show concern in offering a service permeated by the principles that support a humanized care practice. In this context, this research has a very timely theme to be addressed, given that there are still few studies related to this issue. Furthermore, this research aims to understand how the good professional preparation (humanized practices) of the nursing team can reflect on clients who seek improvements in health and personal well-being and to achieve the desired quality. The hospital is considered a stressful environment, since it has its own rules and routines, most of which are unknown to the patient and also to the family. Thus, the hospital environment becomes, as a rule, a place not very pleasant or welcoming for both the user and their companions. This study aimed to understand the perception of hospitalized patients / clients about the humanized care provided by the nursing team in the hospital environment. The research was carried out at HMI (Hospital Municipal de Itaituba); The study included patients who were hospitalized in the medical and surgical clinic sector. Data collection took place through a semi-structured interview questionnaire, consisting of two parts: the first part composed of socioeconomic data from the research participants and the second part of open questions about the perception of the hospitalized patient about the humanized care received during the hospitalization. Data analysis was performed using the Bardin technique (2016). The clients' perception of nursing care, the vast majority of the research participants showed that they were satisfied with the care provided by nursing professionals, it was evident that the interviewees listed humanization as an important point for the reestablishment of health. and suggestions related to nursing care, among the suggestions for improving care, the use of communication, attention and empathy for others stood out.

Keywords: Humanization, Nursing, Patient hospitalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CESRJ – Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

CNS – Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde

CTH – Câmara Técnica de Humanização

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

HMI – Hospital Municipal de Itaituba

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de desenvolvimento Humano

IES – Instituição de ensino

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

PAIS – Programa Ações Integradas de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização à Assistência à Saúde e Saneamento para o Nordeste

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHA – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – 8ª Conferência Nacional de Saúde.....	25
Figura 2 – Carta dos direitos dos usuários ilustrada do SUS.....	31
Figura 3 – Vista frontal do município de Itaituba.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO.....	19
2.2 CONTEXTO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	20
2.3 A HUMANIZAÇÃO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	22
2.4 A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE(SUS)...	24
2.5 DIREITO AO ATENDIMENTO HUMANIZADO.....	29
2.6 FATORES QUE INTERFEREM NO ATENDIMENTO HUMANIZADO.....	32
2.7 A HOSPITALIZAÇÃO.....	33
3 METODOLOGIA.....	35
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	35
3.2 LOCAL DE PESQUISA.....	35
3.3 PARTICIPANTES E AMOSTRAGEM.....	37
3.4 COLETA DE DADOS.....	37
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	37
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	38
3.6.1 Riscos.....	39
3.6.2 Benefícios.....	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	41
5 CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES.....	57
APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	57
APENDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PACIENTES.....	59
APENDICE C – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DA PESQUISA.....	62

1 INTRODUÇÃO

A humanização é um fator essencial para o atendimento do paciente hospitalizado e seus familiares, sendo primordial na abordagem dos serviços de saúde, portanto é necessário que as instituições ofereçam um atendimento permeado pelos princípios que embasam uma prática assistencial humanizada a seus pacientes/clientes. Diante disto torna-se evidente a necessidade de que os serviços de saúde sejam disponibilizados com boa qualidade, sendo esta uma das maiores vertentes da humanização (ARAÚJO,2003).

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).

E nessas habilidades humanas, mesmo com tantas dificuldades, o profissional de enfermagem precisa buscar aprimorar a sua prática do cuidar com qualidade, é preciso planejar-se com a implantação e implementação de 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; SILVA, 2011).

Nesse cenário, a necessidade de se voltar o olhar para as necessidades dos pacientes tem sido alvo de estudos na enfermagem, e cada vez mais surge discussões em torno desse estudo. Porém, essas discussões precisam ser expandidas a fim de possibilitar uma melhor compreensão e caracterização das dificuldades vivenciadas tanto pelos trabalhadores em saúde como pelos usuários (MONGIOVI *et al.*,2014).

No entendimento dos pacientes, a humanização se traduz na forma como o enfermeiro presta um cuidado que inclua gestos concretos que demonstrem solidariedade, sensibilidade e compaixão valorizando como ser humano (NASCIMENTO; ALVES; MATTOS, 2014).

Neste sentido, o paciente espera que os profissionais de enfermagem

coloquem em pratica ações humanizadas onde o diálogo e comunicação sejam ferramentas no processo de cuidar, para que a humanização seja efetiva, respeitando a ética e a dignidade, pois o ser humano necessita ser cuidado em sua totalidade com profissionais competentes que o tratem com respeito (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005).

Azevedo, Júnior e Crepaldi (2017) descrevem que a hospitalização por si própria representa para o paciente um agravo, pois é vista como experiência desagradável para quem a vivencia, acarretando ao indivíduo sentimentos como medo, insegurança, desconforto, ansiedade, dúvidas e preocupação. Nessa perspectiva, a humanização torna-se uma ferramenta de apoio neste processo, porém, o que ocorre, muitas vezes, são práticas desumanizadas em virtude de vários fatores, a saber: excesso de carga de trabalho, jornadas de trabalho dupla, falta de insumos, despreparado da equipe, além do próprio ambiente de trabalho que está em contato direto com a dor, a perda e a morte(CHERNICHARO;SILVA;FERREIRA,2011).

O cliente por sua vez percebe diretamente o impacto do atendimento desumanizado que acarreta prejuízos em sua recuperação e no seu bem-estar emocional agravado pela falta de privacidade devido à aglomeração, a falta de comunicação entre equipe de enfermagem e paciente e as práticas desumanizadas (PUPULIM; SAWADA, 2012).

Assim, essa pesquisa se direciona embasada na seguinte questão norteadora: qual a percepção dos pacientes hospitalizados sobre humanização e os cuidados prestados pela equipe de enfermagem no ambiente hospitalar?

Neste sentido o estudo realizado teve como objetivo geral compreender a percepção dos pacientes/cliente hospitalizado sobre o atendimento humanizado prestado pela equipe de enfermagem durante seu período de internação, tendo como objetivos específicos: traçar o perfil dos pacientes atendidos no setor das clínicas médica e cirúrgica e descrever a percepção dos pacientes hospitalizados acerca do atendimento humanizado prestado pela equipe de enfermagem.

Para que haja o atendimento de qualidade é necessário que o enfermeiro baseie suas condutas em práticas humanizadas, visto que a humanização infere diretamente no paciente, gerando benefícios em seu tratamento. Portanto, compreender a percepção do paciente sobre as práticas humanizadas é de extrema relevância pois por meio do seu olhar sobre o cuidado recebido é possível identificar

como estão sendo realizadas as práticas humanizadas na assistência de enfermagem e de que modo essas podem auxiliar no processo de recuperação do paciente.

Nesse contexto, essa pesquisa possui uma temática bastante oportuna para ser abordada, haja vista que ainda são poucos os estudos relacionados a essa problemática. Outrossim, essa pesquisa tem o intuito de compreender como o bom preparo profissional (práticas humanizadas) da equipe de enfermagem pode refletir nos clientes que buscam melhorias na saúde e bem-estar pessoal e para que se chegue a qualidade desejada.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A coleta de dados foi realizada no Hospital Municipal de Itaituba em 2019, no qual participaram de entrevista semiestruturada pacientes hospitalizados nos setores de clínica médica e cirúrgica, de modo que foi possível compreender a percepção acerca do atendimento humanizado a partir dos discursos obtidos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO

A palavra “humanismo” deriva do latim *humanus*, que realça a liberdade do indivíduo, a razão as oportunidades e os direitos e tendo como doutrina filosófica estabelecida na Grécia Antiga e foi marcada pelas preocupações nesse conceito. Os estudiosos atribuem a origem do humanismo ao filósofo Sócrates, que fazia a filosofia descer do céu e se estabelecer nas ruas das casas, nas mentes humanas de forma a obrigar as pessoas a pensar na vida a respeito do bem e do mal, desta forma passou-se a colocar em dúvida a existência dos deuses oficiais o que resultou em sua morte em 399 a.C (PAIXÃO *et al.*, 2006).

A palavra humanismo deriva de humano. Podemos definir um humanista como aquele que dá maior importância aos seres humanos, à vida humana e à dignidade humana. O humanismo enfatiza a liberdade do indivíduo, sua razão, suas oportunidades e seus direitos (MEDEIROS; BATISTA, 2016).

O termo humanização comporta uma gama de acepções e, também, implica controvérsias. No entanto, quando se fala em desumanização, sucede o contrário. Parece que todos compreendem seu significado, quer seja de uma forma intuitiva ou quer seja por terem sofrido as suas consequências em alguma esfera de suas vidas (BARBOSA, 2018).

Segundo Zuge (2012) humanizar é saber promover o bem-estar comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo, o cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão e valorização da pessoa humana enquanto sujeito histórico e social (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007).

De acordo com Benevides e Passos (2005) quanto a humanização entende-se a retomada ou revalorização da imagem idealizada do homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais. A palavra “humanização” deriva do latim *humanus*. Para a autora, um humanista é alguém que tem uma visão do mundo voltada prioritariamente aos valores humanos e à vida (CAVALCANTE; DAMASCENO; MIRANDA, 2013).

Para Boff (1999) a humanização fundamenta-se na verdadeira essência do ser humano, abrangendo mais que relações de atenção, pois engloba a percepção do outro, atitudes e responsabilidades, bem como envolvimento “afetivo” nas

relações interpessoais estabelecidas. Corroborando, Chernicharo, Silva e Ferreira (2011) enfatizam que a humanização é fundada no cuidado, no valor intrínseco de cada coisa, no trabalho bem feito, na competência, na honestidade e na transparência das intenções.

Segundo Zem, Montezeli e Peres (2010), humanizar não significa exclusivamente apresentar um ambiente ostentado, estar sempre sorrindo e chamar o cliente pelo nome mas tem como princípios a ampliação do acesso do usuário ao serviço de saúde, a integração dos profissionais para maior resolutividade dos problemas, a atuação de modo cooperativo e solidário, a utilização da comunicação e educação permanente da gestão, uma adequação de ambientes e um atendimento acolhedor.

2.2 CONTEXTO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Os centros hospitalares foram criados a partir da prática do cuidado e assistência individual, em nível doméstico, que nos tempos primórdios os cuidados eram por conta de familiares, sacerdotes, curandeiros, parteiras, enfermeiras ou médicos, como forma de aliviar e tratar de pessoas a fim de curá-los, e além disso, eles já determinavam medidas preventivas contra doenças, normas religiosas, sanitárias, cívicas, até ser formalizado dentro dos conhecimentos científicos (ANTUNES, 1991).

Antigamente não haviam locais específicos voltados para tratamentos ou acolhimento de pessoas enfermas. A princípio o termo “hospital” era associado a organização de um espaço para abrigar pessoas para receber atendimento temporário, explicam Cândido *et al.* (2004). A partir desse atendimento é que surgiu a palavra latina “hospitalis” que representava o ato de hospedar.

Antes de haver os centros de assistência hospitalar, as pessoas doentes eram isoladas, com objetivo de evitar o aumento de moléstias ou doenças repugnantes que afetavam fortemente as pessoas a ponto de deixá-las deformadas, isso influenciou na diferenciação de pacientes e hóspedes, afirma Antunes (1991).

Sabe-se que os centros hospitalares surgiram da palavra “hospitium” e antes mesmo de surgir o primeiro hospital a realizar procedimentos para restaurar a saúde, eram construídos hospícios para agregar pessoas com doenças incuráveis e que tinha sua sanidade comprometida. O mesmo autor informa que o primeiro hospital

surgiu em Roma 360 a.C. e que os tratamentos eram limitados, pois não se tinha investimentos, poucas condições e recursos tecnológicos, assim, os hospitais tiveram seu avanço de forma gradativo e paralelo aos avanços da medicina e surgimento de equipamentos modernos.

No Brasil, o primeiro centro de assistência hospitalar foi criado em 1540, chamada Santa Casa de Misericórdia de Olinda e, posteriormente, em 1543 foi criado a Santa Casa de Misericórdia de Santos por Brás Cubas. Ambos centros foram modelos para criação de novos hospitais, estes que ainda eram destinados a prestação de caridade e abrigo as pessoas carentes e doentes (BOARETO, 2004).

Várias mudanças ocorreram nessa área a partir da década de 30, houve a possibilidade de implantação de novos hospitais para fortalecer o atendimento público. No governo do ex. Presidente Getúlio Vargas, os Institutos de Previdência organizavam a assistência médica em categorias profissionais:

[...] IAPM para os marítimos (1933), IAPB para bancários (1934), IAPI para industriários (1936), IPASE para servidores do Estado (1938), IAPTC para os trabalhadores em transporte e cargas (1938) e IAPC para os comerciários (1940). Os Institutos encarregavam-se principalmente da medicina curativa, incluindo a assistência médico-hospitalar (MELLO, 2008, p. 17).

Mais adiante, houve construções de hospitais de grande porte em vários estados brasileiros, mas o maior foi inaugurado em 1944 em São Paulo, intitulada Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Com a unificação dos institutos de previdência e consolidação do novo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) em 1970, foi implantado cinco programas para facilitar o acesso à assistência hospitalar.

O primeiro programa foi o Interiorização à Assistência à Saúde e Saneamento para o nordeste (PIASS) que influenciou em novas unidades básicas de saúde no Nordeste e outros estados, tendo o aumento de 1.122 unidades em 1975 para 13.739 em 1984 (DRUMMOND; TARGINO, 2018). O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com interesse de universalizar os serviços e reduzir gastos e medidas sanitárias de controle as doenças esquistossomoses e chagas, aponta Oliveira (2011).

O programa Ações Integradas de Saúde (AIS) tinha como finalidade alcançar níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes (SOUZA, 2002). Depois veio os programas: Único e Descentralizado de Saúde

(SUDS), idealizado pelo INAMPS para que houvesse o acesso a assistência de saúde para trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes. O Sistema Único de Saúde (SUS) inicia a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela específica da população, aborda Souza(2002).

No geral, os hospitais, a partir do final do século XIX, com o aparecimento da medicina científica, da tecnologia e da infraestrutura mais sofisticadas, deixaram de ser espaços para abrigarem pobres e doentes e passaram a proporcionar tratamentos que não tinham indicação de serem realizados em casas (MELLO,2008).

É importante observar que ele tornou-se hegemônico na área da saúde no Brasil, com assistência predominantemente curativa, dentro do modelo médico, ou seja, de enfoque biológico, técnico e positivista. O Ministério da Saúde no Brasil define hospital como todo estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos com objetivos de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino e pesquisa (MELLO, 2008).

2.3 A HUMANIZAÇÃO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma das mais antigas profissões da humanidade e sempre se manteve interligada a história da civilização. É uma profissão que busca promover a qualidade de vida dos indivíduos, levando em conta suas particularidades, autonomia e integridade, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos a saúde (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004).

Atualmente, estudos relacionados as práticas de cuidado e humanização tem se mostrado de grande relevância para a área da saúde. Para a enfermagem, recebe um destaque especial, ao passo que é conhecida por atender os indivíduos nas mais diversas situações de vulnerabilidade (WALDOWI; BORGES, 2011).

De acordo com Rios (2009), a humanização é definida como o respeito e valorização do ser humano, caracterizada por um processo que objetiva mudanças nas normas e costumes das instituições através da construção coletiva de

compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Ela reconhece as necessidades humanas como instrumento essencial para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas.

Pasche e Passos (2008) reiteram que a humanização compreende em atividades que visem o bem-estar de toda a sociedade. Assim, o cuidado humanizado na área da saúde é realizado por intermédio do vínculo entre trabalhadores e usuários, através de ações que assistem o cliente na sua integralidade, com o objetivo de promover conforto tanto físico, como psíquico e espiritual.

Segundo Calegari, Massarolo e Santos (2015) para os profissionais de saúde, a *humanização* corresponde ao respeito, ao acolhimento e à empatia aos usuários. Na enfermagem, a humanização pressupõe um dos principais princípios para a assistência de qualidade. Além disso, o cuidado humanizado contribui de maneira decisiva no processo de cura e recuperação do cliente, uma vez que interfere diretamente nos sentimentos destes (CASATE; CORRÊA, 2005).

O profissional de enfermagem tem demonstrado grande influência na recuperação dos pacientes, à medida que alguns tratamentos estão diretamente relacionados com o bom convívio entre profissional e cliente (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011). Segundo BECK *et al.* (2009) a humanização da assistência tornou-se um desafio por diversos fatores, como a utilização de máquinas tecnológicas que contribuem para a negligência com os pacientes, estrutura física inadequada, tempo limitado dos profissionais para ofertar uma assistência humanizada, ausência de materiais e de recursos humanos, baixa remuneração, entre outros.

No entanto, o ato de humanizar se torna negligenciado pelos enfermeiros, muitas vezes em virtude das excessivas cargas de trabalho, grande responsabilidade na tomada de decisões e a constante relação com a dor, perda e morte. Diante disso, são poucos os profissionais que conseguem lidar com essa rotina de maneira neutra, e muitos, desenvolvem mecanismos de defesa, entre eles a negação e a fuga. O resultado é uma atuação fria e distante com o cliente e seus familiares evitando qualquer envolvimento emocional e diálogo (SOARES *et al.* 2012) .

Barbosa e Silva (2007) afirmam que é de extrema importância para a

humanização dos cuidados de saúde que os profissionais de saúde vejam os usuários como indivíduos que possuem necessidades que vão além das biológicas, que não se preocupem apenas com a doença, mas com o ser humano como um todo.

2.4 A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No final dos anos 80 o país acabava de sair do período da ditadura militar, encontrava-se abalado não apenas economicamente, mas também predominava uma inércia quanto a questões sociais que outrora, estavam deixadas de lado, em especial a saúde pública (SOUZA,2017).

O acesso à saúde nessa época era um direito restrito aos indivíduos inseridos no trabalho, o qual era prestado pelo Instituto Nacional de Previdência Social que mantinha as ações de saúde voltadas somente para os contribuintes, sendo que os cidadãos que não possuíam este benefício recebiam assistência somente por meio de serviços filantrópicos (CARBONE,2011).

Diante disto profissionais de diversas áreas da saúde em conjunto com a população iniciaram uma onda de manifestações e movimentos sociais que exigiam melhorias das condições públicas de saúde com intuito de criar um sistema de saúde que trouxesse mudanças ao cenário no qual a saúde estava imersa, buscando melhorias no atendimento à população (VIEIRA,2019).

Com foco no combate à desigualdade e garantia dos direitos constitucionais, tais movimentos defendiam a ideia de que todo cidadão tem direito a saúde sendo de responsabilidade das esferas governamentais prover serviços de saúde de qualidade e gratuitos (CARBONE,2011).

A realização da 8ª Conferência de Saúde em 1986 representou um grande marco no qual foi dado o pontapé inicial para que o contexto da saúde pública no Brasil fosse modificado. Com a participação da sociedade e profissionais da área da saúde foi discutida a criação do SUS – Sistema Único de Saúde com intuito de atender os direitos de cidadania reestruturando o sistema de acesso aos serviços de saúde vigentes neste período, redemocratizando a saúde, para que todos tivessem assistência de qualidade independente ou não de contribuírem para a previdência (IKUNO,2017).



Figura 1 – 8ª Conferência Nacional de Saúde. Fonte: CESRJ (2020)

A promulgação da Constituição de 1988 propõe a criação do SUS em todo território nacional, no qual era proposto que o direito a saúde fosse assegurado pelo governo federal, estadual e municipal, de modo que através de programas, fosse garantido a todos os cidadãos a promoção, proteção e recuperação da saúde(MELLO,2008).

Em 1990 o Congresso Nacional aprova a Lei Orgânica da Saúde que torna efetivo o SUS em todo território nacional , além de detalhar o funcionamento do sistema e os princípios doutrinários que o norteiam ,sendo estes a universalidade que garante que todo cidadão tenha acesso aos serviços de saúde sem acepções de renda, classe social , raça , sexo , etnia(VIEIRA,2019).

O princípio de equidade estabelece a garantia de serviços em todos os níveis de necessidade, a integralidade por sua vez objetiva oferecer serviços de saúde que não foquem apenas na doença, mas também na promoção a saúde tendo a percepção de que cada cidadão é um ser biopsicossocial (NOGIMI,2017).

No entanto observa-se que em um país com tantas diversidades, desigualdade social e econômica, o profissional da saúde desvalorizado, com carga horária de trabalho extensiva, precárias condições de trabalho, falta de qualificação continuada dos trabalhadores, e deficiências na gestão também colaboram para um cenário desumanizado, e a isso ainda podemos acrescentar a fragilidade do vínculo, profissional e paciente (BRASIL, 2004).

De acordo com Martins e Luzio(2017) a desumanização mostrou-se como um fator negativo aos serviços de saúde público que mantinham a população distanciada do SUS, situação evidenciada pelas queixas de atendimento de má qualidade e desinteresse pelos trabalhadores que atendem no SUS.

Através das discussões nas Conferências Nacionais de Saúde, em especial a 11ª Conferência no ano de 2000 notou-se que a consolidação de diversas políticas idealizadas para o SUS necessitavam de incentivos direcionados a construção de um SUS cujo acolhimento a população fosse permeado por práticas humanizadas(BRASIL,2002).

Para Silva (2019) a humanização vislumbra transformar as mais diversificadas ações e gestões do SUS, sendo necessário traduzir os princípios do sistema, construir uma comunicação efetiva entre produzir saúde e todos os envolvidos, bem como contagiar os trabalhadores, profissionais, gestores e os próprios usuários com atitudes humanizadas.

Neste sentido se fazia necessário intervenções que tornassem possível a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS melhorando a qualidade da relação entre os profissionais e usuários do sistema. Segundo Martins (2006) a primeira iniciativa das esferas governamentais com sentido de modificar este contexto ocorreu em 2000 com a criação da PNHA - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

A PNHA foi criada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e tinha como objetivo obter melhorias na qualidade e eficácia do atendimento prestado no ambiente hospitalar configurado uma imagem positiva dos hospitais junto à população. Posteriormente em 2003 a PNHA é lançada como política publica e passa a ser PNH – Política nacional de humanização que vinculada à Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde tem por objetivo estimular a construção de um processo coletivo voltado para o cuidado em todos os contextos no qual o SUS esta inserido englobando todos os níveis de assistência(SILVA;PEREIRA;ARAÚJO,2018).

Segundo Silva (2019) a PNH constitui-se como política publica sendo embasada nos fundamentos do SUS ,que norteia-se de acordo com princípios, diretrizes e operações pautadas em dispositivos que viabilizam seu funcionamento. Os princípios alavancam as ações, disparando movimentos no plano das políticas públicas, como mudanças dos modelos de atenção e gestão até então fundados no padrão biomédico (centrados na doença e no atendimento hospitalar) (FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Assim sendo, a PNH alberga os seguintes princípios: a inseparabilidade entre clínica e política, indicando a indissociabilidade entre atenção e gestão na produção

de saúde; e a transversalidade, apresentada como o aumento da comunicação entre os grupos envolvidos, ou seja, ampliando as formas de conexão entre os grupos(MOREIRA *et al.*,2015).

De acordo com Santos (2017) a transversalidade busca reconhecer a importância das diferentes especialidades envolvidas no ambiente hospitalar, por se constituírem em uma equipe multiprofissional. A contribuição de cada profissional representa em uma maior responsabilidade na saúde, pois cada um desempenhará o seu papel de forma comunicativa entre si e as pessoas envolvidas, logo é desconstruído a ideia de trabalho isolado e independente dentro da categoria hierárquica de funcionamento e setores na área da saúde.

Com relação a indissociabilidade entre atenção e gestão na produção da saúde, a autora afirma que a PNH considera como quesitos importantes na saúde, mas explica que ambos podem ser decididos de forma isolada, porque as decisões da gestão afetam diretamente a atenção a saúde, por isso Santos (2017) ressalta que essa indissociabilidade só pode acontecer de fato se os profissionais e usuários dos serviços de saúde, estiverem presentes nos processos e buscarem conhecer a funcionalidade da gestão e dos serviços disponibilizados ao público e também ser ativos nos processos decisivos, pois na saúde a assistência não é uma responsabilidade restrita somente a equipe do hospital.

A PNH apresenta um conjunto de diretrizes, com o objetivo de orientar as ações voltadas para ela, como: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. A partir destas diretrizes são definidos dispositivos com os quais se opera na prática, em contextos políticos, sociais e institucionais (BRASIL, 2013).

O acolhimento segundo Benevides e Passos (2005) é compreendido pela ação de acolher e ter a visão de que o que o outro traz consigo pode ser uma necessidade legítima e ímpar, por isso, esta prática deve está presente afim de que se estabeleça uma boa relação entre as equipes e os usuários em prol de uma maior efetivação da saúde, pois os autores defendem que as boas práticas na saúde torna o trabalho mais significativo, por conta das relações de confiança e compromisso que se estabelecem entre trabalhadores e usuários da saúde.

E para consolidar essa prática, os autores afirmam que é necessário os profissionais da saúde ter uma escuta qualificada, com o objetivo de identificar de

forma mais minuciosa as necessidades da população, isso pé uma forma das pessoas receberem nos hospitais e unidades de saúde atendimento qualificado e que seja feito de imediato uma classificação a partir de uma avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A gestão participativa e cogestão representa o processo de inserção dos sujeitos nos processos de análise e decisório na gestão. A PNH apresenta dois grupos de dispositivos de cogestão:

[...] aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão, que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde (BRASIL, 2013, p. 9)

Ou seja, esses mecanismos citados facilitam na participação ativa das pessoas que precisam dos serviços de saúde no cotidiano. A ambiência tem por objetivo de criar espaços confortáveis, acolhedores e saudáveis e que priorizem a privacidade e o respeito aos usuários. Esta diretriz pode ser colocada em prática se houver discussões nas reuniões e proposta que visam melhorar os espaços físicos de acordo com as necessidades dos trabalhadores e principalmente para os que utilizam dos serviços (SANTOS, 2017).

A clínica ampliada e compartilhada é um método teórico e prático, que visa favorecer com a idealização de uma clínica do adoecimento e do sofrimento, que tenha a visão do sujeito singular e a complexidade do processo de saúde-doença, em outras palavras, permite enfrentar os fragmentos do conhecimento, das ações de saúde e os possíveis danos e ineficácia (CORREIA, 2014).

Sobre a valorização do trabalhador, a PNH reconhece a importância do trabalhador e suas experiências, afim de inseri-los nos processos de tomada de decisões, na perspectiva de que a capacidade do profissional possa definir e qualificar os processos referentes aos serviços prestados na saúde (CORREIA, 2014).

Entretanto, os profissionais dentro dessa perspectiva, proporcionam um ambiente de trabalho acolhedor, promovem ações educativas baseados em uma temática e diversificam seu trabalho com propósito de manter a descontração. Além disso, mantém uma boa comunicação com os usuários, para reduzir os danos

emocionais causados nos hospitais, relata a mesma autora.

Diante disso, fica evidente que a prática da humanização torna o profissional capaz de dar condições humanas e ao mesmo tempo humanizar (WALDOW, 2011). Pode-se afirmar também que se trata de uma ação humana que significa cuidados no sentido integral de forma consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis, define a autora.

A prática de humanizar no campo da saúde representa a busca por um atendimento personalizado com objetivo de qualificar o trabalho em nível coletivo, logo, influencia na questão da estrutura e todo o sistema de funcionamento do hospital, dando sentido aos resultados como acessibilidade, organização e conforto e correlaciona a capacidade de se ter profissionais ou agentes de saúde.

Portanto, com base em diferentes conceitos observados e na concepção da autora Rios (2009), pode-se afirmar que a humanização é um princípio ético que gera um movimento contra a violência nos centros hospitalares, que se constitui em uma política pública de atenção e auxílio na gestão participativa, fundamentado na prática do respeito e da valorização do ser humano, e que de fato visa uma transformação no funcionamento tradicional de um hospital, através do apoio coletivo, compromisso e acordos que objetiva promover a atenção à saúde e a gestão de serviços.

2.5 DIREITO AO ATENDIMENTO HUMANIZADO

Uma relação mais acolhedora e humanizada pode ser mais eficaz sobre o estado de saúde do paciente, sendo assim possível formar um vínculo entre usuários e profissionais de enfermagem, tornando mais efetiva a comunicação, estando o paciente mais aberto para se expressar sobre seu estado de saúde pois todo paciente hospitalizado tem direito a um atendimento de forma atenciosa onde seus direitos seja garantido conforme a lei estabelece (BRASIL, 2009).

A carta dos direitos dos usuários ilustrada do SUS, escrita em 2006 e atualizada pela Portaria nº1.820, de 13 de agosto de 2009, foi criada no intuito de que cada cidadão conheça seus direitos por lei na hora da procura de um sistema de saúde, seja ele público ou privado. Ela contém seis princípios que são referências às diretrizes da Política Nacional de Humanização. São eles:

- **Princípio 1: Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas da saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.**

Todo cidadão deve dispor de uma rede de atenção à saúde, na qual os serviços de saúde da Atenção Básica, próximos à sua casa, serão o acesso prioritário. O ambulatório de especialidades, os serviços de diagnóstico, tratamento e até o hospital, se necessário, se comprometem de forma articulada pelo cuidado, segundo as necessidades de saúde e levando-se em conta critérios vulnerabilidade, risco e condição.

- **Princípio 2: Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para o seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.**

Tratar é mais que eliminar sintomas. É debater qualidade de vida do usuário e ampliar a compreensão do que seja saúde em cada circunstância e para cada sujeito ou comunidade. A clínica se amplia quando é resolutive, incluindo as dimensões sociais, biológicas e subjetiva, e quando se faz compondo diferentes saberes profissionais, leigos e de tradição coletiva.

- **Princípio 3: Todo cidadão tem direito a atendimento humanizado acolhedor e livre de qualquer discriminação.**

O cuidado humanizado pressupõe acolhimento. Acolher é a atitude de inclusão do outro em sua singularidade, é um bom encontro que faz vínculo. O acolhimento como diretriz de qualquer serviço de saúde é um contrato ético: respeito às necessidades e demandas dos usuários, resolutividade e compromisso.

- **Princípio 4: Todo cidadão tem direito a atendimento que respeita a sua pessoa, seus valores, seus direitos.**

O SUS reconhece que os usuários são portadores de direitos na saúde. Reconhecer direitos é respeitar, dar crédito, escutar a sujeitos e coletivos, incluindo-os como protagonistas na construção do projeto terapêutico para a recuperação e produção da saúde.

- **Princípio 5: Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada.**

A participação ativa do cidadão e/ou sua rede social na pesquisa de indicadores de saúde, no debate e produção de um projeto terapêutico/sanitário para a promoção, proteção, cura ou recuperação da saúde individual ou coletivas para o compartilhamento de problemas, o planejamento a execução e avaliação da gestão e do cuidado em saúde.

- **Princípio 6: Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores de saúde, para que os princípios anteriores sejam cumpridos.**

O SUS coloca lado a lado trabalhadores, gestores e usuários, como sujeitos de direitos e de responsabilidades. Gestão participativa e co-gestão são expressões da democratização das instituições de saúde e das relações entre os sujeitos. A construção de uma gestão participativa dos processos de planejamento, execução e avaliação da gestão e do cuidado representa uma abertura à co-responsabilização de todos os atores da saúde na qualificação do SUS.



Figura 2 – Carta dos direitos dos usuários ilustrada do SUS. Fonte: Ministério da Saúde(2009).

2.6 FATORES QUE INTERFEREM NO ATENDIMENTO HUMANIZADO

Conforme Costa (2009) quando falarmos em um bom atendimento, é preciso entender deste modo que existe o profissional que atende, pois dentro do modelo de saúde o fortalecimento e o acolhimento torna-se um desafio na construção da integralidade do cuidado. Pois é preciso também ter uma atenção especial aos profissionais de enfermagem, pois com o stress gerado pela atividade no ambiente hospitalar pode assim apresentar diversos conflitos entre profissional e cliente e assim interferindo na prestação dos cuidados.

No ambiente hospitalar os profissionais de enfermagem muitas vezes deparam-se com um lugar em condições insatisfatórias, com uma jornada de trabalho bem extensas, ausências de períodos onde o mesmo possa descansar, não se sentido valorizado, baixos salários, tudo isso são fatores que podem influenciar na assistência que o profissional realiza com o paciente, onde o mesmo acaba se desgastando e esquecendo de proporcionar um cuidado integral deixando de se aproximar mais do paciente, onde os mesmos possam se sentir mais seguro e confiante com os cuidados que lhe são prestados durante o período que estiverem hospitalizados(PINHO; ARAUJO, 2007).

Segundo Vasconcelos (2001), a qualidade de vida no trabalho constitui peça chave do desenvolvimento humano e profissional, pois é nas organizações que o indivíduo, trabalhador, encontra sucesso ou frustração, e estas situações interferem diretamente no bem estar psicossocial, assim como no rendimento e desempenho profissional.

Avello e Grau (2004) relatam no que se refere à saúde, por exemplo, que a profissão de enfermagem tem o seu processo de trabalho estruturado em um projeto intelectual, em torno do qual combinam saberes e práticas com a finalidade de produzir cuidados individuais de diagnóstico e terapêutico, a partir de competências e habilidades gerenciais e assistenciais de seus profissionais.

Todavia, conforme Pelliciotti (2009), o trabalho de enfermagem tem sido considerado cansativo devido às cargas de natureza física, mental e psíquica, sobretudo no ambiente hospitalar, onde muitas vezes as condições são precárias favorecendo e potencializando as possibilidades de adoecimento.

Porém, Haddad (2000), cita que, para que haja qualidade de vida no trabalho fora e dentro da instituição são necessárias várias medidas: compensação

adequada e justa, sem salário digno não há satisfação pessoal; condições de segurança e saúde no trabalho: carga horária e ambiente adequado no trabalho; oportunidade imediata para a utilização e desenvolvimento da capacidade humana; oportunidade para crescimento contínuo e segurança; integração social na organização; constitucionalismo na organização do trabalho; trabalho e o espaço total da vida; a relevância social da vida no trabalho.

Para Zakabi (2004), os trabalhadores da área de saúde ocupam uma das profissões campeãs do estresse e este, pode gerar inúmeros sintomas físicos, psíquicos e cognitivos por requerer respostas adaptativas prolongadas, para tolerar, superar ou se adaptar a agentes estressores, que podem afetar o indivíduo e as organizações.

Conforme Presoto (2008), entre os fatores geradores de estresse para os profissionais de enfermagem estão: divisão social do trabalho, exigências em excesso, sobrecarga tanto quantitativa pela responsabilidade por mais de um setor hospitalar, quanto qualitativa verificada na complexidade das relações humanas, dupla jornada de trabalho que favorece a diminuição do tempo dedicado ao autocuidado e ao lazer, setor de trabalho e turno de trabalho, principalmente o noturno.

De acordo Lino (2004), o aumento da jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem gera consequências em sua saúde como: distúrbios do sono, problemas alimentares, e prejuízo da vida social. Pois no ambiente hospitalar domina inúmeros fatores que contribui para a insalubridade e sofrimento desses profissionais.

Segundo Presoto (2008), os profissionais com jornada de trabalho superior a 44 horas estão mais sujeitos a problemas de saúde, por conta do excesso de trabalho em turnos ou horários, principalmente à noite, cujo trabalho pode levar a um pior desempenho, maiores riscos de acidentes de trabalho e estressores ocupacionais, gerando incapacidade funcional precoce.

2.7 A HOSPITALIZAÇÃO

Nogimi (2017) afirma que é considerado como paciente internado aquele que após admissão hospitalar ocupa um leito por período superior a 24 horas no qual será submetido a tratamentos clínicos, cirúrgicos ou tratamentos específicos. Os

leitos hospitalares são classificados em 4 tipos: Leito de Internação, Leito Complementar de internação, Leito de Hospital Dia e Leito de Observação.

O leito de internação é uma cama preparada para internação do paciente, inserida em um quarto e utilizado por um determinado período e qualificado e humanizado em conformidade a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Este é classificado em: Leito Clínico (para acomodar pacientes de qualquer especialidade clínica); Leito Cirúrgico (destinado a acomodação de paciente de qualquer especialidade cirúrgica); Leito Obstétrico (destinado a acomodação de gestantes e puérperas para atendimento assistencial clínico e/ou cirúrgico) e Leito Pediátrico (destinado a acomodação de pessoas menores de 15 anos) (EBSERH, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. Na pesquisa de campo faz-se a observar dos fatos que ocorre na realidade, a coleta de dados, a análise e a interpretação (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Segundo Praça (2015) a abordagem qualitativa é considerada a relação do que acontece de fato no mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em dados quantificáveis. Prodanov e Freitas (2013) ressaltam ainda que a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa.

Se resume na realização de um estudo para a familiarização do pesquisador com o objetivo que está sendo investigado no processo da pesquisa. São usadas quando se deseja obter informações sobre a essência de uma problemática e geralmente esse método é utilizado para pesquisas a longo prazo (TONETTO *et al.* 2014)

Enquanto de acordo com Koche (2015), a pesquisa descritiva tem como finalidade descrever as características de uma determinada população, fenômeno e variáveis, além disso, visa constatar e avaliar essas relações à medida que esses fenômenos se manifestem nas condições que já existem.

3.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no município de Itaituba- Pará. O município de Itaituba está localizado na região Sudoeste Paraense, na região Norte brasileira, fundada em 15 de dezembro de 1856 emancipada em 31 de outubro de 1935, possui área abrangente de 62040,1 km², altitude 15 m, população 97.493 hab. segundo estimativa IBGE/2010.



Figura 3 – Vista frontal do município de Itaituba. Fonte: Magno(2019)

Atualmente o município ocupa a 23^o posição no Estado do Pará na modalidade Índice de desenvolvimento Humano (IDH) médio, ficando, portanto, atrás de Altamira com IDH de 0,665 que ocupa a 12^a posição e Novo Progresso com IDH 0, 673 que ocupa a 7^a posição (SEMDAS,2019).

O estudo foi realizado no HMI – Hospital Municipal de Itaituba, sendo este a principal referência hospitalar de atendimento do SUS, haja vista que é o único hospital público da cidade que conta com apenas alguns hospitais de iniciativa privada, de modo complementar para dar suporte ao mesmo. Em seu ambiente físico dispõe de duas alas, sendo uma destinada aos serviços de Urgência e Emergência e ala de internação que está organiza-se em clínicas: médica e cirúrgica, pediátrica, obstétrica e Unidade de Cuidados Intensivos neonatais (SEMSA, 2015).

A pesquisa de campo foi desenvolvida nos setores de clínica médica e cirúrgica. No setor clínica médica é prestado atendimento integral à pacientes/clientes com idade superior a 12 anos que se encontram em estado crítico ou semi-crítico, que não são provenientes de tratamento cirúrgico e hemodinamicamente estáveis. No HMI ate o momento de realização do estudo, esta clinica contava com cerca de 21 leitos distribuídos em 6 enfermarias divididas de acordo com os seguintes critérios: sexo, estado crítico e semi-crítico, e privativo.

A clínica cirúrgica por sua vez é composta por 23 leitos distribuídas em 3 enfermarias sendo uma feminina com 7 leitos e duas masculinas contendo 4 e 7 leitos respectivamente, destinados a prestação de cuidados pré e pós operatórios. No setor de clinica médica e cirúrgica atua uma equipe multiprofissional composta por 6 enfermeiros plantonistas e 2 voluntários, 21 técnicos de enfermagem, 2 médicos clínicos gerais e 2 residentes de medicina.

3.3 PARTICIPANTES E AMOSTRAGEM

A amostra se dará por saturação, que de acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008) consiste em um instrumento utilizado para estabelecer ou fechar o tamanho da amostra. O fechamento da amostra por saturação teórica é definido como a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (POLIT;BECK,2011).

Pacientes hospitalizados no setor de clínica médica e clínica cirúrgica, conscientes e orientados, maiores que 18 anos, cujo período de hospitalização seja acima de 24 horas, e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e concordarem em participar da pesquisa constitui o critério de inclusão para composição da amostragem.

Não participaram do estudo pacientes que não preenchiam aos requisitos dos critérios de inclusão devido estarem impossibilitados clinicamente de participar (comatoso e inconsciente), serem menores de 18 anos, internados em outras clínicas, com tempo de internação inferior a 24 horas ou que se recusarem a participar da pesquisa.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em Dezembro de 2019 tendo como instrumento uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) constituída de duas partes: a primeira composta de dados socioeconômicos dos participantes da pesquisa e a segunda de perguntas abertas sobre a percepção do paciente internado acerca do atendimento humanizado recebido durante a hospitalização, o qual foi realizada com 23 pacientes hospitalizados.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Na análise dos dados foi utilizado a análise do conteúdo, possibilitando a construção de categorias para a formação do corpus da análise, expondo as manifestações dos sujeitos sobre seus sentimentos (BAUER; GASKELL, 2015).

De acordo com Bardin (2011) a análise de conteúdo consiste em um conjunto

de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Bardin (2011) destaca ainda que a primeira fase sintetiza-se em uma etapa de organização, que se apresenta de forma definida e precisa, mas embora maleável em todos os sentidos. O processo envolve a escolha dos documentos que serão avaliados, formulando todos os objetivos, elaborando códigos que se basearão no preparo padrão do conteúdo.

Corroborando, Bardin cita que a segunda fase incide é primordial pois consiste numa profunda exploração do material coletado e categorização de classes. A terceira fase se contextualiza no tratamento e resultados, nela acontece o adensamento das informações que se destacaram para a análise dos fatos, momento esse de reflexão e análise crítica.

Apartir dos discursos obtidos através das entrevistas surgiram quatro categorias distintas: caracterização dos entrevistados, percepção do cliente sobre atendimento de enfermagem, atendimento humanizado e sua importância e avaliação e sugestões sobre o atendimento de enfermagem.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Os aspectos éticos devem ser englobados em todas as etapas da pesquisa científica. Portanto, na abordagem inicial ao participante foram apresentados os objetivos e a metodologia do estudo garantindo a liberdade de participação, com direito a permitir ou recusar o consentimento de participação, sem acarretar qualquer forma de prejuízo.

Posteriormente, foi solicitada a autorização através da assinatura do TCLE, para cada paciente/cliente entrevistado na pesquisa. Destaca-se que aos participantes da pesquisa tiveram garantido o anonimato através da codificação conforme a ordem de entrada no estudo com pseudônimos.

Além de garantir a integridade moral e privacidade dos participantes, foram obedecidas as seguintes etapas: ler o TCLE aos indivíduos-alvo dando ênfase na proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia).

Foram realizadas as devidas orientações acerca dos riscos e benefícios da pesquisa tal como a relevância do estudo para a sociedade; somente após a compreensão dessa etapa e os participantes aceitarem participar desse estudo e assinatura do TCLE, sendo respeitados os princípios da beneficência não maleficência, justiça e equidade e autonomia aos sujeitos da pesquisa.

3.6.1 Riscos

Ficaram evidentes alguns riscos para os sujeitos da pesquisa como o cansaço, constrangimento, desconforto pelas perguntas referente ao tema, à exposição da identificação desses, a interferência na rotina e estudos dos participantes e o não entendimento das perguntas realizadas.

Para minimizar tais riscos foram tomadas as seguintes providências: os dados coletados foram utilizados apenas para os fins desta pesquisa científica, somente os pesquisadores tiveram acesso, que por sua vez serão mantidos em sigilo e armazenados pelo período de no máximo 5 anos, depois apagados, afim de preservar a identidade dos sujeitos pesquisados; as perguntas foram feitas utilizando uma linguagem clara e de fácil entendimento em um ambiente tranquilo, confortável e reservado para minimizar o constrangimento e o cansaço.

O sujeito da pesquisa foi devidamente informado de que poderia deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo algum. Os pesquisadores tem o total compromisso da não divulgação dessas informações afim de não gerar danos ou constrangimento para os envolvidos. Assim, não será incluso os nomes, mas pseudônimos como P1, P2, P3 e assim sucessivamente que caracterize os sujeitos a serem pesquisados. Assim, foram minimizados os constrangimentos para a população pesquisada.

A pesquisa apresentou riscos para os pesquisadores em virtudes de algumas situações não ficarem isentas do risco moral e de não conseguir a amostra esperada, relacionado à possibilidade de não aceitação. Para reduzir tais riscos, foram agendados dia e hora com os participantes da pesquisa, para a realização da mesma e também reunião com os pesquisadores para a execução da coleta de dados, análise e discussão.

3.6.2 Benefícios

Os benefícios são inúmeros, uma vez que o estudo permitiu beneficiar todos os envolvidos. Para os pesquisadores a pesquisa agregou conhecimentos, permitindo aperfeiçoamento sobre o tema, além de permitir a produção de trabalhos científicos. Ainda por meio dos resultados dessa pesquisa, profissionais e aos acadêmicos da área saúde poderão contribuir com futuras intervenções para melhoria da assistência prestada no ambiente hospitalar. O paciente se beneficiará através das melhorias da assistência obtidas através da reflexão dos profissionais quanto a importância terapêutica do cuidado humanizado durante a hospitalização.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Participaram das entrevistas 23 pacientes que estavam hospitalizados no setor de clínica médica e de clínica cirúrgica do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), identificados de E1 a E23. O HMI é o hospital de referência no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Itaituba (PA) e de outros municípios próximos.

O estudo ora realizado apontou a prevalência de indivíduos do sexo feminino em 78% dos casos, sendo 48% casados, com a faixa etária entre 19 e 87 anos. Quanto a escolaridade, 39% dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto. Sobre a renda fixa, 74% dos participantes do estudo recebiam até um salário mínimo.

Com a finalidade de organizar as informações do estudo, após leitura e a análise rigorosa do conteúdo das falas dos depoimentos colhidos, os resultados foram agrupados em três categorias distintas, a saber:

Categoria 1: Percepção do cliente sobre o atendimento de enfermagem

Conforme evidenciado nos relatos a seguir, em relação à percepção do cliente sobre o atendimento de enfermagem, pode-se observar que a grande maioria dos clientes demonstram estarem satisfeitos com o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem:

[...] “Eles me cuidam muito bem, dão meus medicamentos no horário, cuidam com atenção, se preocupam com nosso conforto. Gosto que me cuidam bem e me dizem palavras de força e incentivo” (E8, E13, E23)

[...] “O atendimento é excelente, são todos muito solícitos” (E12, E21)

[...] “Ótimo, dão bom dia, são carinhosos, conversam e dão atenção” (E17)

[...] “Não tenho o que reclamar, todos os profissionais me atenderam muito bem” (E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E14, E15, E16, E18, E19, E20, E22)

No entanto, alguns clientes têm opiniões controversas sobre o atendimento recebido, estes consideram que dentre os enfermeiros tem aqueles que

proporcionam qualidade na atenção à saúde, mas em alguns casos, os enfermeiros não satisfazem as necessidades dos clientes e estes são tratados com descaso:

[...] “Tem uns enfermeiros muito bom, mais tem também enfermeiros que tratam a gente muito mal” (E1, E2, E10)

O estudo realizado por Souza e seus colaboradores (2019), cujo objetivo era analisar a percepção do cliente do pré-operatório imediato e do transoperatório sobre os cuidados de enfermagem no centro cirúrgico, evidenciou a satisfação dos clientes relacionado a assistência e ao apoio psicológico fornecido pela equipe de enfermagem, mediante o acolhimento e criação de um vínculo.

Resultados semelhantes foram encontrados por Martins e Perroca (2017) por meio de um estudo descritivo exploratório de caráter transversal em duas instituições hospitalares no interior do estado de São Paulo, em que identificaram que os pacientes em ambas instituições investigadas também se encontravam satisfeitos com o atendimento realizado por parte da equipe de enfermagem.

Santos, Sardinha e Santos (2017) em estudo realizado na clínica médica da ala A e B em um hospital universitário em São Luiz do Maranhão, também verificou resultados positivos no tocante ao atendimento recebido pelos clientes no período em que estes estavam hospitalizados.

Souza *et. al.* (2014) afirmam que o processo de avaliação voltado ao usuário constitui uma estratégia eficiente, uma vez que a escuta qualificada dos profissionais sobre a qualidade dos cuidados prestados poderá servir de base para a implementação de novos métodos de trabalho no qual os serviços resultem sempre em um bom atendimento.

Diferente dos resultados deste estudo, a pesquisa realizada por Inácio *et. al.* (2013) em um Hospital Municipal de Campos dos Goytacazes, verificou que os clientes têm algumas insatisfações quanto aos serviços prestados pela equipe de enfermagem. Dentre as insatisfações, destacam-se a impaciência, falta de compreensão e eficiência na resolução de problemas.

Pode-se observar que a presença do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar é de fundamental importância, haja vista que as atividades desenvolvidas por este são amparadas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade e acompanhadas de comportamentos e

atitudes de cuidar no sentido de promover, manter e/ou recuperar a qualidade de vida dos usuários (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009).

Diante do exposto, comprova-se que a comunicação é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma positiva e compreensível. Percebeu-se que a ausência da comunicação e a falta do cuidado de forma mais acolhedora por parte de alguns profissionais implicam em uma série de problemas que podem repercutir nas condições de vida do cliente (RAZERA, 2010).

Categoria 02: Atendimento humanizado e sua importância

Ao serem questionados sobre a importância do atendimento humanizado, na **categoria 2**, evidenciou-se que os entrevistados relacionam o atendimento humanizado como ponto importante para o reestabelecimento da saúde.

[...] “Sim, muitas pessoas precisam de ajuda e atenção então eu acho isso bem importante” (E05, E06)

[...] “Sim eu acho que eles têm que atender o paciente muito bem pois nós já estamos doentes e merecemos ser bem atendidos com muita atenção” (E7, E10, E11).

[...] “Sim aquela que vê a necessidade do paciente acima de suas limitações, trata com educação” (E2, E3, E20).

Em conformidade com as falas acima, pode-se identificar que os clientes percebem que o atendimento prestado é realizado de forma humanizada. A relação entre a equipe de enfermagem e o cliente é positiva. Ademais, constatou-se que a comunicação é uma ferramenta essencial para a qualidade dos serviços realizados pela equipe de enfermagem, à medida que a sua utilização, como uma ferramenta de trabalho, possibilita o planejamento de ações de acordo com as necessidades e características de cada cliente.

Segundo Mello (2019), a equipe de enfermagem é composta por profissionais de saúde de nível técnico e superior, que desempenham o atendimento diário junto aos clientes. Diante de tal fato, a coleta de dados é realizada de maneira a integrar as características não só da doença, mas de outros fatores como o aspecto emocional e psicológico do cliente, com vistas a propiciar um atendimento

humanizado e atencioso.

Ressalta-se ainda que dentre os achados da pesquisa, ficou evidente que o conhecimento do termo humanização por parte de alguns hospitalizados demonstrou-se muito vago. Contudo, outros relatos destacam a satisfação com os serviços prestados correlacionados a boa evolução no tratamento recebido.

[...] “Não conheço bem esse termo, mas sei que quando somos tratados bem, a evolução do tratamento é melhor” (E4, E13)

[...] “Não sei dizer o que é atendimento humanizado” (E8, E9, E14, E15, E16, E17, E19, E21, E22).

Para Nogimi (2017), a atuação dos profissionais de forma humanizada depende essencialmente de um bom relacionamento interpessoal entre a equipe, abrangendo fatores indispensáveis como respeito, paciência, compreensão, e disposição do grupo, para que os objetivos sejam alcançados diante das dificuldades enfrentadas como superlotação, improvisos, sobrecarga de trabalho e outros que fazem parte da realidade brasileira, mas que não devem servir como obstáculos para o bom desempenho da humanização e equilíbrio entre os profissionais de enfermagem.

Jeronimo (2011) assegura que ao desenvolver o atendimento e/ou algum procedimento, os profissionais de enfermagem devem proporcionar ao cliente todo respeito possível, seja na abordagem, ao realizar o exame físico, ou diante de clientes que necessitam de um atendimento diferenciado que contemple suas diferenças culturais, para que assim, o período de internação seja o menos desagradável possível, e que assim ocorra a redução das taxas de não adesão aos tratamentos propostos.

Categoria 03: Avaliação e sugestões relacionadas ao atendimento de enfermagem

Os discursos encontrados na **categoria 03** evidenciaram que os pacientes em sua maioria avaliam positivamente o cuidado recebido pela equipe de enfermagem durante seu período de internação, no entanto, alguns enfatizam que existem fatores relacionados à equipe e ao ambiente de trabalho dos profissionais que podem afetar o atendimento com excelência. Além disso, os clientes consideram que a adoção de

um comportamento afetuoso e que demonstre preocupação com suas necessidades e sentimentos é um elemento primordial para que o atendimento prestado seja ainda mais humanizado. Tais evidências podem ser encontradas nas seguintes falas:

[...] “Nota 10, excelente” (E2, E4, E5, E6, E12, E13, E15, E16, E18, E19, E20, E21, E22)

[...] “Pontuação média, por que faz os cuidados mais falta conversar mais” (E8, E9, E14, E23).

[...] “Precisa melhorar porque só um tem que cuidar de muitos e acaba não dando conta” (E11)

[...] “Nota 7,0, uma prestação regular diante das estruturas e sobrecarga de trabalho” (E17)

[...] “Eu acho que eles não estão nem aí para o paciente, não se importam” (E1)

[...] “Por mim continuam do jeito que estão, que tratem o paciente com amor, perguntem como a gente se sente. Que usem a comunicação para ajudar a gente” (E10, E8, E9)

[...] “Que mantenham o atendimento nos horários certos, respeitando os horários” (E11, E13)

[...] “Eu sugiro que continuem sendo cuidadosos, não descontassem no paciente os problemas de fora e continuem sendo atenciosos” (E12)

Para Vieira(2019) a satisfação do paciente corresponde as suas expectativas em relação ao serviço que espera receber e a percepção sobre o cuidado já recebido, logo, a avaliação do atendimento sob a ótica do paciente não somente permite mensurar sua satisfação mas também oferta a oportunidade de identificar e amenizar as fragilidades do cuidado de modo a qualificar o atendimento prestado (CARVALHO,2017).

Corroborando Potter *et al.*(2013) afirmam que o estudo da percepção do paciente englobando sua avaliação e suas sugestões em relação ao cuidado fornecem um excelente subsidio para se compreender aspectos da prática assistencial e comportamentos de enfermagem que favorecem ou desfavorecem a qualidade da assistência prestada, visto que os pacientes valorizam a dimensão afetiva dos cuidados de enfermagem.

No contexto da relação entre paciente e equipe de enfermagem Aranha, Silva e Silva (2011) destacam que o paciente espera ser bem atendido, acolhido de forma humanizada e integral por profissionais que se importem com seus problemas a fim de tentar ao menos esclarecer suas dúvidas, compreender seus medos, angústias e incertezas, oferecendo-lhes apoio e atenção permanente.

Diante desta afirmativa observa-se que emerge entre os discursos como ponto de melhoria na assistência prestada um elemento importante do cuidado humanizado: a comunicação. No âmbito da assistência de enfermagem, a comunicação efetiva configura-se como um elemento primordial na prestação do cuidado, pois representa a base principal das relações interpessoais, que são de suma importância para que haja um cuidado efetivo e de qualidade (BROCA; FERREIRA, 2012).

Conforme Raimundo e Cadete (2012), a escuta e o diálogo são habilidades próprias dos seres humanos, ou seja, cada pessoa fala e ouve a partir das suas perspectivas de vida e de subjetividades. O paciente hospitalizado normalmente possuiu uma percepção sobre o significado da doença e da própria hospitalização em si que o mantém distanciado de sua rotina, vida familiar e social, trabalho, portanto, em meio a sua fragilidade emocional o diálogo representa uma válvula de escape no qual ele pode aliviar seu sofrimento expondo suas dúvidas, preocupações, e emoções (POTTER *et al.*, 2013).

Filgueiras (2006) ressalta neste sentido que a escuta e a compreensão desses sentimentos por parte dos profissionais abrem caminho para a construção de um vínculo de confiança com o paciente, que por sua vez tende a assumir papel de sujeito principal no processo terapêutico e se torna parceiro ativo no cuidado, o que resulta em uma assistência humanizada e favorece que os aspectos negativos da hospitalização possam ser minimizados.

Em concordância com a autora, Borges, Queiroz e Ribeiro (2010) destacam em seus estudos que uma escuta amiga, compreensiva, paciente e comprometida tem efeito positivo para o paciente, e que oferecer um cuidado sensível e fazer dele mesmo um momento de criação, permite aos envolvidos desenvolverem-se plenamente como pessoas no mundo.

No entanto, Carvalho (2017) cita que os profissionais de saúde enfrentam adversidades em seu cotidiano, dentre as quais citam-se a alta demanda de atividades, sentimentos negativos como desmotivação e cansaço mental,

desconhecimento e banalização do cuidado humanizado. Bezerra *et al.* (2017) abordam que estes fatores em conjunto contribuem para que o foco da assistência se torne tecnicista, e ao dar ênfase no cumprimento das tarefas em detrimento aos aspectos humanos do cuidado, a comunicação acaba se limitando a uma interação superficial.

Concluindo Broca e Ferreira(2012) destacam que a comunicação na relação entre a equipe e o paciente representa um eixo valioso da pratica humanizadora, portanto se faz necessário que a equipe se encontre disposta e envolvida no estabelecimento do vínculo comunicativo e compreenda que é essencial reconhecer o cliente como protagonista do cuidado e não um sujeito passivo.

A hospitalização é vista como algo desagradável para o paciente e os familiares, pois envolve a ruptura de seu cotidiano habitual seja pela causa da internação e/ ou afastamento dos elementos importantes de sua vida (PROENÇA; AGNOLO,2011). Tais achados também foram evidenciados nessa pesquisa.

Santos *et al.*(2018) afirmam que este momento de fragilidade humana pode desencadear reações emocionais negativas marcadas por sentimentos como negação da doença, revolta, culpa, sensação de punição, ansiedade, depressão, solidão e regressão emocional que podem ser projetados na equipe que presta o cuidado , havendo uma demonstração de insatisfação com o cuidado recebido mesmo este sendo feito de forma adequada.

Outro ponto importante é que quando questionados acerca de sugestões direcionadas a equipe para melhorias no atendimento emerge no discurso o desejo de receber um cuidado que agregue elementos afetivos que na percepção do paciente são a base para um atendimento humano, como o amor, atenciosidade e a preocupação do profissional em saber sobre seus sentimentos, a execução dos cuidados nos horários corretos e atitude compassiva do profissional.

Borges, Queiroz e Ribeiro (2010) abordam que o amor e o cuidado têm sido distinguidos como compromisso com a humanização, bem como a expressão máxima da ética, sendo imprescindível ao profissional agregar ao seu cuidado estes elementos como forma de tornar o momento da assistência um momento agradável, de desperte no paciente o desejo de buscar autocuidado.

5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa apontou a prevalência de indivíduos do sexo feminino em 78% dos casos, sendo 48% casados, com a faixa etária entre 19 e 87 anos. Quanto à escolaridade, 39% dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto. Sobre a renda fixa, 74% dos participantes do estudo recebiam até um salário mínimo.

A percepção dos clientes sobre o atendimento de enfermagem, a grande maioria dos participantes da pesquisa demonstraram estarem satisfeitos com o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem, **as autoras dessa pesquisa também identificaram que** o atendimento humanizado é um instrumento essencial para a atenção ao cliente hospitalizado e demanda dos profissionais de enfermagem uma série de habilidades a fim de proporcionar uma assistência que integre todas as necessidades e anseios dos clientes.

Quanto à importância do atendimento humanizado, ficou evidente que os entrevistados relacionam a humanização como ponto importante para o reestabelecimento da saúde. Além disso, estes consideram que o atendimento ofertado pelos profissionais de enfermagem é realizado de forma humanizada.

No tocante a avaliação e sugestões relacionadas ao atendimento de enfermagem, a maioria dos clientes avaliaram positivamente o cuidado recebido pela equipe de enfermagem durante seu período de internação. Ademais, dentre as sugestões para a melhoria no atendimento, destacaram-se o uso da comunicação, atenção e empatia pelo próximo.

Constatou-se que a comunicação é uma ferramenta essencial para a qualidade dos serviços realizados pela equipe de enfermagem, à medida que a sua utilização, como uma ferramenta de trabalho, possibilita o planejamento de ações de acordo com as necessidades e características de cada cliente.

Espera-se que os resultados do presente estudo sirvam de base para a promoção de estratégias com o intuito de melhorar a qualidade da assistência da equipe de enfermagem e assim diminuir as fragilidades do cuidado prestado, além disso, faz-se necessário que outros estudos sejam realizados para melhor compreensão dessa temática.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital-Instituição e História Social**. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1991.
- ARANHA, Joélinton dos Santos; SILVA, Monyque Évelyn dos Santos; SILVA, Jorge Luiz Lima da. Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na atenção básica. *Informe-se em promoção da saúde*, v. 7, n. 2, p. 23-24, 2011
- ARAUJO, I.C. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da universidade federal do Pará. 126 f. dissertação (mestrado) São Paulo: USP, 2003
- AVELLO, I. M. S.; GRAU, C. F. *Enfermagem: fundamentos do processo de cuidar*. São Paulo: CDL, 2004.
- AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos; JÚNIOR, Antônio Carlos Lançoni; CREPALDI, Maria Aparecida. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 11, p.3653-3666, nov. 2017.
- BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. **Acta Sci. Health Sci**, Maringá, v. 2, n. 27, p.103-107, jan. 2005.
- BALDUINO, Anice de Fátima Ahmad; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 abr-jun; 13 (2): 342-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.
- BARBOSA, Eliane Aparecida. **A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL**. 2018. 67 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018
- BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.** vol.60, n.5, 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 296p
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- BECK, Carmen Lúcia Colomé *et al.* Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v.30, n1, p.54-61, mar 2009.
- BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares Barreto. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em

www.fen.ufg.br. Acesso em: 29 out. 2019.

BEZERRA, Fidel da Silva et al. Importância do processo de comunicação enfermeiro-paciente: revisão integrativa da literatura. **Saúde**, Guarulhos, v. 11, n. 1, p.1-1, jan. 2017.

BOARETO, C. **Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, 2004.

BORGES, Moema da Silva; QUEIROZ, Lilian Silva; RIBEIRO, Aldry Sandro. A gente não quer só remédio: representações de pacientes sobre o cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 14, n. 2, p.219-225, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização– PNH**, 2013. Ed. 1, 1ª reimpressão, Brasília: DF, 2013.

BRASIL.Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: DF, 2002.

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

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p.97-103, fev. 2012.

CALEGARI, Rita de Cássia; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; SANTOS, Marcelo José dos. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Rev. esc. enferm. USP**. vol.49, n.spe2. São Paulo dez. 2015.

CÂNDIDO, Índio *et al.* **Hotelaria Hospitalar: um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde**. Caxias do Sul: Educs, 2004.

CARBONE, Paola. O sistema hospitalar: SUS. In: CHEREGATTI, Aline Laurenti; JERONIMO, Rosangela A. Sala (Org.). **Enfermagem: Técnicas e procedimentos**. São Paulo: Rideel, 2011. Cap. 1, p. 22.

CARVALHO, Janaina da Silva. **PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR**: fortalecer vínculos e aprimorar cuidado. 2017. 41 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto

Uruguai e das Missões, Santiago, 2017

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p.105-111, fev. 2005.

CAVALCANTE, Andreia Karla de Carvalho Barbosa; DAMASCENO, Clareane Assunção Fortes; MIRANDA, Maria Dalila Santana de. Humanização da assistência em atendimento de urgência hospitalar: percepção dos Enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 3, n. 27, p.221-233, nov. 2013.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.686-693, dez. 2011.

CORREIA, Bruna Siqueira. **A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Portal Educação.** 2014. Disponível em:<<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/estetica/a-evolucao-historica-das-politicas-de-saude-no-brasil/56457>>. Acesso em: 25 de fev. 2020.

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.

DRUMMOND, Andreia; TARGINO, Carla. **Ciclo Evolutivo no Brasil da Atenção Básica à Saúde (ABS),** 2018. Disponível em:<<http://nesp.unb.br/estudoscomparados/2018/08/06/ciclo-evolutivo-no-brasil-da-atencao-basica-a-saude-abs/>>. Acesso em: 24 de fev. 2020.

EBSERH: **Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares**, 2017. Manual SPA/CRACH/DAS nº 1/2016. Ministério da Educação, 1ª ed, 2017. Disponível em:<http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/Manual+Leitos+25_01_17+Publicado+Port+16-2017.pdf/571691d5-ccc3-4a70-b403-e024fbe1a7c9>. Acesso em: 24 de fev. 2020.

FAQUINELLO, Paula; HIGARASHI, Ieda Harumi; MARCON, Sonia Silva. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p.609-616, dez. 2007.

FILGUEIRAS, Sandra Lúcia. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com AIDS. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 16, p. 405.

FILHO, Serafim Barbosa Santos; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no

processo de trabalho em saúde. **Interface**, Espírito Santo, v. 13, n. 1, p.603-613, 06 jul. 2009.

HADDAD, M. C. L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, V.1, n.2, p. 75-88, jun. 2000.

IKUNO, Tamami. Saúde da comunidade. In: PORTO, André; VIANA, Dirce Laplace; SILVA, Evandro de Sena (Org.). **Curso didático de enfermagem**. 10. ed. São Paulo: Yendis, 2017. Cap. 4, p. 103.

INÁCIO, William dos Santos; SILVA, Nathália Maiolino; CRESPO, Cristiane Barros; SHIMODA, Eduardo. Avaliação da qualidade no atendimento de emergência em um Hospital Municipal de Campos dos Goytacazes. **Acta Biomedica Brasiliensia**. Vol. 4. n 2. 2013. Disponível em: <https://actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/64>. Acesso em: 26 fev. 2020.

JERONIMO, Rosangela Aparecida Sala. O paciente no contexto do sistema hospitalar: afetividade e respeito. In: CHEREGATTI, Aline Laurenti; JERONIMO, Rosangela A. Sala (Org.). **Enfermagem: técnicas e procedimentos**. São Paulo: Rideel, 2011. Cap. 4, p. 80.

KOCHE, José Carlos. **Fundamentos de Metodologia Científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

LINO, M. M. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva. 2004. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, S.A. 2003.

MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. Política HumanizaSUS:: ancorar um navio no espaço. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p.12-22, jan. 2017.

MARTINS, Priscila Fernandes; PERROCA, Marcia Galan. Satisfação do paciente e acompanhante quanto ao atendimento de necessidades de cuidados de enfermagem. **Rev.Eletr.Enf**. 2017.

MEDEIROS, Lucilene Martorelli Ortiz Petin; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.925-951, dez. 2016.

MELLO, Heloisa C. A importância do atendimento humanizado na área da saúde. 2019. Disponível em: <<https://blog.medicalway.com.br/atendimento-humanizado-na-area-da-saude/>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. São Paulo: [s.n.],

2008. 81 p.

MONGIOVI, Vita Guimarães et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 67, p.306-311, 22 jan. 2014

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles, et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p.3231-3241, out. 2015.

NASCIMENTO, Hemilaine Mendonça do; ALVES, Janaína Suellen; MATTOS, Luana Alves Dias de. **Humanização no acolhimento da família dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva**. 2014. 73 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, 2014.

NOGIMI, Zainet. Fundamentos da enfermagem: equipe de saúde. In: PORTO, Andrea; VIANA, Dirce Laplaca; SILVA, Evandro de Sena (Org.). **Curso didático de enfermagem**. 10. ed. São Paulo: Yendis, 2017. Cap. 1, p. 5.

OLIVEIRA, Angélica Braga de. (RE) **Significação do trabalho em busca de autonomia para os sujeitos: desconstruindo alienações na saúde pública brasileira**, 2011. (Monografia) Especialização em Atenção Básica da Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete-MG, 2011.

PAIXÃO, Ana Cristina Wanderley da et al. Sobre o Humanismo e a Humanização. In: DESLANDES, Suely Ferreira et al (Org.). **Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 23-25.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 1, n. 1, p.92-100, jun. 2008.

PELLICIOTTI, J. S. S. Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva. 2009. 164 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.

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

POLIT, D.F; BECK, C.T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

POTTER, Patrícia A. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1 v.

PRAÇA, Fabíola Silva Garcia. Metodologia da pesquisa científica: organização estrutural e os desafios para redigir o trabalho de conclusão. **Dialogos Academicos**, Ribeirao Preto, v. 1, n. 8, p.72-87, maio 2015.

PRESOTO, L. H. Promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo. 2008. 226 f. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2008.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 3 ed. Novo Hamburgo, Rio Grande do sul, Feevale, 2013.

PROENÇA, Michele de Oliveira; AGNOLO, Cátia Millene Dell. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p.279-286, jun. 2011.

PUPULIM, Jussara Simone Lenzi; SAWADA, Namie Okino. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 65, n. 4, p.621-629, ago. 2012.

RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 25, n. spe2, p. 61-67, 2012.

RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 25, n. spe2, p. 61-67, 2012.

RAZERA. Ana Paula Ribeiro. Percepção do cliente quanto ao cuidado de enfermagem no período pós-operatório. 2010. 93 f. Dissertação (mestrado)-Universidade Estadual Paulista, faculdade de Medicina de Botucatu,2010.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.** vol.33, n.2, Rio de Janeiro, 2009

SANTOS, Andreza Miguel dos. **A Política Nacional de Humanização da Saúde e sua materialização no âmbito público: uma análise a partir da realidade do Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel**, 2017. (Monografia) Bacharelado em Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2017.

SANTOS, J.L.G.; 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.

SANTOS, Maria Fabiane Galdino dos et al. A Percepção da Hospitalização pelos Adolescentes: Contribuições para o Cuidado de Enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.663-668, 1 jul. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.663-668>.

SANTOS,Mirian Alves dos; SARDINHA, Ana Hélia de Lima; SANTOS, Leiliane Nascimento dos. Satisfação dos usuários com os cuidados dos enfermeiros. **Rev.**

Gaúcha de Enferm.2017.

SEMDAS (Org.). **Diagnóstico Socioterritorial do município de Itaituba**. Itaituba: Vigilância Socioassistencial, 2019. 121 p.

SEMSA, Secretária Municipal de Saúde. **História da Sems**a (PA): SEMSA, Itaituba 2015.

SILVA, Ivoneide Nunes; PEREIRA, Valéria Antônia; ARAÚJO, Linda Concita Nunes. IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): conquistas e desafios para a assistência em saúde. **Gep News**, Maceió, v. 1, n. 1, p.2-7, mar. 2017.

SILVA, Rutiely Tomaz. **FATORES ASSOCIADOS AO NÃO CONHECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH**. 2019. 59 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Administração Pública, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2019.

SOUZA, Ana Paula Rezende. **Assistencia de enfermagem humanizada aos recém nascidos com icterícia**: uma revisão de literatura. 2017. 60 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Itaituba, Itaituba, 2017.

SOUZA, Itamara Barboza et al. Percepção do cliente no perioperatório sobre o cuidado de enfermagem no centro cirúrgico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, , n. 26, p. e840, 18 jul. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/840/561>. Acesso em: 26 fev. 2020.

SOUZA, Luiz Paulo Souza e; et al. A qualidade do atendimento prestado pelos prontos-socorros de hospitais públicos do Brasil. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, v.11, n.3, p.205-212,2014.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**, 2002. (Dissertação) Mestrado em Administração de Saúde, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

TONETTO, LM; GOERGEN, T; BRUST-RENCK & LILIAN; STEIN, MILNITSKY. **Perspectivas metodológicas na pesquisa sobre o comportamento do consumidor**. *Psicologia: ciência e profissão*. 2014, 34 (1), 180-195.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Cadernos de pesquisa em Administração*. v. 8, n.1, p. 24-35, 2001.

VIEIRA, Bruna Soraia da Silva. **A Humanização e a satisfação dos usuários sobre a assistência de enfermagem em serviços hospitalares**: uma análise de literatura. 2019. 52 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Itaituba, Itaituba, 2019.

WALDOWI, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações

e significados. **Acta paul. enferm.** vol.24 n.3 São Paulo, 2011.

WALDOWI, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.** vol.24 n.3 São Paulo, 2011

ZAKABI, R. Stress: ninguém está a salvo desse mal moderno, mas é possível aprender a viver com ele. Revista Veja. v. 37, n-6, p.66-75, 11 fev. 2004.

ZEM, Kelly Karine Sales; MONTEZELI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Rene**, Londrina, v. 4, n. 13, p.899-908, jan. 2012.

ZUGE,E. A humanização nos serviços de saúde UFRGS. Lume Repositório Digital. Porto Alegre ,2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Centro De Estudos Superiores S/C LTDA

Faculdade de Itaituba – FAI

Curso de Bacharelado em Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado a participar como voluntário (a) da pesquisa **ATENDIMENTO HUMANIZADO: percepção dos pacientes hospitalizados no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.** Tal pesquisa tem como finalidade fazer o levantamento da percepção do paciente hospitalizado acerca do atendimento humanizado recebido pela equipe de enfermagem. Seu consentimento será obtido por sua assinatura neste documento após seu conteúdo lhe ser explicado por um dos pesquisadores abaixo citados. Sua participação é voluntária e se dará por meio da autorização de uso dos dados pessoais contidos por um questionário contendo 7(seis) perguntas abertas, no qual você deverá responder. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são os de terem seus dados pessoais acessados por terceiros os dados coletados servirão apenas para os fins desta pesquisa científica, as perguntas serão feitas utilizando uma linguagem clara e de fácil entendimento em um ambiente tranquilo, confortável e reservado para minimizar o constrangimento e o cansaço. o que será minimizado pelo manuseio exclusivo dos dados pelos pesquisadores, sendo assegurado o sigilo e privacidade das informações obtidas somente os pesquisadores terão acesso a esses dados, que por sua vez serão mantidos em sigilo e armazenados pelo período de no máximo 5 anos, depois apagados, afim de preservar a identidade dos sujeitos pesquisados;

Se você aceitar participar, estará contribuindo para ampliação de conhecimentos, permitindo aperfeiçoamento sobre o tema, além de permitir a produção de trabalhos científicos. Ainda por meio dos resultados dessa pesquisa profissionais e aos acadêmicos da área saúde poderão contribuir com futuras

intervenções para melhoria da assistência prestada pela equipe de enfermagem no período de hospitalização nos setores de clínica médica e cirúrgica.

Todo material e informações coletadas durante a pesquisa serão utilizados somente para a mesma e ficarão na posse do pesquisador principal por período legal de cinco anos, sendo incinerados após.

Este trabalho será realizado com recursos próprios dos autores, não tendo financiamento ou coparticipação de nenhuma instituição de pesquisa. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Sua participação é voluntária.

Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos, penalidades e ou retaliações.

Em caso de dano pessoal, diretamente provocado por alguma das etapas da pesquisa, você terá direito a indenizações legalmente estabelecidas, estando os pesquisadores integralmente a sua disposição em horário comercial.

Os resultados da pesquisa ficarão à sua disposição quando finalizada. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Eu, _____,
portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo: compreender a percepção dos pacientes/clientes hospitalizados sobre o atendimento humanizado prestado pela equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. De maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas.

Declaro que concordo participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Itaituba - Pará, _____, de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Thalyta Mariany Rego Lopes

Demais pesquisadores

NOME	FUNÇÃO NO PROJETO	TELEFONE DE CONTATO
DAYANE FERREIRA DA SILVA	PESQUISADORA	(93) 99167-0159
IZA RAYANE FRANCO COUTO	PESQUISADORA	(93)99137-0993
MARCELA CRISTINA LOPES PAZ	PESQUISADORA	(93)9209-4709
THALYTA MARIANY REGO LOPES	PESQUISADORA	(91) 98252-7226

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (PACIENTES)



Centro De Estudos Superiores S/C LTDA
Faculdade de Itaituba – FAI
Curso de Bacharelado em Enfermagem

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS PESSOAIS

Nome:		
Estado Civil:		
Raça:		
Escolaridade:	Sexo	
Idade:	M ()	F ()
Renda:		

Questões norteadoras

1. Como o senhor (a) percebe o atendimento prestado pela equipe de enfermagem?

2. Você sabe o que é o atendimento humanizado e qual a sua importância?

3. Você acredita que o atendimento prestado durante sua internação é humanizado?
Se sim, porque?

4. Você acredita que o atendimento humanizado possa ajudar na sua recuperação?

5. Quais sugestões você daria para que a equipe realizasse um atendimento humanizado?

6. Os profissionais de enfermagem se mostram interessados em ouvir o que você tem a dizer quando são perguntados sobre algo?

7. Qual sua avaliação em relação a assistência de enfermagem na prestação de cuidados?

APÊNDICE C - OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DA PESQUISA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO PARÁ
Secretaria Municipal de Saúde

OF. Nº 0210-GAB/SEMSA

Itaituba-PA 10 de Dezembro de 2019.

Do: Gabinete do Secretário

Coordenação do Curso de Enfermagem

Prezada Senhora,

Pelo presente, autorizamos as suas acadêmicas do Curso de Enfermagem da FAI, Dayane Ferreira da Silva, Iza Rayane Franco Couto e Marcela Cristina Lopes Paz, a realizarem sua pesquisa intitulada **"Atendimento Humanizado: Percepção dos pacientes hospitalizados no setor de clínica médica de um hospital geral do município de Itaituba, Pará, Brasil"** para realização de trabalho acadêmico. Os dados coletados serão utilizados na conclusão do TCC.

Para tanto, é necessário que as mesmas respeitem os direitos éticos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,


Iamãx Prado Custódio
Secretário Municipal de Saúde
Decreto Municipal 0071/2019.